



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

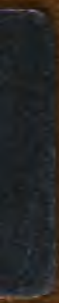
Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
- + *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
- + *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter <http://books.google.com> durchsuchen.





Die psychischen Zwangsercheinungen.

Die
psychischen



Zwangsverscheinungen.

Auf klinischer Grundlage dargestellt

von

Dr. L. Loewenfeld,
Spezialarzt für Nervenkrankheiten in München.

Wiesbaden.

Verlag von J. F. Bergmann.

1904.

Nachdruck verboten.
Übersetzungen, auch in's Ungarische, vorbehalten.

Druck von Carl Ritter in Wiesbaden.

147421
OCT 20 1910

BL
.L95

Vorwort.

Die psychischen Zwangsercheinungen sind wohl die verbreitetsten unter den mannigfachen psychischen Anomalien, dabei von ebenso grossem wissenschaftlichem als praktischem Interesse. Mit unscheinbaren Anfängen in der Breite des normalen Seelenlebens beginnend, bilden sie ein ausgedehntes Grenzgebiet zwischen geistiger Gesundheit und den ausgesprochenen Geisteskrankheiten (Psychosen), in welche sie jedoch auch in ihren schwersten Formen nur sehr selten übergehen.

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit diesen Erscheinungen hat in den letzten Dezennien stetig zugenommen. Zahlreiche Arbeiten, insbesondere deutscher und französischer Autoren, behandeln einzelne Formen oder die Gesamtheit derselben; doch ist der Eindruck, den wir beim Studium der bezüglichen Literatur gewinnen, durchaus kein erquicklicher. Wir sehen hier nichts von einem stetigen Weiterbauen auf einmal gewonnenen Resultaten, nichts oder nur sehr wenig von einem Bestreben, die abweichenden Einzelerfahrungen unter höheren Gesichtspunkten zusammenzufassen und dergestalt eine Übereinstimmung über die wichtigsten Punkte zu erzielen. Was wir wahrnehmen, ist vielmehr im Grossen und Ganzen ein Kampf Aller gegen Alle, oder genauer gesagt eine Unbekümmertheit Aller um Alle, wenn auch nicht zu leugnen ist, dass die Ansichten einzelner Autoren, so die Westphal's in Deutschland, die Magnan's in Frankreich, nicht ohne Einfluss bei manchen Fachgenossen blieben. Wenn man sich fragt, wodurch dieses Verhalten, welches jeden continuirlichen Fortschritt in der Pathologie der Zwangsercheinungen verhindern musste, bedingt ist, so kommt in erster Linie das Bestreben der Autoren in Betracht, lediglich aus den eigenen beschränkteren oder umfänglicheren Erfahrungen allgemeine Schlüsse zu ziehen.

Das Gebiet der psychischen Zwangserrscheinungen ist jedoch ein ungemein ausgedehntes und bietet nicht nur eine ungeheure Mannigfalt disparater Einzelsymptome, sondern auch bedeutende Variationen in den pathogenetischen und ätiologischen Momenten, so dass selbst sehr reiche Erfahrung eines Einzelnen keine Sicherheit für die Allgemeingiltigkeit der aus denselben sich ergebenden Schlüsse bietet.

Das Werk, welches ich hiermit der Öffentlichkeit übergebe, ist aus mehrfachen Erwägungen hervorgegangen. Nach dem Erscheinen meines „Hypnotismus“ regte sich in mir der Wunsch, dieser Arbeit als eine Art Ergänzung eine Darstellung der Zwangserrscheinungen folgen zu lassen, da diese auf psycho-pathologischem Gebiete das repräsentiren, was die Phänomene der Suggestion auf psychophysiologischem Gebiete darstellen. Dieser Wunsch war für mich um so naheliegender, als meine Einzelpublikationen auf dem Gebiete der Zwangserrscheinungen bereits eine ansehnliche Zahl erreicht hatten und von diesen manche, weil in verschiedene Journale zerstreut, nicht die ihnen zukommende Beachtung finden konnten. Eine Sammlung dieser Einzelarbeiten hätte nur lose Glieder geboten, während das literarische Bedürfnis unverkennbar eine Gesamtdarstellung der Zwangserrscheinungen erheischte. Dieses Bedürfnis war für meinen Entschluss maßgebend, und die Rücksicht auf meine früheren Publikationen bedingte nur eine Modifikation meines Arbeitsplanes. Nach diesem sollte Alles, was zur Zeit als dem Gebiete der Zwangserrscheinungen zugehörig betrachtet werden kann, in der Gesamtdarstellung gleichmäßige Berücksichtigung finden und das Material meiner früheren Publikationen daher nur soweit zur Verwertung gelangen, als dasselbe dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse noch entsprach und sich in den Rahmen des Ganzen einfügen liess.

Die Schwierigkeiten der Aufgabe, die ich mir gestellt hatte, waren mir keineswegs entgangen, sie erwiesen sich jedoch bei Durchführung der Arbeit bedeutender, als ich vorausgesehen hatte. Soweit dieselben dem Gegenstande an sich anhaften, bedürfen sie keiner besonderen Darlegung. Indess beanspruchte auch die Einteilung und Anordnung des zu behandelnden Stoffes eine Fülle von Erwägungen. Bei den mannigfachen Kombinationen, in welchen die einzelnen Zwangserrscheinungen auftreten, war es nicht immer leicht, zu entscheiden, in welchem Abschnitte die eine oder andere Gruppe

dieser Phänomene am besten sich behandeln liesse; zudem musste wiederholte Berührung desselben Gegenstandes, wozu diese Kombinationen reichliche Veranlassung boten, tunlichst vermieden werden.

Auch die Auswahl des für die Kasuistik zu verwertenden Beobachtungsmateriales und dessen Gestaltung war mit keiner geringen Mühe verbunden. Trotz allen Entgegenkommens seitens des Herrn Verlegers, das ich auch an dieser Stelle gerne dankend anerkenne, musste ich aus räumlichen Rücksichten die Zahl der Krankengeschichten sehr beschränken und die ausgewählten überdies möglichst abkürzen, wozu noch aus naheliegenden Gründen die Notwendigkeit kam, das auf die Persönlichkeit der Patienten Hinweisende so weit als angängig bei Seite zu lassen. Von der Verwertung manchen interessanten Falles musste ich mit Rücksicht auf meine persönlichen Beziehungen zu den Patienten ganz absehen.

Inwieweit es mir gelungen ist, mich mit allen den nach verschiedenen **Richtungen** hin sich darbietenden Schwierigkeiten abzufinden, muss ich dem **Urteile** der Fachgenossen überlassen. Ich hoffe jedoch, dass das Buch, wie es hier **vorliegt**, den Zweck erfüllen wird, den ich bei der Bearbeitung im Auge hatte: ~~die~~ Kenntnis der Zwangerscheinungen unter den Ärzten zu fördern, lange fortgeschleppte Irrtümer definitiv zu beseitigen und für die künftige Forschung eine Grundlage zu schaffen, welche die Erzielung eines stetigen Fortschrittes in der Pathologie der Zwangerscheinungen ermöglicht.

München, November 1903.

L. Loewenfeld.

Inhaltsübersicht.

	Seite
1. Kapitel. Geschichtliches	1
Die französische Literatur über Zwangsvorstellungen von Esquirol bis 1866 S. 2; Morel's <i>Délire émotif</i> 4; v. Krafft-Ebing 8; Griesinger 9; Legrand du Saulle 10; Westphal 12; die deutsche und scandinavische Literatur von 1877 bis zur Gegenwart 14 u. f.; die französische Literatur von den 80er Jahren bis zur Gegenwart 45; die englische Literatur 55; die italienische Literatur 56.	
2. Kapitel. Definition der Zwangsercheinungen	57
3. Kapitel. Einteilung der Zwangsercheinungen	70
4. Kapitel. Zwangsercheinungen der intellektuellen Sphäre	79
A. Selbständige Zwangsvorstellungen	80
1. Zwangsvorstellungen im engeren Sinne	80
Nosophobische und verwandte Zwangsvorstellungen 85; Zwangsbefürchtungen materieller Schädigung 121; Zwangsbefürchtungen moralischer Schädigung 126; Zwangsbefürchtungen altruistischen Inhalts 132; Beeinträchtigungs- und Beobachtungsideen 135; Zwangsvorstellungen eifersüchtigen Inhalts 140; sexuelle (obscöne) Zwangsvorstellungen 141; religiöse und sacrilegische Zwangsvorstellungen 145; suicidale Zwangsvorstellungen 151; abergläubische Zwangsvorstellungen 153; musikalische Zwangsvorstellungen 155; multiple Zwangsvorstellungen 163; singuläre Zwangsvorstellungen eigenartigen Inhalts 169.	
2. Zwangsempfindungen	173
3. Zwangshallucinationen	196
B. Associative Zwangstendenzen (Zwangssuchten)	214
1. Zweifelsucht	218
2. Grübel- und Fragesucht	228
3. Zwangscrupel und Vorwürfe	241
4. Zwangsgedenken	249

	Seite
5. Beachtungszwang	258
6. Erinnerungszwang	258
C. Mechanismus der Zwangsvorstellungen	267
I. Zwangsursachen der Zwangsvorstellungen von konstantem Inhalte	277
A. Inhärente Zwangsursachen	277
1. Intensität der Vorstellungen: a) primäre Intensitätssteigerung 278; b) sekundäre Intensitätssteigerung 279; 2. Qualität der Vorstellungen 280.	
B. Adhärente Zwangsursachen	281
1. Emotionelle Momente 281; sensible Elemente 284.	
C. Unterstützende Momente	286
Accessorische psychologische Vorgänge	287
II. Die Zwangsursachen der associativen Zwangstendenzen	291
Die Theorien Freud's, Friedmann's und Janet's	294
5. Kapitel. Zwangserscheinungen der emotionellen Sphäre	303
Zwangsaffekte und Stimmungen	303
A. Die Zwangsangstzustände	303
Vorbemerkungen	303
Symptomatologie des Angstzustandes	306
A. Psychische Symptome	306
B. Somatische Symptome	308
Beziehungen zwischen den somatischen und psychischen Symptomen 312; corticale und bulbäre Angst 315.	
Formen der Zwangsangstzustände:	318
I. Die abnorme Angstdisposition (Ängstlichkeit)	318
II. Die einfachen inhaltlosen Angstzustände	321
a) Anfälle inhaltloser Angst	321
b) Die andauernden Angstzustände	327
III. Die Phobien	330
Phobien mit flottierendem Vorstellungsinhalte	332
1. Lokomotorische Phobien 334; 2. Situationsphobien 337; 3. Funktionsphobien 341.	
Phobien mit inhaltloser Angst	346
Entstehungsmodus der Phobien	349
IV. Larvirte und incomplete Angstanfälle (Äquivalente des Angstanfalls)	355
Kasuistik der Phobien	360
Anhang: Angstzustände und Phobien mit Krampfkomplicationen	376
B. Zwangsverstimmungen und Zwangsaffekte des Zornes und der Wut	382
C. Die pathologische Liebe, Zwangsliebe	387

	Seite
6. Kapitel. Zwangsercheinungen der motorischen Sphäre	306
A. Zwangsbewegungen und Zwangshandlungen	399
I. Sekundäre Zwangshandlungen	399
II. Primäre Zwangshandlungen	406
a) Zwangsakte mit disparaten Impulsen	407
1. Impulse indifferenter oder wenigstens nicht direkt gefährlicher Natur	408
2. Kriminelle und suicidale Impulse	413
3. Sexuelle Impulse	419
b) Zwangsakte mit coincidierenden Impulsen	423
1. Zwangsakte, welche vereinzelt und in unregelmässigen Zwischenräumen auftreten	426
2. Zwangsakte vom Charakter der Tics	427
3. Zwangsbewegungen seitens des Respirations-, Stimm- und Sprechapparats	427
B. Zwangshemmungen	429
Kasuistik der Zwangsercheinungen der motorischen Sphäre	431
7. Kapitel. Anfälle von Zwangsercheinungen	455
8. Kapitel. Ätiologie	457
Vorbemerkungen	457
Ätiologie der Zwangsvorstellungen	458
A. Prädisponierende Momente	458
I. Erbllichkeit 458; II. Geschlecht und Alter 460; III. Pubertätsentwicklung, Menstruation, Lactation 462.	
B. Determinierende Momente	463
Ätiologie der Angstzustände	467
9. Kapitel. Nosologie	477
10. Kapitel. Verlauf und Prognose	492
11. Kapitel. Die forense Beurteilung der Zwangsvorstellungen (Impulse)	503
Allgemeine Bemerkungen 503; impulsive Handlungen 504; Diagnose der Zwangsimpulse 506; Homicidale Impulse 508; Pyromanie 510; Kleptomanie 511; Wandertrieb 514; sexuelle Impulse 514.	
12. Kapitel. Prophylaxe und Therapie	516
Prophylaxe 516; causale Therapie 521; Direkte Behandlung: medicamentöse Therapie 524; physikalische Heilverfahren 528; Psychotherapie 530; Anstaltsbehandlung 544.	
Das Freud'sche Verfahren nach des Autors Mitteilung	545
Vergleichende Würdigung dieser Methode und der Hypnotherapie	551
Autorenverzeichnis	554
Sachregister	557

Kapitel I.

Geschichtliches.

Wenn wir von dem Standpunkte, auf welchem sich derzeit unsere Kenntnisse von den psychischen Zwangserrscheinungen befinden, den Blick in die Vergangenheit wandern lassen, um zuzusehen, wie sich die derzeitigen Anschauungen von diesen Phänomenen allmählig entwickelt haben, so können wir uns der Wahrnehmung nicht verschliessen, dass verhältnismässig spät und schwer aus der Gruppe der psychischen Störungen die Zwangsphänomene als eine eigenartige Form gesondert und in ihren Hauptcharakteren erfasst wurden. Erst mit dem Jahre 1866 beginnen ernsthaftere Versuche in dieser Richtung, obwohl schon in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts auf dem Gebiete psychiatrischer Forschung ein reger Eifer sich kundgab und es sicher auch nicht an Beobachtungsmaterial fehlte. Es ist zwar sehr wahrscheinlich, dass mit der nicht zu bezweifelnden Zunahme der Nervosität und Neurasthenie auch die psychischen Zwangsphänomene häufiger geworden sind. Allein man kann, wenn man die Häufigkeit der Hysterie und Hypochondrie in früherer Zeit berücksichtigt, durchaus nicht annehmen, dass die psychischen Zwangserrscheinungen seltene Vorkommnisse bildeten und auf diesen Umstand ihre wissenschaftliche Vernachlässigung zurückzuführen ist. Dagegen scheint mir ein anderes Moment in diesem Punkte nicht ohne Bedeutung gewesen zu sein. Ärzte, welche sich speziell mit Nervenkrankheiten beschäftigten, gab es vor den sechziger Jahren des vorigen Jahrhunderts kaum. Unter dem Krankenmateriale der Irrenärzte sind aber die Patienten mit Zwangserrscheinungen spärlich vertreten, weil diese nur in einem sehr kleinen Prozentsatze der

Fälle die Anstaltsbehandlung nötig machen. Die grösste Mehrzahl der Fälle von Zwangsaffektionen musste daher zur Beobachtung von Ärzten gelangen, die des psychiatrischen Interesses ermangelten und die ihnen nicht verständlichen Erscheinungen in den grossen Topf der Hysterie oder der Hypochondrie warfen.

Im Folgenden sollen nach kurzer Berücksichtigung der in der älteren Litteratur zerstreut sich findenden, hierher gehörigen Beobachtungen nur die Hauptetappen in der Entwicklung der Anschauungen von den Zwangsvorstellungen skizziert werden. Auf die hier nicht berührte Literatur näher einzugehen, werden wir an späterer Stelle Gelegenheit finden.

Schon Esquirol¹⁾ berichtete über eine Kranke mit Zwangsvorstellungen, welche später von Baillarger längere Zeit beobachtet wurde. Diese Patientin scheute sich zeitweilig, irgend etwas zu berühren, aus Furcht, sich dabei etwas von Wert anzueignen (Kleptophobie). Um die gefürchteten Berührungen zu vermeiden, stand sie auf einem Beine so lange, als sie es aushalten konnte. Die Intelligenz der Patientin war völlig erhalten. Esquirol hob bereits hervor, dass die Patientin der Absurdität der sich ihr aufdrängenden Vorstellung wohl bewusst war.

Parchappe²⁾ verwies 1851 auf mehrere ähnliche Fälle (darunter eine Beobachtung von van Swieten), die er der Hypochondrie zurechnete.

Delasiauve³⁾ veröffentlichte 1853 den Fall eines jungen Mannes, welcher Erkrankung an Rotz befürchtete, weil er unter den Hals seines Pferdes geraten war, und beim Anblick eines Hundes wütend zu werden besorgte. Seine krankhaften Ideen bestimmten ihn, seine Kleider waschen zu lassen und zu verkaufen. In der Folge wurde er auch von Skrupeln gequält wegen des Unglücks, das er möglicherweise über andere Personen durch sein Vorgehen brachte. Der Autor ist jedoch noch weit davon entfernt, die krankhaften Ideen im mitgeteilten Falle von Wahnideen zu unterscheiden, da er neben der Beobachtung, in welcher es sich um Zwangsvor-

¹⁾ Esquirol: *Maladies mentales*, T. II, p. 63 u. ff. 1839.

²⁾ Parchappe: *Symptomatologie de la folie*. *Ann. med. psych.* 1851. pag. 62.

³⁾ Delasiauve: *De la monomanie au point de vue psychologique et légal*. *Ann. med. psych.* 1853, T. IV, p. 363.

stellungen handelt, zwei Fälle von Verfolgungswahn veröffentlicht, welchen er für einen gleichartigen Zustand hält.

Brierre de Boismont¹⁾ erwähnt Fälle, in welchen unwiderstehlich sich aufdrängende und von dem Kranken energisch bekämpfte Vorstellungen das Hauptsymptom bildeten. Die Kranken wurden durch die sie beherrschenden fixen Ideen nicht verhindert, ihren Geschäften nachzugehen. Bemerkenswert ist auch, dass er, wie schon Baillarger, das Vorhandensein der in Frage stehenden krankhaften Vorstellungen an sich noch nicht als einen Beweis für das Bestehen von Irrsein betrachtete. „Man muss eine Unterscheidung treffen“, bemerkt er, „die von Baillarger nicht übersehen wurde, dass die Ideen nämlich, wenn sie den Geist beherrschen, zwar ein Kranksein bedingen können, von wirklichem Irrsein aber nur dann die Rede sein kann, wenn der Wille unfähig geworden ist, diese Impulse zu bezähmen.“ In der Diskussion, welche am 26. Juni 1854 in der Société médico-psychologique über die Monomanien statthabte, wurden zwei Punkte besonders hervorgehoben: 1) der gewöhnlich nutzlose Kampf der Kranken gegen ihre krankhaften Vorstellungen; 2) der Umstand, dass das Übel von der Sphäre der Intelligenz, nicht der des Gefühls ausgeht.

Renardin²⁾ unterschied bei den Monomanien zwei Klassen von fixen Ideen oder Wahnvorstellungen, je nach ihrem Einflusse auf das Handeln. Sie sind, erklärt der Autor, entweder von hemmendem oder energisch Bewegung anregendem Charakter (Zwangshemmungen oder Zwangsimpulse nach neuerer Bezeichnung) ferner entweder stationär oder mit der Fähigkeit der Weiterentwicklung und Verallgemeinerung ausgestattet.

Trélat³⁾ berichtete 1861 über mehrere Fälle von Berührungsfurcht (*délire du toucher*), die er seiner *folie lucide* zuweist. Weitere derartige Fälle werden von Baillarger⁴⁾ 1861 unter der Bezeichnung „*Monomanie avec conscience*“ mitgeteilt.

1) Brierre de Boismont: *De l'état des facultés dans les délires partiels ou monomanies*. Ann. méd. psych. 1853, T. V, p. 567.

2) Renardin: *Observations médico-légales sur la monomanie*. Ann. méd. psych. 1854, p. 236.

3) Trélat: *La folie lucide* 1861.

4) Baillarger: *Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses* 1861, p. 140.

Marcé¹⁾ berichtete 1862 über einen Fall von Berührungsfurcht, welche Erkrankung er jedoch von dem Verfolgungswahn und anderen Formen der Paranoia nicht sondert. Die Schilderung, welche er von der Entwicklung der fixen Ideen giebt, lässt die Hauptkriterien der Zwangsvorstellungen erkennen, zugleich aber doch eine schärfere Unterscheidung derselben von den Wahneideen vermissen, so dass seine Angaben auf beide Klassen von Vorstellungen bezogen werden können. Der Autor bemerkt: „Bei einem prädisponierten Individuum, von schwachem Charakter mit lebhafter Empfindlichkeit begabt, hinterlässt eines Tages ein Wort, ein Gefühl, eine Befürchtung, ein Verlangen einen tiefen Eindruck. Der auf diese Weise entstandene Gedanke präsentiert sich dem Geiste in zudringlicher Weise, er verlässt ihn nicht mehr, belagert ihn, beherrscht alle seine Vorstellungen; während einer gewissen Zeit mag das Individuum ein Bewusstsein von alledem haben, was diese fixe Idee Absurdes, Unvernünftiges oder Verbrecherisches an sich hat, die Handlungen verschmelzen allmählig mit diesen krankhaften Ideen, sie werden absurd und extravagan.“

Das Jahr 1866 brachte eine Abhandlung Morel's²⁾ betitelt: „Du délire émotif, névrose du Système ganglionnaire viscéral“, welche einen entschiedenen Fortschritt in der Kenntnis der psychischen Zwangsercheinungen bezeichnet und als Ausgangspunkt der gegenwärtigen Entwicklung der Anschauungen von diesen Erscheinungen betrachtet werden darf. Die Abhandlung Morel's ist aber nicht nur in dieser Hinsicht beachtenswert, sie bietet auch zum Teil die beste Schilderung der Neurasthenie, die wir aus der Zeit vor der Beard'schen Arbeit besitzen.

Morel betont schon eingangs seiner Abhandlung, dass es sich bei der von ihm als Délire émotif etc. bezeichneten Krankheit nicht um eine eigentliche Geistesstörung (folie), sondern um eine Neurose handelt, welche bis dahin mit der Hysterie und der Hypochondrie zusammengeworfen wurde. Der Autor unterscheidet psychische (moralische und somatische) Symptome des Leidens. Als eines der wesentlichsten und pathognomonischen Symptome bezeichnet er eine gesteigerte gemüthliche Erregbarkeit oder Ängstlichkeit, gegen welche

¹⁾ Marcé: *Traité pratique des maladies mentales* 1862, p. 355.

²⁾ Morel: *Archives générales de médecine* 1866, p. 385, 500, 700.

die Kranken vergeblich ihre Vernunft aufbieten. Als Beispiele führt er Fälle von Berührungsfurcht an: „Die Kranken wagen es z. B. nicht, ein Geldstück von Gold, Silber oder Kupfer zu berühren; sie nähern sich nur mit Zittern einer Türe oder einem Fenster und, um es zu öffnen oder zu schliessen, nehmen sie einen Zipfel ihres Kleides oder umhüllen sich die Hand mit ihrem Taschentuch.“

Der Autor erwähnt weiter, dass er Kranke sah, welche bei ihren Bemühungen, ihren Widerwillen gegen eine Alltagshandlung zu überwinden, von Krämpfen und selbst Ohnmachten befallen wurden. Die von dem Autor konstatierten psychischen Zwangsphänomene beschränken sich jedoch keineswegs auf die Berührungsfurcht, an späterer Stelle (S. 389) bemerkt er: „Die Kranken gestehen dem Arzte, dass sie nach einem langen Kampfe gegen Ideen, deren Grundlosigkeit und Lächerlichkeit sie erkennen, allmählig doch dahin gelangten, dass sie es nicht wagen, gewisse Gegenstände zu berühren, eine Türe oder ein Fenster zu öffnen, in einen Wagen zu steigen, eine Treppe hinaufzugehen, eine Strasse oder einen Fluss zu überschreiten, dieses oder jenes Schauspiel zu sehen, ihre Frauen und ihre Kinder zu umarmen, ihnen selbst nur die Hand zu geben, eine Hiebwaaffe zu ergreifen.“¹⁾

Als somatische Symptome (Funktionsstörungen), welche die erwähnten psychischen Erscheinungen begleiten, führt Morel eine Reihe von Störungen an, die dem Gebiete der Neurasthenie angehören, sowie Symptome, die als Begleiterscheinungen (somatische Rückwirkungen) oder Vorläufer des akuten Angstanfalles vorkommen:

Ein Gefühl allgemeinen Schmerzes, schmerzhaft Sensationen in der Tiefe der Eingeweide (eine Art Aura, die von dieser Gegend ausgeht und in die verschiedensten Nervengebiete irradiirt), Gefühle von Abgeschlagenheit in den Gliedern, sehr heftige Migräne, unerträgliche Hitzeanwandlungen, Hyperästhesien, Zirkulationsanomalien, Wechsel von Kälte und Hitze, Störungen der Herztätigkeit, hochgradige Empfindlichkeit für Eindrücke aller Art, später mit

¹⁾ An einer späteren Stelle fasst er die psychischen Symptome in folgender Weise zusammen: Krankhaft erhöhte Emotivität, das plötzliche Auftauchen gewisser fixer Ideen, welche unmotivirte Befürchtungen und sozusagen unwiderstehliche Impulse nach sich ziehen, lächerliche Schrecken, ausserdem Antipathien und Hemmungen (*répulsions*), Unfähigkeit zur Vornahme alltäglicher Handlungen (Berührung eines Gegenstandes).

Abstumpfung der Sensibilität wechselnd, Schlaf- und Appetitmangel, vermehrte Schweissabsonderung, erschwerte Verdauung, hartnäckige Verstopfung mit Diarrhoe wechselnd und als Folge letzterer Störungen Abmagerung.

Morel betont, dass es sich um eine Neurose handelt, die Wochen, Monate und Jahre dauern kann und doch nicht unheilbar ist. Bei Besprechung der Ätiologie erwähnt er, dass das *Délire émotif* sich in allen Klassen der Bevölkerung findet und am häufigsten zwischen dem 35. und 50. Lebensjahre auftritt. Die Kranken selbst geben nach M.'s Bericht als Ursache ihres Leidens zumeist seelische Erschütterungen an, Lebensgefahr, Tod von Angehörigen etc. Als prädisponierende Faktoren führt der Autor eine Reihe von Momenten an, die als Ursachen der Neurasthenie bekannt sind. Den Nervenzustand der Ascendenten erachtet Morel unter den prädisponierten Momenten für das Wichtigste. Er erwähnt, dass er das *Délire émotif* nicht nur bei den Abkömmlingen von Geisteskranken, sondern auch von Hypochondrischen, Epileptischen und Hysterischen beobachtete, und nach seiner Ansicht ist die Prognose des Leidens um so ungünstiger, je mehr dasselbe durch hereditäre Belastung bedingt ist.

Nach M. ist das *Délire émotif* nichts als psychische Störung ohne entsprechende Läsionen im Organismus zu betrachten. Zu der Annahme, dass der Sitz der in Frage stehenden Neurose im visceralen Gangliensystem sei, wird er durch die Ansicht bestimmt, dass der viscerale Ganglienapparat die Bedürfnisse und Neigungen repräsentiert, welche das affektive Element bilden, also gewissermassen den Sitz des Gefühlssinnes (*sens émotif*) bildet.

Gleichfalls im Jahre 1866 (26. März) fand eine Sitzung der *Société médico-psychologique*¹⁾ in Paris statt, in welcher sich verschiedene Beobachter mit den Zwangsvorstellungen beschäftigten. Hierbei trat die Schwierigkeit, diese krankhaften Vorstellungen von den Wahnideen strenger zu sondern und eine geeignete Bezeichnung für dieselben zu finden, recht deutlich zu Tage. Baillarger berichtete unter dem Titel „*Monomanie avec conscience*“ über den Fall einer 39jährigen Dame, welche an einer Varietät der Berührungsfurcht litt. Sie hatte die grösste Furcht vor der Berührung und selbst vor dem Anblicke von Dingen, welche dem Schreiben dienten.

¹⁾ *Annales méd. psychol.* 24. année. Paris 1866, pag. 92 ff.

Die Furcht erstreckte sich allmählich auf alles Geschriebene und Gedruckte. Der Anblick eines Bleistifts rief eine mehrstündige Krise hervor. Schliesslich hatte die Kranke Furcht vor allem Möglichen, weil sie Alles mit ihren Zwangsvorstellungen in Verbindung brachte; wenn man von einem Briefe nur sprach, bekam sie einen Anfall. Die Patientin litt ausserdem an religiösen Zwangsskrupeln, insbesondere an der Idee, unkeusche Handlungen vorgenommen zu haben (*actes d'impureté*). Der Autor erwähnte ferner den Fall eines Kranken, welcher seit 30 Jahren an der absurden Idee litt, dass er nur auf einem einzigen Brette auf dem Fussboden seines Zimmers gehen könne.

Baillarger betont ferner, dass die von ihm geschilderten Monomanien viel häufiger bei Frauen als bei Männern vorkommen und oft zur Zeit der Pubertätsentwicklung zum Ausbruch gelangen. Auch die Hysterie spielt nach B.'s Ansicht bei dem Leiden eine erhebliche Rolle, für welches er die Bezeichnung „Monomanie avec conscience“ in Ermangelung einer besseren in Vorschlag brachte.

Jules Falret erinnerte daran, dass er in seiner Abhandlung über die „Folie raisonnante“ ähnliche Fälle anführte. Es handelt sich nach F. bei der Krankheit im Allgemeinen um Furcht vor der Berührung äusserer Objekte, die sich mit dem Bedürfnis häufiger Waschungen verbindet. Die Furcht bezieht sich insbesondere auf die Berührung metallischer Gegenstände. Diese Form geistiger Störung wurde, wie er beifügte, von seinem Vater als „maladie du doute“ bezeichnet.

Brierre de Boismont berichtete von einem Offizier, welcher seit vielen Jahren an der Furcht litt, Kupfer berührt zu haben, und lange Zeit das Ungereimte und Krankhafte seiner Idee wohl erkannte.

Lunier glaubte, dass für die von Falret berührten Fälle die Bezeichnung „Folie morale“ der als „Folie du doute“ vorzuziehen sei. Er betont die Bedeutung der Heredität für das in Frage stehende Leiden und das häufigere Vorkommen desselben beim weiblichen Geschlechte.

Delasiauve hält die Bezeichnung „*Délire partiel diffus*“ für den in Frage stehenden Krankheitszustand für am geeignetsten. Wir sehen aus dem Angeführten, dass in dieser Sitzung zuerst die

Bezeichnung „Maladie oder Folie du doute“ erwähnt wurde, jedoch mit Bezug auf Fälle, die der Berührungsfurcht angehören.

Die Bezeichnung „Zwangsvorstellung“ wurde zuerst von von Krafft-Ebing gebraucht. In einer kleinen, 1867 veröffentlichten Schrift: „Beiträge zur Erkennung und richtigen forensischen Beurteilung krankhafter Gemütszustände für Ärzte, Richter und Verteidiger“ (Erlangen, Verlag von Ferd. Enke) bemerkt er bei Besprechung der einfachen Gemütsdepression (Melancholia sine delirio), dass, wo der freie Fluss, die schrankenlose Association der Vorstellungen gehemmt ist, auch das Wollen, wie es der Begriff der Zurechnung voraussetzt, nicht mehr bestehen kann, es wird zu einem Zwangswollen und schliesslich zum unbeherrschten Drange, der krankhaften Stimmung und der Hemmung im Vorstellen sich zu entledigen. An diese Bemerkungen betreffs jener Zwangerscheinungen, die wir gegenwärtig als Zwangsimpulse bezeichnen, knüpft der Autor folgende weitere Ausführungen:

„Die Monotonie des Vorstellens als Konsequenz des schmerzlichen Fühlens führt aber zu einer weiteren formalen Störung, insofern als einzelne schmerzliche Vorstellungen, in denen sich das kranke Fühlen objektiviert, im Bewusstsein sich festsetzen und schliesslich keinen Gegensatz mehr dulden. In dem Masse aber, als eine Vorstellung sich stärker und häufiger geltend macht, erzwingt sie sich einen Einfluss auf das Wollen, eine Thatsache, die schon im gesunden Organismus das freie Handeln wesentlich beschränkt, im kranken aber den Menschen zum reinen Automaten machen muss.“ Ferner erwähnt der Autor in der gleichen Schrift: „Eine weitere grosse Gruppe von Kranken ist diejenige, bei welcher sich aus dem schmerzlichen Fühlen einzelne finstere Vorstellungen erheben, die von diesem immer wieder neu angeregt zu Zwangsvorstellungen werden und schliesslich zum Handeln drängen. Solche Vorstellungen erheben sich häufig auf dem Boden der psychischen Depression und haben begreiflicher Weise in der Regel Selbstvernichtung oder Vernichtung Anderer oder Brandstiftung zum Inhalt.“

Im Anschluss an das Vorstehende führt von Krafft-Ebing die bemerkenswerte Tatsache an, dass die Zwangsvorstellungen nicht selten durch äussere Ereignisse angeregt werden und vielfach imitatorisch auftreten. Er weist auch auf die Tatsache hin, dass auch bei Ge-

sunden das plötzliche Auftauchen von dem sonstigen Empfinden und Vorstellen ganz fremden, ungeheuerlichen Vorstellungen sich nicht so selten findet.

In einer 1870 veröffentlichten Arbeit¹⁾ besprach der Autor das Vorkommen von Zwangsvorstellungen als elementarer psychischer Störungen bei Neurosen, wobei er den Einfluss der Zwangsvorstellungen auf die Selbstbestimmungsfähigkeit der Kranken untersuchte. Auch hier zog der Autor lediglich auf affektiver Grundlage basierende Zwangsvorstellungen in Betracht. Das Vorkommen selbständiger von affektiven Vorgängen unabhängiger, massenhaft und dauernd das Denken beherrschender Zwangsgedanken war ihm damals, wie er selbst später zugestand, noch unbekannt.

Griesinger²⁾ machte 1868 auf eine Varietät des Zwangsvorstellens, die Grübel- oder Fragesucht, als einen eigentümlichen psychopathischen Zustand aufmerksam, den er nur bei Kranken ausserhalb der Irrenanstalt fand. Die Schilderung des Autors stützt sich auf drei Beobachtungen, von welchen die erste eine Mitte der Schwangerschaft befindliche Dame betrifft, welche fortwährend von rein theoretischen Fragen nach dem Wie und Warum, die sich an jede Vorstellung knüpften und zu Grübeleien drängten, belästigt wurde. Die Schwangerschaft hatte die Fragen in eine besondere Richtung gelenkt, nach dem Wie der Entstehung der Menschen, ihre Bestimmung etc. Das unaufhörliche Sichaufdrängen der Zwangsvorstellungen in Frageform hatte bei der Frau einen Zustand hochgradiger Erregung herbeigeführt.

Beobachtung II betraf einen 34 Jahre alten russischen Fürsten, der in der Jugend an epileptischen Anfällen litt. Bei dem Patienten bestand seit zwei Jahren Grübelsucht in Frageform, wobei sich die Fragen hauptsächlich mit den Grössendimensionen der Gegenstände beschäftigten und ganz absurden Inhalts waren. Der Kranke sah das Abnorme seines Zustandes völlig ein und fand in Gesellschaft, beim Theaterbesuche etc. Erleichterung.

1) von Krafft-Ebing: Über gewisse formale Störungen des Vorstellens und ihren Einfluss auf die Selbstbestimmungsfähigkeit. Vierteljahrsh. f. gerichtliche und öffentl. Medizin 1870. Januar.

2) Griesinger: Über einen wenig bekannten psychopathischen Zustand. Archiv f. Psych. 1868, 1. Band, 3. Heft.

In Fall III handelte es sich um einen jungen Mann von 21 Jahren, der seit seinem 10. Jahre der Masturbation ergeben war. Bei dem Patienten begann das Leiden vor drei Jahren mit krankhaft übertriebener Präzision, an welche sich alsbald Grübelsucht anschloss. Auch hier traten die Zwangsvorstellungen in Form von Fragen nach dem Wie und Warum der Dinge auf, die ein quälendes Nachdenken zur Folge hatten. Aus einer Frage entsprangen immer weitere, die er nicht zu bannen vermochte. Die Fragen betrafen zumeist den Urgrund der Dinge (Entstehung der Welt, des Menschengeschlechts, die Natur etc. — sogenannte Schöpfungsfragen —), zum Teil knüpften sie sich aber auch an alltägliche Vorkommnisse. Auch hier mangelte es nicht an völliger Krankheitseinsicht. Ein Bruder des Patienten litt ebenfalls an Grübelsucht.

Griesinger glaubte, dass es sich bei den geschilderten Zuständen, wenn er auch deren Zugehörigkeit zu den Zwangsvorstellungen nicht verkannte, doch um eine ganz eigenartige psychische Störung handle. Nach seiner Ansicht sollte nur das von Falret als „*Maladie du doute*“ beschriebene Leiden eine gewisse Analogie und diese auch nur in ihrem Grundzustande darbieten.¹⁾

Legrand du Saulle²⁾ betrachtet die *folie du doute avec délire du toucher* als eine der vier Varietäten der *folie avec conscience*. Die Bezeichnung des Leidens soll die klinisch prägnantesten Symptome desselben hervorheben. Die Erkrankung verläuft nach seiner Ansicht nicht kontinuierlich, sondern in Schüben, die durch längere, mitunter eine Genesung vortäuschende Intervalle getrennt sein mögen, und lässt in ihrer Entwicklung drei verschiedene Stadien erkennen.

Das 1. Stadium ist durch das Auftreten von Zwangszweifeln und Grübeleien charakterisiert, die den Kranken jedoch zu keiner Äusserung über seinen Zustand veranlassen („*la lutte est silencieuse, l'assiégé ne se plaint pas de l'assiégeant*“).

Im 2. Stadium machen sich folgende Erscheinungen geltend: unerwartete Enthüllungen seiner Familie und seinen Freunden gegen-

¹⁾ Unter dem Titel: „Über krankhafte Fragesucht, *Phrenolepsia erotematica*, eine bisher wenig bekannte Form partieller Denkstörung“, (Allg. Zeitsch. f. Psych. 1872. S. 390), veröffentlichte auch Meschede Beobachtungen krankhafter Fragesucht, in welchen es sich jedoch nicht um Zwangsvorstellungen handelte.

²⁾ Legrand du Saulle: *La folie du doute (avec délire du toucher)*. Gazette des hôpitaux 1875, No. 114 u. f.

über, übertriebene Skrupel, chimärische Befürchtungen und Angstzustände, Anfälle von Aufregungszuständen mit epigastrischer Aura, Verringerung der Zweifel, Furcht, gewisse Gegenstände zu berühren, abnormer Reinlichkeitssinn, häufige Waschungen; längere freie Intervalle noch möglich, völlige Intaktheit der Intelligenz.

Im 3. Stadium handelt es sich um einen ernsteren und permanenten Krankheitszustand. Viele normale Akte des täglichen Lebens werden unmöglich, das Ausgehen erfolgt mit Widerstreben und wird schliesslich ganz verweigert. Die Bewegungen werden immer langsamer, das Ankleiden, die Einnahme der Mahlzeiten erfordert Stunden. Der Kreis der krankhaften Ideen verengt sich, während die Angstzustände zunehmen; die Furcht, zu gehen, sich zu setzen, an Jemand zu streifen, die Hand zu geben, ein Fenster oder eine Türe zu öffnen, und die unüberwindliche Abneigung gegen einzelne Gegenstände nehmen zu. Die Kranken äussern sich über ihren Zustand und besitzen das volle Bewusstsein ihrer traurigen Lage. Demenz tritt nie ein. Die Kranken verbleiben bis an ihr Ende in einem an Unbeweglichkeit grenzenden Zustande. Die ersten Anzeichen der geschilderten Neurose treten zumeist während der Pubertätszeit auf. Der Autor führt zum Belege für seine Schilderung eine Anzahl eigener und fremder Beobachtungen an.¹⁾

Berger²⁾ berichtete ebenfalls 1875 über zwei Fälle von Grübelsucht. Die erste Beobachtung betrifft einen 23jährigen, blühend aussehenden Kandidaten der Rechte ohne erbliche Belastung (?), bei welchem die Grübelsucht infolge erheblicher geistiger Anstrengung und gemüthlicher Erregungen zum ersten Mal in Form eines kurz dauernden Anfalls auftrat und auch später nur zeitweilig sich einstellte. Unter Bromgebrauch und hydriatischer Behandlung erfolgte Genesung.

Im Fall II bestand neben der Grübelsucht hochgradige allgemeine nervöse Erschöpfung; ein Gebirgsaufenthalt von wenigen Tagen soll hier zum Verschwinden der Grübelsucht geführt haben.

¹⁾ Die Aufeinanderfolge von Zweifelsucht und Berührungsfurcht bei demselben Kranken, wie sie Legrand du Saullé beschrieb, wurde in der Folge, wie wir später sehen werden, von verschiedenen Seiten bestritten, aber auch von einer Anzahl von Autoren bestätigt.

²⁾ Berger: Die Grübelsucht, ein psychopathisches Symptom. Archiv für Psych. u. Nervenkrankheiten Bd. 6, H. I, S. 217.

Weitere Fälle von Grübelsucht wurden von Berger 1877 mitgeteilt.

In seinem bekannten, in der Berliner medizinisch-psychologischen Gesellschaft 1877 gehaltenen Vortrage „Über Zwangsvorstellungen“ formulierte Westphal¹⁾ zunächst seine Auffassung von den Charakteren der Zwangsvorstellungen, indem er erklärte: „Unter Zwangsvorstellung verstehe ich solche, welche bei übrigens intakter Intelligenz und ohne durch einen Gefühls- oder affektartigen Zustand bedingt zu sein, gegen und wider den Willen des betreffenden Menschen in den Vordergrund des Bewusstseins treten, sich nicht verscheuchen lassen, den normalen Ablauf der Vorstellungen hindern und durchkreuzen, welche der Befallene stets als abnorm, ihm fremdartig anerkennt und denen er mit seinem gesunden Bewusstsein gegenübersteht.“ Bezüglich des Inhalts der Zwangsvorstellungen erwähnt der Autor, dass derselbe ein sehr mannigfaltiger sein kann, meist absurd ist und in keinem nachweisbaren Zusammenhange mit dem früheren Denken des Kranken steht, aber auch ein ganz gleichgültiger sein kann. Als Beleg führt er den Fall eines Mannes an, welchem sich bis zur Qual die Vorstellung aufdrängte, dass die Bilder an der Wand schief hingen. In Bezug auf den Inhalt der Zwangsvorstellungen bemerkt Westphal weiter, dass in manchen Fällen jahrelang ein und dieselbe Zwangsvorstellung herrscht, in anderen Fällen eine Vorstellung nach längerer oder kürzerer Frist einer anderen weicht, in einer dritten Reihe von Fällen dagegen man es mit einer Menge stetig wechselnder Vorstellungen zu tun hat. Der Autor betont ferner, dass die Zwangsvorstellungen nach seiner Erfahrung sich nie zu echten Wahnideen umgestalten und nicht von affektiven Vorgängen ausgehen.²⁾ Soweit solche, speziell Angstgefühle, bei Zwangsvorstellungen vorkommen, sind dieselben nach Westphal sekundärer Natur, bedingt zum Teil durch das zwangsweise Auftreten der Vorstellungen, zum Teil durch den Inhalt derselben. Selbst wenn in einzelnen Fällen von Zwangsvorstellungen primäre spontane Angstzustände vorkommen sollten, erachtet Westphal dieselben für eine

¹⁾ Westphal: Über Zwangsvorstellungen. Berl. klin. Wochenschr. 1877. Nr. 46.

²⁾ Die Befallenen befinden sich nach Westphal beim ersten Auftreten der Zwangsvorstellungen in einer (sehr häufig) ruhigen oder indifferenten Gemütslage.

nebensächliche Erscheinung. Der Krankheitszustand selbst hat nach seiner Ansicht keine emotive Grundlage.

Westphal berichtet in dem Vortrage auch über zwei Fälle, in welchen Zwangshandlungen eine ganz hervorragende Rolle spielten. Er bezeichnet die betreffenden Akte selbst als „Zwangshandlungen“.

In Bezug auf die Unterscheidung von Wahnideen und Zwangsvorstellungen bemerkt der Autor, dass in dem einen Falle die Vorstellung dem Kranken als gleichwertig mit dem übrigen Inhalte seines Bewusstseins erscheint, in dem anderen Falle als letzterem durchaus fremdartig. Aus dem Umstande, dass bei der primären Verrücktheit sowohl, wie bei den Zwangsvorstellungen eine Störung in der Sphäre der Vorstellungen, unabhängig von einem krankhaften Gefühls- oder affektartigen Zustande, die erste und wesentliche Anomalie bildet, leitet Westphal das Recht ab, die durch Zwangsvorstellungen bedingten psychischen Störungen als „abortive Verrücktheit“ zu bezeichnen. Es sollte damit angedeutet werden, dass die Zwangsvorstellung eine krankhafte Vorstellung ist, die sich nicht zur Wahnidee weiter entwickelt hat.

Der Autor erwähnt auch das Auftreten von Zwangsvorstellungen im Kindesalter und führt als Beispiel den von Casper mitgetheilten Fall¹⁾ eines Medizinstudierenden an, der an Errötungsfurcht seit der Knabenzeit litt und durch Selbstmord endete.

Westphal²⁾ führt ausserdem aus seiner eigenen Beobachtung eine Reihe von Fällen von Zwangsvorstellungen in der Kindheit an. Die Krankheitserscheinungen seitens des Nervensystems, welche die Zwangsvorstellungen begleiten, sind nach W. im Ganzen wenig zahlreich und wenig hervortretend. Der Autor erwähnt abnorme Sensationen in der Magengegend, im Kopfe (Benommenheit, Druck) und anderen Theilen, Empfindlichkeit gegen Geräusche, Schlafmangel. In einzelnen Fällen treten nach Westphal's Beobachtung Zwangsvorstellungen in Verbindung mit Epilepsie auf. Die Krankheit geht nach W. nicht selten in Heilung aus, allerdings mit Neigung zu Recidiven. Die Genesung kann auch plötzlich erfolgen. Bei der Prognose ist zu berücksichtigen, dass selbst bei schweren Formen des Leidens weder ein Übergang in Paranoia, noch eine Abschwächung der Intelligenz zu befürchten ist.

¹⁾ Casper: Denkwürdigkeiten zur mediz. Statistik. Berlin 1846, S. 165.

²⁾ Westphal: Berliner klin. Wochenschrift Nr. 47, S. 688.

Schon in der Diskussion, welche sich in der Berliner medizinisch-psychologischen Gesellschaft an den Vortrag Westphal's knüpfte, wurden von verschiedenen Seiten gegen des Autors Auffassung der Zwangsvorstellungen Einwände erhoben. Jastrowitz bestritt zunächst den Mangel einer emotiven Grundlage der Zwangsvorstellungen, er stellt diese als ätiologisches Moment sogar in den Vordergrund, wobei er jedoch die hereditäre krankhafte Veranlagung, die sich als hypochondrische oder melancholische Verstimmung äussern mag, mit im Auge hat. Neben der allgemeinen emotiven Basis betont er als occasionelle Ursache der Zwangsvorstellungen die öftere Einwirkung eines besonderen Affektes wie Schreck, Trauer etc. Ausserdem hebt der Autor im Gegensatz zu Westphal hervor, dass Zwangshandlungen und Zwangsvorstellungen bei den verschiedensten Psychosen vorkommen. Er erinnert ferner an den Zwangsvorstellungen analoge Vorkommnisse bei Gesunden, das Verfolgtwerden durch eine Melodie (einen Gassenhauer z. B.). Diese Erscheinung tritt insbesondere dann ein, wenn das Hörzentrum durch Alkohol, Nachtwachen etc. in einen Erregungszustand versetzt wurde, welcher die emotive Grundlage vertritt. Sander glaubt, dass von den Zwangsvorstellungserkrankungen im Sinne Westphal's diejenigen auszuscheiden seien, in welchen die Zwangsvorstellungen zu entsprechenden Handlungen führten, weil in solchen Fällen sich nicht annehmen lasse, dass der Kranke über seinen Zwangsvorstellungen steht, wie dies Westphal voraussetzt. Sander betrachtet als Basis der Zwangsvorstellungen die meist angeborene neuropathische Konstitution und kann deshalb nicht zugeben, dass die an Zwangsvorstellungen Leidenden im übrigen ganz gesund sein mögen. Als Bedingung für das erste Auftreten mancher Zwangsvorstellungen führt Sander die Assoziation nach dem Kontrastprinzip und Vorgänge des unbewussten Denkens an, ferner Beeinflussung des Denkens durch Gemütsstimmung und körperliche Leiden, frappierende Ereignisse, Schreck und dergleichen. Ferner erwähnt der Autor, dass der Einfluss des Willens auf den Gedankenablauf unter gewissen physiologischen und pathologischen Bedingungen mehr oder weniger abnimmt; zu letzteren zählt in erster Linie die nervöse Konstitution.

Liman findet ebenfalls das Wesentliche der Zwangsvorstellungen darin, dass der Befallene über ihnen steht und sie nicht in Handlungen umsetzt; wo dies der Fall ist, handelt es sich nach seiner

Ansicht nicht mehr um Zwangsvorstellungen. Sander erwähnt in der Diskussion über Westphal's Vortrag des Weiteren einen Fall von Folie du doute avec délire du toucher (Zweifelsucht, an welche sich allmählig Berührungsfurcht anschloss) und glaubt, dass diese Beobachtung für die Ansicht Legrand du Saulle's spricht.

In der 1878 publizierten Arbeit „Über Geistesstörung durch Zwangsvorstellungen“ rekapituliert von Krafft-Ebing¹⁾ zunächst seine 1870 veröffentlichten Ansichten über die Pathogenese der Zwangsvorstellungen. Von den Wahnideen unterscheiden sich nach Krafft-Ebing die Zwangsvorstellungen dadurch, dass das Bewusstsein sie fortdauernd und als krankhaft beurteilt und dadurch über ihnen steht. v. Krafft-Ebing hält es, abgesehen von älteren französischen Autoren, namentlich für das Verdienst Legrand du Saulle's und Westphal's, erkannt zu haben, dass Zwangsvorstellungen auch ohne affektive Grundlage vorkommen, und durch ihre Andauer und Selbständigkeit ein besonderes Krankheitsbild, so zu sagen eine Form des Irreseins repräsentieren. Der Autor weist ferner auf die Züge hin, welche die Zwangsvorstellungserkrankung mit der originären Verrücktheit gemeinsam hat:

1. Die fast immer nachweisbare Heredität, resp. originäre neuro-psychopathische Konstitution.
2. Die meist auf die Entwicklungsjahre zurückreichende Invasion der Krankheit.
3. Das primäre, d. h. jeder affektiven Grundlage entbehrende unvermittelte Auftreten von Vorstellungsanomalien.
4. Das Hervorgehen der Vorstellungen aus der Tiefe des Unbewussten und der unassimilierbare Inhalt derselben.
5. Der typische kongruente Inhalt der Zwangsvorstellungen (religiöse Zweifel, Furcht vor Berührung, Gift etc.).
6. Der echt konstitutionelle und damit stationäre Charakter beider Krankheitsbilder.
7. Der Umstand, dass beide Krankheiten nicht in Zustände allgemeiner psychischer Schwäche (Blödsinn) übergehen.

Im Anschlusse berichtet er über vier Fälle, von welchen die zwei ersten zwei Schwestern betreffen, bei denen typische Zwangs-

¹⁾ v. Krafft-Ebing: Über Geistesstörung durch Zwangsvorstellungen, Zeitschr. für Psychiatrie Bd. 35.

vorstellungen verschiedenen Inhalts (Zwangszweifel, Befürchtungen, Vorstellungen abergläubischen Inhalts etc.) und Zwangshandlungen vorlagen. Im Fall 3 handelt es sich um eine 30jährige Patientin, bei welcher nach einem melancholischen Zustande sich äusserst quälende Zwangsbefürchtungen verschiedenster Art, insbesondere Lyssaphobie mit Waschzwang, Grübelsucht und mancherlei andere Zwangsvorstellungen einstellten. Beobachtung 4 betrifft eine 19jährige Dienstmagd, bei welcher im 13. Lebensjahre ohne erkennbaren Anlass Zwangsrübeleien religiösen Inhalts auftraten. Im 18. Jahre schwanden die religiösen Zwangsvorstellungen, dafür stellten sich jedoch Grössenideen ein (dass sie von vornehmer Abkunft sei), über welche sie ein halbes Jahr grübeln musste. Manche Tage betrachtete sie diese Ideen als der Wahrheit entsprechend, während sie in der übrigen Zeit das Ungereimte derselben wohl einsah. An den Tagen, an welchen die Grössenideen wahnhaften Charakter annahmen, war die Patientin verstimmt. Im 19. Jahre verschiedene Zwangsskrupel und Zweifel bei ihrer Beschäftigung, später auch Berührungsfurcht, die zeitweilig zu förmlichen Krisen führte. An diese Vorstellungen schlossen sich nach einiger Zeit Verfolgungsideen an, die wieder verschwanden, während die übrigen Zwangsvorstellungen, speziell die Berührungsfurcht, wieder mächtiger hervortraten. Der Zustand der Kranken, bei der auch konträre Sexualempfindung bestand, besserte sich unter Hospitalbehandlung bedeutend.

In der 1883 veröffentlichten Arbeit „Über Zwangsvorstellungen bei Nervenkranken“ definiert von Krafft-Ebing¹⁾ die Zwangsvorstellungen ganz im Sinne Westphal's als: „eine formale Störung des Vorstellungsablaufs, charakterisiert dadurch, dass irgend eine konkrete, vielfach inhaltlich gar nicht widersinnige Vorstellung mit krankhafter Intensität und Dauer im Bewusstsein fixiert bleibt, wobei sich aber der Betreffende im Gegensatz zur Wahnidee des Krankhaften des Vorgangs, speziell auch in Bezug auf den Inhalt der Vorstellung bewusst ist.“ Die Störung des psychischen Mechanismus, die dadurch gegeben ist, dass es der Assoziations- und Willensenergie nicht gelingt die Zwangsvorstellung zu verdrängen,

¹⁾ v. Krafft-Ebing: „Über Zwangsvorstellungen bei Nervenkranken.“ Mitteilungen des Vereins der Ärzte in Steiermark 1883. Arbeiten aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie und Neuropathologie 1.—4. Heft, S. 59.

deutet nach dem Autor auf einen funktionellen Schwächezustand im Vorstellungsprozesse hin, welcher der in anderen Funktionen des Centralnervensystems sich kundgebenden reizbaren Schwäche korrespondiert. Von grosser Wichtigkeit ist nach von Krafft-Ebing die unablässige Wiederkehr der Zwangsvorstellungen und ihre von vornherein höchst intensive Betonung mit Unlustgefühlen bis zu heftigen Affekten.

Des Weiteren bespricht der Autor hier die häufigsten und wichtigsten bei Neurasthenischen und Hysterischen vorkommenden Zwangsvorstellungen und Phobien (Nosophobien, Topophobien, Berührungsfurcht, Zwangsvorstellungen des Beachtetwerdens, des Suicidiums oder krimineller Handlungen), unter Berücksichtigung der speziellen pathogenetischen Momente und Anführung erläuternder Fälle.

Bei einer erblich neuropathisch belasteten und neurasthenischen Beamtenfrau von 35 Jahren trat kurze Zeit nach ihrem 5. Wochenbette in Folge eines Gesprächs über wütende Hunde plötzlich der Gedanke auf, dass ihr Mann von einem solchen gebissen und dadurch ihr Familienglück zerstört werden könne. Diese Idee, welche sie in die grösste Angst versetzte, verliess sie in der Folge für mehrere Jahre nicht mehr dauernd. Sie beherrschte die Kranke tagelang vollständig, trat dann für Wochen wieder zurück, um durch einen zufälligen Umstand, z. B. den Anblick eines Hundes, neuerdings geweckt zu werden. Mit der Besserung des Nervenzustandes traten die Zwangsvorstellungen immer mehr zurück. Ferner berichtet von Krafft-Ebing über einen 25jährigen neurasthenischen Beamten, der in Folge einer seit seiner Kindheit bestehenden hochgradigen Neigung zum Erröten von der Zwangsvorstellung verfolgt wurde, dass er sich in Gesellschaft auffällig und lächerlich mache und er die Aufmerksamkeit der Leute auf sich lenke. Er verliess deshalb mitunter tagelang das Zimmer nicht.

Ein weiterer von v. Krafft-Ebing mitgeteilter Fall zeigt, dass auch eine abnorme Neigung zum Erblassen die Zwangsvorstellung des Sich auffällig machen und damit Scheu vor Gesellschaft veranlassen kann. Der Autor berichtet ferner über einen Fall von sehr quälenden sakrilegischen Zwangsvorstellungen bei einer 31 Jahre alten hysteroneurasthenischen und anämischen Frau (beim Vaterunser: „Esel, der du bist“, „liebe Sau“ statt liebe Frau etc.); unter Opiumbehandlung trat hier Ausgang in Genesung ein. Bei einer

anderen von v. Krafft-Ebing beobachteten Frauensperson bestand die Zwangsvorstellung, die Hostie nicht schlucken zu können, welche sich ebenfalls beseitigen liess.

Der Autor bemerkt zum Schlusse, dass die Neuropathischen mit Zwangsvorstellungen im allgemeinen den Kategorien der Hypochonder, Epileptiker und Hysteriker angehören, bei denselben jedoch als gemeinschaftliche neurotische Grundlage die Neurasthenie sich findet. Es ist auch ein paralleles Exacerbieren der neurasthenischen Symptome neben dem Hervortreten der Zwangsvorstellungen zu konstatieren. In therapeutischer Hinsicht hält der Autor daher auch die Bekämpfung der Neurasthenie in erster Linie für geboten; er geht des Näheren auch auf die psychische Behandlung ein.

Wille (Basel)¹⁾ bringt in einer 1881 veröffentlichten Abhandlung „Zur Lehre von den Zwangsvorstellungen“ nach einem kurzen historischen Rückblick, in welchem er die Verschiedenheiten in der Auffassung der Zwangsvorstellungen bei den deutschen und französischen Autoren hervorhebt, die Krankengeschichten von 16 Fällen mit Zwangsvorstellungen, die manches mit der Westphal'schen Definition nicht Übereinstimmendes bringen.

Bei der Patientin des Falles I, einer 40jährigen Frau, traten nach einer unruhigen Nacht plötzlich Zwangsvorstellungen auf. Sie musste bei Allem, was sie dachte oder tat, die Worte „verdammte“, „verfluchte“, „Kalb“ mitdenken; sie konnte sich von der Vorstellung, dass alles, was sie tat, verflucht, verdammte sei, trotz allen An kämpfens und der Einsicht, dass es sich um einen abnormen Gedanken handle, nicht befreien. Die erwähnten Vorstellungen erhielten sich 2 $\frac{1}{2}$ Jahre lang, um dann ziemlich rasch zu verschwinden. 6 Jahre später tauchte bei ihr die Vorstellung auf, dass ihr Mann nicht selig werden könne, welche sie $\frac{1}{2}$ Jahr verfolgte. Veranlassung dieser Zwangsvorstellung, deren Ungereimtheit die Patientin völlig einsah, war eine einige Sekunden andauernde Stimme im linken Ohr, welche einen Vorwurf gegen ihren Mann aussprach.²⁾ Bei der 1876 erfolgten Aufnahme in die Irrenanstalt wurde bei derselben hypo-

¹⁾ Wille: Zur Lehre von den Zwangsvorstellungen. Archiv f. Psychiatrie 12. Band, 1. Heft.

²⁾ Die Patientin hörte die betreffenden Worte („Ihr habt die Uhr auf ungerecht“) mit einer feinen, leisen Stimme in ihr linkes Ohr flüstern.

chondrische Verrücktheit konstatiert, sie hatte eine Menge hypochondrischer Wahnvorstellungen. In der Epikrise bemerkt der Autor, dass bei dem zweiten Auftreten der Zwangsvorstellungen eine solche momentan den Charakter einer Gehörshalluzination annahm und die Kranke, abgesehen von diesem Vorkommnisse, weder vorher noch später halluzinierte. Der Autor lässt es dahingestellt, ob die hypochondrischen Wahnvorstellungen durch Transformationen aus Zwangsvorstellungen sich bildeten.

Im Falle III trat bei einer 27 jährigen Frau nach einem erschütternden Todesfalle die Zwangsvorstellung ganz unvermittelt auf, dass sie auch plötzlich sterben könne, zu der sich alsbald andere Zwangsvorstellungen gesellten, dass sie nicht wisse, was sie in Gesellschaft sprechen solle, dass man ihr ihre verkehrten Ideen ansehe etc., was sie veranlasste, den Verkehr mit Menschen zu meiden. Diese Ideen stellten sich in Zwischenräumen von 4 bis 8 Tagen immer wieder ein und verknüpften sich mit einer sich immer mehr steigenden ängstlichen Erregtheit. Die Kranke verlor dabei die Einsicht in ihren Zustand und ihre Selbstbeherrschung. Der Zustand nahm nach einer Remission von kurzer Dauer den Charakter einer „aufgeregten Hypochondrie“ an (permanente Schwäche bis zu Ohnmachtsgefühlen, Furcht vor plötzlichem Herzstillstande bis zur Intensität von Wahnvorstellungen, nimmt Abschied von den Ihrigen, absolute Hoffnungslosigkeit mit sekundären Angstgefühlen etc.). Die Patientin genas langsam.

In der Epikrise hebt der Autor hervor, dass in dem vorhergehenden, wie in anderen von ihm beobachteten Fällen die Zwangsvorstellungen sekundär zu dauernderen Angstzuständen führten, welche das ganze geistige Leben beeinflussten und ein überlegtes Denken und Handeln unmöglich machten, obwohl die Kranken von der Unbegründetheit ihrer Befürchtungen überzeugt waren.

In Beobachtung V handelt es sich um eine 1834 geborene Frau, bei welcher sich schon in den Kinderjahren viel Furcht zur Nachtzeit, ferner Neigung zum Grübeln und Zweifeln in religiösen Dingen, auch Furcht vor Feuersgefahr zeigte. Im 16.—17. Lebensjahre während einer Handarbeit plötzlich Auftreten der Vorstellung, dass der gebrauchte Faden nicht ihr Eigentum sei; sie konnte von da an den sie beängstigenden Gedanken, fremdes Eigentum zu haben, nicht mehr los werden, obwohl sie dessen Ungereimtheit

völlig einsah. Mit 18 Jahren Heirat; während der bald folgenden Gravidität Zwangsvorstellungen der Verunreinigung beim Anblick von Pferden und Hunden. Die Vorstellung übertrug sich auch auf Menschen und Gegenstände, was Waschwang und häufigen Kleiderwechsel zur Folge hatte. Nach dem ersten und zweiten Wochenbette Verschlimmerung des Zustandes, welcher zeitweilig Anstaltsaufenthalt nötig machte; später machten sich neben den Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen Anklänge von Verfolgungswahn (krankhaft gesteigertes Misstrauen, Verfolgungsideen etc.) bemerklich.

Der Autor erblickt hier den Beginn des von Legrand du Saulle aufgestellten 3. Stadiums der Folie du doute. In den übrigen Fällen handelt es sich zumeist um Zweifel- und Grübelsucht, ferner um sexuelle, abergläubische, religiöse Zwangsvorstellungen etc.

In der Beobachtung XV traten neben verschiedenen anderen Zwangsvorstellungen vorübergehend grössenwahnartige Vorstellungen und Verfolgungsideen auf, denen gegenüber volle Krankheitseinsicht bestanden haben soll.

Nach Wille kommen die Zwangsvorstellungen nicht, wie Westphal annimmt, lediglich bei intakter Intelligenz vor, sie finden sich bei verschiedenen Formen von Geistesstörung, bei denen von ungestörter Intelligenz keine Rede sein kann und der Autor hält dieselben für ein nicht gerade seltenes Symptom akuter und chronischer Geisteskrankheit. Wie bezüglich der Intaktheit der Intelligenz, tritt der Autor auch bezüglich des Mangels einer emotiven Grundlage der Zwangsvorstellungen der Westphal'schen Definition entgegen. Nach Wille's Ansicht kommen die Zwangsvorstellungen häufig genug auf Grund eines emotiven Elements zu Stande, und er betont zugleich die hiermit übereinstimmenden Erfahrungen französischer und deutscher Beobachter. W. glaubt, dass allerdings in einzelnen Fällen, so bei melancholischen Zuständen, durch die Hemmung des Vorstellens Zwangsvorstellungen entstehen können, bei der Zwangsvorstellungserkrankung dagegen, wie Westphal annimmt, die Hemmung des Vorstellungsablaufs nicht Ursache, sondern Folge des Zwangsvorstellens ist. Die Beziehungen emotioneller Vorgänge zu den Zwangsvorstellungen sind verschieden. Gemüthliche Erregungen können Zwangsvorstellungen hervorrufen.

aber auch als Folge des gehemmten Vorstellungsablaufs auftreten oder durch den Inhalt der Zwangsvorstellungen, unter Umständen auch durch die damit verknüpften Zwangshandlungen bedingt werden. Bezüglich des Inhalts der Zwangsvorstellungen hält Wille, wieder abweichend von Westphal, die Absurdität und den Mangel eines Zusammenhangs mit dem früheren Vorstellen des Individuums nicht für charakteristisch. Die Folie du doute und das Délire du toucher mit dem Waschwang entsprechen dem früheren Bewusstseinsinhalte, da sie meist sich bei Leuten finden, die von Jugend auf an extremer Ordnungs- und Reinlichkeitsliebe litten und schon immer von Zweifeln geplagt waren. Manche (abergläubische) Zwangsvorstellungen sind atavistischen Ursprungs und entsprechen einem früher verbreiteten Glauben. Der Inhalt der Zwangsvorstellungen ist nach W. für das Wesen derselben gleichgiltig und gestattet keine weiteren Schlüsse. Der Autor will nach dem Inhalte zwei Gruppen von Zwangsvorstellungen unterschieden haben:

- a) Zwangsvorstellungen absurden, oft ganz tollen Inhalts,
- b) solche mit verständigem, natürlichem aber falschem Inhalte.

W. erblickt in den Zwangshandlungen eine Weiterentwicklung des Zwangsvorstellens und betont, dass nur selten Zwangsvorstellungen von längerer Dauer ohne Zwangshandlungen vorkommen. Es sind speziell die sekundären Angstzustände, welche den Übergang der Zwangsvorstellungen in Zwangshandlungen begünstigen. Die Zwangshandlung führt Beruhigung herbei. Bei Widerstand gegen die inneren Antriebe kann es zu Bewusstseinsstörung, Delirien, auch zu Krämpfen kommen (Krisen der Franzosen). Das Auftreten von Zwangshandlungen hängt vor allen Dingen von der Intensität der Zwangsvorstellungen ab; es spielen dabei aber auch individuelle Eigentümlichkeiten der Veranlagung neben dem emotiven Elemente, dessen Einfluss schon erwähnt wurde, eine Rolle. Es werden aber auch neben den Zwangsvorstellungen selbstständig auftretende Zwangshandlungen beobachtet, wobei der Inhalt der Zwangshandlung dem der Zwangsvorstellung mehr oder weniger widersprechen kann. Neben den Zwangsvorstellungen können auch von diesen unabhängig gemüthliche Erregungen auf dem Boden spontaner oder reflektorischer vasomotorischer Attacken auftreten. Ein lediglich an Zwangsvorstellungen Leidender ist nach Wille nicht geisteskrank. Treten zu den Zwangsvorstellungen aber Zwangs-

handlungen, so handelt es sich um Irrsinn, da nach Wille's Ansicht die Zwangshandlungen den Handlungen der Verrückten als äquivalent anzusehen sind. In Bezug auf die Weiterentwicklung des Zwangsvorstellungsleidens bemerkt der Autor, dass dabei nicht lediglich Zwangshandlungen und emotive Zustände in Betracht kommen. Dass die von Legrand geschilderte Verlaufsweise tatsächlich sich findet, hält er mit Rücksicht auf zwei von ihm beobachtete Fälle für unzweifelhaft. Er bestreitet aber, dass die von Legrand du Saulle angenommenen drei Phasen, Folie du doute, Délire du toucher und Psychopathie mit Krisen regelmässig aufeinander folgen; Grübelsucht und Délire du toucher kommen auch isoliert vor. Ferner kann die Grübelsucht direkt in das dritte Stadium übergehen. Nicht selten scheint dagegen der Übergang in Melancholie; auch die Weiterentwicklung zu echter Verrücktheit ist möglich. Von körperlichen Begleiterscheinungen fand Wille am häufigsten: einen Zustand von Anämie mit Fettsucht oder Abmagerung, dann Störungen des Schlafes und gesteigerte Erregbarkeit der Herznerven, abnorme Sensationen im Epigastrium und anderen Körperteilen, bei männlichen Kranken gesteigerte sexuelle Erregbarkeit. Von individuellen prädisponierenden Momenten führt Wille in erster Linie die meist ererbte neuro- und psychopathische Anlage an. Die Entwicklung der Zwangsvorstellungen ist in vielen Fällen eine allmälige bis in die Kindheit zurückreichende. Es betrifft dies nach Wille die grössere Hälfte aller Fälle; bei der kleineren Hälfte treten die Zwangsvorstellungen plötzlich und unvermittelt auf, und der weitere Verlauf ist ein paroxysmeller, intermittierender oder remittierender. Wie das Auftreten ist auch das Schwinden der Zwangsvorstellungen oft ein ganz plötzliches, während in anderen Fällen dieselben sich nur ganz allmähig verlieren. Ob wirkliche Genesungen vorkommen, kann der Autor auf Grund seiner Erfahrungen nicht entscheiden.

Zum Schlusse betont der Autor, dass den Zwangsvorstellungen zweifellos eine gesonderte Stellung unter den psychischen Störungen zukommt, und wenn in einem Falle der Ausgang in Melancholie oder Verrücktheit eintritt, es sich nicht um Weiterentwicklung der Zwangsvorstellungen, sondern um einen Ersatz derselben durch eine neue Erkrankung handelt. Zugleich hebt der Autor hervor, dass das zwangsartige Auftreten nicht lediglich im Gebiete der Vor-

stellungen, sondern auch anderer elementarer geistiger Vorgänge stattfindet. Es gibt ausser Zwangsvorstellungen Zwangsempfindungen, Zwangsgefühle, Zwangstrieb, Zwangshandlungen. Diese repräsentieren die Gruppe der Folie avec conscience, die wohl in die grössere Gruppe der Folie héréditaire einzureihen ist, wenn auch für manche Fälle hereditäre Belastung nicht erweislich ist.

Brosius¹⁾ weist darauf hin, dass man unter dem Titel Zwangsvorstellungen sehr verschiedene Krankheitsbilder, teilweise mit ganz divergenter Form des Vorstellens, beschrieben hat. Er will die Zweifel- und Grübelsucht ausgeschieden haben, weil dieselben nie zu entsprechenden Zwangshandlungen führen. Das Vorkommen von Zwangsvorstellungen bei früher Geistesgesunden gibt er zu, betont aber Westphal gegenüber, dass dieselben auch auf emotiver Grundlage auftreten können und in manchen Fällen speziell bei Zwangshandlungen die Krankheitseinsicht zeitweilig fehlt.

Höstermann²⁾ hält eine Einschränkung des Begriffes der Zwangsvorstellungen für nötig. Von den eigentlichen Zwangsvorstellungen, die nach seiner Ansicht durch innere cerebrale Reize hervorgerufen werden und ohne Zusammenhang mit dem früheren Bewusstseinsinhalte plötzlich auftauchen, will er die auf dem Wege der Ideenassociation entstehenden abnormen Vorstellungen unterschieden wissen, die in ihrem Verhalten und ihrer Wirkung eine frappante Ähnlichkeit mit den eigentlichen Zwangsvorstellungen zeigen können. Als Beispiel für die in Frage stehende Vorstellungskategorie, für welche er die Bezeichnung „dominierende Vorstellung“ vorschlägt, führt er u. A. den Fall eines Patienten an, welcher bei nicht anstrengender Lektüre beständig den Drang fühlte, die einzelnen Wörter rückwärts zu lesen. Dieser Drang liess sich auf den Umstand zurückführen, dass er bei Lösung eines Rätsels das Rückwärtslesen verwenden musste und dasselbe in der Folge beim Lesen öfters versuchte.

Die dominierenden Vorstellungen unterscheiden sich nach Höstermann von den eigentlichen Zwangsvorstellungen auch durch eine bessere Prognose, da sie einer psychischen Therapie leichter zugänglich sind, als letztere.

¹⁾ Brosius: Aus meiner psychiatrischen Wirksamkeit. Eine zweite Adresse an die praktischen Ärzte (Wiesbaden 1881) und „Irrenfreund“ 1881.

²⁾ Höstermann: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 1884, S. 41.

Jastrowitz¹⁾ bemerkt im Anschlusse an die Mitteilung eines forensischen Falles, auf den wir an späterer Stelle eingehen werden, dass, wo Zwangsvorstellungen auftreten, immer ein krankhaft impressionabler Zustand des Gehirns angenommen werden müsse; auch erklärt der Autor, dass er die Westphal'sche Auffassung als abortive Verrücktheit nicht teilen könne. Hiegegen bemerkte Westphal in der Diskussion über den Jastrowitz'schen Vortrag, er müsse daran festhalten, dass Zwangsvorstellungen ganz unvermittelt bei bis dahin völlig gesunden Personen auftreten können.

Friedenreich²⁾ gab 1887 unter Zugrundelegung von 77 Beobachtungen, worunter jedoch nur 5 eigene sich befinden, eine Schilderung der „Zwangsgedankenkrankheit“. Er teilt die einzelnen mitgeteilten Beobachtungen in folgende 6 Gruppen:

1. Maladie du doute Falret's,
2. Grübelsucht,
3. Ticähnliche Zwangsvorstellungen,
4. Délire émotif Morel's,
5. Zwangsvorstellungen, zu ausgesprochener Geistesstörung entwickelt,
6. Zwangsvorstellungen mit neurerethischen Zuständen (Neurasthenie).

Nach dem Autor werden die Zwangsvorstellungen nicht immer von dem Patienten als etwas Fremdartiges, Aufgedrungenes erkannt. Er hält es mindestens für sehr wahrscheinlich, dass dem Leiden in sehr vielen, wenn nicht in allen Fällen ein neurerethischer Zustand zu Grunde liegt. Als HAUPTERSCHEINUNG der Erkrankung bezeichnet er Zwangsvorstellungen und Angst, und zwar hält er letztere für das Wesentliche der beiden Momente, namentlich deshalb, weil in den in Betracht kommenden Fällen die Angst auch unabhängig von Zwangsvorstellungen auftritt und sich bei Neurasthenie überhaupt häufig findet. Der Inhalt der Zwangsvorstellungen ist durchaus nicht immer unwahrscheinlich, das Krankhafte liegt bei denselben

¹⁾ Jastrowitz: Sitzung der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 9. Juni 1884. Referat Neur. Centralbl. 1884, S. 300.

²⁾ Friedenreich: Tvangstankegygdommen. Psychiatrisk Studie poa Grundlag af fremmede og egne Erfaringer. Kopenhagen 1887, refer. Neur. Centralbl. 1887. S. 482.

nur in ihrem „starken und unaufhörlichen“ Auftreten, ihrer Einwirkung auf den Pat., sowie in der Angst, welche sie hervorrufen. Die Leichtigkeit, mit welcher der Angstmechanismus in Tätigkeit versetzt wird, macht nach Friedenreich an sich nicht unnatürliche Vorstellungen zu Zwangsvorstellungen. Beim *Délire émotif* handelt es sich um einen dauernden Angstzustand. Als Hauptfaktoren bei den Zwangsvorstellungen betrachtet Friedenreich demnach Überarbeit in den Nervencentren der Vorstellungssphäre und dem Angstzentrum, bedingt durch Neurasthenie. Als das Primäre ist der Autor geneigt, einen Verstimmungszustand, namentlich mit Rücksicht auf seine eigenen Beobachtungen, anzunehmen. Unter den disponierenden Momenten steht die Heredität obenan; alle das Nervensystem schwächenden Einflüsse bilden disponierende, zum Teil auch direkt veranlassende Ursachen.

Die Prognose erklärt Friedenreich als schlecht in Bezug auf Heilung, dagegen als gut in Bezug auf Erhaltung der Intelligenz.

Holst berichtete 1888 über das Vorkommen von Zwangsvorstellungen bei Hysterie und Neurasthenie und betont zugleich, dass diese psychopathischen Erscheinungen sich auch gelegentlich bei Paranoia finden.

Meynert¹⁾ sprach sich dahin aus, dass die Bezeichnung „Zwangsvorstellung“ auch für das Gebiet der Wahnideen eine weitgehende Berechtigung hätte, besonders innerhalb des akuten Wahnsinns. Im Bereiche der neurasthenischen Zustände sind nach dem Autor Zwangsvorstellungen in dem Sinne zu definieren, „dass der Kranke innerhalb eines Gegenstrebens die Schwierigkeit, die relative Unmöglichkeit empfindet durch dieses Gegenstreben solch ein Gedankenbild zu beseitigen“. Das Gegenstreben ist lediglich der Ausdruck dafür, dass die Zwangsvorstellung durch einen Faktor, der ausserhalb der Assoziationsmassen des Ego liegt, in seine Gedanken hineingedrängt wird. Dabei ist es besonders bemerkenswert, dass die ganze koordinierte Assoziationsmasse des Ego zu schwach erscheint, um die an sich einfache Zwangsvorstellung zu unter-

¹⁾ Meynert: Über Zwangsvorstellungen (Vortrag, gehalten in der Jahresversammlung der k. k. Gesellsch. der Ärzte, 16. März 1888). Wiener klin. Wochenschr. No. 5, 1888

drücken. Das Zustandekommen der Zwangsvorstellung ist nach Meynert aus dem von ihm schon früher (Psychiatrie, Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns, Wien 1884) besprochenen Zustande der lokalisierten reizbaren Schwäche, die in einem allgemeinen Erschöpfungszustande des Gehirns ihren Grund hat, zu begreifen. Dieser beruht auf hereditärer Anlage, die durch accidentelle Momente (Trunk, Affekte, Blutverluste etc.) gesteigert werden kann. Bei der hier in Rede stehenden lokalisierten reizbaren Schwäche sind die Hemisphären, resp. der Cortex, Sitz der Schwäche, die subkortikalen Centren der Sitz des Reizzustandes. Durch die Schwäche der Hemisphären kommt die Hemmung zum Wegfall, welche das Assoziationsorgan auf die von den subkortikalen Centren kommenden Reize ausübt. Die von diesen Centren ausgehenden Empfindungen, darunter insbesondere Angstgefühle, (welche Meynert speziell von den Respirationscentren abhängig erachtet) können daher ungehemmt im Bewusstsein sich geltend machen. Infolge der Schwäche des Assoziationsorgans erlangen die Gedankenbilder, welche sich mit Angstgefühlen verknüpfen, das Übergewicht, und die übrigen Assoziationskomplexe sind nicht imstande, dieselben aus dem Bewusstsein zu verdrängen. Hierdurch erhalten die von Angstgefühlen getragenen Gedankenbilder für den Kranken den Charakter der Zwangsvorstellung.

Die Ungleichheit der funktionellen Veränderungen im Cortex und den subkortikalen Centren, will Meynert mit der Verschiedenheit der Gefäßversorgung der beiden Gehirnpartien in Verbindung bringen, infolge welcher die subkortikalen Centren günstigere Ernährungsverhältnisse besitzen als die Hemisphäre. Daneben glaubt er aber auch den Zustand der molekularen Attraktion in Betracht ziehen zu müssen; bezüglich dieser Annahme wollen wir auf die an späterer Stelle mitzuteilenden Ausführungen Kaa'n's verweisen.

Berger¹⁾ teilte im gleichen Jahre 1888 einen Fall von Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen bei einem 10jährigen Mädchen mit. Die kleine, hereditär sehr belastete und schlecht erzogene Patientin, welche für ihr Alter geistig gut entwickelt und körperlich gesund war, erkrankte nach körperlichen Überanstrengungen

¹⁾ H. Berger: Über einen Fall von Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen bei einem 10jährigen Kinde. Arch. für Psych., Bd. 18, Heft 3, S. 872.

und gemüthlichen Erregungen wiederholt plötzlich an Zwangsvorstellungen und gemüthlicher Depression. Das Mädchen wurde periodisch von der Idee verfolgt, sie müsse ihre Mutter töten oder diese müsse auf andere Weise um's Leben kommen. Diese Zwangsgedanken verloren sich jedesmal alsbald wieder, und in den freien Intervallen war keinerlei psychische Anomalie zu konstatieren. Erst einige Monate später kam es zu Zwangshandlungen (Grimassieren und anderen auffälligen Bewegungen). Unter dem Einflusse eines Landaufenthaltes und hydriatischer Behandlung schwanden letztere Erscheinungen.

A. Cramer¹⁾ beschäftigte sich in einer auf zahlreiche Beobachtungen an Paranoischen gestützten Arbeit mit den Erscheinungen, welche durch halluzinatorische Erregungen der Muskelsinnbahn zustande kommen. Hierbei gelangte er zu der Anschauung, dass die Halluzinationen des Muskelsinnes im Gebiete des lokomotorischen Apparates zu einer Reihe von Zwangshandlungen, Zwangsbewegungen und Zwangsstellungen führen, die Halluzinationen des Muskelsinns des Sprachapparates dagegen vorzugsweise Hören der eigenen Gedanken als von Anderen ausgesprochen (sogenanntes Gedankenlautwerden) oder auch die Vorstellung des Mitsprechens einer inneren Stimme bedingen.

Zwangsvorstellungen kommen nach Cramer durch halluzinatorische Erregung eines bestimmten Theils der Muskelsinnbahn des Sprachapparates zustande. Sehr starke Erregungen führen zu motorischen Impulsen und damit zum Zwangsreden. Nach Cramer können bei Geisteskranken Gedankenlautwerden, Zwangsreden, Zwangsvorstellungen und Zwangsbewegungen alternieren.

Landerer²⁾ will mit der „Gesamtneurasthenie unseres Geschlechtes“ der fehlenden Beherrschbarkeit der Vorstellungen aus inneren Motiven das häufigere Auftreten der als Zwangsvorstellungen bezeichneten krankhaften formalen Denkstörungen in Zusammenhang bringen. Die Zwangsvorstellungen sind nach Landerer dadurch

¹⁾ A. Cramer: Die Halluzinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken und ihre klinische Bedeutung. Ein Beitrag zur Kenntnis der Paranoia. Freiburg 1889.

²⁾ Landerer: Über formale Denkstörungen als Degenerationszeichen und psychische Krankheits Symptome. Mediz. Korrespondenzblatt des württ. ärztl. Landesvereins, Bd. LIX, No. 20, 27. Juli 1889.

charakterisiert, „dass in den zumeist zuvor schon unrüstig gefügten Vorstellungsverlauf unmittelbar aus organischen Residuen heraus neue Vorstellungen sich einschieben, als inkongruent vom Ich empfunden und oft genug bekämpft mit mehr weniger Macht die Gedankenreihen präjudizieren.“

Die Zwangsvorstellungen beweisen nach Landerer nicht notwendig eine Geistesstörung, immer aber eine Neuropathie.

Mercklin¹⁾ beschäftigt sich in einer sehr gründlichen Arbeit mit den Beziehungen der Zwangsvorstellungen zur Paranoia. Er studierte die Frage nach 3 Richtungen hin, indem er erstens das weitere Schicksal der an Zwangsvorstellungen leidenden Nervenkranken zu erforschen suchte, zweitens entwickelte Fälle von Paranoia bis in ihre ersten Anfänge verfolgte, um ein etwa vorhandenes Vorstadium mit Zwangsvorstellungen zu eruieren, und drittens das Vorkommen von Zwangsvorstellungen bei ausgebildeter Paranoia in Betracht zog. Der Autor teilt die von ihm ausserhalb der Anstalt beobachteten Fälle mit Zwangsvorstellungen in 2 Gruppen: Fälle mit nur episodisch auftretenden Zwangsvorstellungen (bei Neurasthenie, Hysterie) und solche, bei welchen die Zwangsvorstellungen im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen (Zwangsvorstellungspsychose). Bezüglich des Verlaufs der letztern Fälle bemerkt der Autor, dass auch hier Genesung nicht ausgeschlossen scheint, Remissionen und Intermissionen jedoch häufiger sind. In den Endstadien der schweren Form häufen sich nach Mercklin die Zwangshandlungen. Das innere Leben der Kranken wird von Zwangsvorstellungen und Befürchtungen beherrscht, ihr äusseres bildet eine Kette von Zwangshandlungen, wobei die Krankheitseinsicht nicht verloren zu gehen braucht und neue pathologische Elemente nicht auftreten. Der Autor gesteht jedoch zugleich zu, dass dieses Endstadium selten ärztlich beobachtet wird. Der Übergang des Leidens in Paranoia ist nach den Erfahrungen des Verfassers jedenfalls selten.

Bei der Untersuchung ausgebildeter Fälle von Paranoia fand der Verfasser ebenfalls nur selten ein Initialstadium mit Zwangsvorstellungen. Endlich können nach des Autors Beobachtung auch

¹⁾ Mercklin: Über die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zur Paranoia. Allgem. Zeitschr. für Psych. Bd. 47, Heft 5, 1891.

im Verlaufe der Paranoia Zwangsvorstellungen auftreten; hierbei handelt es sich nur um eine Kombination psychischer Störungen, eine Transformation der Zwangsvorstellungen in Wahnideen konnte der Verfasser nie konstatieren.

Van Eeden¹⁾ unterscheidet Zwangsvorstellungen, Zwangsaffekte, Zwangsimpulse und Zwangsideen im engeren Sinne (Grübel-sucht). Agoraphobie und Claustrophobie zählt er nicht zu den Zwangsvorstellungen, da hierbei die vorausgehende Vorstellung fehlt, sondern zu den Zwangsaffekten. Gemeinsam ist den Zwangser-scheinungen, dass das Individuum die Kontrolle über einen Teil seines Seelenlebens verliert. Der Autor berichtet über 4 Fälle von Folie du doute avec délire du toucher und über einen interessanten Fall von Zwangsvorstellungen abergläubischen Inhalts mit ent-sprechenden Zwangshandlungen.

Kaan²⁾ geht in seiner Arbeit, welche in einen theoretischen und einen kasuistischen Teil zerfällt, von dem ängstlichen Er-wartungsaffekt des Neurasthenischen als der Wurzel der meisten Zwangsvorstellungen aus. Nach einer Erörterung der psycho-physiologischen Bedingungen des Angstaffektes gibt er im ersten Teile der Arbeit eine kurze Schilderung der einzelnen Phobien und der „eigentlichen“ Zwangsvorstellungen. Ein weiterer Abschnitt ist dem Mechanismus der Zwangsvorstellungen gewidmet. Der Autor würdigt hier zunächst die Bedeutung des Verhaltens der Aufmerk-samkeit für die Entstehung der Zwangsvorstellungen. Der Einfluss der Aufmerksamkeit auf die Assoziationstätigkeit macht sich be-kanntlich in zwei Richtungen geltend, der der Anregung, Förderung von Assoziationen und der der Hemmung solcher.

„Durch den Wegfall dieser Hemmungstätigkeit“, bemerkt der Autor, „infolge der Schwäche, welche sich im psychopathisch orga-nisirten oder neurasthenisch gewordenen Associationsorgan etabliert hat, wird die Entwicklung von ungehörigen und nicht gewollten Vorstellungsreihen begünstigt“, worin Kaan das Wesentliche der

1) Van Eeden: Vortrag gehalten in der Versammlung des niederländi-schen Vereins in Haarlem 1890. Ref. Centralbl. für Nervenheilkunde 1891, S. 398.

2) Kaan: Der neurasthenische Angstaffekt bei Zwangsvorstellungen und der primordiale Grübelzwang. Leipzig und Wien 1893.

eigentlichen Zwangsvorstellung erblickt. Die Schwächung der willkürlichen inneren Aufmerksamkeit (Tamburini) soll nach dem Autor genügen, um den Mechanismus der Grübel- und Fragesucht zu erklären, wenn man diese als Form des hereditären Irrseins gelten lässt. Bei dem degenerativ veranlagten Gehirn bilden sich infolge der Blässe der Wahrnehmungen und der Schwäche der Assoziationsfähigkeit unmittelbar aus organischen Residuen heraus neue inkongruente Vorstellungen als Zwangsvorstellungen (Landerer). Bei den eigentlichen Zwangsvorstellungen aber, die mit Angstgefühl verknüpft sind, kommt man nach Kaan mit dieser Theorie nicht aus. Zur Erklärung der letzteren glaubt er mit Meynert die Reizung der subkortikalen Sinnescentren durch eine kompensatorische Hyperämie heranziehen zu müssen. „Befindet sich die Hirnrinde im Zustande der Erschöpfung, mit anderen Worten, wird infolge Verminderung der molekularen Attraktion weniger Blut aus den kortikalen Arterien angesaugt, so strömt der Überschuss an Blut in die subkortikalen Arterien und versetzt die von ihnen genährten Sinnescentren in Erregung“. Die Hyperämie verbreitet sich jedoch auch über die Brücke und die Medulla oblongata und versetzt in letzterer das Athmungscentrum in Erregung. Dieses reagiert hierauf wie mit der Reizung durch Erstickungsblut mit der Empfindung von Dyspnoe, die vom Bewusstsein als Angstgefühl perzipiert wird. In dieselbe Erregung gerät auch das nahegelegene vasomotorische Centrum. Das Angstgefühl wird daher noch durch Herzklopfen und andere vasomotorische Störungen verstärkt. Dazu kommen infolge des Wegfalls der kortikalen Hemmung noch andere zum Bewusstsein gelangende Organempfindungen. „Alle diese Erregungen erreichen als primäre Unlust- und Angstgefühle das Assoziationsorgan und verknüpfen sich durch innere Assoziation mit entsprechenden Gedankenbildern der Rinde zu Affekten der Furcht. Diese mit Angstgefühlen assoziierten Gedankenbilder sind gegenüber der Summe der anderen Assoziationsreihen, welche das momentane Ichbewusstsein darstellen, übermächtig und erscheinen hierdurch als Zwangsvorstellungen, umsomehr, als das zwar korrekt funktionierende, aber geschwächte Assoziationsorgan sich nicht durch antagonistische Gegenvorstellungen von ihnen befreien kann“.

Im kasuistischen Teile hält es Kaan für notwendig, die Zwangsvorstellungen in zwei grosse Gruppen zu sondern:

1. die Gruppe der morbid fears (Phobien), die auf dem Boden der ererbten oder erworbenen Neurasthenie steht, mit allen Schattierungen von der physiologischen Ängstlichkeit bis zur Platzangst und Berührungsfurcht.
2. Die Zwangsvorstellungen, die dem Gebiete des „primordialen Grübelzwangs“ angehören; letzterer wird von K. der Paranoia koordiniert und unter die Degenerationspsychosen eingereiht.

In dem Resumé am Schlusse seiner Arbeit geht Kaan bei Darlegung seines Standpunktes bezüglich einer Reihe die Zwangsvorstellungen betreffender Fragen von den Thesen aus, welche Falret auf dem Congrès international de Médecine mentale 5. bis 10. August 1889 in Paris zur Diskussion stellte. Er betont hier, dass die an primordialer Grübelsucht Leidenden zumeist der eigentlichen Krankheitseinsicht ermangeln und zum Teil ihren Zustand eher als einen Vorzug, denn als Krankheit ansehen. Zwangsvorstellungen entwickeln sich nach K. nicht lediglich auf Grund erblicher Belastung, sondern auch erworbener Neurasthenie; erbliche Belastung ist aber um so sicherer nachweisbar, je schwerer das Zwangsvorstellungsleiden ist. Kaan hebt ferner Falret gegenüber das Vorkommen von Halluzinationen in Verbindung mit Zwangsvorstellungen hervor. In Betreff der Frage des Übergangs der Zwangsvorstellungen in andere Krankheitsformen bemerkt der Autor schliesslich, dass Anthropophobien und kontrastierende Zwangsvorstellungen manchmal in Paranoia übergehen, die häufig mit Phobien und Grübelzwang verknüpfte Melancholie dagegen sich als sekundäre Komplikation auffassen lässt, und keine Nötigung besteht, sie als Ausgang der Zwangsvorstellungen zu betrachten.

In den Jahren 1894—1898 veröffentlichte Freud eine Anzahl von Arbeiten, in welchen er sich mit dem Mechanismus und der Ätiologie der Zwangsvorstellungen beschäftigt und bezüglich dieser eine eigenartige Theorie aufstellt, auf welche wir erst an späterer Stelle näher eingehen werden.

Thomsen¹⁾ gibt in seiner Arbeit zunächst einen kurzen historischen Überblick über die Entwicklung der Ansichten von den Zwangs-

¹⁾ Thomsen: Klinische Beiträge zur Lehre von den Zwangsvorstellungen und verwandten psychischen Zuständen. Arch. für Psych. Bd. 27, Heft 2.

vorstellungen seit Westphal's bekannter Publikation, wobei er insbesondere den Unterschied in den Auffassungen der deutschen und französischen Autoren hervorhebt. Von eigenen Beobachtungen teilt Thomsen 7 Fälle schwerer Zwangsvorstellungserkrankung ausführlich mit, welche die Westphal'sche Lehre stützen sollen. An diese Kasuistik knüpft der Autor eine Reihe von Schlüssen, zu welchen er teils durch seine eigenen Erfahrungen, teils durch einen Vergleich der Ansichten anderer Autoren gelangte.

Thomsen hält es vor allem für geboten, an dem Begriffe der Zwangsvorstellungen im Westphal'schen Sinne festzuhalten und von einer Verallgemeinerung des Begriffes in der Weise, dass man auch von melancholischen, paralytischen und paranoischen Zwangsvorstellungen spricht, abzusehen. „Die echten Zwangsvorstellungen aber im Sinne Westphal's“, bemerkt der Autor weiter, „sind eine selbständige Krankheit, nicht ein Teil einer anderen gleichzeitigen Psychopathie, im Gegenteil schliessen sie eine solche in der Regel aus“.

Thomsen bestreitet jedoch nicht, dass Zwangsvorstellungen bei Gesunden vorkommen und in seltenen Fällen den Anfaug der Paranoia bilden. Die Bezeichnung „Zwangsvorstellungen“ ist für das in Betracht kommende Krankheitsbild nach dem Autor nicht ausreichend, weil wir als Symptome desselben auch Zwangsempfindungen, Zwangshandlungen, Zwangssprechen, psychomotorische Impulse und Hemmungen finden. T. hält daher die umfassendere Bezeichnung „Zwangsvorgänge“ für passender und unterscheidet (nicht ganz konsequenterweise¹⁾ idiopathische Zwangsvorgänge (die selbständige Zwangsvorstellungserkrankheit) und deuteropathische bei Nervosität, Neurasthenie und Hysterie neben anderen Symptomen auftretende. Die Kranken mit Zwangsvorstellungen sind nach T. meist, aber nicht immer hereditär belastet.

Da es sich hierbei weder um eine andere, noch um eine intensivere Belastung als bei anderen Psychopathien und Neurosen handelt, hält der Autor es nicht für gerechtfertigt, den Symptomenkomplex dem hereditären Irrsein oder den Degenerationspsychosen zuzurechnen.

¹⁾ Wie wir oben sahen, bezeichnete Thomsen die echten Zwangsvorstellungen im Sinne Westphal's als selbständige Krankheit. Demnach würden die deuteropathischen unechte Zwangsvorgänge bilden. Von einer derartigen Unterscheidung sieht der Autor jedoch ab.

In Betreff der Symptomatologie der selbständigen Zwangsvorstellungskrankheit bemerkt Thomsen, dass für dieselbe die Intaktheit der geistigen Persönlichkeit in jeder anderen Richtung und das Fehlen der emotiven Basis charakteristisch ist. Die Vorstellungen sind meist, aber nicht immer absurd, dem Bewusstseinsinhalte fremd; sie können auch anscheinend verständig und dem früheren Bewusstseinsinhalte adäquat sein. Ferner hebt Th. hervor, dass der Kranke nicht immer über seinen Zwangsvorstellungen steht und sie als krankhaft erkennt; besonders ist das nicht der Fall bei Vorstellungen, die das religiöse, moralische und gemüthliche Gebiet betreffen. Die Zwangsvorstellung wird aber nach Th. dadurch noch nicht zur Wahnvorstellung, dass sie nicht unbedingt als unrichtig erkannt wird. In Ergänzung zu Westphal's Schilderungen erwähnt Th., dass die Exacerbationen des Zwangsvorstellungsleidens in der Form von Anfällen (Krisen der Franzosen) ganz plötzlich und in grosser Intensität auftreten können. In denselben kann die Krankheits-einsicht schwinden, die Besinnung ist jedoch nicht aufgehoben, wenn auch ein Verwirrtheitsgefühl nicht ausgeschlossen ist. Die Zwangshandlungen sind meist die logische Folge der Zwangsvorstellungen: die Kranken müssen gewisse Handlungen ausführen, gewisse Situationen schaffen oder verhindern, weil die Vorstellung, dadurch etwas Schädliches verhindern oder demselben vorbeugen zu müssen, sie dazu zwingt. In diesen Fällen handelt es sich also um sekundäre Zwangshandlungen. Diese Deutung ist jedoch nicht für alle Zwangshandlungen gerechtfertigt. Solche können auch nach Thomsen den Ausdruck einer inneren Spannung oder eines durch die Zwangsvorstellung hervorgerufenen Affektes bilden, auch durch einen Versuch des Kranken, den Zwang der Gedanken oder der Hemmung zu durchbrechen, zustande kommen. Daneben kommen Zwangshandlungen von rein motorischem Charakter vor, bei welchen ein Zusammenhang mit Zwangsvorstellungen nicht nachweisbar ist. Von den körperlichen Begleitsymptomen der Zwangsvorgänge erwähnt Th., abgesehen von Zwangsbewegungen im motorischen Sinne, welche insbesondere bei der *Maladie des tics* in Betracht kommen, Störungen des Schlafes und der Verdauung, Migräne, Parästhesien an verschiedenen Körperstellen etc. Die Anfälle können von besonderen somatischen Symptomen eingeleitet und begleitet werden, Ohrensausen, Flimmern, Kopfkongestionen, Erbrechen, Durchfall, Tachy-

cardie etc. Ähnliche Symptome können bei dem Versuche, die Zwangsvorstellungen gewaltsam zu durchbrechen, auftreten.

Bror Gadelius¹⁾ bemerkt, dass schon unter normalen Verhältnissen den Zwangsgedanken ähnliche Erscheinungen beobachtet werden und in manchen Fällen der die Zwangsgedanken hervorbringende Mechanismus nur eine krankhafte Steigerung normaler psychologischer Vorgänge darstellt. Nach G. sind die Zwangsvorstellungen im Unterschiede von den Wahnideen stets unmotiviert und dringen zusammenhanglos (fremd) in das Bewusstsein ein. Die Zwangsvorstellungen sind ein dissociatives Reizphänomen. „Die Irritation geht in einem Centrum oder in einem Komplexe von Centren vor sich, die mehr oder weniger von der corticalen Provinz abgesperrt sind, in der ein bewusster Prozess in einem gegebenen Augenblicke sich abspielt.“

Sind noch associative Bahnen zu einer corticalen Provinz, in der ein bewusster Prozess vor sich geht, zugänglich, so sucht sich die Reizung nach Überwindung eines entsprechenden Widerstandes einen Weg unter der psychologischen Form der Zwangsvorstellung; sind diese Bahnen aber gesperrt, so geschieht die Entladung ausserhalb des Bewusstseins und mehr explosiv in Form von Impulsen und Halluzinationen.

Die Dissociation, um welche es sich bei den Zwangsvorstellungsleiden handelt, beruht auf einem psychischen Schwächezustande, einer Psychasthenie. „Die psychischen Prozesse disponieren nur über eine unzulängliche Summe von Kraft und werden vor allen Dingen ihrer synthetisierenden Aufgabe nicht gerecht.“ Eine analoge Erscheinung auf motorischem Gebiete bildet das Zittern. „Wie dieses durch mangelhafte Koordination der für die beabsichtigte Bewegung erforderlichen Muskeln zustande kommt, so entstehen die Zwangsgedanken bei einer unzureichenden Synthese der in einem gegebenen Seelenmoment eintretenden Vorstellungen. Den ungehörigen Einmischungen, die in dem einen Falle das Zittern hervorbringen, entsprechen im anderen Falle die Zwangsgedanken, die ja auch in manchen Fällen antagonistische Vorstellungen, (Kontrastgedanken) sind. Die Innervation ist in beiden Fällen unzureichend für den

¹⁾ Bror Gadelius: Om tvangstanker och der med beslägtade fenomen 1896 Lund. Ref. Neur. Centr.-Bl. 1897, S. 189.

Ausschluss ungehöriger Elemente. Die psychische Arbeit geht bei dem an Zwangsgedanken Leidenden unter einem psychischen Zittern vor sich, seine Aufmerksamkeit ist stets schwach und unstat wie sein Wille.* Bei geringeren Graden psychischer Dissociation treten nach G. die elementaren Zwangsphänomene als Zwangsgedanken oder Phobien auf, die sich klinisch nicht scharf trennen lassen, bei höheren Graden als Impulse (Mordtrieb, Selbstmordtrieb, gewöhnlich in schweren Formen von Melancholie Besessensein) oder als *Maladie des tics* oder *hallucinations obsédantes*.

Die klinischen Formen der Zwangsgedankenkrankheit kombinieren sich aus diesen elementaren Phänomenen. G. unterscheidet eine typische und eine atypische Form; erstere (Zweifelsucht mit Berührungsfurcht) ist seltener als letztere, von welcher die Zwangsphänomene episodisch variieren und sich ablösen und das klinische Bild je nach dem Vorherrschen der einen oder anderen Erscheinungsgruppe schwankt.

Von Krankheiten, bei welchen Zwangsgedanken episodisch auftreten, erwähnt G. Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie, Imbecillität und Idiotie.

Donath¹⁾ schliesst sich im Wesentlichen der Auffassung Thomsons bezüglich der Unterscheidung idiopathischer und deuteropathischer Zwangsvorgänge an. Letztere bilden nach dem Autor eine scharfumschriebene selbständige Psychose, für welche er die Bezeichnung „Anancasmus“ vorschlägt. Er erwähnt zugleich das Vorkommen von Halluzinationen bei dieser Erkrankung.²⁾

Rehm³⁾ fasst in Übereinstimmung mit anderen Autoren die Zwangsvorstellungen als Symptom verschiedener Krankheitszustände auf, das aber isoliert und in stärkerer Entwicklung auch als selbständige Zwangsvorstellungskrankheit auftreten kann. Der Autor betont, dass die Zwangsvorstellungen nicht immer durch einen neurasthenischen Zustand bedingt sind, und sich auch nicht dem

1) Donath: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankh. B. 29, 1896.

2) Der Autor berichtet über den Fall einer an Anancasmus leidenden Patientin, bei der u. a. auch Gesichtshalluzinationen bestanden; bei diesen handelte es sich jedoch nicht um Zwangsvorgänge.

3) Rehm: Vortrag gehalten in der Sektion für Neurologie u. Psychiatrie der Vers. deutscher Naturforscher und Ärzte zu Braunschweig 1897.

Entartungsirrsein zuweisen lassen, wie Magnan und Möbius annehmen. Er erwähnt das Vorkommen von Zwangsvorstellungen bei Hysterie, Hypochondrie, Epilepsie und insbesondere bei Melancholie. Dass Zwangsvorstellungen oder Zwangsimpulse zu verbrecherischen Handlungen führen, konnte er nie beobachten. Zwangsvorstellungen können sich nach R. zu Wahnideen weiter entwickeln, doch stellt er den Übergang derselben in Paranoia in Abrede. Als Folgezustand beobachtete er öfters sekundäre Melancholie. Er weist ferner im Gegensatz zu Westphal darauf hin, dass die Zwangsvorstellungen selten plötzlich und ohne Zusammenhang mit dem früheren Vorstellen auftreten, die vermittelnden Ideenassoziationen jedoch nicht immer klar zu Tage liegen.

In Bezug auf die Ätiologie hebt R. den Einfluss körperlicher Erkrankungen, Kreislaufstörungen, Geschlechtskrankheiten und nervenerschöpfender Momente (Schlafmangel, Excesse) hervor. Das Wesen der Erkrankung erblickt er in einer funktionellen Störung der Grosshirnrinde, mit welcher sich meist eine sekundäre Beteiligung der sympathischen Ganglien verknüpfen soll.

Mendel¹⁾ erachtet den in der Literatur sich kundgebenden Meinungsverschiedenheiten gegenüber es für nötig, genau festzustellen, was unter Zwangsvorstellungen zu verstehen ist und in wie weit die Westphal'sche Definition sich noch aufrecht erhalten lässt.

Der Autor betont, dass verschiedene bei gewissen äusseren Anlässen mit Macht auftretende und Angst hervorrufende Vorstellungen (Gewitterfurcht, die Furcht, im Dunkeln allein zu sein etc.), ferner, die als Arithmomanie bezeichneten Eigentümlichkeiten bei durchaus gesunden Menschen beobachtet werden und sich daher nicht als Zeichen einer Degenerescenz betrachten lassen. Die in Frage stehenden Phobien lassen sich nach M. oft auf Erziehungsfehler zurückführen und die Rechensucht bildet eine aus der Jugend stammende harmlose Angewöhnung; auch das gewohnheitsmässige Hinzufügen gewisser Beschwörungsformeln (Onomatomanie) ist, weil durch einen aus der Jugend stammenden Aberglauben veranlasst, eine belanglose Erscheinung. M. glaubt, dass man diese Vorkommnisse, sofern man sie überhaupt zu den Zwangsvorstellungen rechnen will, als physiologische von den krankhaften Zwangsvor-

¹⁾ Mendel: Über Zwangsvorstellungen. Neur. Centr.-Bl. 1898. No. 1.

stellungen unterscheiden muss. M. hält es ferner für geboten, die Bezeichnung „Zwangsvorstellung“ für Symptome einer Geisteskrankheit zu vermeiden. Der Autor erachtet für eine grosse Zahl von Zwangsvorstellungen und Phobien die Hypochondrie als die eigentliche Grundlage des krankhaften Zustandes und die Zwangserrscheinungen als deren Folge (Agoraphobie, Claustrophobie, nosophobische Vorstellungen, homi- und suicidale Impulse etc.). Die Zwangsvorstellungen bei Hysterie haben nach M. meist Beziehungen zum sexuellen Leben (Zwangsvorstellungen der Eifersucht etc.). M. erwähnt ferner, dass bei Epilepsie Zwangsvorstellungen transitorisch in der Form eines psychischen Äquivalents, sowie als Aura und als postparoxysmale Erscheinung, ausserdem auch intervallär, (in letzterem Falle häufig hypochondrischen Inhalts) beobachtet werden. Der Westphal'schen Definition entsprechen nach M. lediglich die Fälle von Zwangsvorstellungen, welche dadurch charakterisiert sind, dass entweder der Assoziationsvorgang von Ursache und Wirkung oder der des Kontrastes im Denken überwiegt (Grübel- und Frage-sucht, gewisse Fälle von Zweifelsucht). M. hält für diese Zustände die von Morselli gewählte Bezeichnung „Paranoia rudimentaria“ für gerechtfertigt und zwar auch deshalb, weil in manchen Fällen, wenn auch nicht allzuhäufig, im weiteren Verlaufe des Leidens sich eine unzweifelhafte Paranoia entwickelt.¹⁾

Tuczek²⁾ geht bei seinen Erörterungen von der Westphal'schen Definition aus, die nach seiner Ansicht im Wesentlichen als Richtschnur dienen kann. Die Krankheitseinsicht lässt sich jedoch nach T. nicht als unerlässliches Kriterium betrachten; auch den Westphal'schen Satz, dass Zwangsvorstellungen nie in Wahnideen übergehen, hält T. nicht für alle Fälle für zutreffend.

Der Autor gibt eine Übersicht über die verschiedenen Formen von Zwangsvorstellungen und legt die verschiedenen Beziehungen derselben zu den Zwangshandlungen dar. Als Beispiel für das abrupte Auftreten gefährlicher Zwangsimpulse führt er den Fall

¹⁾ Die Paranoia rudimentaria Morselli's entspricht der früher erwähnten abortiven Verrücktheit Westphal's, mit welcher Bezeichnung dieser Autor jedoch, wie wir sahen, nur andeuten wollte, dass die Zwangsvorstellung eine krankhafte Vorstellung ist, die sich nicht zur Wahnidee weiter entwickelt hat.

²⁾ Tuczek: Über Zwangsvorstellungen. Berliner Klin. Wochenschr. No. 6 u. f. 1899.

eines jungen Ehemanns an, welcher bei der Heimkehr vom Klub seine junge Frau mit entblösstem Halse schlafend zu Bette fand. Bei dem Anblicke tauchte in dem Manne die Vorstellung, „aus diesem weissen Halse muss Blut fliessen“, mit solcher Gewalt auf, dass er sein Rasieretui verschliesst und den Schlüssel zum Fenster hinauswirft. Die Rolle des „agent provocateur“ spielte hier, wie der Autor mit Recht hervorhebt, der Alkohol, obwohl der Mann nicht berauscht war.

In drei von Tuczek beobachteten Fällen wurden durch typische Zwangsvorstellungen peinlichen Inhalts schwere melancholische Zustände veranlasst, in welchen die Kranken sich den sündhaften Inhalt der Vorstellungen zur Last legten, nachdem sie denselben lange Zeit als ihnen fremdartig und krankhaft erkannt hatten. Als Beispiel für den Übergang von Zwangs- in Wahnideen erwähnt T. den Fall einer jungen Dame, welche unter anderen Zwangsvorstellungen auch von der Idee gequält wurde, sich möglicherweise vor Jahren mit einem jungen Manne, für den sie eine Neigung hatte, vergessen zu haben. Diese Zwangsidee verwandelte sich in einer Periode grosser körperlicher Schwäche in die Wahnidee um, dass sie von jenem jungen Mann geschwängert sei, und, um das Kind gut zu nähren, reichlich essen müsse.

Nach T. kommen Zwangsvorstellungen noch im Rahmen des normalen geistigen Lebens überaus häufig vor und finden sich nicht selten auch bei Kindern (Grübel- und Fragezwang, Waschzwang, sakrilegische Zwangsvorstellungen auf Kontrastassoziationen beruhend). Als Krankheitszustände, bei welchen Zwangsvorstellungen vorkommen, erwähnt der Autor in erster Linie die Neurasthenie, ferner die Hysterie, Epilepsie (hier als konstitutionelle Eigentümlichkeit wie auch als Bestandteile psychischer Äquivalente), Hypochondrie, Chorea, ferner Organ- und Allgemeinerkrankungen, welche die Gesamtkonstitution beeinflussen und dadurch das Nervensystem in Mitleidenschaft ziehen, insbesondere Chlorose. Die Gefahr des Suicid ist bei Zwangsvorstellungen, insbesondere solcher suicidalen Inhalts, nach T. nicht zu unterschätzen, ebenso auch die Möglichkeit der Ausführung anderer impulsiver Akte.

Hoche¹⁾ äussert gegen die Entwicklung, welche die Lehre

¹⁾ Hoche: Über Zwangsvorstellungen. Vortrag, gehalten in der Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte in Frankfurt a. M. am 18./19. Nov. 1899.

von den Zwangsvorstellungen im Laufe der Jahre genommen hat, Bedenken und glaubt, dass für die Abgrenzung der meisten in neuerer Zeit unterschiedenen Formen ein Bedürfnis nicht vorliege und dieselben nur zum Teil lebensfähig sein dürften. Der Autor beklagt auch, dass unter den Neuerungen die ursprünglich festen Conturen des Westphal'schen Begriffes mehr und mehr zu verschwinden drohen und insbesondere die Abgrenzung von den Wahnideen von mancher Seite nicht mit genügender Schärfe durchgeführt wird. In Bezug auf den angenommenen Übergang von Zwangsvorstellungen in Wahnideen, den er für ein jedenfalls sehr seltenes Vorkommnis erachtet, betont H., dass die Wahnidee dadurch noch nicht den Charakter der Zwangsvorstellungen bekommt, dass sie eine Zeitlang als ein fremdartiger Bestandteil des Bewusstseins aufgefasst wird. Nach dem Autor empfiehlt es sich aus mehreren Gründen, von der Bezeichnung „Zwangsvorstellung“ nur in den Fällen Gebrauch zu machen, in welchen die Merkmale der Westphal'schen Definition gegeben sind.

K. Heilbronner¹⁾ sucht durch Mitteilung von zwei Fällen aus der Breslauer Klinik einen Beitrag zur Lösung der Frage zu liefern, nach welchen Gesetzen sich die Entwicklung der Zwangsvorstellungspsychosen vollzieht.

Der eine Fall betraf eine 33jährige Diakonissin, welche schon vor 5 Jahren nach einer Lungenentzündung in ähnlicher Weise psychisch erkrankt war, wie bei der Aufnahme in die Klinik. Die neuerliche Erkrankung begann nach Angabe der Patientin mit Reizzuständen in den Genitalien (Folge von Masturbation), an welche sich zunächst homicidale Zwangsideen (Jemand mit einer Axt erschlagen zu müssen), zum Teil mit entsprechenden Halluzinationen, und sakrilegische Zwangsvorstellungen anschlossen. Nach mehreren Wochen wurden diese Vorstellungen durch solche sinnlichen Inhalts, die sich an die Genitalsensationen knüpften, zurückgedrängt. Da diese zuerst beim Treppensteigen auftraten, wollte Pat. keine Treppe mehr steigen und schliesslich überhaupt nicht mehr gehen. Die von der Patientin als sündhaft betrachteten sinnlichen Zwangsvorstellungen hatten schwere Angstzustände, Selbstanklagen und wiederholte Selbstmordversuche zur Folge. Im weiteren Verlaufe ging die Krankheits-

¹⁾ K. Heilbronner: Über progressive Zwangsvorstellungspsychose. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* 1899.

einsicht, die anfänglich bestand, verloren; die Selbstanklagen mehrten sich, und alsbald traten auch Wahnideen auf. Die Patientin weigerte sich, das Kloset zu benützen, weil dasselbe durch sie infiziert werden könnte etc. Auch die Selbstanklagen, die in der Masturbation einen ergiebigen Nährboden hatten, nahmen zum Teil einen wahnhaften Charakter an (sie sei der Versuchung des Teufels erlegen, habe nicht nur sich, sondern auch andere geschädigt, andere angesteckt etc.). Alsbald traten auch Wahnideen in betreff der Aussenwelt auf (alle Kranke müssen durch ihre Schuld öfters urinieren, ihre Oberin sei durch ihre Schuld geisteskrank geworden). Hierzu gesellten sich hypochondrische Sensationen und Ideen, die allmählich zahlreicher und phantastischer wurden und illusionäre Verkennungen der Aussenwelt im Sinne ihres Wahns, endlich auch Gehörshalluzinationen, darunter auch Schimpfworte obscönen Inhalts. In der Folge Nahrungsverweigerung; nach einigen Monaten Beziehungswahn bei Fortbestehen der Gehörshalluzinationen. Etwa ein halbes Jahr nach der Aufnahme Besserung des psychischen Verhaltens mit Hervortreten von Verstimmungszuständen; dabei Fortbestehen phantastischer Selbstanklagen und des Beziehungswahns. Die Besserung machte im Verlaufe eines Jahres keine weiteren Fortschritte.

In der Epikrise betont der Autor, dass im vorstehenden Falle zweifellos echte Zwangsvorstellungen den Wahnideen vorhergingen. In bezug auf die Krankheitseinsicht bemerkt er, es scheine allerseits übersehen worden zu sein, dass die Anerkennung des „Fremdartigen und Abnormen“ einer Vorstellung nicht identisch ist mit der Erkenntnis einer krankhaften Entstehungsweise, dass im Gegenteil die erstere ohne die letztere geradezu eine Quelle der Wahnbildung werden muss. Der Autor glaubt auch aus dem Umstande, dass es bei den Zwangsvorstellungen zumeist früher oder später zu motorischen Reaktionen kommt, folgern zu dürfen, dass von einer eigentlichen Krankheitseinsicht bei den Zwangsvorstellungen nur selten die Rede sein kann und man daher diese als Kriterium des Zwangscharakters fallen lassen muss.

Im Fall II handelt es sich um eine erblich nicht belastete 35jährige Bäckerfrau, welche bei der Aufnahme in die Klinik zum siebentenmal gravida war. Bei der Patientin entwickelte sich im Anschluss an Unterleibsbeschwerden die Zwangsvorstellung, an Unterleibskrebs zu leiden, welche in der Folge zum Ausgangspunkt phan-

tastischer Befürchtungen und Selbstanklagen wurde, (dass sie ihre Familie angesteckt habe, dass sie an allem Unglück in der Welt schuld sei etc.). Im weiteren Verlaufe Gehörshalluzinationen gotteslästerlichen Inhalts, verbunden mit heftiger Angst, Besessenheitsideen, Suicidiumsabsichten, Kleinheitswahn, (sie sei ein Teufel etc.) und Andeutungen von Beziehungswahn, hypochondrische Wahnideen, (ihr Leib sei verändert, wie der eines Hundes). Die Pat. hielt an der paranoischen Idee, ein Teufel zu sein, auch 1½ Jahre nach der Entlassung aus der Klinik noch fest.

Der Autor fasst die Gehörshalluzinationen der Patientin in dem Anfangsstadium der Erkrankung als Analoga sakrilegischer Zwangsvorstellungen auf, zumal dieselben besonders beim Beten auftraten.

Er weist auf die Übereinstimmung des 2. mit dem 1. mitgeteilten Falle hin und erklärt als das Wichtigste die Tatsache, „dass sich in beiden Fällen im wesentlichen aus Zwangsvorstellungen heraus und auf Grund dieser Zwangsvorstellungen eine zunächst progredient erscheinende komplizierte Psychose entwickelt hat.“ Die Entwicklung geschah durch Auftreten von Erklärungsideen für das zwangsmässige Sichaufdrängen von Vorstellungen, analog dem Verhalten bei anderen progredienten Psychosen. Die Beobachtungen des Autors zeigen demnach „den Weg, auf dem sich etwa die Umwandlung der Zwangsvorstellungspsychose in eine chronische unheilbare Erkrankung mit fester Wahnbildung vollziehen kann.“

Der Autor glaubt jedoch, dass sich bei beiden Kranken von einem definitiven Zustand noch nicht sprechen lässt, da es bei denselben noch zu einem allmählichen Ablassen der Wahnideen und damit zu einer relativen Genesung kommen mag.

Kraepelin¹⁾ erinnert an die Tatsache, dass wir im gesunden Zustande manche Vorstellungen, Sorgen und Befürchtungen nicht dauernd bannen können, und dass wir uns in gewissen Stimmungen trotz besserer Einsicht bisweilen des Auftauchens von allerlei Schauer- und Gespenstergeschichten nicht zu erwehren imstande sind. Die Zwangsvorstellungen sind analoge Erscheinungen auf krankhaftem Gebiete. Der Sinn derselben ist nach K. meist ein unangenehmer, quälender, doch können auch Vorstellungen von ursprünglich gleichgültigem oder albernem Inhalte allmählich Zwangscharakter an-

1) Kraepelin: Psychiatrie 6. Aufl. 1899, I. Bd., S. 144.

nehmen. K. glaubt, dass es die Furcht vor ihrer Wiederkehr vielleicht in erster Linie ist, welche den Zwangsvorstellungen ihre Macht verleiht. Die Furcht vor der Zwangsvorstellung richtet immer von Neuem die Erwartung auf dieselbe hin und befördert dadurch am wirksamsten ihre Wiederkehr.

Der Autor findet hierin den Grund dafür, dass Zwangsvorstellungen fast ausnahmslos auf dem Boden deutlicher gemüthlicher Verstimmungen beobachtet werden. Bei melancholischen Erkrankungen, namentlich aber in den Depressionszuständen des zirkulären Irrseins begegnet man denselben nach K. häufig, und es kann hier unter Umständen das Bewusstsein des krankhaft Aufgedrungenen verloren gehen und damit die vorübergehende und dauernde Umwandlung ursprünglicher Zwangsbefürchtungen in Wahnideen sich vollziehen. Die ausgebildeten Formen der Zwangsvorstellungen entwickeln sich nach K. aber auf der Grundlage angeborener Entartung, bei welcher durch die grosse gemüthliche Erregbarkeit einerseits, durch die erhöhte Empfänglichkeit für allerlei innere und äussere Beeinflussungen andererseits die günstigsten Bedingungen für das Zustandekommen dieser Störungen geschaffen werden.

Störring¹⁾ unternimmt als Erster den Versuch, die Elemente genauer festzustellen, welche die obsedierenden Eigenschaften der Zwangsvorstellungen bedingen. Er untersucht:

1. was bei den Zwangsvorstellungen zwingend oder fixierend wirkt,
2. was bei der Zwangsvorstellung fixiert wird (Vorstellungen oder auch andere psychische Grössen),
3. was durch diese Fixierung sekundär bewirkt wird, ob dabei ein Realitätsurteil auftritt und wovon dasselbe abhängt.

Bezüglich der 1. Frage bekennt sich Störring zu der Anschauung, dass die Angst nicht nur als Ursache oder Mitursache in Betracht kommt, sondern auch in einer grossen Anzahl von Fällen sich mit Bestimmtheit als Ursache der zwangsmässigen Fixierung von Vorstellungen nachweisen lässt. Der Autor unterscheidet dabei zwischen primärer und sekundärer Angst und sondert letztere wieder in zwei Angstaffekte:

¹⁾ Störring: Vorlesungen über Psychopathologie in ihrer Bedeutung für die normale Psychologie. Leipzig 1900, S. 300 u. f.

- a) die Angst, welche sich direkt mit der Zwangsvorstellung als deren Gefühlston verknüpft,
- b) die Angst, welche durch das zwangsmässige Auftreten der Vorstellung hervorgerufen wird.

Störring hält ferner die Mitwirkung von Spannungsempfindungen bei der Fixierung für einzelne Fälle für wahrscheinlich, eine gesteigerte Intensität der Vorstellungskorrelate als Ursache oder Mitursache des Zwangs glaubt er dagegen nur in sehr beschränktem Masse, nämlich lediglich für Sprachbewegungsvorstellungen, anerkennen zu dürfen.

Hinsichtlich der Frage, was fixiert wird, bemerkt St., dass das Fixierte zumeist nicht einzelne Vorstellungen, sondern Urteile oder Annahmen und zwar zumeist solche ängstlichen Inhalts sind. Die ängstlichen Annahmen stellen eine Verbindung von Vorstellungen dar, die ein einheitliches Objekt bezeichnen, sich aber nicht wie beim Urteile mit dem Bewusstsein der realen Giltigkeit des gedachten Tatbestandes verknüpft.

In pathologischen Fällen finden sich aber auch zwangsmässige Tendenzen zu gewissen Arten der Verbindung von Vorstellungen und Urteilen (Grübeln, Zählsucht etc.).

In betreff der Erkenntnis des Zwanges seitens des Kranken erwähnt St., dass in vielen Fällen mit der Steigerung des Zwanges aus einer früher nicht geglaubten Annahme ein Realitätsurteil wird, was Störring auf die Einwirkung emotioneller, das Urteil beeinflussender Elemente zurückführt.

Die Andauer der Fixierung und die gesteigerte Häufigkeit der Wiederkehr der gleichen Zwangsvorstellung bringt Störring mit dem Umstande in Zusammenhang, dass bei sehr impressionablen und emotiven Menschen Affekt- (Angst-) Zustände tiefere Wurzeln schlagen und deshalb in eine andauernde Affektstimmung übergehen. „Da die Gefühlszustände fixierend wirken, so muss mit einer bei impressionablen Naturen infolge der gesteigerten Gefühlsintensität zustande kommenden Affektstimmung auch eine gesteigerte Dauer der Fixierung der Vorstellung notwendigerweise auftreten.“

Friedmann¹⁾, welcher bereits in seiner Schrift „Über den Wahn“ sich eingehend mit den Zwangsvorstellungen beschäftigte,

¹⁾ Friedmann: „Über die Grundlage der Zwangsvorstellungen“, Psychiatrische Wochenschr. 1901, No. 40.

hat in einem auf der Jahresversammlung südwestdeutscher Irrenärzte zu Karlsruhe 1901 gehaltenen Vortrage den Versuch unternommen, für die Pathogenese der Zwangsvorstellungen neue, aus dem Gebiete der Normalpsychologie gewonnene Gesichtspunkte zu verwerten. Wir können hier nur die Grundgedanken der Friedmann'schen Arbeit berücksichtigen und müssen uns ein näheres Eingehen auf dieselbe für eine spätere Stelle vorbehalten. Friedmann hält die von dem Namen des Symptoms abgeleitete Lehre, dass der Zwangscharakter bei den Zwangsvorstellungen als etwas Primäres und für sich Bestehendes zu betrachten sei, in der Hauptsache für unrichtig. Für zutreffend erachtet er dieselbe nur für einen beschränkten Teil der aktiven Zwangsimpulse, ausserdem noch für ein eigenartiges, selten vorkommendes „Zwangsgedenken in Phantasiebildern“. Der Autor unternahm die Sichtung einer grösseren Anzahl eigener Beobachtungen, um festzustellen, wie es sich mit dem Inhalte und der logischen Form der echten (häufigsten) Zwangsideen verhält und ob der Denkwang dabei wirklich so unabhängig von dem Inhalte der Ideen ist, wie es nach der bisherigen Auffassung schien. Friedmann fand hierbei, dass unter den echten Zwangsvorstellungen nur 4 Vorstellungskategorien vertreten sind, die sich durch das gemeinschaftliche Merkmal der Unabgeschlossenheit (Ungewissheit) auszeichnen. Es sind dies die Kategorien der Sorge und Befürchtung, der Erwartung, des Zweifels und der ganz isoliert bleibenden, unverstandenen Vorstellung. Die Ungewissheit ist beim Zweifel eine logische, bei den übrigen Kategorien eine tatsächliche. Der Denkwang bildet nach Friedmann bei den in Frage stehenden Vorstellunggruppen nicht eine primäre Erscheinung, sondern eine sekundäre Folge der logischen Abschlussunfähigkeit derselben¹⁾. Zur wahren Zwangsidee wird jedoch nach Friedmann der Denkwang nur durch spezifische pathologische Bedingungen, welche die normale Eigentümlichkeit in's Ausserordentliche und Schrullenhafte übertreiben.

Warda²⁾ spricht sich unter Hinweis auf eine noch zu veröffentlichende Arbeit dahin aus, „dass auf den Ausdruck „psychische Zwangszustände“, da er zu einem hindernden Schlagwort geworden,

¹⁾ Die Gründe für diese Annahme werden wir später noch kennen lernen.

²⁾ Warda: Über Zwangsvorstellungspsychosen. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie, Bd. 12, Heft 1, 1902.

am besten ganz zu verzichten sei und dass innerhalb jenes als ‚Zwangsvorstellungen‘ und ‚psychische Zwangszustände‘ zusammengefassten Gebietes eine Reihe genetisch und klinisch differenter Krankheitsvorgänge unterschieden werden müsse“. Nach der Ansicht des Autors gibt erst Sigmund Freud eine wirkliche Definition der Zwangsvorstellungen und der Zwangsneurose und ist deshalb von Zwangsvorstellungen nur innerhalb der Zwangsneurose und im Einklang mit der Freud'schen Definition zu sprechen. Die Zwangsneurose ist nach Warda „durch das Auftreten von Zwangsvorstellungen charakterisiert, d. h. solchen Vorstellungen, die in störender Weise das Denken beschäftigen, in der Gesamtheit ihres Inhalts einen selbstquälenden Zug und eine Selbstkontrolle des Individuums wenigstens andeutungsweise erkennen lassen und damit einen mehr oder weniger versteckten Hinweis auf ein verdrängtes Schuld-bewusstsein geben“. Von der Zugehörigkeit zu den Zwangsvorstellungen will der Autor vor allem das weite Gebiet der Phobien und die Versuchungsangst, dann das impulsive Irresein, die sexuellen Psychopathien, gewisse obsedirende Vorstellungen in psychischen Depressions- und Hemmungszuständen und das phrenoleptische Denken in Erschöpfungszuständen ausgeschlossen haben. Die Umstände, welche den Autor zu dieser Auffassung bestimmen, erhellen aus der zur Zeit vorliegenden Publikation nicht. Eine Zwangsvorstellungspsychose ist nach dem Autor nur in Fällen anzunehmen, in welchen im Kern und Mittelpunkt des Krankheitsbildes die Zwangsneurose steht und die hinzukommenden psychotischen Symptome mit der Zwangsneurose ein organisches Ganzes bilden, nicht lediglich eine aus fremder Wurzel stammende Komplikation.

Während die Definition Westphal's, wie wir sahen, bis in die letzten Jahre in Deutschland wenigstens für die psychiatrischen Autoren bei den Erörterungen über Zwangsvorstellungen den Ausgangs- oder Endpunkt bildete, zu dem man in irgend einer Weise Stellung nehmen musste, blieben in Frankreich die Ansichten Westphal's ohne merklichen Einfluss. Bis in die 80er Jahre nahm dort die klinische Gestaltung des Zwangsvorstellungsleidens das Interesse vorwiegend in Anspruch.

Marandon de Montiel beschäftigte sich in einer 1882 veröffentlichten Arbeit (*Recherches cliniques*) mit der Folie avec con-

science und Ball¹⁾ gab in seinen Vorlesungen über Folie du doute vorwiegend eine Schilderung der Grübelsucht, wobei er die Priorität in der Entdeckung dieses Zustandes seinen Landsleuten zuschrieb. Unter dem Einflusse Magnan's und Charcot's wandte sich jedoch allmählich die Aufmerksamkeit ganz besonders den Beziehungen der Zwangsercheinungen zu den unter dem Titel Entartung (Degeneration) zusammengefassten abnormen Gehirnzuständen zu. Während man früher wohl schon dem Momente der Erblichkeit in der Ätiologie der Zwangsvorstellungen allenthalben eine grosse Bedeutung beigemessen hatte, gelangte Magnan dahin, die Zwangsercheinungen ausschliesslich als Symptom oder Stigma der Degeneration zu erklären. Es veranlasst dies uns, hier etwas näher auf Magnan's Lehre unter Benutzung der Moebius'schen²⁾ Darstellung einzugehen.

Die Entarteten sind Individuen, die infolge krankhafter Zustände ihrer Erzeuger mit einem krankhaften Geisteszustand zur Welt kommen. Krankheit in utero oder während der frühen Kindheit kann zu einem gleichen Zustande führen. An den Entarteten ist dreierlei zu unterscheiden: der dauernde Geisteszustand (état mental), die vorübergehenden oder hinzutretenden Zufälle (syndromes épisodiques, état syndromique) und das Irrsein im engeren Sinne (état délirant). Nach dem dauernden Geisteszustande zerfallen die Entarteten in Idioten, Imbecille, Schwachsinnige (débiles) und die höher stehenden oder intelligenten Entarteten (dégénérés supérieurs). Die Entarteten weisen körperliche und geistige Stigmata auf, letztere werden von den Syndromen gebildet, zu welchen auch die Zwangsercheinungen zählen. Jede Zwangsvorstellung (obsession), jeder Zwangsimpuls, bei denen vollständige Einsicht (lucidité) und Angst (angoisse) vorhanden sind, ist ein Syndrom (Zufall Moebius). Treibt die Zwangsvorstellung zum Handeln, oder stellt sie sich von vornherein als Nötigung zu einer Tat dar, so wird die obsession zu impulsione. Impulsiv ist also nicht schlechtweg triebmässig, sondern drückt den empfundenen Zwang aus. Obwohl die Kraft des Zwanges nicht immer gleich ist, kann dieser doch im allgemeinen als unwiderstehlich gelten. Nach kürzerem oder längerem

¹⁾ Ball: Folie du doute, l'Encéphale 1882, No. II, p. 231.

²⁾ Magnan: Psychiatrische Vorlesungen 1884—1887, 2./3. Heft: „Über die Geistesstörungen der Entarteten“. deutsch von P. J. Moebius, Leipzig 1892.

Kampfe unterliegt der Kranke fast stets. Dem Kampfe mit Unruhe, Angst, Druck in der Herzgrube, kaltem Schweiss, Verwirrung folgt die Überwindung durch den Zwang, und mit ihr tritt ein Gefühl der Genugtuung, Erleichterung, Beruhigung ein. Die Grundzüge sind also folgende:

- | | | |
|----|---|-----------------------------------|
| a) | { | 1. Obsession, |
| | | 2. Impulsion, |
| | | 3. Irrésistibilité. |
| b) | { | 4. Conscience complète de l'état, |
| | | 5. Angoisse concomitante, |
| c) | { | 6. Satisfaction consécutive. |

Die Syndrome (Zufälle) erwachsen nur auf dem Boden der Entartung, und ihr Vorhandensein allein ergibt die Diagnose dieser. Die Zahl der Syndrome ist unbegrenzt; sie können sehr früh im Leben oder erst später auftreten. Meist zeigen sich dann bei einem Kranken mehrere Formen, und es kommen sehr verschiedene Verknüpfungen vor. Zu den Syndromen zählen auch die Zwangsbewegungen, die bald einfach, bald mehr oder weniger zusammengesetzt sind, z. B. zwangsmässige Gliederbewegungen, Stossen, Springen, Laufen, Lachen, Weinen, Schreien u. s. w. Manche Zufälle sind sehr häufig, z. B. die Berührungsfurcht, die Platzfurcht, manche sehr selten z. B. die Kaufsucht, die Willenshemmung (nicht die gewöhnliche Willensschwäche, sondern Hemmung der Ausführung des Gewollten anscheinend durch eine fremde Macht, mit Angst).

Die Auffassung Magnans, welche von einer Anzahl französischer Beobachter, insbesondere von Charcot, Saury¹⁾, Legrain²⁾, Raymond und Arnaud³⁾ geteilt wurde und auch bei manchen deutschen Beobachtern nicht ohne Einfluss blieb, weist, wie wir sehen, den Zwangerscheinungen eine wesentlich andere Stellung zu, als ihnen nach den Darlegungen Westphal's und den Ansichten anderer deutscher Autoren zukommt. Sie bilden weder eine selbstständige Erkrankung, noch Symptome einer Neurose (acquirierten Neurose), sondern ausschliesslich durch Heredität oder äquivalente

¹⁾ Saury: Syndromes épisodiques des dégénérés, 1886.

²⁾ Magnan et Legrain: Les dégénérés, 1895.

³⁾ Raymond et Arnaud: Sur certains cas d'aboulie avec obsessions interrogatives et troubles des mouvements. Ann. med. psych. 1892.

Momente bedingte psychopathische Erscheinungen und sind als solche gleichwertig irgend welchen anderen Symptomen des hereditären Irrseins, resp. der Degeneration. Wenn diese Auffassung auch nicht aufrecht erhaltbar ist, so hat sie sich doch für die weitere Entwicklung der Lehre von den Zwangsercheinungen weniger als ein Hemmnis erwiesen als die Ansichten Westphal's, an deren dogmatischer Bedeutung man in Deutschland immer wieder festhalten zu müssen glaubte.

Magnan hat auch das Verdienst, die Kenntnis der klinischen Varietäten der Zwangsercheinungen, insbesondere der Zwangsimpulse und Triebe, gefördert zu haben. Er führt unter den Syndromen u. a. unwiderstehliches Verlangen nach Nahrung (Sitiomanie), eine Kaufsucht (Oniomanie) und Spielsucht, krankhafte Tierliebe (Zoo-philomanie) sexuelle Perversitäten von Zwangscharakter an und beschreibt 5 Unterformen der Onomatomanie:

- a) ängstliches Suchen nach dem Worte;
- b) Besessenheit durch ein Wort und Zwang, es zu wiederholen, bezw. laut auszusprechen;
- c) Angst vor einzelnen Wörtern, denen ominöse Bedeutung zugeschrieben wird;
- d) schützender Einfluss gewisser Wörter;
- e) körperliches Übelbefinden durch ein anscheinend im Magen liegendes Wort, Erleichterung durch Würgen und Aus-spucken.

Falret erstattete auf dem Congrès international de médecine mentale zu Paris 1889 einen Bericht¹⁾ über obsessions avec conscience, in welchem er eine Reihe von Thesen aufstellte. Die Elemente der Zwangsercheinungen sind nach Falret Ideen, Gefühle, Triebe (obsessions intellectuelles, émotives et instinctives), die sich dem Geiste trotz Erkenntnis ihres krankhaften Charakters aufdrängen und mächtiger als der Wille sind, so dass es den Kranken unmöglich ist, sich von denselben zu befreien.

Der Autor wirft die Frage auf, ob die in Betracht kommenden pathologischen Zustände als eine besondere Form geistiger Erkrankung unter der Bezeichnung obsessions oder folie avec conscience beschrieben oder wie früher verschiedenen Geistestörungen zuge-

¹⁾ Progrès med. 1889, No. 32 u. 33.

wiesen oder nach Magnan unter der viel zu vagen und ausgedehnten Bezeichnung „erbliches Irrsein“ vereinigt werden sollen, geht jedoch auf keine dieser Möglichkeiten ein. In der Entwicklung der obsession unterscheidet Falret mehrere Grade. Der erste Grad ist nahezu physiologisch, eine Idee oder ein Wort drängt sich fortwährend auf, oder man sucht nach einem Worte, das immer wieder entschlüpft. Der zweite Grad, der schon pathologisch ist und sich bei gewissen Prädispositionen findet, bildet eine Art psychischer Idiosynkrasie, kann jedoch nicht als Beweis für Geisteskrankheit (folie) angesehen werden. Es handelt sich hier nach Falret um Schrecken und instinktive Beängstigungen, deren sich das Individuum nicht erwehren kann. Als Beispiele führt der Autor jedoch lediglich eine Reihe von Zwangsimpulsen (Impulse, sich beim Rasieren den Hals abzuschneiden, von einem offenstehenden Fenster sich herabzustürzen etc.) an. Dem dritten Grade gehören nach Falret die Agoraphobie, Claustrophobie, Onomatomanie, Coprolalie, Echolalie etc. an.

Wenn diese obsessions das Individuum nicht zur Handlung drängen und sein Verhalten und seine ganze Existenz unbeeinflusst lassen, können dieselben als einfache nervöse Zustände und nicht als Ausdruck einer wirklichen Geisteskrankheit betrachtet werden. Letztere Auffassung ist jedoch nach Falret für viele Fälle berechtigt, welche als folie avec conscience, folie du doute, délire du toucher, episodische Syndrome des hereditären Irrseins etc. beschrieben wurden. Den verschiedenen Varietäten der Obsessions intellectuelles et instinctives kommen nach Falret folgende Charaktere zu:

1. Die Zwangsvorstellungen sind immer mit Krankheitseinsicht verknüpft.
2. Sie sind gewöhnlich hereditären Ursprungs.
3. Sie treten remittierend, periodisch oder intermittierend auf.
4. Sie bleiben nicht isoliert, sondern verbreiten sich über eine ausgedehnte Sphäre der Intelligenz und des Gefühls. Sie sind immer von Angstzuständen, inneren Kämpfen, Hemmungen in Gedanken und Handlungen und mehr oder minder ausgesprochenen somatischen Symptomen emotiven Ursprungs begleitet.
5. Halluzinationen kommen bei denselben nicht vor.

6. Sie bewahren bei den befallenen Individuen während des ganzen Lebens die gleichen Charaktere trotz häufigem Wechsel von Anfällen und Remissionen und gehen in keine andere Form von geistiger Erkrankung über.
7. Sie nehmen auch nie den Ausgang in Demenz.
8. In seltenen Fällen können sie sich bei fortgeschrittener Erkrankung mit Verfolgungsideen oder Melancholie komplizieren; der ursprüngliche Charakter des Leidens bleibt hierbei immer erhalten.

Boucher¹⁾ teilte 1890 einen Fall der in neuerer Zeit als Erythrophobie bezeichneten Zwangsfurcht vor dem Erröten mit, welcher eine 30 jährige, erblich belastete Frau betraf.

Ladame²⁾ betont unter Mitteilung zweier Fälle gegenüber Legrand du Saulle und seinen Anhängern, dass die Zweifelsucht und Berührungsfurcht zwei gesonderte klinische Varietäten darstellen, welche sich zwar häufig verbinden wie die Pneumonie und die Pleuritis in der Pleuropneumonie, sich aber noch häufiger isoliert entwickeln.

Einen Beleg in dieser Richtung liefert auch eine von Chastenet³⁾ mitgeteilte Beobachtung.

Séglas⁴⁾ berichtete über zwei Fälle, in welchen Verfolgungs- und Grössenideen von Zwangscharakter bestanden. Der eine der beiden Fälle betraf einen 30 jährigen Mann, der an dem „bekannten Gefühl“ litt, als ob ihm Jemand nachschliche, die Leute ihn mit besonderen Augen ansähen etc. In dem anderen Falle handelte es sich um eine 33 jährige, erblich belastete, etwas schwachsinnige Frau, bei welcher u. a. anfallsweise und begleitet von Angstgefühlen gewisse Grössenideen („ich bin Königin“, „mein Mann wird König“ etc.) auftraten. Bei beiden Kranken bestand volle Krankheitseinsicht,

1) Boucher: Note sur une forme spéciale d'obsession chez une héréditaire. Revue du Congrès de médecine mentale tenu à Rouen 1890. Ref. Neurol. Centralbl. 1890, S. 704.

2) Ladame: La folie du doute et le délire du toucher. Verhandlungen des 10. internationalen mediz. Kongresses zu Berlin 1890, Bd. IV, S. 96.

3) Chastenet: Ann. méd. psych. 1890, Mai.

4) Séglas: Des idées conscientes et obsédantes de persécution et de grandeur. Le Progrès médical 1891, No. 36.

in betreff der wahnähnlichen Ideen. Nach Raymond und Arnaud ¹⁾ liegt der folie du doute eine primordiale Störung der gesamten Geistestätigkeit zu Grunde, welche in ganz besonderem Maße die Willenssphäre betrifft. Die Symptomenkomplexe der Zweifelsucht und der Berührungsfurcht sind lediglich verschiedene Äusserungsformen der Abulie. Bei ersterer macht sich die Abulie innerlich auf dem Gebiete der Intelligenz, bei letzterer äusserlich auf motorischem Gebiete geltend.

Charcot und Magnan ²⁾ beschäftigten sich in einer gemeinschaftlichen Publikation insbesondere mit jener Form der Onomatomanie, bei welcher die Kranken unter dem Zwange stehen, aus abergläubischen Gründen, i. e. um einem drohenden Unglücke vorzubeugen, gewisse fromme oder auch nichtssagende Worte (mots préservateurs) auszusprechen.

So war ein 21 jähriges, erblich belastetes Mädchen, welches noch an anderen Zwangserscheinungen litt, von dem Zwange heimgesucht, zur Verhütung von Unglück gewisse Eigennamen auszusprechen. Eine 60 jährige, erblich belastete, an Zweifelsucht leidende Frau musste, wenn sie ein schädliches Wort (Teufel, Unglück, 13, Freitag etc.) ausgesprochen oder auch nur gehört hatte, sofort das entsprechende gegenteilige (nützliche) Wort äussern. Eine andere an Zwangsvorstellungen leidende Patientin verschaffte sich bei Angstzuständen durch das Aussprechen kabbalistischer Worte Erleichterung.

Séglas ³⁾ hält es für eine Übertreibung, die Zwangsvorstellung als ein Stigma der Entartung zu betrachten. Es erscheint ihm am zweckmässigsten mit Régis, Féré und Morselli eine degenerative Form der Zwangsvorstellungen (die häufigste) und eine accidentelle im engeren Sinne (neurasthenische) zu unterscheiden, die sich unabhängig von jedem degenerativen Zustande entwickelt. Unter den prädisponierenden Ursachen spielt nach Séglas die Heredität die Hauptrolle; die occasionellen Ursachen haben das Gemeinsame, dass sie einen Erschöpfungszustand des Nervensystems

¹⁾ Raymond et Arnaud: Sur certains cas d'aboulie avec obsessions interrogatives et troubles des mouvements (folie du doute avec délire du toucher). Ann. med. psych. 1892.

²⁾ Charcot et Magnan: De l'onomatomanie. Arch. de Neurologie 1892.

³⁾ Séglas: Des obsessions. Journal de médecine et de chirurgie pratique 1894, 25. Februar.

herbeiführen. Die Zwangsvorstellungen treten im allgemeinen in remittierender Form auf; den Anfällen gehen oft kürzere oder längere Zeit Auraerscheinungen vorher. Die Symptome des Anfalls sind: die obsedierende Idee, Unwiderstehlichkeit derselben, das Erhaltenbleiben des Bewusstseins, Angst und konsekutives Wohlbefinden. In betreff des Erhaltenseins des Bewusstseins sieht sich der Autor jedoch zu einer Einschränkung veranlasst; nach seiner Ansicht sind dem Individuum während des Bestehens der Zwangsvorstellung nicht alle psychischen Elemente gegenwärtig, welche im Augenblicke seine Persönlichkeit bilden. Durch die Zwangsvorstellung wird das Persönlichkeitsbewusstsein umnebelt oder selbst ausgelöscht.

Pitres und Régis¹⁾ bemerkten in einem auf dem internationalen medizinischen Kongress zu Moskau 1897 gehaltenen Vortrage, dass vom psycho-physiologischen Standpunkt bei Zwangszuständen 3 Charaktere in Betracht kommen:

1. die Vorstellung,
2. ein emotioneller,
3. ein impulsiver Zustand.

Die Emotion spielt nach ihrer Meinung bei den Zwangsvorstellungen die Hauptrolle. Die Zwangszustände lassen sich nach den Autoren in 2 Kategorien teilen:

1. Fälle von krankhafter Ängstlichkeit oder Phobien; diese kann man in diffuse und systematisierte teilen, je nachdem das Ängstlichkeitsgefühl mehr einen allgemeinen Charakter trägt oder sich systematisiert oder lokalisiert äussert.
2. Fälle, in denen sich an die Symptome der krankhaften Erregung eine fixe oder prädominierende Idee anschliesst.

Auf dem gleichen Kongresse beschäftigten sich auch Vallon und Marie²⁾ mit den Zwangsvorstellungen. Nach diesen Autoren können die Zwangszustände im allgemeinen als Erregungszustände aufgefasst werden, welche nicht auf das gesamte Zentralnervensystem wirken, sondern ein spezielles Sinnesgebiet beeinflussen. Die sekun-

¹⁾ Pitres et Régis: La séméiologie des obsessions et idées fixes. Refer. Neurol. Centralbl. 1897, S. 860.

²⁾ Vallon et Marie: Contribution à l'étude de quelques obsessions. Ref. Neur. Zentral-Blatt 1897, S. 861.

dären Symptome, welche hierbei auftreten, sind um so intensiver, je beschränkter und lokalisierter die Ausbreitung ist.

Die Ausbreitung kann in folgende Sphären stattfinden:

1. in der coenästhetischen (obsessions émotionelles),
2. in der sensitivo-sensoriellen (obsessions hallucinatoires),
3. in der motorischen (obsessions impulsives),
4. in der psychischen (obsessions intellectuelles),
5. in den Kombinationen I—IV.

Arnaud¹⁾ äussert sich in einem auf dem 11. Kongress französischer Irren- und Nervenärzte zu Limoges 1901 gehaltenen Vortrage über die Grundlage der Zwangsvorstellungen ähnlich wie in seiner früheren, gemeinschaftlich mit Raymond gemachten Mittheilung. Der Autor hält für die Erklärung der Zwangsvorstellung die intellektuelle und physiologische (emotive) Theorie für gleich ungenügend. Beide Theorien vernachlässigen die Störungen des Willens, welche für die Zwangsvorstellungen von ausschlaggebender Bedeutung sind. Die Zwangsvorstellung ist ein sehr kompliziertes Phänomen, dessen Grundbedingung eine allgemeine und primäre Störung der dem Willen und der Intelligenz gemeinsamen Elemente ist. Diese Störung ist eine permanente Abulie, welche der Obsession vorhergeht und sie vorbereitet.

Die Obsession ist nach Arnaud in erster Linie eine Krankheit des Willens; der Einfluss der Idee und der Emotion macht sich nur in der Entwicklung der Richtung und Form der Obsession, sowie in dem Erscheinen und der Wiederkehr der Anfälle geltend.

Régis bemerkte auf dem gleichen Kongresse Arnaud gegenüber, dass er und Pitres, ohne den Einfluss der Willensstörung leugnen zu wollen, die Obsession als einen imgrunde wesentlich emotiven Zustand betrachten. Als Beweis führt Régis an, dass die obsedierende Idee in der Zwangsvorstellung ein sehr variables, die Angst dagegen ein fixes, unveränderliches Element bildet.

Séglas²⁾ ist im Gegensatze zu der in Frankreich verbreiteten Ansicht der Meinung, dass die echte Zwangsvorstellung sich um-

¹⁾ Arnaud: Sur la théorie de l'obsession. Revue neurol. No. 16, 1901.

²⁾ Séglas: Note sur l'évolution des obsessions et leur passage au délire. Revue neur. No. 16. 1902, S. 832.

bilden und zu Geistesstörung im eigentlichen Sinne des Worts weiter entwickeln kann.

Die psychopathischen Formen, in welche die Zwangsvorstellungen übergehen, sind Melancholie, Verwirrtheit, *Délire onirique* und *Délires systematisés*. Der Übergang in Melancholie kann sich auf indirekte oder direkte Weise durch progressive Verstärkung der Zwangssymptome vollziehen. Die Zustände von *Confusion mentale* repräsentieren sozusagen eine Steigerung der Abulie und der intellektuellen Impotenz, die bei Obsedierten gewöhnlich sind; zuweilen können sie bis zum vollkommenen Stupor anwachsen. Die *Délires oniriques* (Dämmerzustände) repräsentieren eine Steigerung der anderen Seite des Geisteszustandes der Obsedierten, welche durch Automatismus des Vorstellens gebildet wird. Die *Délires oniriques* haben nicht nur den Charakter des Traums, sondern können auch aus einem solchen hervorgehen und sich als prolongierter Traum darstellen. Sie verknüpfen sich immer mit einem gewissen Grade von Verwirrtheit (*Confusion mentale*). Die Zwangsvorstellung kann, wenn sie einmal von dem Individuum acceptiert ist, zu verschiedenen Interpretationen Anlass geben und so in das systematische *Délire* übergehen. Unter den so entstehenden Wahnideen finden sich Verfolgungsideen am häufigsten. Daneben gibt es auch Übergangsfälle. Die Zwangsvorstellungen, welche am meisten dieser Umwandlung fähig sind, sind die intellektuellen und insbesondere die der Zweifelsucht. Letztere verdient eine Sonderstellung unter den Obsessionen.

Pierre Janet, welcher sich schon in dem gemeinschaftlich mit Raymond unter dem Titel: *Névroses et idées fixes* (2. Teil, Paris 1898) veröffentlichten Vorlesungen mit den hysterischen und psychasthenischen Zwangsvorstellungen beschäftigte, machte letztere in einem jüngst publizierten Werke zum Gegenstande einer besonderen, höchst eingehenden Darstellung. Wir werden in den späteren Abschnitten verschiedenfach Gelegenheit finden, auf den Inhalt dieses Werkes näher einzugehen.

Hier müssen wir uns auf einige allgemeine Bemerkungen beschränken. Die Ergebnisse der Janet'schen Arbeit scheinen uns nicht ganz der aufgewandten Mühe zu entsprechen. Der Autor lässt eine schärfere Trennung der Zwangerscheinungen von den Schrullen und Absonderlichkeiten der Psychasthenischen vermissen,

geht bei der Gruppierung der Zwangssymptome verschiedenfach nur von äusserlichen Gesichtspunkten aus, so dass er Nichtzusammengehöriges vereinigt und Zusammengehöriges trennt, und berücksichtigt trotz der grossen Breite seiner Darstellung die deutsche Literatur nur in sehr beschränktem Masse. Der Reichtum des von dem Autor verwendeten Materials und sein Bestreben, den Zusammenhang und die Quellen der einzelnen Symptome darzulegen, lassen trotzdem das Werk als eine wesentliche Bereicherung der Literatur über die Zwangszustände erscheinen.

Aus dem Janet'schen Werke ergibt sich ferner ein Umstand, der, wenn auch nahe liegend, doch bisher noch von keiner Seite hervorgehoben wurde und auch dem Autor selbst entgangen ist: der Umstand nämlich, dass der Inhalt der Zwangsvorstellungen gewisse nationale Differenzen aufweist. Ich will hier nur auf einen Punkt hinweisen. Aus Janet's Mitteilungen geht hervor, dass Zwangsvorstellungen abergläubischen Inhalts sich bei der französischen Bevölkerung ungleich häufiger finden, als bei der deutschen, was wohl damit zusammenhängen muss, dass die Neigung zum Aberglauben in den unteren Volksschichten in Frankreich noch viel verbreiteter ist, als in Deutschland.

Nachdem wir im Vorstehenden die französische und deutsche Literatur, welchen der Hauptanteil an der derzeitigen Entwicklung unserer Kenntnisse von den Zwangerscheinungen zufällt, eingehend berücksichtigt haben, können wir uns bezüglich der englischen und italienischen Literatur kurz fassen.

In der englischen Literatur sind Mitteilungen über Zwangerscheinungen auffallend spärlich.

Hack Tuke¹⁾ weist auf den Übergang von Zwangsideen in Wahnideen und das häufige Zusammentreffen ersterer mit Epilepsie hin.

Mickle²⁾ gibt eine Übersicht über die verschiedenen Zwangsphänomene und erörtert die nosologische Stellung und Ätiologie derselben ohne Neues zu bringen.

¹⁾ Hack Tuke: Imperative Ideas (Brain, Summer 1894).

²⁾ Mickle: Mental besetments; Journal of Mental Science 1896.

Von Arbeiten amerikanischer Autoren seien hier noch erwähnt:

Dana, Folie du doute and Mysophobia (The Alienist and Neurol. 1884).

Coombs Knapp: The insanity of doubt (American Journ. of Psychol. 1890).

Von italienischen Autoren beschäftigten sich Buccola¹⁾, Apollonio²⁾, Tullio³⁾ und Sciamanna⁴⁾ mit der Theorie des Zwangsvorstellens, Tamburini⁵⁾ mit der Zweifelsucht.

Morselli⁶⁾ beschrieb 1891 als neue Formen der von ihm als Paranoia rudimentaria bezeichneten Zwangsvorstellungskrankheit die Furcht vor körperlicher Entstellung (Dismorfofobia) und die Furcht, lebendig begraben zu werden, (Tafe fobia).

Der Autor betont, dass die Zwangsvorstellungen nicht immer auf degenerativer Basis entstehen, sondern oft durch einen vorübergehenden cerebralen Erschöpfungszustand bedingt sind. Er erwähnt auch, dass Wahnideen mitunter aus Zwangsvorstellungen hervorgehen und letztere sich auch bei Paranoia finden. Eine scharfe Abgrenzung der typischen Paranoia von der Paranoia rudimentaria scheint ihm daher undurchführbar.

Mitteilungen über Zwangsimpulse veröffentlichten Ventra⁷⁾, Verga⁸⁾, de Sanctis⁹⁾, über Zwangshalluzinationen Buccola und Stephani.

Was meinen eigenen Anteil an der Literatur der Zwangsvorstellungen betrifft, so beschränke ich mich hier darauf, auf meine Mitteilungen über musikalische Zwangsvorstellungen (Centralblatt f. Nervenheilk. 1897), über Zwangsempfindungen u. Zwangshalluzinationen (Arch. f. Psych. Bd. 30), über Erinnerungszwang (Psych. Wochenschr. 1899) und einen Fall mit Zwangsvorstellungen zusammenhängender kortikaler Krämpfe (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde Bd. 7) zu verweisen.

1) Buccola: Le idee fisse. Rivista sper. di freniatria 1880.

2) Apollonio: Paranoie rudimentarie. Mantova 1889.

3) Tullio: Le idee fisse considerate come disturbi psichici della neurasteni. Giornale di neuropatologia Mai-Juni 1888.

4) Sciamanna: Tic e paranoia (Rivista quindicinale di psicologia-psichiatria u. s. w. 1897).

5) Tamburini: Sulla pazzia del dubbio. (Riv. sper. di fren. 1880).

6) Morselli: Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia, due forme non per anco descritte di Pazzia del dubbio (Paranoia rudimentaria) Genova 1891.

7) Ventra: (Nocera) Le idee fisse impulsive (Paranoia rudimentale impulsiva). Il Manicomio moderno. December 1888.

8) Verga: (Nocera) Le idee fisse impulsive. Il Manicomio IV, 3.

9) de Sanctis: Ossessione ed impulsi musicali. Bolletino della Società Lancisiana degli Ospedali di Roma 1895.

Wenn wir einen Rückblick auf das im Vorstehenden Angeführte werfen, so finden wir, dass, während unsere Kenntnis der Einzelformen der Zwangerscheinungen eine stetige, wenn auch langsame Vermehrung erfahren hat, in den Ansichten über die nosologische Stellung, die Ätiologie und den Mechanismus derselben keine Annäherung eingetreten ist. In den letzten Jahren sind die Meinungsverschiedenheiten über diese Hauptfragen in der Pathologie der Zwangerscheinungen eher bedeutender denn geringer geworden.

Es wird dies erst in vollem Maße erhellen, wenn der Leser die Ansichten Freud's, Friedmann's und Janet's, auf die wir erst an späterer Stelle näher eingehen werden, kennen gelernt hat und in der Lage ist, dieselben mit der Theorie Magnans zu vergleichen.

Die Kritik dieser divergenten Anschauungen müssen wir uns auf die in Betracht kommenden Kapitel versparen; wir werden hier sehen, wie weit die einzelnen Auffassungen Berechtigung besitzen, und wir hoffen, dass hierdurch die Basis zu einer Verständigung über die wichtigsten Punkte in der Pathologie der Zwangerscheinungen gewonnen wird.

Kapitel II.

Definition der Zwangerscheinungen.

In der deutschen Literatur begegnen wir dem ersten Versuche, die Zwangsvorstellungen von anderen krankhaften Vorstellungen zu sondern und ihre Hauptmerkmale festzustellen, in der bereits erwähnten 1867 veröffentlichten Schrift von von Krafft-Ebing. In dieser gebraucht der Autor zuerst, wie wir sahen, die Bezeichnung „Zwangsvorstellung“ und zwar für gewisse bei Gemütskranken auftretende, mit krankhafter Intensität und Dauer im Bewusstsein sich geltend machende Vorstellungen. Da der Autor lediglich eine bestimmte Klasse von Zwangsvorstellungen im Auge hat und es ihm hauptsächlich darum zu tun ist, deren Einfluss auf das Handeln des Kranken und damit deren forensische und klinische Bedeutung darzulegen, ist es begreiflich, dass er die Merkmale der Zwangsvor-

stellungen nur kurz berührt und auf ihre Unterscheidung von anderen krankhaften Vorstellungen nicht näher eingeht.

Während die Auffassung v. Krafft-Ebing's in Betreff der Zwangsvorstellungen sich lediglich auf Beobachtungen bei Melancholischen stützte, gab Westphal in seinem bekannten, 1877 gehaltenen Vortrage eine Definition der Zwangsvorstellungen, die nach seiner Ansicht auf allgemeine Giltigkeit Anspruch hat, sich jedoch lediglich auf Beobachtungen von selbständiger (primärer) Erkrankung an Zwangsvorstellungen ohne affektive Grundlage (Zwangsvorstellungskrankheit) stützte.

Die Definition Westphal's umfasst vier Hauptkriterien:

- I. Intaktheit der Intelligenz;
- II. Mangel einer affektiven Grundlage;
- III. das Sicheindrängen der Vorstellungen in das Bewusstsein gegen den Willen des Patienten und die Unfähigkeit des letzteren, dieselben zu verdrängen, das eigentliche Zwangsmoment;
- IV. die Erkenntnis der Fremdartigkeit und Abnormität der Vorstellungen seitens des Kranken.

Diese Formulierung bedeutete, wenn sie sich auch in ihren Einzelheiten in der Folge nicht aufrecht erhalten liess, der früheren verschwommenen und unzulänglichen Charakterisierung der Zwangsvorstellungen gegenüber einen wesentlichen Fortschritt. Sie wurde aber zugleich infolge der übertriebenen Bedeutung, die ihr von einer grossen Zahl von Autoren beigelegt wurde, zu einem Hindernis für eine stetige Weiterentwicklung der Lehre von den Zwangsvorstellungen. Die meisten deutschen Autoren, welche sich in der Folge mit Zwangsvorstellungen beschäftigten, glaubten sich der Westphal'schen Definition gegenüber, wenn sie dieselbe nicht als unantastbare Grundlage annahmen, in möglichst behutsamer Weise auseinandersetzen zu müssen, so dass das Irrtümliche, was dieselbe enthält, selbst durch zahlreiche Angriffe nicht definitiv überwunden werden konnte.

Was den ersten Punkt der Westphal'schen Definition, die Intaktheit der Intelligenz, anbelangt, so ist derselbe auch von verschiedenen anderen Autoren betont worden, und es unterliegt auch keinem Zweifel, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle bei den an Zwangsvorstellungen Leidenden die Intelligenz keine Einbusse

aufweist. Es werden jedoch Zwangsvorstellungen und andere Zwangsercheinungen auch bei Schwachsinn und manchen Psychosen (Melancholie und Paranoia insbesondere) beobachtet, so dass die Intaktheit der Intelligenz nicht als ein Kriterium dieser psychopathischen Phänomene betrachtet werden kann.

Der Mangel einer affektiven Grundlage wurde, wie wir schon erwähnten, schon in der Diskussion, die sich an Westphal's Vortrag knüpfte, von Jastrowitz bestritten. Seitdem ist von einer grossen Anzahl von Autoren die Entwicklung von Zwangsvorstellungen auf emotioneller Basis dargelegt und speziell die Bedeutung der Angstzustände in dieser Richtung ausser Zweifel gestellt worden.

Dass auch die Krankheitseinsicht (das Darüberstehen) bei den an Zwangsvorstellungen Leidenden in Betreff dieser Vorstellungen sich nicht regelmässig und zu allen Zeiten findet, ist ebenfalls von einer Anzahl von Autoren nachgewiesen worden (Wille, Friedreich, Thomsen, Friedmann, Störing u. a.)¹⁾. Ich selbst habe die Inkonstanz der Krankheitseinsicht bei Zwangsvorstellungen schon an mehreren Orten hervorgehoben²⁾, besonders eingehend berührte ich diesen Punkt in dem Aufsätze „Über Erinnerungszwang“, wo ich bemerkte: „Wenn ich meine Erfahrungen bezüglich des Vor-

¹⁾ Thomsen z. B. bemerkt betreffs der Krankheitseinsicht bei Zwangsvorstellungen: „Es ist nicht unbedingt nötig, dass der Kranke zu allen Zeiten über ihnen (den Zwangsvorstellungen) steht, sie als krank erkennt; besonders ist das nicht der Fall bei Vorstellungen, die das religiöse, moralische und gemüthliche Gebiet betreffen, und es erscheint das ohne weiteres verständlich; in solchen Fällen wird wohl der Zwang des Denkens als fremd empfunden, nicht aber der Inhalt. Eine Zwangsvorstellung wird damit noch nicht zu einer Wahnvorstellung, dass sie nicht unbedingt als unrichtig erkannt wird.“ Friedmann betonte „Über den Wahn“ S. 96 in Bezug auf die Erkenntnis des Zwanges, dass das Individuum im Momente der Akme der Zwangsvorstellung von deren Realität in der denkbar vollkommensten Weise überzeugt ist. Die Erschütterung dieser Überzeugung erfolgt erst später. Der Autor ist der Ansicht, dass die Intensität der Zwangsidee dieselbe als real erscheinen lässt. Er erwähnt den Wechsel in der Auffassung der Zwangsvorstellungen, der an einem und demselben Tage bei einem Kranken sich zeigen mag und bemerkt, dass dieser Wechsel mit der Intensität der Zwangsassoziationen zusammenhängt. „Die Zwangsidee besitzt nur Realität, so lange sie intensiv ist.“

²⁾ „Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie“ S. 111. „Über die psychischen Zwangszustände“, Münchener med. Wochenschr. Nr. 23, 1898. Über eine noch nicht beschriebene Form des Zwangsvorstellens „Erinnerungszwang“, Psychiatr. Wochenschrift 1899.

kommens der Krankheitseinsicht bei den Zwangsvorstellungen zusammenfasse, so erweist sich dieselbe von zwei Umständen abhängig: a) von der Art der Zwangsvorstellung, b) der geistigen Verfassung des Patienten.

a) Die Art der Zwangsvorstellung. Es liegt sehr nahe, dass das Krankhafte einer Zwangsvorstellung leichter erkannt wird, wenn deren Inhalt ein ganz absurder oder doch wenigstens den Denkgewohnheiten des Patienten fremder, als wenn derselbe anscheinend logisch ist und von den Denkgewohnheiten des Patienten sich nicht entfernt. Ein Patient meiner Beobachtung wurde Jahre lang von der ganz isolierten Zwangsvorstellung verfolgt, dass die Leute, welche die Feder beim Schreiben nicht in einer gewissen Weise halten, die er als die richtige erachtet, nicht so intelligent sein könnten als andere. Der Patient gelangte, obwohl er geistig nicht sehr begabt ist, durch die Hartnäckigkeit dieser ganz absurden Vorstellung doch allmählich zu der Anschauung, dass bei ihm etwas Krankhaftes vorliegen müsse, was ärztliche Intervention erheischt. Ein anderer Patient meiner Beobachtung, ein jugendlicher Masturbant, mit Waschzwang und verschiedenen anderen Zwangshandlungen, litt u. a. an der Zwangsvorstellung, dass bei Verrichtung der natürlichen Bedürfnisse etwas an seinen Händen bleiben könne, wodurch er Andere anzustecken im Stande sei, daher der Waschzwang. Er erachtete diese Vorstellung durchaus nicht für krankhaft, sondern für wohl begründet und berief sich zur Verteidigung derselben auf Mitteilungen, die ihm von ärztlicher Seite zuteil geworden waren, und Angaben in populär-medizinischen Artikeln, die er gelesen hatte. Das häufige Waschen erschien ihm daher auch lediglich als Pflicht, die er der Menschheit gegenüber zu erfüllen habe, nicht als Folge eines pathologischen Zwanges. Wenn hier der blosser Anschein einer logischen Begründung den Kranken an der Erkenntnis der Krankhaftigkeit seiner Zwangsvorstellungen verhinderte, so ist es wohl begreiflich, dass in den Fällen, in welchen die Begründung der Zwangsvorstellung eine verständigere und natürlichere ist, häufig die Krankheitseinsicht mangelt. Bei den nosophobischen Zwangsvorstellungen sind es meistens krankhafte Gefühle oder Funktionsstörungen, bei den Zwangsvorwürfen häufig wenigstens gewisse, in ethischer Beziehung nicht ganz einwandfreie oder verschiedene Beurteilung zulassende Handlungen oder Unterlassungen des Patienten,

welche die betreffenden Vorstellungen anregen und denselben eine gewisse tatsächliche Grundlage geben. Hieraus erklärt es sich ganz einfach, dass Personen, welche in gesundheitlicher Beziehung ängstlich sind oder zu sittlichen Skrupeln neigen, Zwangsbefürchtungen oder Zwangsvorwürfe so vielfach durchaus nicht als krankhaft, sondern als durch die tatsächlichen Verhältnisse völlig begründet erachten und mitunter auch der Aufklärung über die Zwangsnatur dieser Vorstellungen schwer zugänglich sind. Besonders erschwert wird den Patienten die Erkenntnis der krankhaften Natur ihrer Zwangsvorstellungen in den Fällen, in welchen dieselben lediglich als Ausfluss gewisser Charaktereigentümlichkeiten erscheinen.

Eine mit verschiedenen Zwangszuständen behaftete Dame meiner Beobachtung leidet zeitweilig an der Zwangsvorstellung, dass sie ihren Bekannten in der einen oder anderen Weise lästig falle, und infolge dieser Vorstellung kann sie unter Umständen die geringfügigste Rücksichtnahme auf ihre Person, der Zwang, eine unbedeutende Gefälligkeit anzunehmen, für Tage in die peinlichste Unruhe, zeitweilig zu schweren Angstzuständen sich steigernd, versetzen. Die Dame betrachtet ihre Zwangsvorstellung als natürliche Folge ihres hochentwickelten Zartgefühls und ist auch der Belehrung über die krankhafte Natur ihrer Vorstellung nur wenig zugänglich. Auf der anderen Seite begegnen wir aber auch Fällen, in welchen der dem Charakter des Patienten fremdartige Inhalt der Zwangsvorstellung statt zur Erkenntnis der pathologischen Natur derselben seitens des Patienten zu der Annahme führt, sein Charakter habe sich in pejus verändert, er sei unsittlich, irreligiös etc. geworden. Dieser Auffassung bin ich besonders bei sakrilegischen und sexuellen Zwangsvorstellungen begegnet.

b) Die geistige Verfassung des Patienten ist nicht nur insofern von Belang, als von derselben die Erkenntnis oder Nichterkenntnis der krankhaften Natur der Zwangsvorstellung mit abhängt, sie bedingt auch die Art der Krankheitseinsicht, wo sich solche findet. Die Erfahrung zeigt, dass bei den an Zwangsvorstellungen Leidenden die Krankheitseinsicht nicht immer in gleicher Weise entwickelt ist und man im allgemeinen zwei Arten oder Stufen derselben antrifft. Ein Teil der Kranken erkennt zwar, dass in ihrem psychischen Zustande etwas Krankhaftes vorliegt, sie wissen jedoch dieses nicht näher zu unterscheiden oder zu deuten;

sie fürchten namentlich bei vorhandenen Verstimmungszuständen oft, verrückt zu werden. Bei jugendlichen Individuen und sehr beschränkten Erwachsenen geht die Krankheitseinsicht nie über diese Stufe hinaus; häufig fehlt dieselbe jedoch hier gänzlich. Bei einem weiteren Teile der an Zwangsvorstellungen Leidenden finden wir das von Westphal angegebene Verhalten; sie erkennen nicht nur, dass in ihrem geistigen Zustande etwas Krankhaftes vorhanden ist, sie unterscheiden auch die Art der vorliegenden Störung. Die Eindringlingsnatur der Zwangsvorstellung entgeht ihnen nicht, und sie trennen dieselbe von ihrem normalen Bewusstsein. Diese Stufe der Krankheitseinsicht findet sich nur bei geistig völlig reifen und intelligenten Personen und auch bei diesen nur bei Mangel erheblicher gemüthlicher Erregung. Selbst intelligente Erwachsene sind in Zuständen psychischer Erregung, welche die Fähigkeit ruhiger Selbstbeobachtung beeinträchtigen, nicht in der Lage, den Zwangscharakter ihrer Obsessionen aufzufassen, wenn sie auch das Vorhandensein einer psychischen Störung wohl erkennen.*

Die Zwangsvorstellung ist zweifellos ein selbständiges psychisches Phänomen, die Erkenntnis ihres Zwangscharakters seitens des Kranken ein Urtheil über dieselbe und sohin lediglich ein begleitender Umstand. Man wird ohne Weiteres zugeben müssen, dass die Gegenwart oder der Mangel dieses Umstandes an den Charakteren, welche der Zwangsvorstellung an sich zukommen, nichts ändern kann, die Anerkennung der Zwangseigenschaft irgend einer Vorstellung sich daher von diesem Momente nicht abhängig machen lässt. Die Unabhängigkeit der Zwangseigenschaft einer Vorstellung von der Krankheitseinsicht macht uns verschiedene Vorkommnisse verständlich, welchen wir im Bereiche der Zwangsvorstellungen begegnen. Ein Kranker, welcher gleichzeitig mit mehreren Zwangsvorstellungen behaftet ist, mag dieselben in verschiedener Weise beurteilen, z. B. eine nosophobische Vorstellung für begründet erachten, während er das Krankhafte einer anderen Zwangsvorstellung erkennt. Eine hierhergehörige Beobachtung wurde von mir schon früher mitgeteilt. Dieselbe betrifft ein 16jähriges Mädchen, welches seit Monaten zunehmende Verstimmung und Reizbarkeit zeigte. Die Exploration ergab, dass die Patientin an zwei Zwangsvorstellungen laborierte, des Irrsinnigwerdens und „dass man sie nicht möge“. Letztere Vorstellung erklärte sie selbst als blosse Einbildung und unbegründet,

dagegen erachtete sie die Zwangsidee des Irrsinnigwerdens für eine wohlbegründete Befürchtung, weil sie sich zeitweilig sehr erregt fühle.

Ähnliche Beobachtungen habe ich mehrfach gemacht.

Ungleich häufiger als die divergente Auffassung gleichzeitig bestehender Zwangsvorstellungen werden temporäre Schwankungen in der Auffassung bestimmter Zwangsvorstellungen und Zwangsvorstellungsgruppen beobachtet. Wie schon Friedmann bemerkte, kann an einem und demselben Tage sogar die Ansicht über eine Zwangsvorstellung derart schwanken, dass dieselbe zeitweilig als krankhaft erkannt wird, zeitweilig wieder nicht, und man darf wohl auch annehmen, dass hierbei die Intensität des Zwanges, soweit dieser von emotionellen Elementen abhängt, von Einfluss ist. Daneben spielt aber auch das Verhalten der cerebralen Leistungsfähigkeit eine gewisse Rolle. Ich habe öfters beobachtet, dass cerebrasthenische Patienten in Stunden schlimmeren Befindens Zwangsvorstellungen, z. B. gewisse Beeinträchtigungsideen, für begründet erachteten, die sie zu anderen Zeiten als krankhaft erkannten. Zugleich muss ich aber bemerken, dass zweifellos in sehr vielen Fällen die Krankheitseinsicht nie verloren geht und dass in den Fällen, in welchen die Krankheitseinsicht fehlt, die Zwangsvorstellungen sich nicht immer durch besondere Intensität des Zwanges auszeichnen müssen.

Sehr häufig ist die Krankheitseinsicht wesentlich retrospectiver Natur. Die Zwangsvorstellung wird während ihrer Dauer nicht als etwas Abnormes angesehen, nach ihrem Verschwinden dagegen bezüglich ihrer Zwangsnatur richtig taxirt. In den so häufigen Fällen, in welchen ein stetiger Wechsel der Zwangsideen vorhanden ist, wird die augenblicklich vorhandene oder im Vordergrund stehende als begründet erachtet, die gestern dominierende dagegen als etwas Pathologisches erkannt. Der Patient, der z. B. heute von der Zwangsbefürchtung verfolgt wird, herzleidend zu sein, hält diese Befürchtung für eine durchaus berechnete, während er die Idee des Verrücktwerdens, die ihn gestern quälte, als einen überwundenen Unsinn ansieht.

Man darf den Schwankungen, welche bezüglich der Lucidität bei den an Zwangsvorstellungen Leidenden vorkommen, nicht zu viel Gewicht beilegen. Von einem Mangel der Krankheitseinsicht kann nur in den Fällen gesprochen werden, in welchen dieselbe andauernd, nicht bloß zeitweilig fehlt. Dieser Umstand ist auch für die Unter-

scheidung der Zwangs- von Wahnideen von wesentlicher Bedeutung. Man könnte behaupten, dass in den Fällen, in welchen Zwangsvorstellungen, namentlich solche absurden Inhalts, ohne Lucidität bestehen, eine strikte diagnostische Scheidung derselben von den Wahnideen nicht möglich ist, zumal letztere, wie Friedmann jüngst hervorhob, zum Teil wenigstens sich wie Zwangsvorstellungen verhalten können.¹⁾ Der Mangel der Krankheitseinsicht bildet jedoch bei Zwangsvorstellungen, nach meiner Erfahrung wenigstens, keine differential-diagnostische Schwierigkeit. Durch Aufklärung seitens des Arztes oder anderer Personen lässt der an Zwangsvorstellungen Leidende sich in der Regel davon überzeugen, dass die ihn belästigenden Gedanken krankhafter Natur sind, während bei Wahnideen jeder Aufklärungsversuch erfolglos bleibt, da die Wahnidee unkorrigierbar ist. Die Erkenntnis der krankhaften Natur der Zwangsercheinungen ist jedoch in den einzelnen Fällen nicht immer leicht herbeizuführen, und dieselbe erhält sich auch nicht immer dauernd. Während manche Patienten die ihnen erteilte Aufklärung mit Freuden wie eine Art Erlösung aufnehmen, erweisen sich andere, namentlich wenn ihre Zwangsvorstellungen eine Stütze in ihren Charaktereigenschaften besitzen, der Belehrung schwer zugänglich. Die Krankheitseinsicht, die von aussen herbeigeführt wurde, kann wie die der Intelligenz des Kranken entstammende ins Wanken geraten und zeitweilig sich auch ganz verlieren, um bei ruhigerer Gemütslage oder Nachlass der Zwangsvorstellung wiederzukehren.

Wir ersehen aus dem im Vorstehenden Angeführten, dass von den vier von Westphal angegebenen Kriterien drei nicht als ausnahmslos zutreffend angesehen werden können und sonach nur eines derselben, das dritte, welches die eigentlichen Zwangsmerkmale umfasst, für die Kennzeichnung der Zwangsvorstellungen verbleibt.

Die Feststellung der Momente, welche den Zwangscharakter bei Vorstellungen konstituieren, stösst auf gewisse Schwierigkeiten, weil wir es mit zwei Arten von Zwangsvorstellungen zu tun haben, bei welchen sich die Zwangseigenschaft in verschiedener Weise äussert. Dieser Umstand ist bei den bisherigen Definitionsversuchen nicht berücksichtigt worden. Die eine Art wird von Zwangs-

¹⁾ Friedmann bemerkt (Über die Grundlage der Zwangsvorstellung): „Es giebt auch fixe Ideen, welche zugleich zwangsmässig ins Bewusstsein drängen.“ Vergl. auch Meynerts Ansicht l. c.

vorstellungen gebildet, welche kürzere oder längere Zeit sich erhalten und während ihres Bestehens sich inhaltlich nicht verändern; die andere Art besteht aus Vorstellungen, die beständig wechseln und nur eine gewisse inhaltliche oder formelle Gleichartigkeit zeigen. Bei der ersteren Art der Zwangsvorstellungen haften die Zwangseigenschaften an der einzelnen Vorstellung, bei der zweiten nicht an dieser, sondern an der Richtung, welche die Assoziationen nehmen. Eine Definition, welche auf eine allgemeine Geltung Anspruch erhebt, muss diesen beiden Arten von Zwangsvorstellungen gerecht werden. Westphal legt auf drei Punkte Gewicht: das Auftreten der Zwangsvorstellungen gegen den Willen des Befallenen, ihre Unverdrängbarkeit und die durch dieselben bewirkte Störung des normalen Vorstellungsablaufes. Janet andererseits erblickt die obsiedierenden Eigenschaften einer Vorstellung darin, dass sie sich während einer sehr langen Zeit im Geiste des Individuums erhält und absolut bei jeder Gelegenheit auftaucht.

Wie man sieht, findet Janet in einem anderen Kriterium das Wesentliche der Zwangseigenschaft als Westphal. Während ersterer Autor nur das während des momentanen Bestehens sich kundgebende Verhalten berücksichtigt, zieht letzterer die andauernden Eigentümlichkeiten in Betracht. Dabei passen beide Autoren ihre Definition lediglich der ersten oben erwähnten Kategorie von Zwangsvorstellungen an.

Ziehen wir diese zunächst in Erwägung, so sehen wir, dass dieselben konstant eine Eigentümlichkeit aufweisen, die wir als Immobilität bezeichnen wollen. Die Vorstellungen sind nicht durch den Willen in der Weise verdrängbar wie normale Vorstellungen. Die Immobilität ist jedoch keine absolute, sondern nur eine relative. Die Zwangsvorstellungen behaupten sich, wenn wir von gewissen vorübergehenden Zuständen absehen, in welchen dieselben eine aussergewöhnliche Intensität erreichen und speziell durch Angstgefühle fixiert werden, nicht andauernd im Bewusstsein; sie können durch äussere Eindrücke, welche die Aufmerksamkeit stark in Anspruch nehmen, auch durch Reflexionen verdrängt werden. Ein von Zwangsvorstellungen momentan Heimgesuchter kann dessenungeachtet an einem Gespräche einen gewissen Anteil nehmen, auch einer Beschäftigung, welche keine kontinuierliche Aufmerksamkeit erheischt, sich hingeben. Einen noch bedeutenderen repressiven

Einfluss als Reflexionen und äussere Eindrücke äussern häufig Gegen- vorstellungen von autoritativer Seite. Die Immobilität reduziert sich demnach darauf, dass die Vorstellungen nicht nachhaltig sich verdrängen lassen, sondern eine mächtige Tendenz besitzen, innerhalb kurzer Zeit immer wieder im Bewusstsein aufzutauchen. Darauf beruht es, dass sie den normalen Gedankenablauf nur stören, nicht hemmen. Weitere Eigentümlichkeiten kommen zwar einem grossen Teile, aber nicht sämtlichen hier in Frage stehenden Zwangsvorstellungen zu. In erster Linie ist hier die Unabhängigkeit ihres Auftauchens von den Assoziationsgesetzen zu erwähnen. Tatsächlich begegnen wir in vielen Fällen dem Umstande, dass die Zwangsvorstellungen ohne irgend einen Zusammenhang mit den momentanen Denkprozessen sich in diese einschleichen; manche Zwangsvorstellungen werden jedoch lediglich auf assoziativem Wege geweckt; sie stellen sich nur bei gewissen Veranlassungen ein und bleiben bei Meidung dieser weg. So tritt die Zwangsvorstellung, eine gewisse Leistung nicht vollbringen zu können, gewöhnlich nur dann ein, wenn eine Veranlassung zu der betreffenden Leistung gegeben ist. Andere Zwangsvorstellungen tauchen zum Teil anscheinend spontan, zum Teil bei gewissen Gelegenheiten auf, bei denen assoziativer Einfluss sich geltend macht. Patienten, die an sakrilegischen Zwangsvorstellungen leiden, z. B. werden von solchen gerne in der Kirche infolge einer Kontrastassoziation heimgesucht, können aber auch bei jeder anderen Gelegenheit von derartigen Vorstellungen belästigt werden.

Die Persistenz der Zwangsvorstellungen durch lange Zeiträume, in welcher Janet das Wesentliche der obsidierenden Eigenschaft erblickt, findet sich ebenfalls nur bei einem erheblichen Teile, aber keineswegs bei allen Zwangsvorstellungen von konstantem Inhalte. Die Dauer solcher kann sich zwar über viele Jahre erstrecken, andererseits aber auch auf nur wenige Stunden beschränken. Bei sehr lange sich erhaltenden Zwangsvorstellungen ist hinwiederum die Reproduktionstendenz eine sehr verschiedene; neben täglich wiederkehrenden Gedanken finden sich solche, die nur in grösseren Zwischenräumen oder bei bestimmten Veranlassungen, wie wir bereits sahen, auftreten. Wir müssen demnach die Immobilität als das Grundelement der obsidierenden Eigenschaft der Zwangsvorstellungen von konstantem Inhalt er-

achten, und es fragt sich zunächst, ob wir dieses Element auch bei der zweiten Art der Zwangsvorstellungen, den inhaltlich stetig wechselnden, deren Hauptrepräsentant die Grübelsucht bildet, finden. Die Einzelvorstellung ist hier nicht unverdrängbar, die Richtung, welche der Assoziationsverlauf nimmt, erweist sich jedoch dem Einflusse des Willens wenig oder nicht zugänglich. Die Assoziation spinnt sich wider den Willen in einer gewissen Richtung weiter; die Immobilität betrifft hier demnach nicht die Einzelvorstellung, sondern die Assoziationsrichtung. Natürlich handelt es sich auch hier nur um relative Immobilität. Der an Zwangsgrübeleien Leidende ist im allgemeinen imstande, seine Aufmerksamkeit der Aussenwelt zuzuwenden, gewissen Beschäftigungen sich zu widmen, an einer Unterhaltung sich mehr oder weniger zu beteiligen; er kann sich also seinen Grübeleien auf eine gewisse Zeit entreissen, fällt aber in dieselben immer wieder zurück, ohne dass sein Wille es verhindern kann. Die krankhafte Assoziationstendenz beharrt demnach hier hartnäckig, während die einzelnen Zwangsvorstellungen je nach der Gelegenheit wechseln.

Wenn wir nunmehr versuchen, die Zwangseigenschaft für beide Vorstellungsarten in zusammenfassender Weise zu formulieren, so kommen wir zu folgendem Schlusse: Zwangsvorstellungen sind Vorstellungen, welche der normalen Verdrängbarkeit durch Willenseinflüsse ermangeln. Dieser Mangel — die Immobilität — kann sowohl einzelne bestimmte Zwangsvorstellungen, als Assoziationsreihen einer gewissen Richtung betreffen.

Zwangsvorstellungen sind nicht die einzigen psychischen Phänomene, welche die Eigenschaften des Zwanges aufweisen. Man hat bisher neben den Zwangsvorstellungen Zwangshalluzinationen, Zwangsaffecte und -Stimmungen, Zwangsimpulse (Triebe), Zwangsbewegungen, -Handlungen und -Hemmungen unterschieden, und wir haben daher zu untersuchen, inwieweit für diese Phänomene die für die Zwangsvorstellung festgestellte Definition der Zwangseigenschaft zutrifft. Für die Zwangshalluzinationen, Affecte und Stimmungen bedarf dies keiner weiteren Erörterung. Der Mangel der normalen Verdrängbarkeit durch Willenseinflüsse ist für dieselben ebenso charakteristisch, wie für die Zwangsvorstellungen. Das Gleiche gilt für die Zwangsimpulse, welche lediglich eine besondere Art der Zwangsvorstellungen

repräsentieren, sofern es sich bei denselben um Vorstellungen einfacher, zweckloser Bewegungen oder komplizierterer, einem bestimmten Zwecke dienender Akte handelt.

Nach der Ansicht französischer Autoren, insbesondere Magnan's, sollen jedoch die Zwangsimpulse sich durch mehrere Momente charakterisieren, die in unserer Definition nicht enthalten sind:

Irrésistibilité,
Angoisse concomitante,
Satisfaction consécutive.

Die Kraft des Zwanges bei den Impulsen wird von dieser Seite, wenn auch nicht immer als gleich, so doch im allgemeinen als unwiderstehlich erachtet. Sie führt zu einem schweren mit Angst verknüpften inneren Kampfe, der mit Überwindung des Kranken durch den Zwang endet. Dieser folgt Erleichterung und Beruhigung. Die Magnan'sche Auffassung kann jedoch nur für einen Teil der Zwangsimpulse Geltung beanspruchen. Wie wir an späterer Stelle sehen werden, schwankt die Intensität des den Impulsen anhaftenden Zwanges in den einzelnen Fällen ausserordentlich und ist bei bedenklichen Impulsen meist nicht genügend, um den Kranken zur Handlung zu drängen. Die Unwiderstehlichkeit kann daher nicht als allgemeines Charakteristikum der Zwangsimpulse angesehen werden. Auch die begleitende Angst und die folgende Befriedigung ist keineswegs immer vorhanden, da die Kranken belanglosen Impulsen oft ohne jeden Kampf nachgeben, wodurch die Angoisse und die Satisfaction consécutive in Wegfall kommen. Es besteht daher kein genügender Grund, den Zwangsimpulsen Eigentümlichkeiten in Bezug auf ihre obsedierende Eigenschaft zuzuschreiben, die anderen Zwangsvorstellungen nicht zukommen.

Die Zwangsbewegungen, -Handlungen und -Hemmungen gehen, wie wir später sehen werden, zum Teil direkt, zum Teil indirekt von Zwangsvorstellungen aus. Da es sich hierbei lediglich um Äusserungen psychischer Vorgänge handelt und wir uns hier nur mit dem Zwange als psychischem Phänomen zu beschäftigen haben, sind wir nicht veranlasst, die Zwangseigenschaften dieser motorischen Vorgänge näher zu untersuchen.

Wir können nach dem Angeführten zur Beantwortung der Frage übergehen, ob sich die für die Zwangsvorstellungen formulierte Defi-

dition auf die Gesamtheit der psychischen Zwangsphänomene übertragen lässt und sich somit eine einheitliche Definition dieser Phänomene ermöglicht. Unsere Darlegungen im Vorliegenden lassen hierüber wohl keinen Zweifel. Zwangsvorstellungen, Zwangshalluzinationen, Zwangsaffekte und -Stimmungen und Zwangsimpulse weisen in gleicher Weise die von uns als Immobilität bezeichnete Eigentümlichkeit auf, und besitzen auch nur dieses eine gemeinschaftliche Merkmal. Wir gelangen daher zu dem Schlusse: Die psychischen Zwangserrscheinungen sind psychische Elemente, welche der normalen Verdrängbarkeit durch Willenseinflüsse ermangeln und infolge dieses Umstandes den normalen Verlauf der psychischen Prozesse stören.

Durch die vorstehenden Ausführungen ist auch die Stellung präzisiert, welche wir den Versuchen gegenüber einnehmen, zwischen echten und unechten Zwangsvorstellungen zu unterscheiden oder auf Grund genetischer, nosologischer und inhaltlicher Momente das Gebiet der Zwangsvorstellungen einzuengen. Wenn wir nicht in das Uferlose geraten wollen, müssen wir daran festhalten, dass Zwangsvorstellungen alle jene Vorstellungen sind, welche sich durch gewisse Eigenschaften — die Merkmale des Zwangs — und nur durch diese einerseits von normalen Vorstellungen, andererseits von anderen psychopathischen Erscheinungen unterscheiden. Eine Wahnidee z. B. mag neben ihren als solche sie charakterisierenden Eigenschaften auch die Merkmale des Zwanges darbieten, sie wird dadurch nach unserer Definition noch keineswegs zu einer Zwangsvorstellung. Vorstellungen, welche die Merkmale des Zwanges und nur diese pathologische Eigentümlichkeit aufweisen, sind daher als Zwangsvorstellungen zu betrachten, gleichgültig, wie ihr Inhalt beschaffen sein mag, ob sie bei im übrigen Gesunden, Neurasthenischen, Melancholischen oder an Zwangsneurose Leidenden sich finden. Es besteht ebensowenig ein triftiger Grund, die mit dem Merkmale des Zwanges versehenen Vorstellungen bei Melancholischen von den Zwangsvorstellungen auszuschliessen, als das Gebiet dieser Vorstellungen auf die Zwangsneurose zu beschränken, wofür Warda jüngst eingetreten ist. Es verhält sich eben mit den Zwangsvorstellungen ähnlich wie mit den Wahnideen, welche, wie wir wissen, nicht bei

einer bestimmten einzelnen, sondern bei verschiedenen psychischen Erkrankungen sich finden. Die Anschauung, dass Zwangsvorstellungen nur im Bereiche der Zwangsneurose anzunehmen seien, hat meines Erachtens nicht mehr Berechtigung als etwa die, dass von Wahnideen nur bei Paranoia die Rede sein soll.

Kapitel III.

Einteilung der Zwangsercheinungen.

Die Einteilung der psychischen Zwangsercheinungen ist bisher von sehr verschiedenen Gesichtspunkten aus unternommen worden. Die psychologische Konstitution, i. e. der Inhalt der Phänomene und dessen Äusserungen, die nosologische Stellung, die Pathogenese und Ätiologie sind in dieser Richtung verwertet worden. Öfters begegnen wir einer gleichzeitigen Heranziehung mehrerer dieser Momente. So unterscheidet Koch¹⁾, welcher die Zwangsercheinungen unter der Bezeichnung „Zwangsdenken“ zusammenfasst: 1. als selbstständig auftretende Gattungen des Zwangsdenkens: selbständige Zwangsempfindungen, selbständige Zwangsgefühle und Affekte, selbständige Zwangsimpulse, -Handlungen, -Hemmungen, -Unterlassungen, selbständige Zwangsvorstellungen, einfache und zusammengesetzte; 2. Verbindungen der einzelnen Gattungen von Zwangsgedanken.

Thomsen²⁾ sondert die Zwangsercheinungen in zwei Gruppen:

I. Deuteropathische Zwangsvorgänge spezifischen Charakters, meist auf neurasthenischer Basis erwachsend.

- a) Die Phobien (Agoraphobie etc.)
- b) Die sub II genannten, aber hier symptomatisch auftretenden Erscheinungen (bei Neurasthenie, Hysterie etc.).

¹⁾ Koch, die psychopathischen Minderwertigkeiten 1891, S. 77.

²⁾ Thomsen l. c.

II. Idiopathische psychische Zwangsvorgänge als selbständiges Krankheitsbild, zusammengesetzt durch die Konkurrenz der folgenden Symptome, einzeln oder gemeinsam.

- a) Zwangsvorstellungen;
- b) Zwangsempfindungen;
- c) Zwangshandlungen, meist sekundär infolge von a und b, seltener anscheinend primär oder echt motorisch (Zwangsbewegungen, Coprolalie, Echolalie, Echokinesis, Tic convulsif);
- d) Zwangsmässige psychische Hemmung, meist sekundär, in einzelnen Fällen wohl primär;
- e) somatische Begleiterscheinungen (Störungen der Digestion, Zirkulation, der Herzregulierung, Migräne);
- f) periodische Steigerung der Zwangsvorgänge zu „Anfällen“.

Friedmann¹⁾ hinwiederum unterschied drei Hauptformen von Zwangsideen:

- a) Zwangsgdenken, geordnetes logisches Denken wider Willen, oder Sichaufdrängen einer Vorstellungsreihe;
- b) isoliert bleibende Vorstellungen, die oft mit Affekt auftauchen (Echolalie, Coprolalie);
- c) Zwangsassoziationen:
 1. Frage- und Grübelzwang,
 2. Mit Angst einfallende Ideen, welche an eine Wahrnehmung sich anknüpfen und die Exekution eines Bewegungsimpulses hemmen (Phobien).
 3. Zwangsassoziationen in Form abstrakter Urteile, fast immer peinlicher Natur.

Freud²⁾ geht bei seiner Einteilung der Zwangsercheinungen von deren Entstehungsmechanismus aus und gelangt hierdurch dazu, dieselben zum Teil seiner Zwangs- und Angstneurose, zum Teil der Hysterie (traumatische Zwangsvorstellung) zuzuweisen, während Kaan³⁾ ebenfalls auf Grund pathogenetischer Erwägungen zu einer einfacheren Einteilung gelangt. Er beschränkt sich darauf, Zwangsvorstellungen durch neurasthenischen Angstaffekt und primordiales Grübelzwang zu unterscheiden.

¹⁾ Friedmann: Über den Wahn 1894, II. Teil, S. 42.

²⁾ Freud, l. c.

³⁾ Kaan, l. c.

Kräpelin¹⁾ nimmt bei Besprechung des Zwangsirrseins vier Gruppen von Fällen an. In der 1. Gruppe kommt es zur Entwicklung von einfachen, an sich nicht peinlichen Zwangsvorstellungen, Vorstellungen gleichgiltigen oder obscönen Inhalts, gelegentlich auch zu Kombinationen solcher mit Halluzinationen. In einer 2. Gruppe von Fällen ist der Zwang zum Nachdenken über bestimmte Dinge vorherrschend (Onomatomanie, Arithmomanie, Frage- und Grübelsucht etc). Die 3. Gruppe ist durch das Auftreten von Phobien, die 4. durch Antriebe, welche nach dem Autor lediglich eine Form der Zwangsbefürchtungen darstellen, charakterisiert.

Friedenreich²⁾ unterschied auf klinischer Grundlage sechs Gruppen von Fällen von Zwangsvorstellungserkrankungen, bezüglich welcher wir auf das an früherer Stelle Angeführte verweisen.

Gadelius³⁾ sondert die elementaren Zwangsphänomene in Zwangsgedanken, Phobien, Impulse und die Erscheinungen der Maladie des Tics, von welchen erstere bei leichteren, letztere bei höheren Graden psychischer Dissoziation auftreten.

Die Einteilung der Zwangsphänomene seitens der französischen Autoren variiren nicht minder, als die der deutschen Beobachter. Falret⁴⁾ unterschied, wie wir sahen, drei Formen: Obsessions intellectuelles, emotionelles und instinctives.

Régis⁵⁾ begnügte sich mit der Sonderung der Obsessions in zwei Gruppen, je nach der Schädigung des anregenden oder hemmenden Willenseinflusses: a) Obsessions impulsives, b) Obsessions abouliques mit mehreren Unterabteilungen (obsessions d'indécision, obsessions-craintes, folie du doute etc.).

Séglas acceptirt diese Einteilung, will derselben jedoch eine 3. Gruppe anfügen, welche die Obsessions umfasst, bei welchen sensible oder sensorielle Erscheinungen eine Rolle spielen (Glossodynie, die Galippe'sche Obsession dentaire etc.).

In seiner gemeinschaftlich mit Pitres verfassten Mitteilung auf dem Moskauer Kongresse lässt Régis Willensstörungen bei

1) Kräpelin. Psychiatrie, 6. Aufl. S. 538.

2) Friedenreich, l. c.

3) Gadelius, l. c.

4) Falret, l. c.

5) Régis, l. c.

der Einteilung der Obsessions ausser Betracht, um lediglich die emotionellen Störungen zu verwerten.

Er nimmt 3 Formen an:

1. Zwangszustände mit diffuser und pantophobischer Angst,
2. Zwangszustände mit systematisierter monophobischer Angst,
3. Zwangszustände mit ängstlicher oder monoideistischer Idee.

Vallon und Marie hinwiederum nehmen 5 Gruppen von Zwangsercheinungen an:

1. Obsessions émotionelles,
2. Obsessions hallucinatoires,
3. Obsessions impulsives,
4. Obsessions intellectuelles,
5. Kombinationen der vorstehenden Obsessionen.

Von italienischen Autoren hat Tamburini die Zwangsercheinungen in 3 Klassen eingeteilt:

1. Intellektuelle Zwangsvorstellungen (Frage-, Zweifel-, Grübelsucht etc.).
2. Von Angstgefühlen begleitete Vorstellungen (Berührungsfurcht etc.).
3. Impulsive Vorstellungen.

Wir ersehen aus dem Angeführten, dass diejenigen Autoren, welche sich bei ihrer Einteilung von der psychologischen Konstitution der Zwangsercheinungen bestimmen liessen, im grossen und ganzen 3 Gruppen annehmen:

1. Solche, bei welchen die intellektuellen Phänomene im Vordergrunde stehen (Obsessions intellectuelles der Franzosen);
2. solche, bei welchen die emotionellen Elemente, speziell Angstgefühle eine wichtige Rolle spielen;
3. Zwangsercheinungen vom Charakter des Bewegungs- oder Handlungsantriebs (Impulse).

Diese Einteilung erweist sich jedoch als ungenügend, weil sie einerseits der besonderen Art mancher Zwangsercheinungen, so z. B. der Zwangshalluzinationen keine Rechnung trägt, andererseits auch die klinisch vorkommenden Kombinationen der elementaren Zwangsercheinungen nicht genügend berücksichtigt. Wir können diese Einteilung jedoch insofern verwerten, als sie uns darauf hinweist,

die Zwangsercheinungen nach den 3 Hauptsphären des psychischen Lebens, der intellektuellen, emotionellen und motorischen zu sondern.

Wenn wir zunächst zusehen, welche psychische Grundelemente sich in all den verschiedenartigen vorkommenden psychischen Zwangsercheinungen finden, so stoßen wir auf die Tatsache, dass es sich überall nur um 2 Arten von Elementen handelt: intellektuelle und emotionelle, Vorstellungen und Gefühle. Diese Elemente treffen wir sowohl isoliert (Zwangsvorstellungen indifferenten Inhalts¹⁾, primär inhaltlose Zwangsaffekte und Stimmungen) als in ausserordentlich mannigfaltigen Kombinationen an. Mit der Einteilung der Zwangsercheinungen in Zwangsvorstellungen, Zwangsaffekte und deren Kombinationen wäre jedoch den praktischen Erfordernissen gegenüber nicht auszukommen. Die einzelnen Zwangsvorstellungen und Gruppen solcher zeigen inhaltlich und formell wichtige Unterschiede, die zur Unterscheidung mehrerer Zwangsvorstellungsarten nötigen. Ausserdem ist zu berücksichtigen, dass jene Gruppe von Zwangsvorstellungen, die man gewöhnlich als Impulse bezeichnet, dadurch eine gesonderte Stellung einnimmt, dass sie in Bewegung, resp. Handlung sich umsetzen kann.

Ziehen wir die Zwangsercheinungen der intellektuellen Sphäre in Betracht, so fragt es sich in erster Linie, ob unter den intellektuellen Elementen der Zwangsvorstellungen die verschiedenen Vorstellungsarten sich finden, denen wir im Bereiche des Normalen begegnen. Dies ist im wesentlichen der Fall. Den durch äussere Eindrücke hervorgerufenen Vorstellungen entsprechen die Zwangsempfindungen und Zwangshalluzinationen. Den Erinnerungsvorstellungen begegnen wir insbesondere beim Erinnerungszwang; Phantasievorstellungen sind z. B. in sexuellen Zwangsvorstellungen vertreten, auch in dem zwangsmässigen Ausmalen gewisser Situationen. Ungleich häufiger sind jedoch die begrifflichen Vorstellungen (Allgemeinvorstellungen), denen wir selten isoliert, zumeist in logischer Verbindung begegnen. Man kann daher sagen, dass der Zwang an allen Arten von Vorstellungen haften kann. Da das Moment des Zwanges sich jedoch nicht auf Vorstellungen und Vorstellungs-

¹⁾ Die Zwangsvorstellungen indifferenten Inhalts ermangeln zwar ebenfalls einer gewissen Gefühlsbetonung nicht, doch ist diese von ganz untergeordneter Bedeutung für die Zwangseigenschaft, so dass dieselbe hier ausser Betracht bleiben kann.

assoziationen beschränkt, können wir für die Unterscheidung der Zwangsphänomene der intellektuellen Sphäre (Zwangsvorstellungen) die verschiedenen Vorstellungsarten nicht als Grundlage benutzen, sondern diese nur in beschränktem Maße heranziehen.

Einzelne Vorstellungen sind im Bereiche des Zwangsvorstellens selten, hierher gehört z. B. die Verfolgung durch ein Wort, eine Zahl. Zumeist handelt es sich um eine Verbindung von Vorstellungen, eine Assoziation, welche die Form der Annahme einer gewissen Möglichkeit, des Urteils, des Zweifels, der Frage besitzt. Der Zwang haftet hier nicht der einzelnen Vorstellung, sondern der ganzen Vorstellungsverbindung an. Die Einzelvorstellung, soweit sie durch ein Wort ausgedrückt wird, spielt hier keine Rolle, sondern der Inhalt oder Sinn der Vorstellungsverbindung, welcher auch als Träger des Zwanges betrachtet werden muss. Bei einer weiteren Reihe von Zwangsvorstellungen haftet der Zwang viel weniger einzelnen Vorstellungsassoziationen, als vielmehr der Assoziationsrichtung an. Wir haben es hier mit assoziativen Zwangstendenzen zu tun, welche den normalen Assoziationsverlauf durchkreuzen und hemmen.

Nach dem eben Dargelegten haben wir selbständige Zwangsvorstellungen, i. e. Vorstellungen, welche sich als unmittelbare Träger der Zwangseigenschaften präsentieren und als solche sich von den normalen Denkelementen sondern, und assoziative Zwangstendenzen zu unterscheiden, bei welchen der Zwang zumeist wenigstens eine ausgedehntere psychische Störung bildet. Unter den selbständigen Zwangsvorstellungen nehmen jedoch einzelne dadurch eine besondere Stellung ein, dass bei denselben der Anschein besteht, als seien sie durch einen entsprechenden äusseren Eindruck hervorgerufen. Die hierher gehörigen Zwangsercheinungen werden als Zwangsempfindungen und Zwangshalluzinationen bezeichnet und beanspruchen wegen ihrer Eigentümlichkeiten eine gesonderte Besprechung. Die assoziativen Zwangstendenzen sind hinwiederum verschiedener Natur und bedingen deshalb in den Einzelfällen ein Prädominieren verschiedener Assoziationsreihen. Die durch die Zwangstendenz in den Verlauf des Denkens sich einschubenden Assoziationsreihen lassen sich in folgende Gruppen sondern: Grübeleien, zum Teil in Frageform, Zweifel, Skrupel und Vorwürfe, Beobachtungen, Erinnerungen, endlich Assoziationen, die keiner bestimmten

Richtung angehören und nur durch das Zwangsmäßige ihres Sichfortspinnens vom normalen Denken sich unterscheiden

Die emotionellen Zwangsercheinungen treten zum Teil isoliert als wenigstens primär inhaltslose Zwangsaffekte und Stimmungen, zum Teil in Verbindung mit Zwangsvorstellungen und anderen Vorstellungen auf. Unter denselben spielt der Angstzustand die Hauptrolle. Die Zwangsangstzustände zeigen jedoch nicht nur in ihrer Dauer und Intensität, sondern auch in der Art ihres Auftretens sehr bemerkenswerte Unterschiede. Nach ihrer Dauer lassen sie sich in Anfälle und chronische Angstzustände unterscheiden. Die bei bestimmten äusseren Anlässen sich einstellenden, resp. von gewissen Vorstellungen ausgehenden Angstzustände hat man unter der Bezeichnung „Phobien“ zusammengefasst und von den irregulär auftretenden getrennt. Über die Stellung der Phobien unter den Zwangsercheinungen herrschen unter den Autoren grosse Meinungsverschiedenheiten. Manche rechnen dieselben einfach zu den Zwangsvorstellungen, und die französische Bezeichnung *Obsession émotionnelle* entspricht ebenfalls in gewissem Masse dieser Auffassung. Da es sich bei den Phobien nur zum Teil um eine Verbindung von Zwangsangst mit bestimmten Zwangsvorstellungen handelt, zum Teil aber die emotionellen Phänomene ganz im Vordergrunde stehen und die damit verknüpften Vorstellungen wechseln oder wenigstens keinen Zwangscharakter zeigen, sind wir genötigt, die Phobien zum Teil den Zwangsvorstellungen, zum Teil den Zwangsaffekten zuzuweisen. Wir werden auf diesen Punkt an späterer Stelle noch ausführlicher zurückkommen.

Von den Zwangsvorstellungen sind die dem motorischen Gebiete angehörigen — die Zwangsbewegungsvorstellungen — dadurch ausgezeichnet, dass sie zumeist eine mehr oder minder ausgeprägte Tendenz zur Ausführung des betreffenden Aktes in sich schliessen. Man spricht, wenn die in Frage stehenden Vorstellungen vereinzelt auftreten, von Zwangsimpulsen, bei häufiger Wiederkehr derselben Vorstellung von Zwangstrieben. Zwangsimpulse wie Zwangstrieb können ohne motorische Folgen bleiben; sie führen nur bei einer gewissen Intensität zu den entsprechenden Akten (Zwangsbewegungen, Zwangsbandlungen). Es können aber auch Zwangsvorstellungen, welche nicht dem motorischen Gebiete angehören, auf indirektem Wege durch an dieselben sich knüpfende logische Erwägungen,

Handlungen herbeiführen, die man ebenfalls als Zwangshandlungen bezeichnet, weil sie unter Zwangseinfluss zu Stande kommen. Auch zu Hemmungen motorischer Akte kommt es unter dem Einflusse von Zwangsvorstellungen, und zwar handelt es sich hier ebenfalls sowohl um direkte, als um indirekte Wirkungen. Die Zwangserscheinungen auf motorischem Gebiete sondern sich demnach in: Zwangsimpulse, Zwangstriebe, Zwangsbewegungen, Zwangshandlungen und Zwangshemmungen.

Wir kommen nach dem Angeführten zu folgender Einteilung der Zwangserscheinungen:

A. Zwangserscheinungen der intellektuellen Sphäre.

I. Selbständige Zwangsvorstellungen.

Diese sondern sich wiederum in 3 Gruppen:

1. Zwangsvorstellungen im engeren Sinne,
2. Zwangsempfindungen,
3. Zwangshalluzinationen.

II. Assoziative Zwangstendenzen.

1. Grübel- und Fragesucht,
2. Zweifelsucht,
3. Zwangsskrupel und Vorwürfe,
4. Beachtungszwang,
5. Erinnerungszwang,
6. Zwangsdenken.

B. Zwangserscheinungen der emotionellen Sphäre.
Zwangsaffekte und Stimmungen.

I. Angstzustände.

1. Primär inhaltlose Angstzustände,
2. Phobien.

II. Andere Zwangsaffekte und Zwangsstimmungen.

C. Zwangserscheinungen der motorischen Sphäre.

Zwangsimpulse,
Zwangstriebe,
Zwangsbewegungen und Handlungen,
Zwangshemmungen.

Die weitere Durchführung und Begründung dieser Einteilung, soweit eine solche nötig ist, wird in den einzelnen Abschnitten er-

folgen. Wir müssen jedoch hier schon bemerken, dass die angeführte Einteilung, welche von den prädominierenden Erscheinungen ausgeht, im wesentlichen einem deskriptiven Zwecke dient. Klinisch beobachten wir die mannigfachsten Kombinationen der den drei Sphären angehörenden Zwangsphänomene, die bei Besprechung der einzelnen Zwangsgebiete Berücksichtigung finden werden. Es wird sich hierbei nicht vermeiden lassen, dass manche komplizierte Phänomene wenigstens an 2 Stellen behandelt werden. Die Berührungsfurcht mit Waschzwang z. B. setzt sich aus Elementen zusammen, welche allen drei Zwangsgebieten angehören:

- a) der Zwangsvorstellung, dass an der Hand von der Berührung eines Gegenstandes ein gefährlicher Stoff haften geblieben sein könnte;
- b) damit sich verknüpfender Zwangsangst;
- c) Verlangen, die Hand von dem gefährlichen Stoffe zu reinigen, infolge dessen Waschung derselben (sekundäre Zwangshandlung).

Mit der Zwangsvorstellung, eine Leistung nicht vollbringen zu können, verhält es sich ähnlich. Sie setzt sich zusammen:

- a) aus der Zwangsvorstellung des Nichtkönnens,
- b) einem begleitenden Angstzustande,
- c) einer resultierenden Zwangshemmung.

Wir werden daher auf die in Frage stehenden kombinierten Zwangsercheinungen bei der Darstellung der Zwangsphänomene der intellektuellen und der motorischen Sphäre zu sprechen kommen müssen.

Bei der Einteilung der Zwangsphänomene ist auch die Verlaufweise in Betracht gezogen worden. Die Zwangsphänomene zeigen in vielen Fällen zeitweilig eine beträchtliche Steigerung, und man hat deshalb neben einem habituellen Zustande „Anfälle“ (Krisen der Franzosen), unterschieden. Wir werden letzteren ebenfalls eine besondere kurze Betrachtung widmen.

Kapitel IV.

Zwangerscheinungen der intellektuellen Sphäre.

Wir sind bei der Besprechung der Einteilung der Zwangerscheinungen dazu gelangt, die Phänomene der intellektuellen Sphäre in 2 grosse Gruppen zu sondern:

- a) selbständige Zwangsvorstellungen, i. e. Vorstellungen, welche sich als unmittelbare Träger der Zwangseigenschaft präsentieren;
- b) assoziative Zwangstendenzen, bei welchen der Zwang nicht bestimmten einzelnen Vorstellungen, sondern in der Hauptsache wenigstens der Richtung der Vorstellungsassoziation anhaftet.

Die selbständigen Zwangsvorstellungen haben wir wieder in 3 Gruppen gesondert:

1. Zwangsvorstellungen im engeren Sinne,
2. Zwangsempfindungen,
3. Zwangshalluzinationen.

Was die zwei erwähnten Hauptgruppen anbelangt, so muss zunächst bemerkt werden, dass, wenn auch der deskriptive Zweck deren Sonderung erheischt, die klinische Beobachtung uns dieselben keineswegs immer getrennt darbietet und es bei einzelnen Zwangsvorstellungen fraglich bleibt, ob sie der ersten oder zweiten Gruppe zugeteilt werden sollen. Das Grübeln z. B. kann alle möglichen Dinge betreffen und sich in's Endlose verlieren, andererseits aber auch von einer einzelnen Zwangsvorstellung ausgehen und den Zusammenhang mit dieser stets bewahren. Letzteres beobachtet man namentlich bei religiösen Zwangsgrübeleien. Die Zwangsvorwürfe und Selbstanklagen betreffen in manchen Fällen alle möglichen unmoralischen und kriminellen Handlungen, von welchen der Kranke zufällig hört oder liest, während sie in anderen Fällen hinwiederum sich lediglich um bestimmte tatsächliche Vorfälle drehen. Die Zweifel können sich an jede Wahrnehmung, jede Überlegung und Handlung knüpfen, andererseits aber wieder sich auf die Richtigkeit

bestimmter geistiger Operationen (Rechnungen, Briefe) beschränken, weshalb letztere Fälle auch unter der Bezeichnung „Irrtumsangst“ beschrieben wurden.

Eine Folge dieser Sachlage ist, dass wir bei der Zuteilung einzelner Gattungen von Zwangsvorstellungen zu den 2 Hauptgruppen uns von den prädominierenden Verhältnissen bestimmen lassen müssen, so dass wir z. B. unter der Rubrik Zweifelsucht auch die als Irrtumsangst bezeichneten Fälle besprechen werden, weil wir es für zweckmässig halten, alle Fälle von Zwangszweifeln unter einem Titel zu besprechen und die Sonderung der einzelnen Formen bei Darlegung des Mechanismus zu berücksichtigen.

Die kriminellen Zwangsvorstellungen werden wir, soweit dieselben nicht bei Besprechung der Zwangsimpulse behandelt werden, in dem Abschnitte über Zwangsvorwürfe in Betracht ziehen.

A. Selbständige Zwangsvorstellungen.

1. Zwangsvorstellungen im engeren Sinne.

Der Inhalt der Zwangsvorstellungen im engeren Sinne ist ein so mannigfaltiger, dass es ein vergebliches Unternehmen wäre, wenn wir eine strikte Klassifizierung derselben versuchen wollten.

Die klinische Erfahrung lehrt jedoch, dass aus all dieser inhaltlichen Mannigfaltigkeit sich doch gewisse Zwangsvorstellungsgruppen absondern lassen, die zum Teil sehr häufig, zum Teil weniger häufig, aber doch auch nicht ganz selten sich finden. Neben diesen Zwangsvorstellungsvarietäten, die sich in etwa 90—95% der Fälle finden, bilden die inhaltlich nicht näher zu rubrizierenden Zwangsideen vergleichsweise seltene Vorkommnisse, die aber deshalb keineswegs unbeachtet bleiben dürfen.

Wir werden im kasuistischen Teile verschiedene Beispiele letzterer Kategorie kennen lernen.

Im Folgenden wollen wir diejenigen Gruppen von Zwangsvorstellungen anführen, die nach meinen eigenen Erfahrungen und den Mitteilungen in der Literatur am häufigsten vorkommen.

1. Zwangsbefürchtungen, welche Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit oder auch nur die Leistungsfähigkeit der eigenen Person betreffen.

2. Zwangsbefürchtungen moralischer Schädigung der eigenen Person.
3. Zwangsbefürchtungen in betreff Gefährdung materieller Interessen der eigenen Person.
4. Zwangsbefürchtungen für Leben, Gesundheit, moralische oder materielle Interessen anderer Personen (altruistische Zwangsbefürchtungen).
5. Sexuelle und erotische Zwangsvorstellungen.
6. Religiöse, sakrilegische und verwandte Zwangsvorstellungen.
7. Kriminelle Zwangsvorstellungen.
8. Suicidale Zwangsvorstellungen.
9. Zwangsvorstellungen der Beobachtung oder Beeinträchtigung durch fremde Personen.
10. Zwangsvorstellungen eifersüchtigen Inhalts.
11. Zwangsvorstellungen abergläubischen Inhalts.
12. Musikalische Zwangsvorstellungen.

Neben vorstehender, durch den Inhalt gegebenen Gruppierung gestatten die Zwangsvorstellungen im engeren Sinne je nach der Art ihres Auftretens und ihrer Dauer noch eine Unterscheidung in zwei Kategorien:

- a) Singuläre Zwangsvorstellungen, i. e. Zwangsvorstellungen, welche ganz isoliert bestehen und sich als solche ohne Veränderung des Inhalts längere Zeit erhalten.
- b) Multiple Zwangsvorstellungen.

Wir werden im kasuistischen Teile sehen, dass eine ganz isolierte, inhaltlich indifferente Zwangsvorstellung sich jahrelang unverändert erhalten kann.

Häufiger begegnet man singulären Zwangsvorstellungen peinlichen Inhalts. So kann die Zwangsvorstellung des Suicidiums monatelang, die des Irrsinnigwerdens jahrelang isoliert fortbestehen. In den weit vorherrschenden Fällen mit multiplen Zwangsvorstellungen haben wir es zum Teil mit Gruppen inhaltlich zusammengehöriger oder wenigstens nahestehender Zwangsvorstellungen zu tun, die nebeneinander bestehen oder auch sich ablösen können, zum Teil aber auch mit Zwangsvorstellungen völlig differenten Inhalts. Wir werden ebenfalls aus dem kasuistischen Teile ersehen, wie ausserordentlich reich das Repertoire mancher an Zwangsvorstellungen Leidenden ist.

Um ein Urteil über die relative Häufigkeit der verschiedenen assoziativen Zwangstendenzen und der wichtigeren Inhaltsvarietäten der selbständigen Zwangsvorstellungen zu gewinnen, habe ich aus meinem Beobachtungsmateriale 200 Fälle zusammengestellt und auf die Art der in denselben vertretenen Zwangsvorstellungen durchgesehen. Unter den 200 Fällen fanden sich:

1. Nosophobische Zwangsvorstellungen 76 mal = 38 %.
2. Zwangsbefürchtungen anderer Art mit Ausschluss der im Folgenden noch speziell angeführten 32 mal = 16 %.
3. Zweifelsucht 22 mal = 11 %.
4. Zwangsempfindungen 15 mal = 7½ %.
5. Grübelsucht 11 mal = 5½ %.
6. Suicidale Zwangsvorstellungen 10 mal = 5 %.
7. Zwangsvorstellungen und Impulse kriminellen Inhalts 10 mal = 5 %.
8. Beobachtungs- und Beeinträchtigungsideen 9 mal = 4½ %.
9. Sexuelle Zwangsvorstellungen 8 mal = 4 %.
10. Zwangsdenken 8 mal = 4 %.
11. Erythrophobie 6 mal = 3 %.
12. Zwangsskrupel 6 mal = 3 %.
13. Zwangsvorwürfe 5 mal = 2½ %.
14. Zwangsvorstellungen religiösen Inhalts 5 mal = 2½ %.
15. Zwangsvorstellungen sakrilegischen Inhalts 4 mal = 2 %.
16. Musikalische Zwangsvorstellungen 4 mal = 2 %.
17. Zwangsvorstellungen abergläubischen Inhalts 3 mal = 1½ %.
18. Pyrophobie 3 mal = 1½ %.
19. Arithmomanie 4 mal = 2 %.
20. Berührungsfurcht 2 mal = 1 %.
21. Onomatomanie 3 mal = 1½ %.
22. Beachtungszwang 3 mal = 1½ %.
23. Kleptophobie (aktive) 2 mal = 1 %.
24. Kleptophobie (passive) 1 mal = ½ %.
25. Erinnerungszwang 1 mal = ½ %.
26. Dymorphophobie 1 mal = ½ %.
27. Tafephobie 1 mal = ½ %.
28. Zwangsvorstellungen diversen, nicht spezifizierbaren Inhalts 15 mal = 7½ %.

Aus vorstehender Zusammenstellung ergeben sich unmittelbar mehrere wichtige Tatsachen. Wir ersehen, dass unter den Zwangsvorstellungen die Kategorie der Befürchtungen weit prädominiert. Wir finden solche in mehr als 50 % der Fälle, und unter denselben überwiegen hinwiederum die nosophobischen Vorstellungen erheblich. An die Befürchtungen schliessen sich bezüglich der Häufigkeit unmittelbar die Zweifel an (11 %). Alle die übrigen Arten des Zwangsvorstellens stehen den beiden Kategorien der Befürchtung und des Zweifels gegenüber mit Ausnahme der Zwangsempfindungen erheblich zurück. Auf letztere folgen an Frequenz die Grübelsucht, die Zwangsvorstellungen suicidalen und kriminellen Inhalts und die Beobachtungs- und Beeinträchtigungsideen. Auffallend spärlich ist in unserem Material die Berührungsfurcht und die Onomatomanie vertreten, welche in den Mitteilungen der französischen Autoren eine grossè Rolle spielen. Ich muss jedoch hier einen Umstand hervorheben, der bei dem Examen der an Zwangsvorstellungen Leidenden immer wieder bemerklich wird. In den Fällen, in welchen seit Jahren Zwangsvorstellungen in erheblichem Maasse bestehen, ist es selbst bei eingehendster Untersuchung und langem Verkehr mit dem Kranken schwer, ja oft unmöglich, über alle die Varietäten von Zwangsvorstellungen, die seit Beginn der Erkrankung auftraten, Auskunft zu erlangen.

Nicht wenige Kranke, namentlich Männer aus den gebildeten Ständen, sind in ihren Mitteilungen sehr zurückhaltend und beschränken sich darauf, dem Arzte von den Vorkommnissen Kenntnis zu geben, die sie für die Orientierung über ihren Zustand für erforderlich halten; Anderes verschweigen sie, weil ihnen die Mitteilung zu peinlich ist und sie befürchten, einen zu ungünstigen Eindruck bezüglich ihres Geisteszustandes hierdurch hervorzurufen. Manche weibliche Kranke haben sich auch mir gegenüber geweigert, über gewisse Einzelheiten in ihren Zwangserlebnissen Auskunft zu geben, weil sie sich durch die Mitteilung dieser „Dummheiten“ nicht lächerlich machen wollten, und ich konnte mitunter erst auf Umwegen erfahren, welche Bewandnis es mit diesen „Dummheiten“ hatte. Zwangsvorstellungen, welche nur kürzere Zeit bestanden, werden von den Kranken auch häufig in ihren Berichten vergessen, und man erfährt nicht selten gelegentlich erst nach längerem Ver-

kehr mit denselben, dass sie auch an dieser und jener Zwangsvorstellungsvarietät litten, von der sie bisher nichts erwähnten.

In Anbetracht aller dieser Umstände kann ich nicht behaupten, dass die angeführten Varietäten des Zwangsvorstellens Alles umfassen, was in den verwerteten 200 Fällen vorhanden war. Die eine oder die andere Varietät mag etwas häufiger vertreten gewesen sein, als ich zu ermitteln vermochte; der Hauptwert meiner Statistik, der in dem Nachweise der Frequenzverhältnisse der wichtigsten Zwangsvorstellungsvarietäten besteht, kann hierdurch jedoch nicht geschmälert werden.

Aus unserer Zusammenstellung ergeben sich indes noch andere beachtenswerte Tatsachen.

Westphal gab in dem an früherer Stelle erwähnten Vortrage bei der Definition der Zwangsvorstellungen an, dass der Inhalt derselben sehr mannigfaltig sein kann, zumeist aber absurd ist und mit dem früheren Denken des Patienten in keinem nachweisbaren Zusammenhange steht.

Unsere Zusammenstellung lehrt dem gegenüber, dass die Vorstellungen von wirklich absurdem Inhalt unter den Zwangsideen nicht nur nicht vorherrschen, sondern sogar relativ selten sich finden. Die nosophobischen Zwangsvorstellungen, welche nach unserer Zusammenstellung weitaus im Vordergrunde stehen, sind zwar in der grössten Mehrzahl der Fälle materiell völlig unbegründet, aber deshalb noch nicht absurd, da ihr Inhalt etwas nicht tatsächlich Unmögliches betrifft. Der von der Zwangsbefürchtung, herzleidend zu sein, Heimgesuchte mag ein völlig normales Herz haben, seine Zwangsidee kann jedoch deshalb noch nicht als absurd betrachtet werden, weil die Möglichkeit einer Herzerkrankung bei jedem Menschen vorliegt. Selbst die ärztliche Feststellung, dass im gegebenen Falle kein Herzleiden vorliegt, macht die nach derselben fortbestehende Zwangsvorstellung noch nicht absurd, da durch die ärztliche Erklärung die erwähnte Möglichkeit noch nicht völlig aufgehoben wird. Nur in seltenen Fällen nehmen die nosophobischen Zwangsvorstellungen den Charakter der Absurdität an, so z. B. wenn ein Lyssaphobe befürchtet, durch Berührung harmloser Gegenstände mit Wutgift infiziert zu werden, oder wenn Jemand in der Furcht

vor einem Bazillus lebt, ohne zu wissen, was unter einem solchen zu verstehen ist¹⁾).

Der weitaus grössere Teil der übrigen Zwangsbefürchtungen und die Zwangszweifel können ebenfalls nicht als absurd angesprochen werden. Das Gleiche gilt für eine Reihe anderer Zwangsvorstellungen (sexuelle, religiöse, suicidale, Zwangsskrupel, Vorwürfe etc.)

Auch die weitere Behauptung Westphal's, dass der Inhalt der Zwangsvorstellungen mit dem früheren Denken des Patienten in keinem nachweisbaren Zusammenhange steht, gewinnt durch das Ergebnis unserer Zusammenstellung keine Stütze. Die Zwangsbefürchtungen verschiedensten Inhalts, speziell die nosophobischen Vorstellungen finden wir vorzugsweise bei Individuen, welche von Haus aus von ängstlicher Natur sind oder durch nervenschädigende Momente eine Angstneigung erworben haben. Die an Zwangsgrübeleien, -Skrupeln und -Zweifeln Leidenden sind vorwiegend Personen, die von Jugend auf zu Bedenken und Grübeleien geneigt waren. Wir begegnen in vielen Fällen, was auch schon von den französischen Autoren (Legrand du Saulle u. a.) konstatiert wurde, den ersten Ansätzen des Zwangsvorstellungsleidens in der Kindheit, und die Art der vorherrschenden Zwangsvorstellung lässt keinen Zweifel darüber, dass der Inhalt derselben sehr häufig mit den früheren Denkgewohnheiten des Patienten in Zusammenhang steht.

Nosophobische und verwandte Zwangsvorstellungen.

Wenn wir uns im Folgenden zunächst zur Betrachtung der nosophobischen Zwangsvorstellungen wenden, müssen wir uns vor allem mit der Unterscheidung derselben von verwandten Erscheinungen befassen. Die Nosophobie darf nicht mit der ihr nahestehenden Hypochondrie, i. e. der bei vielen Personen sich findenden krankhaften Neigung, sich mit ihrem Körperzustande übermässig zu beschäftigen und wegen geringfügiger Störungen sich zu ängstigen,

¹⁾ Bei einer Dame, die mich vor einiger Zeit konsultierte, bestand eine Reihe nosophobischer Zwangsideen (Furcht vor Hirnschlag, Herzleiden etc.). Besonders wurde sie von der Furcht vor einem Bazillus gequält; sie hatte dabei keinen bestimmten Bazillus im Auge, besass überhaupt keine nähere Vorstellung von einem derartigen Lebewesen und dessen pathogener Bedeutung. Der Bazillus, vor dem sie sich ängstigte, war ein ganz undefinierbares, aber sehr gefährliches Ding.

identifiziert werden. Nosophobische Zwangsvorstellungen können auch bei Personen auftreten, welche von Haus aus nicht hypochondrisch veranlagt sind, und die hypochondrischen Befürchtungen haben keineswegs immer den Charakter von Zwangsvorstellungen. Ein hypochondrischer Neurastheniker mag z. B. durch Gefühle von Schwere und Müdigkeit in den Beinen zur Tabesbefürchtung veranlasst werden. Die ärztliche Untersuchung mit folgender Aufklärung beseitigt jedoch diese Befürchtung vollständig und meist für längere Zeit; wenn dieselbe in der Folge noch gelegentlich bei stärkerem Hervortreten der erwähnten Sensationen auftaucht, so ist der Patient im stande, durch eigene Überlegung sie zu verschrecken. Ähnlich verhält es sich mit der so häufigen Befürchtung eines Herzleidens. Handelt es sich dagegen um nosophobische Zwangsvorstellungen (Zwangsbefürchtungen), so gelingt deren Beseitigung durch die ärztliche Aufklärung nur ganz vorübergehend. Derartige Patienten können von einem Arzte zum andern gehen, ohne die gewünschte Beruhigung zu finden.

Ein junger Mann, der von der Zwangsvorstellung, herzleidend zu sein, verfolgt wurde, kam zu mir noch in grösster Aufregung, nachdem er am gleichen Tage wegen seines Herzzustandes sich von 5 Ärzten hatte untersuchen lassen, die ihm sämtlich erklärt hatten, dass von einem Herzleiden bei ihm nichts zu finden sei.

Auf der anderen Seite muss jedoch zugegeben werden, dass die Hypochondrie einen sehr fruchtbaren Boden für die Entwicklung echter nosophobischer Zwangsvorstellungen bildet. Wichtig ist ferner die Unterscheidung der hypochondrischen Wahnvorstellungen von den nosophobischen Zwangsvorstellungen. Letztere weisen, wie wir schon erwähnt haben, überhaupt nur selten den Charakter der Absurdität auf und nie in dem Grade, wie dies bei den hypochondrischen Wahnvorstellungen der Fall ist. Die Idee, dass ein Körperteil stofflich verwandelt, von Glas, Holz u. dergl. sei, dass ein Tier im Kopf oder Magen hause, kommt im Bereiche des Zwangsvorstellens nie vor. Ferner kommt in Betracht, dass der an einer nosophobischen Zwangsvorstellung Leidende entweder die Unbegründetheit seiner Idee infolge eigener Überlegung einsieht (über derselben steht), oder sich von derselben durch ärztliche Aufklärung wenigstens temporär überzeugen lässt. Die Wahnidee ist dagegen unkorrigierbar, sie wird durch keinerlei ärztliche Darlegung er-

schüttert. Der Inhalt der nosophobischen Vorstellung variiert ins Unendliche. Nicht nur alle existierenden inneren Erkrankungen können den Gegenstand der Nosophobie bilden, sondern auch rein zufällige Verletzungen oder sonstige Schädigungen, selbst solche, die nur sehr selten vorkommen. So wurde ein junger Neurastheniker meiner Beobachtung, der einmal beim Fischessen glaubte, dass ihm eine Gräte im Hals stecken geblieben sei (sicher ist das Faktum nicht), seit dieser Zeit fast bei jeder Mahlzeit von der Zwangsvorstellung, dass ihm ein Bissen im Hals stecken bleiben werde, und damit zusammenhängender erheblicher Angst gequält. Öfters findet sich die Zwangsbefürchtung, dass man beim Essen mit den Speisen Nadeln, Glassplitter oder andere, die Verdauungswege verletzende Dinge verschlucken oder sich Gift beibringen könnte, das durch irgend einen Zufall in die Speisen hineingeriet. Die Furcht vor Vergiftung kann sich auch an andere äussere Momente als die Nahrungsaufnahme knüpfen, insbesondere an die Berührung von Metallen wegen der Möglichkeit des Anhaftens von Grünspan und dadurch zu einer Spezies der Berührungsfurcht (Metallophobie), auf die wir noch zu sprechen kommen werden, führen. Im Einzelfalle wird der Inhalt der nosophobischen Zwangsbefürchtungen durch die medizinischen Vorstellungen des Leidenden beeinflusst. Der medizinisch nicht Gebildete wird unter gewissen Umständen von der Befürchtung des Irrsinns heimgesucht, während der Mediziner oder medizinisch Halbgebildete sich vor Paralyse ängstigt. Seitdem Bazillen als Krankheitserreger bekannt sind, spielt die Bazillophobie in manchen Fällen eine grosse Rolle.

Die Pathogenese der einzelnen nosophobischen Vorstellungen ist keine gleichmässige. In manchen Fällen tauchen dieselben plötzlich ohne ersichtlichen Zusammenhang mit dem momentanen Denken und Gemütszustande auf. Sie bilden hier wahrscheinlich das Resultat unterbewusster psychischer Prozesse. In anderen Fällen tritt die nosophobische Vorstellung zuerst im Gefolge eines an sich inhaltlosen Angstzustandes als ein Erklärungsversuch oder eine Befürchtung auf, welche durch die mit der Angst vergesellschafteten somatischen Störungen angeregt wurde. Der Angstzustand bedingt hier die Fixierung der Vorstellung und damit deren Zwangscharakter. So kann z. B. durch das die Angst begleitende Herzklopfen die Zwangsbefürchtung eines Herzschlags hervorgerufen werden. Sehr

häufig werden aber auch nosophobische Vorstellungen von aussen angeregt (suggeriert). Besonders wirksam in dieser Richtung sind die Todesnachrichten in den Zeitungen. Die Mitteilung von dem plötzlichen Hinscheiden eines Freundes oder irgend einer bekannten Persönlichkeit infolge von Herzschlag kann Zwangsbefürchtung eines ähnlichen Schicksals selbst bei Personen erwecken, die bisher über keinerlei Herzbeschwerden zu klagen hatten. Bekannt ist, dass zur Zeit der Erkrankung Kaiser Friedrichs viele Personen von der Furcht, am Kehlkopfkrebs zu leiden, heimgesucht wurden. Ähnlich wie die Zeitungsnachrichten wirken private Mitteilungen über die Erkrankung von Bekannten, Freunden und insbesondere Verwandten. Von mächtigem suggestivem Einflusse ist auch der Anblick plötzlich Erkrankter oder von schweren Krankheitserscheinungen, Krämpfen, Blutsturz u. dergl. Befallener. Endlich können nosophobische Vorstellungen auch direkt auf verbalem Wege suggeriert werden; unüberlegte und unverständige Äusserungen von Bekannten sind hier nicht selten im Spiele. Indes haben auch die Ärzte, und zwar zum Teil mit unrichtigen Diagnosen, auch manches Verschulden auf ihrem Konto.

Bezüglich der Grundlage, auf welcher sich die nosophobischen Zwangsvorstellungen entwickeln, weichen meine Erfahrungen von denen Kaaan's bedeutend ab. Nach diesem Autor soll die Nosophobie im Gegensatze zur Topophobie fast ausschliesslich schwer belastete Individuen, hauptsächlich Frauen im mittleren Lebensalter, mitunter auch in der Pubertätszeit befallen und fast immer mit einer sexuellen Neurasthenie, der ein organisches Genitalleiden zu Grunde liegt, kombiniert sein. Nach meinen Beobachtungen besteht bei einem grossen Teil der Nosophobischen weder schwere erbliche Belastung noch sexuelle Neurasthenie; es wird sich dies auch zum Teil aus den im Folgenden mitgeteilten Fällen ergeben.

Ich fand ferner nosophobische Zwangsvorstellungen annähernd gleich häufig bei beiden Geschlechtern und konnte eine besondere Häufigkeit derselben bei Frauen im mittleren Lebensalter nicht konstatieren. Dagegen stimmt meine Erfahrung mit der Kaaan's darin überein, dass bei den in Frage stehenden Kranken die Hauptrolle eine gewisse ängstliche Charakteranlage spielt, infolge welcher sowohl durch abnorme Körpergefühle (Organempfindungen) als von aussen angeregte Vorstellungen Befürchtungen irgend welcher körperlicher Übel wachgerufen werden können.

Wenn wir die Gestaltung der Einzelfälle, in welchen nosophobische Zwangsvorstellungen allein vorhanden sind oder prädominieren, überblicken, so finden wir zunächst in Bezug auf Zahl und Wechsel dieser Vorstellungen zwei Extreme, zwischen welchen alle möglichen Übergänge vorkommen. Auf der einen Seite haben wir es mit Kranken zu tun, welche andauernd oder periodisch stets nur von einer und derselben nosophobischen Vorstellung verfolgt werden, auf der anderen Seite mit Kranken, bei denen nosophobische Vorstellungen beständig vorhanden sind, der Inhalt derselben dagegen fortwährend wechselt. Heute bildet Irrsein oder Hirnschlag, morgen Herzfehler oder Herzschlag, übermorgen Lungenleiden u. s. w. den Gegenstand ihrer Zwangsbefürchtungen. Ebenso bedeutende Unterschiede finden wir in dem Einflusse, welchen die nosophobischen Vorstellungen auf das psychische Gesamtverhalten ausüben. Nicht wenige Kranke ertragen ihre nosophobischen Vorstellungen mit völliger äusserer Ruhe und lassen sich durch dieselben in keiner Weise verhindern, ihren Geschäften nachzugehen. Sie äussern sich ihrer Umgebung gegenüber über die sie quälenden Befürchtungen nicht und bemühen sich, die durch diese verursachte Verstimmung zu verbergen, sind auch dem Arzte gegenüber wenig mittheilsam, mitunter aus Furcht, eine Bestätigung ihrer Zwangsgedanken bei diesem zu erhalten.

Diesen Schweigsamen und sich Beherrschenden stehen andere gegenüber, welche nur mit ihren nosophobischen Vorstellungen beschäftigt das Interesse für ihre Angelegenheiten verlieren, sich um die Gefühle ihrer Umgebung nicht mehr kümmern und durch ihren Jammer und ihr rücksichtsloses Gebahren zu einer Crux für ihre Angehörigen werden. Interkurrent kann es bei diesen Individuen zu schweren Angstzuständen kommen, in welchen sie sich tobsuchtartig geberden, laut schreien und umherrennen, Gegenstände zerreißen und vernichten und taub für alles Zureden bleiben.

Beobachtung 1. Zwangsbefürchtung des Irrsinnigwerdens.
Frl. X., 29 Jahre alt, obwohl erblich nur wenig belastet (der Vater gesund, die Mutter nervös) von Jugend auf leicht erregbaren Gemüths, fällt ihren Angehörigen seit einiger Zeit durch eine gewisse Verstimmung auf, über deren Ursache sie sich nicht äussert. Ich erfahre von der Patientin, dass sie seit Wochen an Kopfeingenommenheit und unruhigem Schläfe leidet, deren Ursache wohl in gemüthlichen

Erregungen zu suchen ist. Unter dem Einflusse der Kopfbeschwerden tauchte bei ihr vor einiger Zeit die Idee auf, dass sie irrsinnig werde, und dieser Gedanke verfolgt und ängstigt sie seitdem. Sie ist zwar nicht überzeugt, dass ihr dieses Schicksal bevorsteht, hält es aber für wohl möglich. Um ihre Eltern nicht zu ängstigen, vermied sie es, über ihre Befürchtungen mit denselben zu sprechen.

Bei der Pat. ist, abgesehen von einer Neigung zu Fluxionen nach dem Kopfe, — ihr Gesicht wird bei der geringsten Veranlassung von tiefer Röthe überzogen — keine körperliche Anomalie zu konstatieren. Die Kopfeingenommenheit schwindet unter hydriatischer und elektrischer Behandlung alsbald, damit verliert sich auch die nosophobische Idee völlig.

Beobachtung 2. Zwangsbefürchtung des Irrsinnigwerdens. Herr S., Kaufmann, 33 Jahre alt, verheiratet, aus einer nervösen Familie stammend, war bis vor einem Jahre gesund. Damals trat bei ihm ein Magenleiden auf, welches von dem behandelnden Arzte als Magenerweiterung und chronischer Magenkatarrh aufgefasst, von Professor R. in G. dagegen als nervös (Hyperacidität) erklärt wurde. Einige Zeit später acquirierte Pat. Gonorrhoe auf der Reise, worüber er sich sehr alterierte. Seit etwa 3 Wochen ist Pat. wieder auf der Reise; seit dieser Zeit leidet er an Schlafmangel und Kopfeingenommenheit, der Appetit ist gering, Stuhlgang ohne Nachhilfe nicht zu erzielen. Der Kopfdruck und der Schlafmangel ängstigen den Patienten sehr, und er kann die Idee nicht los werden, dass er alsbald in eine Irrenanstalt kommen werde. Dass diese Idee eine krankhafte, durch seinen Zustand nicht gerechtfertigte ist, erkennt Pat. nicht; er nimmt jedoch die ihm gegebene Aufklärung gerne an.

Die Untersuchung ergibt einen negativen Befund.

Beobachtung 3. Zwangsbefürchtung des Irrsinnigwerdens. Frä. D., Komptoiristin, 22 Jahre alt, ist erblich belastet. Ihre vor Jahren verstorbene Mutter war nervenleidend, eine Schwester derselben kam wegen Zwangsvorstellungen in meine Behandlung. Die Patientin, die ausser Kinderkrankheiten keine erhebliche Krankheit durchgemacht hat und intellektuell anscheinend wenig begabt ist, hat einen ziemlich anstrengenden Posten zu versehen. Seit etwa 1½ Jahren besteht bei ihr der Gedanke, dass sie irrsinnig werde. Diese Idee ist bei ihr nicht infolge irgend welcher Überlegungen entstanden, sondern ihr durch eine Freundin eingegeben worden. Als sie dieser gegenüber gelegentlich über Kopfschmerzen klagte, bemerkte dieselbe, dass das Leiden ihres geisteskranken Vaters in gleicher Weise begonnen habe. Seitdem erachtete die Patientin ihr Schicksal für besiegelt. Es stand für sie fest, dass sie irrsinnig werde; auch die ärztlichen Gegenvorstellungen konnten bei ihr diese Idee immer nur vorübergehend beseitigen. Körperlich negativer Befund.

Beobachtung 4. Zwangsbefürchtung des Irrsinnigwerdens. Frau X., Beamtensgattin, 37 Jahre alt, seit 17 Jahren verheiratet, Mutter von 2 Kindern, ist erblich von väterlicher Seite belastet. Ihr Vater kam im Alter von 60 Jahren wegen Paranoia in eine Irrenanstalt, wo er nach einem halben Jahre starb. Der Grossvater väterlicherseits war sehr excentrisch und jähzornig. Eine Cousine von väterlicher Seite war melancholisch. Die Mutter der Patientin ist noch am Leben und gesund.

Die Patientin blieb seit ihren Kinderjahren von erheblichen körperlichen Erkrankungen verschont. Auch ihre Entbindungen verliefen normal. Schon im Alter von 21 Jahren wurde sie ohne ersichtliche Ursache von einem Verstimmungszustande heimgesucht, welcher 4 Monate anhielt. Auch im vorigen Jahre stellte sich ein Depressionsanfall von mehrmonatlicher Dauer ein. Ein solcher besteht auch zur Zeit und zwar bereits seit fast 2 Monaten. Appetit und Schlaf haben damit nur geringe Einbusse erfahren, auch bestehen keine Kopfbeschwerden. Die Verstimmung schwankt in ihrer Intensität und ist, wie es scheint, im Ganzen nicht hochgradig. Zerstreuung wirkt in der Regel günstig. Was die Kranke am meisten quält, ist die Angst, irrsinnig zu werden und das Schicksal ihres Vaters zu teilen, eine Befürchtung, die sie auch in den früheren Depressionszuständen hartnäckig verfolgte. Daneben figuriert zeitweilig die Idee, dass sie ihrem Haushalt nicht mehr genügend vorstehen kann, obwohl sie die Geschäfte desselben ganz in gewohnter Weise besorgt. Die Patientin sieht das Krankhafte ihres Zustandes völlig ein.

Aussehen etwas anämisch, im übrigen körperlich nichts zu konstatieren.

Wir haben in den vorstehend angeführten Fällen eine und dieselbe nosophobische Vorstellung, die Befürchtung des Irrsinnigwerdens, die jedoch in den einzelnen Fällen in verschiedener Weise angeregt wurde. In den zwei ersten Fällen gaben mässige cerebrasthenische Beschwerden den Anlass zur Bildung der Vorstellung. In dem dritten Falle wurde dieselbe der Patientin indirekt durch eine Freundin suggeriert, während im vierten Falle die Vorstellung auf emotiver Basis unter Einwirkung einer Reminiscenz, sich entwickelte. Bemerkenswert ist, dass in dem Falle, in welchem die Zwangsvorstellung der Patientin lediglich von aussen eingepflanzt wurde und weder in dem Befinden der Patientin, noch in ihren persönlichen Erlebnissen eine besondere Stütze hatte, dieselbe am längsten sich erhielt, und auch durch Gegenvorstellungen am wenigsten beeinflusst wurde. Eine Erklärung mag dieser Umstand in der Be-

schränktheit und einer gewissen abergläubischen Disposition der Patientin finden, welche sie verhinderten, gegen die Idee irgendwie anzukämpfen und den ärztlichen Aufklärungen das erforderliche Vertrauen entgegenzubringen.

Beobachtung 5. Zwangsfurcht vor Herzschlag. Frä. F., 21 Jahre alt, Rentierstochter, hat ihre Mutter bereits vor Jahren verloren; dieselbe starb an einer Unterleibserkrankung und soll etwas hypochondrischer Natur gewesen sein. Ihr Vater lebt noch, ist von aufbrausendem Temperament, im übrigen jedoch völlig gesund. Von ihren 8 Geschwistern starben 6 an verschiedenen Krankheiten, die 2 noch lebenden sind gesund. Patientin hat als Kind schwere Erkrankungen (Scharlach, Pneumonie etc.) durchgemacht, später litt sie $1\frac{1}{2}$ Jahre lang an Chlorose. Die Menses traten bei ihr mit 15 Jahren ein. Die Patientin war schon immer nervös und ängstlicher Natur und hatte in den letzten Jahren infolge von Erkrankungen und Todesfällen in ihrer Familie schwere gemüthliche Erregungen durchzumachen. Patientin hat jedoch erst seit dem letzten Winter über erheblichere Beschwerden zu klagen: Herzklopfen und Druck in der Herzgegend, Schweratmigkeit beim Stiegensteigen, Zittern namentlich bei Aufregungen, nächtliche Angstzustände, grosse Schreckhaftigkeit. Patientin wird beständig von der Angst vor Herzschlag gequält. Sie fürchtet sich auch vor dem Einschlafen, weil sie glaubt, dass sie während des Schlafes der Herzschlag treffen könne. Topophobien bestehen nicht, Patientin kann überall ohne Schwierigkeiten allein gehen und sich an jedem Orte aufhalten. Die Furcht vor Herzschlag und vor dem Einschlafen besteht erst, seitdem Herzklopfen auftrat. Der Appetit ist befriedigend, der Stuhlgang dagegen mangelhaft, so dass Patientin öfters Abführmittel gebrauchen muss. Patientin ist ein kräftig gebautes, wohlausehendes Mädchen, bei dem ausser etwas beschleunigter Herztätigkeit (Folge der Untersuchung) nichts Objektives zu konstatieren ist.

Beobachtung 6. Zwangsbefürchtung eines Anfalles. L. B., 21 Jahre alt, Dienstmädchen, wahrscheinlich erblich belastet, (über die Gesundheitsverhältnisse ihrer vor Jahren verstorbenen Eltern ist nichts Sicheres zu eruieren), hat ausser Kinderkrankheiten und Bleichsucht vor mehreren Jahren keine erhebliche Krankheit durchgemacht. Vor 5 Monaten (Mai 1896) war sie zu Hause, wo ihr Bruder einen Anfall mit Krämpfen hatte, über welchen sie sehr erschreckt. Wie es scheint, handelte es sich um einen hysterischen Anfall. Sie hatte zur Zeit dieses Vorkommnisses ihre Menses. Etwa 14 Tage später wurde sie von einer Beängstigung mit Zittern befallen, und in der Folge trat bei ihr die Befürchtung auf, sie könne einen ähnlichen Anfall wie ihr Bruder bekommen; diese

Idee verfolgte sie monatelang. Während des Sommers wurde Pat., obwohl sie sich auf dem Lande aufhielt und keine anstrengende Beschäftigung hatte, fortwährend von nervösen Beschwerden im Kopfe, Rücken und den Beinen, auch von Herzklopfen belästigt, was wohl damit zusammenhängen mag, dass sie viel Verdruss mit ihrem Geliebten hatte.

Gegenwärtig bestehen nur noch Kopfbeschwerden (Schwere im Kopfe, mitunter auch Kopfschmerzen); Appetit und Schlaf sind gut. Objektiv null.

Beobachtung 7. Wechselnde nosophobische Zwangsvorstellungen. Frau M., 40 Jahre alt, Fabrikantensgattin, seit 19 Jahren verheiratet, stammt von einer Familie, in welcher weder Nerven- noch Geisteskrankheiten vorkamen. Ihre Mutter und ihre 2 Schwestern sind jedoch nervös. Patientin war von Jugend auf etwas schwächlich, hat jedoch, abgesehen von Kinderkrankheiten, bis zu ihrer Verheiratung keine nennenswerte Erkrankung durchgemacht. Seit der ersten Entbindung vor 18 Jahren, bei welcher wegen der Grösse des Kindes die Anwendung der Zange notwendig wurde, ist die Frau nervenleidend. Zwei weitere Entbindungen vor 12 und 5 Jahren übten auf ihren Nervenzustand ebenfalls einen ungünstigen Einfluss aus. Schlafmangel, nervöse Verdauungsbeschwerden, Herzklopfen, Angstzustände und andere Beschwerden stellten sich im Laufe der Jahre ein; zeitweilig kam es auch zu Verstimmungszuständen, welche der Patientin das Leben sehr erschwerten. Seit der 2. Entbindung litt Patientin auch mehrfach an Uterinaffektionen mit Fluor, welche längere Behandlung nötig machten. Hierzu gesellte sich eine äusserst hartnäckige Obstipation, welche sich zeitweilig mit Hämorrhoidalbeschwerden verknüpfte.

Im Laufe der Jahre traten bei der Patientin Zwangsbefürchtungen aller möglichen Krankheiten mehr und mehr in den Vordergrund, und die Angstzustände, welche sich damit verbinden, erreichen zeitweilig einen sehr hohen Grad. Das geringfügigste körperliche Übel kann zu derartigen Befürchtungen den Anstoss geben. Bei einem unbedeutenden Magenschmerz befürchtet sie sofort Magenkrebs, bei der kleinsten Hautverletzung Blutvergiftung. Ein geringfügiger Schmerz in der Brust versetzt sie in Todesangst vor einem Lungenleiden, ein unbedeutendes Herzklopfen in ebensolche Angst vor einem Herzschlag. Diese Befürchtungen lässt sich die Patientin weder von ihrem Manne, noch von ihrem Hausarzte ausreden; es ist auch vorgekommen, dass ein weiterer zugezogener Arzt ebenfalls seinen Einfluss dagegen ohne jeden Erfolg geltend machte. Die Befürchtungen schwinden jedoch in der Regel nach einiger Zeit, und die Patientin bedauert dann wohl lebhaft, dass sie mit ihren grundlosen Angstigungen sich und ihrer Familie das Leben so erschwert. Allein beim nächsten kleinen Ungemach stellt sich wieder Angst

vor irgend einem schweren Leiden ein, und die Patientin fällt wieder durch ihren Jammer ihrer ganzen Familie zur Last.

Hierzu kommt noch ein Umstand. Seit der ersten schweren Entbindung wurde der eheliche Verkehr der Gatten in der Form des Congr. interruptus geübt, und seit 5 Jahren hat der Gatte der Patientin das Opfer gebracht, sich zu völliger Abstinenz zu verstehen. Wenn er seit dieser Zeit eine harmlose Zärtlichkeit sich erlaubt, kann die Patientin bis zum Eintritt der nächsten Menses den Gedanken nicht los werden, dass sie schwanger sei, obwohl sie das Ungereimte dieser Idee wohl einsieht. Es ist auch schon mehrfach vorgekommen, dass nach derartigen Vorgängen die Menses länger ausblieben und die Patientin über Übelkeit, Spannung in den Brüsten und Auftreibung des Unterleibs klagte, bis die Menses sich wieder einstellten.

Patientin ist eine kaum mittelgrosse, etwas korpulente Frau, bei der ausser Zeichen geringer Anämie nichts zu konstatieren ist. Höhenluft und Soolbäder wirkten wiederholt günstig.

Beobachtung 8. Nosophobische Zwangsvorstellungen diversen Inhalts. Frau B., Kaufmannsgattin, 35 Jahre alt, seit 10 Jahren verheiratet, Mutter einer 8jährigen Tochter, ohne erbliche Belastung, war, abgesehen von Kinderkrankheiten, bis vor 2 Jahren immer gesund. Damals stellten sich bei ihr infolge heftiger gemüthlicher Erregungen Magenbeschwerden ein, weshalb sie eine Kur in Karlsbad gebrauchte. Diese hatte jedoch eine entschieden ungünstige Wirkung. Die Patientin wurde aufgeregt, konnte nicht mehr schlafen und kam in verschlechtertem Zustande zurück. Zu Hause besserte sich ihr Befinden allmählich. Zu Anfang vorigen Jahres hatte sie einen Abortus mit erheblichem Blutverlust, von welchem sie sich rasch erholte. Im darauffolgenden Sommer stellten sich bei der Patientin während eines Landaufenthaltes wieder Magenbeschwerden (angeblich Magenkatarrh), sowie Appetit- und Schlafmangel ein. Trotz ärztlicher Behandlung besserte sich der Magen Zustand nicht. Die Patientin ass aus Furcht vor Magendruck sehr wenig und kam infolge dessen sehr herunter; sie musste sogar einige Zeit wegen allgemeiner Schwäche zu Bette liegen. Da während des Winters eine entschiedene Besserung nicht eintrat, ging Patientin Anfang März dieses Jahres nach einem südlichen klimatischen Kurort, wo sie jedoch den gewünschten Erfolg nicht erzielte. Der vorher schon mangelhafte Appetit verlor sich dort gänzlich; auch der Schlaf wurde geringer, und in den letzten Wochen des Aufenthaltes musste Patientin zumeist liegen. Schon während des Winters waren bei der Patientin nosophobische Befürchtungen (Furcht vor Herzleiden, den Verstand zu verlieren, dem Siechtum zu verfallen etc.) aufgetreten, die jedoch nur mit geringen Angstzuständen verknüpft waren. Während des Aufenthaltes im Süden stellten sich diese Zwangs-

befürchtungen anhaltender und mit schwereren Angstzuständen vergesellschaftet ein, welche die bestehende Schwäche zeitweilig hochgradig steigerten. In Bezug auf ihren ehelichen Verkehr berichtet die Patientin, dass ihr Gatte seit der Geburt ihrer Tochter den Congr. interr. übt, wobei sie jedoch zumeist Befriedigung findet.

Bei der Aufnahme klagt Patientin über Schlafmangel, Kopfschmerzen, Heisshunger, ganz besonders aber über allgemeine Schwäche, welche jedoch, wie die Beobachtung zeigt, im wesentlichen Folge von Angstzuständen ist. Das Denken der Patientin wird ganz von nosophobischen Vorstellungen beherrscht (Herzleiden, Irrsinnigwerden, schweres Magenleiden etc.), welche sich mit zeitweilig zu grosser Intensität anwachsenden Angstzuständen verbinden. Patientin sieht das Krankhafte dieser Vorstellung keineswegs ein, sie ist vielmehr von deren Begründetheit gewöhnlich vollkommen überzeugt, äussert sich aber trotzdem ihrer Umgebung gegenüber über dieselben nur wenig. Menses regelmässig, im Sexualapparate nach Untersuchung von gynäkologischer Seite keine Veränderung nachweisbar. Puls klein, zeitweilig beschleunigt und aussetzend. Im übrigen nichts Objektives zu konstatieren.

Unter hypnotischer und sonstiger geeigneter Behandlung besserte sich der Allgemeinzustand alsbald erheblich. Die nosophobischen Ideen verloren sich mehr und mehr, nur die Erscheinungen der nervösen Herzschwäche erwiesen sich ziemlich hartnäckig. Die Patientin vernahm eines Tages, nachdem ihr Schlaf schon längere Zeit völlig befriedigend geworden war, von einem Patienten, mit dem sie sich im Wartezimmer unterhielt, dass dieser an sehr hartnäckigem Schlafmangel gelitten habe. Von diesem Zeitpunkte an verschlechterte sich ihr Schlaf wieder erheblich; sie ging zu Bett mit dem Gedanken, dass sie nicht werde schlafen können, und kam dadurch allmählich in eine hochgradige Erregung, welche das Einschlafen erst lange nach Mitternacht ermöglichte. Die Beseitigung dieser Zwangsvorstellung gelang nur allmählich durch Hypnotisierung unmittelbar nach dem zu Bettegehen. Patientin ist vollständig genesen und seitdem (3 Jahre) gesund geblieben.

Beobachtung 9. Diverse nosophobische Zwangsvorstellungen, insbesondere Furcht vor einem Herzfehler. Fr. X., Beamtenstochter, 20 Jahre alt, ist erblich nur wenig belastet. Ihr Vater litt früher erheblich an Neurasthenie, ist zur Zeit jedoch gesund wie ihre Mutter, in deren Familie ausser Nervosität nichts eruierbar ist. Pat. ist die jüngste von 5 Geschwistern, hat von Kinderkrankheiten Scharlach und Masern durchgemacht und war von frühester Jugend an immer sehr ängstlich. Die Menses stellten sich bei ihr zum erstenmal im 14. Lebensjahre ein und kamen seitdem regelmässig. Vor dem Eintritte und während des Bestehens derselben war Pat. immer von Aufregungszuständen heimgesucht. Seit zwei Jahren

schon leidet Pat. an wechselnden nosophobischen Zwangsvorstellungen und damit zusammenhängenden Angstzuständen; die krankhaften Ideen knüpfen an die unbedeutendsten körperlichen Störungen an. Ein Unbehagen im Unterleib führt zur Befürchtung eines schweren Unterleibsleidens, Kopfeingenommenheit zu Angst vor dem Irrsinnigwerden. Besonders häufig und hartnäckig ist die Furcht vor einem Herzfehler. Auch der Schlaf ist durch Angstzustände vielfach gestört; Pat. erwacht oft mit einem Beklemmungsgeföhle, das sie zu schnappender, keuchender Atmung und schliesslich zum Verlassen des Bettes veranlasst. Das Zureden der Eltern, die Untersuchung und Aufklärung seitens des Hausarztes bleiben auf die nosophobischen Vorstellungen der Pat. ohne jeden Einfluss.

Vor kurzem starb der hochbejahrte Grossvater des Mädchens (mütterlicherseits), an welchem die Pat. sehr attachiert war. Seitdem ist Pat. ganz ausser Rand und Band, Appetit und Schlaf haben sich bei ihr verloren. Sie lebt in einer beständigen Angst vor einem Herzschlag. Diese steigert sich zeitweise derart, dass sie sich wie sinnlos geberdet, sich an ihre Mutter anklammert, um Hilfe jammernd. Die ängstliche Erregung gestattet ihr auch nicht an den Mahlzeiten sitzend teilzunehmen und des Nachts im Bette auszuhalten. Sie verbringt Stunden im Zimmer umherwandernd oder an ihrem Bette sitzend und ist nicht zu bewegen, sich niederzulegen, da sie im Schlafe der Herzschlag treffen könnte. Und wenn sie von Müdigkeit überwältigt schliesslich an ihrem Bette einnickt, fährt sie alsbald mit einem Ruck wieder auf, und das Umherwandern, mitunter begleitet von lautem Jammern, beginnt von neuem. Pat. hat in letzter Zeit auch suicidale Gedanken geäussert. Pat. zeigt sich auch, als ich sie zum ersten Male sah, in meiner Gegenwart sehr erregt; sie lief im Zimmer hin und her, fasste ihre Mutter mehrfach krampfhaft an den Kleidern und war zu ruhigem Verhalten nicht zu bestimmen. Ausser zeitweiliger Irregularität des Pulses war bei der Pat. nichts Objektives zu konstatieren.

Unter Bettruhe, Opiumgebrauch und hypnotischer Behandlung besserte sich der Zustand alsbald erheblich. Die nosophobischen Vorstellungen waren jedoch, solange Pat. in Beobachtung sich befand, nicht vollständig zu beseitigen. Speziell die Furcht vor einem Herzfehler oder Herzschlag kehrte, nachdem sie einige Zeit zurückgetreten war, immer wieder, und trotz verschiedenfach wiederholter ärztlicher Untersuchung und daran geknüpfter Erklärung, dass ihr Herz völlig gesund sei, war Pat. immer wieder fest überzeugt, dass sie einen Herzfehler habe und man ihr nur aus Schonung diesen Tatbestand verhehlen wolle.

Wir ersehen aus den angeführten Fällen, dass die Krankheits-einsicht („das Darüberstehen“), wie ich dies schon vor Jahren her-

vorgehoben habe, bei den nosophobischen Zwangsvorstellungen gewöhnlich mangelt. Diesem Verhalten begegnen wir nicht nur beim erstmaligen Auftauchen solcher Vorstellungen, sondern auch in den Fällen, in welchen dieselben längere Zeit hindurch wechseln und die eigenen Erfahrungen der Kranken sowohl, als die von ärztlicher Seite erhaltene Aufklärung bei denselben eine gewisse Krankheitseinsicht herbeigeführt haben sollte. Der Patient, bei dem verschiedene nosophobische Vorstellungen sich ablösen, sieht wohl ein, dass die Befürchtung, von welcher er gestern gequält wurde, unbegründet war; die augenblicklich bestehende Befürchtung hält er dagegen immer wieder für vollständig gerechtfertigt. Der Zwang der nosophobischen Vorstellungen lässt offenbar zumeist Gegenvorstellungen in Form von Erinnerungen und Überlegungen nicht aufkommen und verhindert dadurch die Krankheitseinsicht. Der Mangel dieser ist nicht an eine bedeutende Intensität des begleitenden Angstgefühls gebunden, sondern nur bei stärkerer Entwicklung dieses besonders ausgesprochen.

Unter den Nosophobien befinden sich einzelne, relativ seltene, welche durch ihre Hartnäckigkeit und die Intensität der damit verknüpften Angstzustände besondere Bedeutung erlangen können, indem sie das Denken des Patienten vollständig beherrschen und ihn unfähig machen, den Anforderungen des Lebens nachzukommen. Hierher gehören insbesondere die Lyssa- und Bacillophobie; erstere Phobie kommt nicht nur bei Personen vor, welche von einem Hunde gebissen wurden oder sonst Gelegenheit hatten, mit Wutgift infiziert zu werden, sondern auch bei solchen, bei denen eine Infektionsmöglichkeit nie vorlag.

Beobachtung¹⁾ 10. **Lyssaphobie.** Chomel berichtet in seinen Werken, dass ein Arzt, der sich der besten Gesundheit erfreute, veranlasst war, die Autopsie eines an der Wut verstorbenen Mannes vorzunehmen und in der Folge von der Furcht ergriffen wurde von dieser Krankheit auch befallen zu werden, obwohl er weder einen Stich, noch einen Schnitt durch das Sezierschwert zugesetzt hatte. Dieser Gedanke bemächtigte sich so sehr seines Geistes, dass er bald nichts mehr ass und trank. Die Flüssigkeiten flössten ihm Schrecken ein, und wenn er trinken wollte, schloss ein

¹⁾ Citirt bei Gélinau: Des peurs malades ou phobies, Paris 1894, p. 185.

heftiger Krampf seine Kehle, er glaubte zu ersticken. In dieser Furcht sich verzehrend, machte er sich endlich auf und irrte 3 Tage durch die Strassen, wie er sagte, jeden Augenblick gewärtig, in einem Anfälle zu sterben. Glücklicherweise gelang es seinen Freunden, indem sie vollständige Ungläubigkeit heuchelten und ihn beständig umgaben, um ihn zu zerstreuen, ihn von seinen düsteren Gedanken abzulenken und ihm den Glauben beizubringen, dass er geheilt und ausser jeder Gefahr sei, da die gewöhnliche Frist für das Auftreten der Erkrankung schon lange verstrichen sei.

Beobachtung¹⁾ 11. **Bacillophobie** (Dr. Goyard). Vor einigen Jahren sah Dr. Goyard einen ihm unbekanntem Herrn bei sich eintreten, der sich durch seine Karte als Veterinärarzt aus X. (Schweiz) legitimierte. Einige Augenblicke später, als der Diener demselben bedeutet hatte, sich dem Arzte zu nähern, und dieser ihm die Hand entgegenstreckte, wich derselbe zurück, indem er schrie: „Doktor, ich drücke ihre Hand nicht, aus Furcht vor Verunreinigung.“ Dr. Goyard richtet die Augen auf den ihn Anredenden und sieht, dass ein etwa 40 Jahre alter Mann vor ihm steht, von Kopf bis zu Fuss hermetisch zugeknöpft, behandschuht, Hals und Kinn mit einem grossen Halstuch eingewickelt. Der Veterinär setzt sich indessen und erzählt in Zwischenräumen: „Ich komme zu Ihnen, Doktor, als ein hoffnungsloser Mann, für dessen Leiden es kein Heilmittel gibt. Ich war immer ausserordentlich gesund und übte ruhig meinen Beruf aus, bis die Frage der Bazillen, die, anfänglich so bestritten, später siegreich durchdrang, leidenschaftlich mich erfasste. Ich habe mit einer wahren Wut alles gelesen, was darüber veröffentlicht und in den wissenschaftlichen Gesellschaften gesprochen wurde, und mehr und mehr von ihrem schädlichen Einflusse überzeugt, fühlte ich mich verpflichtet, in meinem wie Anderer Interesse mich mit den Mitteln zu ihrer Bekämpfung zu beschäftigen. Bis dahin hatte ich mich mit den gewöhnlichen Schutzmitteln begnügt, aber allmählig verringerte sich mein Vertrauen in ihre Wirksamkeit, während gleichzeitig mein Glaube an die schädliche Wirksamkeit der Bazillen sich steigerte, so dass ich schliesslich mich nur mehr damit beschäftigte, sie zu bekämpfen und alle möglichen Vorkehrungen zur Abwehr derselben zu treffen: Ich verbringe meine Zeit damit, ihnen auf allen Wegen, auf welchen sie in meinen Körper eindringen könnten, Schranken entgegenzustellen. Ich lebe in beständiger Erregung, umso mehr, als mein Beruf mich nötigt, kranke Tiere zu behandeln, welche von den Mikroben verzehrt werden, da diese in ihnen einen ausgezeichneten Boden für ihr Wachstum und ihre Vermehrung finden. Im übrigen, stiften dieselben nicht überall Unheil an? Ich will Ihnen erzählen, zu welchen Vorsichtsmassregeln ich gekommen

¹⁾ Gélinau l. c. p. 121.

bin, um nicht ihr Opfer zu werden.“ Und nun erzählte dieser Unglückliche Dr. Goyard die unaufhörlichen Qualen, die sein Leben zu einem Martyrium machen. So wagt er nicht einen Omnibus zu benutzen, aus Furcht, eine Luft einzuatmen, welche von den übrigen Passagieren bereits eingeatmet und dadurch verunreinigt wurde. Er besteigt keine Droschke, ohne deren Reinlichkeit geprüft und die Kissen ausgeschüttelt zu haben. Während einer Eisenbahnfahrt ist er in beständiger Angst und zu quälenden Reflexionen genötigt: Wie viel Leute da wohl aus und ein gingen, wie viel Kranke darunter waren, welche Krankheitskeime die sie in sich hatten, die auf ihn übergehen können etc.

Selbstverständlich wäscht er sich nach dem Verlassen jeden Vehikels mit antiseptischen Flüssigkeiten, und er besprengt damit auch morgens und abends seine Kleider. Wie seine Hände möchte er seinen ganzen Körper durch einen Anzug hermetisch abschliessen; da dies nicht möglich ist, begnügt er sich damit, beständig ein Taschentuch vor den Mund zu halten, um den gefährlichen Mikroben den Eingang zu verwehren. Er gibt keiner Person die Hand, welche nicht, wie er selbst, Handschuhe trägt. Er vermeidet jeden intimen Verkehr mit weiblichen Personen und lebt in vollständiger Verein-samung. Auch die Person, welche ihn bedient, muss die weitestgehende Vorsicht beobachten. Alle Gegenstände seines Gebrauchs, Wäsche, Stoffe, Möbel etc. werden reichlich gebürstet, gewaschen und mit antiseptischen Mitteln bestreut. Seine Nahrung muss gut gekocht sein und sehr warm serviert werden.

Wenn die Bazillenfurcht ihn weniger beherrscht, was zuweilen vorkommt, wenn er sich energisch aufrafft, und er seine gewohnten Vorkehrungen vernachlässigt, wird er von schwerer Angst mit Präkordialdruck und Vernichtungsgefühl befallen. Er gerät dann in Zittern und Verzweiflung, wagt es nicht, irgend etwas zu berühren oder zu essen, da er überall seine Feinde erblickt; erst nachdem der Schlaf seine Angst beseitigt hat, oder wenn der Hunger ihn zwingt, wagt er, Nahrung zu sich zu nehmen.

Er hat bereits verschiedene Ärzte in seiner Heimat konsultiert. Abgesehen von seiner Bazillenphobie liess der Geisteszustand dieses Veterinärs nichts zu wünschen übrig. Der beständige Kontakt mit Tieren, die er behandelte, verursachte ihm unaufhörliche Beängstigungen, obwohl er in seinem Berufe Handschuhe trug. Er war deshalb, da er keinen Augenblick Ruhe fand, zu dem Entschlusse gelangt, seinen Beruf aufzugeben.

Dr. Goyard verordnete dem Kranken Hyosciamin und empfahl ihm ausserdem zu suggestivem Zwecke, täglich oder jeden 2. Tag ein terpeninöhlhaltiges Kastendampfbad zu gebrauchen. Bei Gebrauch dieses Bades, erklärte Dr. Goyard dem Patienten, wird durch die Haut und die Schleimhäute in dem Organismus eine solche Quantität

des Mikroben vernichtenden Terpentinöls einverleibt, dass der Organismus damit für zwei Tage imprägniert bleibt und jede mit der Haut in Berührung kommende Mikrobe vernichtet wird.

Leider ist es unbekannt geblieben, ob der Kranke auf Dr. Goyards Vorschlag einging und wie dessen Zustand sich weiterhin gestaltete.

Es ist begreiflich, dass der mit Lues Infizierte, welcher davon unterrichtet ist, dass die Erkrankung noch nach Jahren in verschiedener Form sich äussern kann, geneigt ist, irgendwelche Affektionen, namentlich Lokalleiden, deren Ursache ihm nicht ohne weiteres klar ist, mit der früheren Ansteckung in Zusammenhang zu bringen. In manchen Fällen nimmt diese Neigung den Charakter einer förmlichen Syphilidophobie an, indem die unbedeutendsten Gesundheitsstörungen oder Lokalaffektionen wie Akme, ein Rachenkatarrh etc. auf die Infektion bezogen werden und zu erheblichen Angstzuständen führen oder auch ohne derartige direkte Veranlassungen fortwährend Befürchtungen einer Wiederkehr luetischer Erscheinungen sich aufdrängen. Ich habe wiederholt Fälle gesehen, in welchen diese Zwangsbefürchtungen zu erheblicher gemüthlicher Depression führten. Die Syphilidophobie wird jedoch, allerdings sehr selten, auch bei Personen beobachtet, welche früher tatsächlich nie infiziert waren und lediglich auf dem Wege mehr oder minder phantastischer Konstruktionen zu der Annahme gelangten, dass sie Lues acquiriert haben oder haben könnten. In diesen Fällen handelt es sich gewöhnlich um Zwangsvorstellungen von mehr flüchtigem Charakter, die im Wechsel mit anderen nosophobischen Vorstellungen auftreten.

Mit den nosophobischen Zwangsvorstellungen verwandt ist die Zwangsfurcht vor dem Sterben (Thanatophobie), die sich zum Teil mit nosophobischen Vorstellungen vergesellschaftet, zum Teil aber auch isoliert findet und gewöhnlich durch Funktionsstörungen des Herzens angeregt wird.

Beobachtung 12. Thanatophobie. Herr P., Kunsteleve, 23 Jahre alt, ist wahrscheinlich erblich belastet, doch ist darüber nichts Näheres zu eruieren. (Der Vater und eine Schwester an Lungenleiden gestorben, die Mutter noch am Leben und angeblich gesund). Pat. will schon vor 12 Jahren herzleidend gewesen sein und ist schon seit längerer Zeit von Angstzuständen heimgesucht. Vor einem Monate kam er hierher, und seitdem hat sich sein Befinden auffällig verschlechtert. Was ihn gegenwärtig am meisten quält, ist fast beständige Angst vor dem Sterben oder Irrsinnig-

werden. Die Angst erreicht mitunter solche Intensität, dass sie zu Ohnmachtsanwandlungen führt. Dabei häufig Unregelmässigkeit der Herzaktion; Appetit und Schlaf erhalten; Stuhlgang etwas mangelhaft. Aetiologisch ausser angeblich mässiger Masturbation nichts zu eruieren. Objektiv mit Ausnahme mässiger Pulsbeschleunigung negativer Befund.

Beobachtung 13. Thanatophobie, Angstanfälle epileptischen Ursprungs. Fr. X., 27 Jahre alt, stammt von gesunden Eltern, die noch am Leben sind, auch ihre drei Geschwister sind angeblich gesund; nur eine Tante derselben mütterlicherseits ist nervenleidend. Pat. hat bis vor 4 Jahren keine erhebliche Krankheit durchgemacht, sie war jedoch schon als Kind nervös und ängstlich und fürchtete sich insbesondere vor dem Sterben. Seit ihrem 14. Lebensjahre leidet die Pat. an nervösem Kopfschmerz. Wenn dieser nicht vorhanden ist, besteht zumeist ein Druckgefühl im Kopfe, das oft einen beängstigenden Charakter annimmt. Vor 4 Jahren hatte Pat., als bei ihr eben die Menses im Anzug waren, wegen einer verhältnismässig unbedeutenden Sache eine schwere Aufregung, in welcher sie eine grössere Strecke Wegs lief. In der darauffolgenden Nacht bekam sie einen Krampfanfall mit Verlust des Bewusstseins, Schäumen etc. Derartige Anfälle traten in der Folge noch 6—8 mal auf, was sie veranlasste, Professor M. in B. zu konsultieren, welcher Brom verordnete. Seit fast 3 Jahren sind die Krampfanfälle geschwunden, dafür stellten sich jedoch Angstzustände, namentlich nachts und vor dem Unwohlsein, häufiger ein. Dieselben sind oft von Zittern und Herzklopfen begleitet und zumeist inhaltlos. Neben diesen interkurrenten Angstzuständen besteht fast beständig eine gewisse Thanatophobie, obwohl die Patientin einsieht, dass ihr Befinden zu derartigen Befürchtungen keinen Anlass gibt.

Appetit und Stuhlgang ziemlich normal, der Schlaf mangelhaft. Objektiv: null.

Die Angstzustände bilden hier offenbar Äquivalente des epileptischen Anfalls, den sie früher als Aura mehrfach eingeleitet hatten. Während einer zweimonatlichen Behandlung trat nach mehrfachen Schwankungen des Befindens, sowohl hinsichtlich des Schlafes wie der Angstzustände eine erhebliche Besserung ein.

Inhaltlich schliesst sich den nosophobischen Vorstellungen, abgesehen von der Thanatophobie, eine Reihe anderer Zwangsvorstellungen an. Hierher gehören zunächst die Zwangsbefürchtungen, welche die Unfähigkeit zu Leistungen verschiedener Art, die durch die Bedürfnisse des Körpers oder die Anforderungen des Berufes etc. nötig werden, betreffen: die Zwangsvorstellungen des Nichtessen-,

Nichtschlafen-, Nichtstehen-, Nichtgehen-, Nichtarbeiten- (oder eine Arbeit nicht in gewisser Weise Verrichten-) könnens. Eine Anzahl dieser Vorstellungen des Nichtkönnens entwickelt sich sekundär im Anschlusse an Phobien, insbesondere Topophobien, indem nämlich an die Wahrnehmung der veranlassenden Momente eines Angstzustandes, z. B. beim Topophoben an den Anblick eines freien Platzes, einer Brücke etc., sich allmählig Zwangsvorstellungen der Unfähigkeit zu den in Betracht kommenden Leistungen (Überschreiten des Platzes, der Brücke, Aushalten in einer bestimmten Situation etc.) sich anschliessen. Wir werden auf diesen Punkt an späterer Stelle zurückkommen.

Im folgenden Falle begegnen wir der Vorstellung des Nichtarbeitenkönnens, die sich jedoch hier erst nach Vorhergang nosophobischer Zwangsvorstellungen einstellte.

Beobachtung 14. Nosophobien; Zwangsvorstellung des Nichtarbeitenkönnens, der sexuellen Impotenz. Herr X., Kunsteleve, 24 Jahre alt, ledig, stammt angeblich von gesunder Familie. Seine beiden Eltern sind noch am Leben und erfreuen sich völligen Wohlbefindens, ebenso seine 5 Geschwister. Auch in der übrigen Verwandtschaft sollen Nerven- und Geisteskrankheiten nicht vorgekommen sein. Pat. hat von ernsteren Erkrankungen, abgesehen von Kinderkrankheiten, nur Typhus abdom. vor 8 Jahren durchgemacht. Eine Gonorrhoe acquirierte er vor 4 Jahren. Masturbation begann Pat. mit 10 Jahren, und er übte dieselbe bis zum 14. oder 15. Jahre. In der Folge stellten sich Poll. nim. und zwar einige Zeit hindurch jeden 2. Tag ein. Vor 6 Jahren trat bei dem Pat. die Zwangsvorstellung, lungenleidend zu sein, auf, welche mit heftigen Angstzuständen verknüpft war. Diese nosophobische Vorstellung wurde später durch andere abgelöst (Befürchtung, an Zungenkrebs zu leiden etc.). Seit 1½ Jahren ist bei dem Pat. an Stelle der nosophobischen Vorstellungen die Zwangsidee getreten, dass er eine angefangene Arbeit nicht zustande bringen, resp. nicht in der Weise durchführen werde, wie es seinem Können entspricht. Diese Vorstellung stellt sich nicht nur beim Arbeiten (Malen) ein, wodurch ihm dasselbe sehr erheblich erschwert wird, sondern auch bei der Betrachtung von Bildern. Pat. war beim Arbeiten immer ängstlich bemüht, sein Bestes zu tun, um zu zeigen, was er zu leisten vermag. Die störende Beeinflussung seiner künstlerischen Tätigkeit durch die erwähnte Vorstellung ist ihm deshalb doppelt peinlich. Diese entstand nach seinen Berichten ursprünglich durch eine Kontrastassoziation. Er hatte eine Arbeit vor, bei welcher er etwas ganz Hervorragendes zu leisten hoffte. Während ihm dieser Gedanke

beschäftigte, tauchte bei ihm die Vorstellung auf, die Arbeit werde ihm nicht nach Wunsch gelingen. Über diese Idee alterierte er sich sehr, und er brachte dieselbe den ganzen Tag nicht mehr aus dem Kopfe. Seitdem wurde er bei jeder Art von Arbeit, auch wenn dieselbe vorzüglich von statten ging, von der Vorstellung, das Angefangene nicht oder nicht gut durchführen zu können, belästigt. Beim sexuellen Verkehr besteht seit langem präcip. Ejakulation. In letzterer Zeit trat hierbei auch die Zwangsvorstellung auf, dass er den Akt nicht zustande bringen werde, und es kam dann auch in der Regel zu einem Fiasko.

Schlaf mitunter gestört, Appetit gut, Stuhlgang regelmässig. In den Beinen in neuerer Zeit Müdigkeitsgefühl auch ohne vorhergehende Anstrengung, Pollutionen selten.

Objektiv ist bei dem Patienten ausser dürftiger Allgemeinernährung nichts zu konstatieren. Der Zustand des Pat. schwankte, während er in meiner Beobachtung sich befand. Nach einer anfänglichen Besserung, die sich einige Zeit erhielt, stellte sich, wahrscheinlich infolge der dürftigen Umstände, in welchen sich der Pat. befand, eine Verschlimmerung ein. Die durch die Zwangsvorstellungen bei der Arbeit verursachte Erregtheit steigerte sich derart, dass er zeitweilig seine künstlerischen Studien aufgeben musste, weshalb er sich in seine Heimat zurück begab. Eine hypnotische Behandlung wurde bei dem Patienten dadurch unmöglich gemacht, dass sich bei demselben bei Hypnotisierungsversuchen regelmässig die Zwangsvorstellung des Nichthypnotisierwerdens einstellen konnte.

Beobachtung 15. Furcht vor Schreibunfähigkeit. Herr X., Funktionär bei einer Behörde, 42 Jahre alt, ledig, ohne erweisliche erbliche Belastung,¹⁾ litt, abgesehen von Kinderkrankheiten, vor 20 Jahren längere Zeit an Magen- und Darmkatarrh und hat seitdem keine erheblichere Erkrankung durchgemacht; doch war er schon immer von etwas ängstlicher Natur.

Vor etwa 2¹/₂ Jahren bekam Patient einen Vorgesetzten, welcher ihn andauernd unfreundlich behandelte. Hierdurch wurde bei ihm ein gewisser Erregungszustand hervorgerufen. Als ihm vor 2 Jahren sein Chef einmal ein Protokoll diktirte, passierte es ihm, dass er plötzlich nicht mehr weiter schreiben konnte; es war ihm dabei sehr heiss und ängstlich zu Mute, und der ganze Körper geriet in Schweiß. Als er sich wieder beruhigt hatte, konnte er das Schreiben ungestört fortsetzen. Von dieser Zeit an wurde er von

¹⁾ Patient kann über die Gesundheitsverhältnisse seiner Eltern und Geschwister nichts Näheres angeben; er weiss nicht, an welchen Krankheiten seine Eltern gestorben sind.

der Befürchtung verfolgt, dass sich diese Schreibunfähigkeit wiederholen könnte. Es kam in der Folge im Dienste auch öfters dazu, dass er vor Aufregung momentan nicht zu schreiben vermochte. Patient wurde vor 4 Monaten hierher versetzt; seitdem er hier ist, stellt sich bei ihm die Angst vor der Schreibunfähigkeit nicht nur während des Dienstes und hier insbesondere dann ein, wenn er von einem Vorgesetzten aufgefordert wird, rasch etwas zu schreiben, sondern auch ausserhalb des Büreaus, auf der Strasse, in Gastlokalen etc., bei letzteren Gelegenheiten jedoch in geringerer Intensität, als bei der dienstlichen Beschäftigung. Während dieser erreichten in den letzten Monaten die Angstanwandlungen nur 4 oder 5 mal eine solche Stärke, dass er einige Zeit mit dem Schreiben aussetzen musste. Leichtere Behinderungen traten dagegen sehr häufig auf; er darf nur an den Anfall denken, so wird ihm schon das Schreiben schwerer.

Seit der Übersiedlung hierher zeigt sich bei dem Patienten auch öfters starker Druck im Hinterkopf und gemüthliche Depression, letztere namentlich morgens. Wenn es zu Angstzuständen kommt, hält die Depression oft den ganzen Tag an. Die Beängstigungen des Patienten beziehen sich ausschliesslich auf die Schreibunfähigkeit, nie auf irgend etwas Anderes. Appetit und Schlaf gut, Stuhlgang bei Obstgenuss regelmässig.

Patient strengte sich zu Anfang der 30er Jahre längere Zeit mit Studien an, da er eine Prüfung abzulegen beabsichtigte; er musste jedoch von diesem Vorhaben absehen, da ihm die Fortsetzung des Studiums unmöglich wurde. Er hat nie viel getrunken und lebte in den letzten Jahren einige Zeit vegetarianisch, was jedoch auf seinen Zustand keinen Einfluss hatte. Masturbation vom 17.—21. Jahre; in der Folge häufige Pollutionen, gegen welche er viele Mittel ohne Erfolg gebrauchte. Seit etwa 10 Jahren Poll. selten; seit 18 Jahren kein sexueller Verkehr.

Objektiv negativer Befund. Ich gab dem Patienten den Rat, sich zu verheiraten, da sich ihm hierzu Gelegenheit bot.

An die angeführten Zwangsvorstellungen schliessen sich die Zwangsbefürchtungen des Eintritts körperlicher Störungen oder momentan lästiger Zustände: des Erröthens, Schwitzens, von Harn- oder Stuhlbedürfnis Befallenwerdens, des Ohnmächtigerwerdens, des geschlechtlichen Unvermögens etc. an. Die Furcht vor dem Erröthen (Erythrophobie) hat in der Literatur der letzten Jahre besondere Beachtung gefunden. Ich begnüge mich, von meinen eigenen hierher gehörigen Beobachtungen folgenden typischen Fall anzuführen:

Beobachtung 16. Erythrophobie. Herr X., Beamter, 27 Jahre alt, ledig, ist ohne erweisliche erbliche Belastung. Sein Vater starb in den 50er Jahren an einem Herzleiden; seine noch lebende Mutter und seine 2 Brüder sind gesund; auch in der übrigen Verwandtschaft sind Nerven- und Geisteskrankheiten nicht vorgekommen. Pat. ist seit den Kinderkrankheiten (Scharlach, Masern) von erheblichen Erkrankungen, auch von luetischer Infektion, verschont geblieben. Masturbation hat er nur wenig vom 17. oder 18. Lebensjahre an geübt, auch Exzesse in baccho et venere nicht begangen (ebenso wenig übermäßiges Rauchen). Pat. leidet seit langer Zeit an einer abnormen Neigung zum Erröten. Das Rotwerden des Gesichtes tritt häufig ohne jede erkennbare Veranlassung, z. B. auf der Strasse oder auch im Dienste während eines Gesprächs mit einem Kollegen ein, vorherrschend jedoch im Gefolge gewisser psychischer Vorgänge. So genügt z. B. die Erinnerung, dass er bei dieser oder jener Gelegenheit rot wurde, um das Erröten herbeizuführen. Mit diesem Gedanken ist gewöhnlich die Befürchtung einer Wiederkehr der unangenehmen Erscheinung verknüpft, und diese Zwangsvorstellung zieht das Befürchtete in der Regel nach sich. Am häufigsten stellt sich die fragliche Befürchtung und damit das Rotwerden ein, wenn Pat. plötzlich angesprochen oder auf der Strasse unversehens einer bekannten Person begegnet. Der Zustand ist dem Pat. seit ungefähr einem halben Jahre sehr peinlich geworden, weil er immer und überall befürchtet, durch das Erröten sich auffällig zu machen, und er in der Tat auch vor demselben nie sicher ist. Dieser Umstand hat auch bei dem Pat. zu einer gewissen Unentschlossenheit und Unsicherheit im Verkehr mit fremden Personen geführt, die ihn nötigt, den geselligen Umgang auf wenige Bekannte zu beschränken. In den letzten Wochen hat sich das Leiden erheblich verschlechtert. Wenn an der Türe seines Büreaus geklopft wird, taucht bei dem Pat. schon der Gedanke des Errötens auf, und im nächsten Augenblicke tritt dasselbe auch ein, bevor noch die Türe sich öffnet. Auch zu Hause bei ganz ruhigem Verhalten überzieht sich sein Gesicht mitunter ganz plötzlich mit intensiver Röte. Appetit und Schlaf gut, Stuhlgang regelmässig; keine übermäßigen Pollutionen, Potenz völlig normal. Die Stimmung zeitweilig wegen der durch das Leiden bedingten Widerwärtigkeiten sehr getrübt. Bei dem Pat. konnte, solange derselbe in Beobachtung war, nur eine gewisse Besserung erzielt werden. Durch lange fortgesetzte Hypnotisierungsversuche liess sich auch bei Verwertung der fraktionierten Methode zumeist nicht mehr als Somnolenz erzielen.

Die Erythrophobie kann, wie wir aus vorstehendem Falle ersehen, einen recht beschwerlichen Zustand bilden. Unter den Fällen meiner Beobachtung, 6 an Zahl, wurde insbesondere auch ein militär-

ärztlicher Kollege, der mich vor mehreren Jahren konsultierte, in schwerer Weise durch diese Phobie belästigt.

Der Zustand führt häufig die Betreffenden dazu, sich vom geselligen Verkehr, der ihnen durch das Erröten verleidet wird, mehr und mehr zurückzuziehen.

Der hier folgende Fall beansprucht deshalb ein besonderes Interesse, weil in demselben die Zwangsvorstellung des Ohnmächtigwerdens, die im Anschlusse an ein psychisches Trauma auftrat, den Charakter einer Topophobie annahm, welche dem Patienten den Aufenthalt in allen öffentlichen Lokalen sehr erschwerte.

Beobachtung 17. Zwangsbefürchtung des Ohnmächtigwerdens; sekundäre Topophobien. Herr X., 26 Jahre alt, Cand. d. Mediz., ohne jede nachweisbare erbliche Belastung, hat ausser Masern, Scharlach und Diphtherie im Kindesalter keine ernstere Erkrankung durchgemacht, auch nie Masturbation geübt. Seit 2 Jahren verlobt, deshalb völlige sexuelle Abstinenz. Vor etwa 1 $\frac{1}{2}$ Jahren kam es, als Pat. einer Operation in der chirurgischen Klinik anwohnte, vor, dass zwei von den mitanwesenden Studierenden ohnmächtig wurden; der eine von diesen, welcher neben dem Pat. sass, fiel bewusstlos von der Bank. Der Vorfall machte auf den Pat. einen sehr peinlichen Eindruck, obwohl er Ähnliches, wenn auch nicht in seiner unmittelbaren Nähe, bereits früher erlebt hatte; doch beschäftigte er sich in seinen Gedanken mit der Sache nicht weiter. Trotzdem wurde er schon nach kurzer Zeit beim Besuche der chirurgischen Klinik von der Vorstellung belästigt, dass es ihm ähnlich wie den beiden Studenten gehen, d. h. dass er ebenfalls von einer Ohnmachtsanwandlung befallen werden könnte. Diese Idee drängte sich ihm alsbald auch beim Besuche anderer Kliniken und theoretischer Vorlesungen auf; sie wurde zugleich hartnäckiger und von lebhaften Angstgefühlen begleitet, namentlich als die Zeit des Praktizierens herankam, wobei der Kandidat bekanntlich vor dem gesamten Auditorium seine medizinischen Kenntnisse zu erweisen hat. Das Praktizieren wurde ihm infolge dieser Umstände unmöglich; er konnte es in Kliniken nur dann aushalten, wenn er einen Platz unmittelbar neben einem Ausgange sich verschaffen konnte. Die Angst vor dem Ohnmächtigwerden blieb aber nicht auf den Besuch der Kliniken und Vorlesungen beschränkt. Dieselbe bedrängte den Pat. allmählich auch in anderen mit Menschen gefüllten Lokalen (Theater, Konzert, Gasthaus etc.) und ein längerer Aufenthalt an diesen Orten wurde ihm nur dann möglich, wenn er einen Sitz nahe einer Türe finden konnte. Wenn er es versuchte, einen anderen Platz einzunehmen, steigerte sich die Angst bis zum Unerträglichen; es wurde ihm dunkel vor den Augen, kalter Schweiß bedeckte seinen

Körper etc. Leichter gelang es dem Pat. in mit Menschen gefüllten Lokalen auszuhalten, wenn er geringere Quantitäten Alkohol zu sich genommen hatte.

In ätiologischer Hinsicht ist zu bemerken, dass Patient vor dem Vorfalle, welcher den Anstoss zu seinem Leiden gab, längere Zeit hindurch durch Studium sich sehr angestrengt hatte.

Im folgenden Falle finden wir die seltene Zwangsvorstellung des Schwitzenmüssens in Verbindung mit psychischer, resp. psychisch-nervöser Impotenz. Wir wollen den sehr klaren Bericht des Patienten, eines Mediziners, über seinen Zustand hier folgen lassen:

Beobachtung 18. Zwangsvorstellung des Schwitzenmüssens, psychische Impotenz. „P., 29 Jahre alt, erblich gar nicht belastet, begann in seinem 13. Jahre zu onanieren und zwar in excessivster Weise, pro die mindestens 3mal. Dieses trieb P. bis zu seinem 15. Jahre, bis er zufälligerweise die „Selbsthilfe“ zu Gesicht bekam. Auf dieses hin hat Pat von diesem Zeitpunkt nicht mehr onaniert, höchstens sporadisch, vielleicht im ganzen 6mal und dann aber nur im Zustande Potatorii strenuissimi. Den Coitus nun übte P. das erstmal in seinem 19. Jahre aus mit vollständig negativem Erfolge. Seit diesem Zeitpunkte hat P. nie einen potenten Coitus ausgeübt. Die Impotenz ist charakterisiert durch Nichtgelingen oder höchst mangelhaftes Gelingen der Immissio penis wegen ausbleibender Erektion. Dazu kommt noch die sehr frühzeitige (höchstens 10 Sek.) Ejakulation. P. hält diesen Zustand, was ersteren Punkt (erectio) anlangt, nur oder wenigstens zum grössten Teil für einen rein psychischen. P. geht immer mit dem Bewusstsein ans Werk, es geht nicht, es geht nicht. Oft hatte P. schon Erektion, und mit Beginn des Aktes selbst liess dieselbe wieder nach, indem P. immer wieder daran dachte, ob dieselbe nicht verschwindet. Was den zweiten Teil der Impotenz anlangt (präzipitierte Ejakulation), so ist P. der Ansicht, dass seine onanistischen Exzesse einerseits dieselbe bedingen, andererseits ist P. offengestanden Gedankenonanist (Loewenfeld, nervöse Störungen sex. Ursprungs). Nach Ansicht des P. muss geradezu ein jeder Impotente Gedankenonanist sein.

Was nun die Anthropophobie anlangt, so ist dieselbe folgendermassen bei P. charakterisiert: P. kann sich in keiner Gesellschaft befinden, ohne dass derselbe Schweissausbrüche bekommt, und zwar oft in ganz gewöhnlichen Gasthäusern. Wie an P's. Tische mehrere Personen sich befinden, so tritt sofort die Zwangsvorstellung ein, „du musst schwitzen“, welcher Zustand dann auch faktisch nach kurzer Zeit eintritt. Dass diese Anthropophobie sich z. B. im Konzertsaal oder Theater noch mehr ausdrückt, dürfte kaum noch zu erwähnen sein, weshalb P. auf diese Genüsse (P. ist leidenschaft-

licher Musiker) verzichtet. Diese Anthropophobie kann P. jedoch aufheben, indem er sich, wie man sagt, fast sinnlos betrinkt. Während es P. z. B. eine reine Unmöglichkeit ist, im Münchener-Kindl-Konzert nüchtern einen Platz im Saale einzunehmen, geht es, wenn er zuvor 4 Liter wo anders getrunken.

Die Anthropophobie glaubt nun P. auch davon ableiten zu müssen, dass er impotent ist, umsomehr, als die Anthropophobie eine um so exquisitere ist, als er sich zufällig in Frauengesellschaft befindet.

Was das Potatorium anlangt, so ist dieses sehr verschieden: Im Durchschnitte 5 Lt. pro die, natürlich oft mehr, manchmal nur 1 Glas, wie z. B. in den letzten 8 Wochen. P. ist zur Zeit im mediz. Staatsexamen. Rauchen tut P. ebenfalls viel zu viel, von seinem 18. Jahre an pro die mindestens 10 Stück, bei geistiger Arbeit wie im letzten Winter 15 Stück. Am meisten Vertrauen hätte nun P. auf den Hypnotismus, vor allem Wegsuggerieren der psychischen Impotenz und Anthropophobie“.

Der Zwangsvorstellung, von einem Harn- oder Stuhlbedürfnis zu ungelegener Zeit befallen zu werden, begegnen wir insbesondere bei weiblichen Personen, und die Veranlassung zum Auftreten der Vorstellung gibt zumeist ein Theater- oder Konzertbesuch. Die Vorstellung kann erst in der betreffenden Lokalität auftreten und dann unter Umständen auch das Gefürchtete hervorrufen. In einzelnen Fällen tritt dieselbe auch schon stundenlang vor der fraglichen Zeit auf. Eine Patientin meiner Beobachtung geriet, wenn sie sich mit der Absicht, abends in's Theater zu gehen, trug, durch die fragliche Zwangsvorstellung während des ganzen Nachmittags regelmässig in derartige Aufregung, dass sie es jahrelang vorzog, auf den Theaterbesuch gänzlich zu verzichten.

Von besonderer Bedeutung ist die Zwangsbefürchtung geschlechtlichen Unvermögens, weil das Auftreten derselben im konkreten Falle die Kohabitation sehr häufig verhindert, indem sie gänzlich Ausbleiben oder Unzulänglichkeit der Erektion bedingt. Wir haben diese Wirkung der Zwangsvorstellung des Impotentseins in zwei im Vorstehenden mitgeteilten Fällen kennen gelernt; in dem einen derselben entwickelte sich die Zwangsvorstellung, nachdem der erste Coitusversuch zu einem Fiasko geführt hatte. Ähnlich verhält es sich in den meisten Fällen, in welchen wir es mit der in Frage stehenden Form psychischer Impotenz zu tun haben. Das Misslingen des Aktes infolge irgendwelcher zufälliger Umstände kann

selbst bei Individuen, welche früher einer ganz normalen Potenz sich erfreuten, bei der nächsten Gelegenheit zu der Zwangsbefürchtung eines abermaligen Fiaskos führen und diese Befürchtung bei jedem weiteren Versuche sich regelmässig wieder einstellen, so dass für lange Zeit der geschlechtliche Verkehr unmöglich wird.

Bei der Berührungsfurcht, die in zahlreichen Spezialitäten vorkommt, handelt es sich nicht ausschliesslich um nosophobische Vorstellungen, d. h. Befürchtung eines der eigenen Person durch Berührung irgend welcher Gegenstände erwachsenden gesundheitlichen Nachteils. Die Befürchtungen beziehen sich z. T. auch auf Schädigung fremder Personen durch Übertragung gesundheitsgefährlicher Stoffe auf dieselben.

Beobachtung 19. Berührungsfurcht. Frau X., 32 Jahre alt, Arztesgattin, seit 7 Jahren verheiratet, kinderlos. Ihr Vater starb in vorgeschrittenem Alter an Pleuritis, ihre noch lebende Mutter ist gesund. Von ihren 5 Geschwistern ist nur ein Bruder nervenleidend. Von Nerven- oder Geisteskrankheiten bei anderen Familienmitgliedern ist nichts bekannt. Pat. hat als Kind Masern, Pneumonie und Diphtherie durchgemacht und war schon von frühester Jugend an immer ängstlich und leicht erregbar. Ihre Ängstlichkeit betraf ganz besonders ihre Mutter. Schon in ihren Mädchenjahren wurde sie von Zwangsvorstellungen, namentlich von religiösen Zwangsskrupeln, heimgesucht. Bei der Beichte war sie immer sehr ängstlich, weshalb sie dieselbe öfters wiederholte. Ihre Skrupel wurden in der Regel erst durch die zweite oder dritte Beichte beseitigt.

Nach der Verheiratung war ihr Befinden anfänglich ganz befriedigend. Nach einigen Monaten fand sie bei einer Stöberung der Wohnung Sublimatpastillen in dem Schreibtische ihres Mannes. Sie hatte damals auch Hemden ihres Mannes zu bügeln, und hierbei kam ihr die Idee, sie könnte etwas von dem Sublimat an die Hemden bringen und ihr Mann könnte von dem so übertragenen Sublimat bei einem Krankenbesuche etwas einem kleinen Kinde beibringen und dieses dadurch schädigen oder gar töten. An diese Idee, die sie nicht mehr losbrachte, knüpfte sich ein äusserst hartnäckiger Waschzwang; sie wusch sich fortwährend die Hände, zum Teil auch den ganzen Körper; sie liess auch ihre Kleider ungemein viel ausklopfen und betätigte in jeder Beziehung eine wahre Reinigungsmanie. Die Sublimatfurcht hielt etwa 1 Jahr an. Einige Zeit später entwickelte sich bei der Patientin am Rumpfe ein Herpes zoster. Ihr Mann hatte damals zufälligerweise graue Salbe im Hause und verwendete davon etwas an der vom Zoster befallenen

Stelle. Auf eine Frage, welche die Patientin bei dieser Gelegenheit an ihren Mann stellte, erklärte dieser, dass die Salbe ein Gift für offene Wunden sei. In der nächsten Zeit machte ihr Mann einige Sektionen. Nach einer derselben äusserte er zufällig, dass aus dem Gehirne Flüssigkeit spritzte. Infolge dieser Bemerkung tauchte bei ihr während des Kochens der Gedanke auf, sie könnte etwas den Kleidern ihres Mannes Anhaftendes in das Essen bringen und dadurch ihre Angehörigen schädigen. Diese Idee schwand alsbald wieder, sie war nach der eigenen Meinung der Pat. lediglich Aberglaube. Hierfür trat jedoch eine andere, wegen ihrer Folgen viel peinlichere Zwangsvorstellung auf, nämlich die Idee, es könne an den Kleidern, welche sie bei Anwendung der grauen Salbe trug, noch etwas von dieser haften und dadurch Anderen ein Schaden verursacht werden. Dieser Gedanke veranlasste sie zu fortwährendem Waschen der Kleider und Leibwäsche, auch der Kästen und Schubladen etc., in welchen erstere verwahrt wurden. Die Furcht vor der Quecksilbersalbe und der Waschzwang gingen schliesslich so weit, dass es der Patientin unmöglich wurde, ihren Haushaltsgeschäften nachzukommen.

Beobachtung 20. Berührungsfurcht. X., 18 $\frac{1}{2}$ Jahre alt, Eleve einer höheren Lehranstalt, ist erblich belastet. Sein Vater ist nervenleidend, seine Mutter nervös; sein Grossvater mütterlicherseits litt an Tabes. In der Familie des Vaters kam Taubstummheit mehrmals vor, der einzige Bruder desselben starb an Paralyse.

Pat hat 2 Geschwister, einen Bruder, welcher früher an Stottern litt und eine Schwester, welche gesund ist. Von Kinderkrankheiten machte X. Diphtherie und Masern durch.

Schon in früher Jugend zeigte er eine auffallende Verschlossenheit. Im Alter von 9 oder 10 Jahren wurde er nach einer kleinen Operation (Entfernung einer kleinen Geschwulst im Ohre unter Chloroformnarkose) von einer hysterischen Lähmung der Beine befallen, welche 3 Tage anhielt. Pat. soll ausserdem vom 2. Lebensjahre an während einer Anzahl von Jahren an Bandwurm gelitten haben. Vom 10.—13. Lebensjahre grosse Aufgeregtheit, abnormer Ehrgeiz; Masturbation mit 13 Jahren oder schon früher. Pat. besuchte nach der Volksschule die Handelsschule 5 Jahre lang. Er kam dann als Lehrling in ein Engrosgeschäft, wo er sich der Masturbation in ganz exzessiver Weise hingab. In der Lehranstalt, welche Pat. seit $\frac{1}{2}$ Jahre besucht, hat derselbe gute Zeugnisse erhalten. Nach seiner Angabe fällt ihm jedoch das Studium sehr schwer. Pat. war während der Osterferien zu Hause bei seinen Eltern, welche er durch ein höchst sonderbares Benehmen sehr beunruhigte.

Auf vieles Befragen teilte er denselben mit, dass er an Zwangsvorstellungen leide. Speziell erwähnte er, dass er glaube, er müsse

nach jedem Besuche des Aborts sich fortwährend waschen, da er sonst Jemand anstecken könne.

Seine Eltern berichten über sein Verhalten während der Ferien Folgendes:

„X. hat sich seit seinen jüngsten Ferien solche tolle Manieren zugelegt, dass er einen ganzen Haushalt tyrannisiert. Wäre er bei fremden Leuten, er würde keine 8 Tage dort behalten werden. Seine freie Zeit zu Hause benützt er $\frac{2}{3}$ zu Sitzungen und Waschungen. Vor und nach den ewig langen Sitzungen grosse Waschung, sogar der Türschlüssel. Auch das Waschen endlos! Nie nimmt er eine Türklinke in die Hand, Alles geschieht mit Ellbogen und Rücken, Öffnen und Schliessen, das Gleiche bei der Wasserleitung. Er wittert, scheint es, alles voll Bazillen. Täglich wäscht er die seinerseits gebrauchten Handtücher selbst aus, ausserdem noch drei Taschentücher. Güte wie Strenge nützt nichts. Seine Hände sind demgemäss blaurot, geschwollen, bluten selbst.“

Nach der Rückkehr nach München setzte Pat. den Besuch der Lehranstalt regelmässig fort. Zu Hause aber verbrachte er nach wie vor Stunden mit Waschungen.

Bei der Aufnahme gibt Pat. bezüglich seiner Zwangsvorstellungen an, dass er nach Verrichtung eines jeden Bedürfnisses (Stuhlgang wie Urinentleerung) glaube, eine einfache Waschung der Hände genüge zur Reinigung derselben nicht, er müsse deshalb die Waschungen öfters vornehmen.

Er sei zu dieser extremen Reinlichkeit genötigt, weil er glaube, dass eine Ansteckung anderer Personen erfolgen könne, wenn irgend etwas von seinen Excrementen mit den Organen derselben in Berührung komme.

Pat. ist in dieser Idee durch Aufklärung, die er von ärztlicher Seite in betreff der Übertragung pathogener Keime durch die Hände erhalten hat, offenbar bestärkt worden, und er hält es trotz aller Gegenvorstellungen für möglich, dass er durch die seinen Händen anhaftenden Excrementenreste andere Personen gefährden könne.

Appetit gering, Stuhlgang unregelmässig, Schlaf mangelhaft, insbesondere das Einschlafen erschwert, zeitweilig Kopfschmerzen. Masturbation hat Pat. bis in die jüngste Zeit geübt, will dieselbe jedoch seit 14 Tagen aufgegeben haben.

Pat. ist ein kaum mittelgrosses, schwächliches Individuum von blassem Aussehen und dürftiger Allgemeinernährung. Objektiv seitens des Nervensystems nichts zu konstatieren. Die Hände von den vielen Waschungen gerötet.

Pat. war etwa 6 Wochen in Beobachtung. Während dieser Zeit erfuhr sein Zustand keine Besserung. Es traten vielmehr bei dem Patienten weitere krankhafte Ideen auf, bei welchen es zu-

nächst fraglich bleiben musste, ob es sich noch um reine Zwangsvorstellungen oder schon um Übergangsformen zu Wahnideen handelte. Pat. äusserte sich hierüber selbst folgendermaassen: „bei jeder Arbeit, die ich am Tische sitzend fertige, drängt es mich oft, an jenen Kleidungsteil (die Hosentüre) zu schauen, da ich mich hüten will, denselben mit dem Tische oder einem Gegenstande in Berührung zu bringen. Nun kam mir erst später, dass andere Leute dies gesehen haben könnten und dass sie dadurch von mir beeinflusst würden und auf ein solches Leiden, wie ich es hatte, hingeleitet werden könnten.“

Während Pat. ursprünglich nur befürchtete, durch seine Hände auf materiellem Wege andere Personen zu infizieren, kam er später, wie wir sehen, auch auf die Idee, dass von ihm eine Art psychischer Infektion ausgehen könnte. Er glaubte, dass die ihm gegenüberwohnenden Leute, welche Gelegenheit hatten, sein Treiben zu beobachten, dadurch veranlasst werden möchten, ebenfalls ihre Aufmerksamkeit dem die Genitalien bedeckenden Teile des Beinkleides zuzuwenden, und dadurch zur Masturbation verleitet werden könnten.

Pat. wurde einer Anstalt überwiesen.

Über den weiteren Verlauf des Falles in den letzten Jahren erhielt ich jüngst durch die Güte des Kollegen, welcher den Pat. mir überwiesen hatte, einen Bericht. Nach diesem ist die ungünstige Wendung, welche beim Austritte des Pat. aus meiner Beobachtung zu befürchten war, bisher nicht eingetreten. Der Pat. hat sich inzwischen wiederholt kürzere Zeit anstaltlicher Behandlung unterzogen, ausserdem den Rat verschiedener Spezialkollegen in Anspruch genommen. Sein Zustand besserte sich im Verlaufe einiger Monate derart, dass er sein Studium mit Erfolg fortsetzen konnte und ein Examen bestand. Der Waschwang trat für längere Zeit fast ganz zurück. Gegenwärtig befindet sich Pat. in einer Privatstellung, in welcher er seinen Obliegenheiten mit übertriebener Gewissenhaftigkeit nachkommt.

Nach den letzten Mitteilungen der Angehörigen macht sich bei dem Pat. die Reinlichkeitsmanie noch immer geltend, doch scheint dieselbe unter den häuslichen Einflüssen sich allmählich zu verringern. Das Befinden unterliegt erheblichen Schwankungen; an schlechten Tagen macht sich insbesondere hochgradige gemüthliche Erregbarkeit geltend.

In der grossen Mehrzahl der Fälle von Berührungsfurcht beziehen sich die Befürchtungen auf die Acquisition verschiedenartiger, insbesondere infektiöser Erkrankungen oder die Verursachung solcher bei anderen Personen durch Übertragung von schädlichen Stoffen auf dieselben. Daneben kommen aber auch Fälle vor, in welchen

der Berührungsfurcht lediglich die Furcht vor einer einzelnen bestimmten Krankheit, Tuberkulose, Krebs etc. zugrunde liegt; auch die Lyssaphobie gehört hierher. Im folgenden von Kaan¹⁾ mitgeteilten Falle handelt es sich um Krebsfurcht.

Beobachtung 21. Krebsfurcht. Fr. W., 40 Jahre, Vater neuropathisch, mit Migräne behaftet, Mutter längere Zeit geisteskrank. Pat. war als Kind vollkommen gesund, sehr talentiert, sehr musikalisch, aber ohne Ausdauer bei geistiger Tätigkeit; stets eigentümlich schüchtern und unentschlossen, misstrauisch gegen sich und Andere. Durch einen Anfall von Cholera im 9. Jahre, sowie vom Typhus im 10. Jahre, wurde ihre Verdauung schwer geschädigt; seit dem 12. Lebensjahre traten vor den Mahlzeiten Ekelgefühle auf, welche Pat. durch Einführung des Fingers in den Schlund zu überwinden suchte. Sie behielt diese Gewohnheit dauernd bei. In ihrem 18. Jahre menstruiert, erlitt sie damals, nach einer heftigen Aufregung zum erstenmale einen Anfall von Druck und Betäubung im Kopf, verbunden mit hochgradiger Angst und völliger Unklarheit des Denkens und Empfindens. Seitdem wiederholten sich diese „Kopfstände“ häufig und verknüpften sich mit der Furcht, verrückt zu werden oder einen Selbstmord zu begehen. Sie floh darum die Nähe des Fensters und den Anblick von Messern, Scheren etc. Mit 20 Jahren wurde sie glückliche Braut; nun grübelte sie so lange, ob sie ihren Mann werde glücklich machen können, bis sie sich entschloss, ihm das Jawort zurückzugeben; hinterdrein wieder Skrupel, ob sie Recht getan. Allmählich traten Brust- und Herzkämpfe auf, und ihre nervöse Dyspepsie brachte Pat. so herunter, dass sie durch das Schlundrohr genährt werden musste. Vor 4 Jahren hatte sich Pat. bedeutend gebessert, als ihr Bruder plötzlich starb. Sie wurde nun schwer cerebrasthenisch und hatte an einzelnen Teilen des Gesichts und an den Extremitäten ein Gefühl der „Pamstigkeit und Erstarrung“. Dysmenorrhöische Beschwerden erzeugten in ihr die Befürchtung, von ihrer an Carcinoma uteri leidenden Tante, mit welcher sie gereist war, angesteckt worden zu sein. Als die Tante endlich vor 2 Jahren auf qualvolle Weise starb, vermochte sie ihre Berührungsfurcht nicht mehr zu beherrschen. Sie musste nämlich alle Gerätschaften, welche mit der Tante in Berührung gekommen waren, von sich fernhalten, ja schon der Anblick ihrer Angehörigen, welche mit der Verstorbenen verkehrt hatten, regte sie ungemein auf. Durch endlose Waschungen und Toilettenwechsel trachtete sie der Ansteckungsgefahr zu entkommen; dabei war sie sich des Thörichten ihrer Befürchtung vollkommen bewusst. Gleichzeitig war ihre Cerebrasthenie so hochgradig, dass sie vor „allgemeiner Betäubung“ sich z. B. unfähig

¹⁾ Kaan, l. c.

fühlte, Klavier zu spielen, weil sie Noten nicht auf Tasten übertragen könne. Körperlich findet sich ausser mässiger Magenerweiterung und den Erscheinungen schwerer Inanition nichts Besonderes.

Bei der als *Metallophobie* bezeichneten Spezies der Berührungsfurcht handelt es sich zumeist um Furcht vor metallischen Gegenständen anhaftendem Gifte, insbesondere Grünspan, seltener um Furcht vor an den Gegenständen klebenden Krankheitskeimen. In letzterem Falle wird insbesondere die Berührung von Gegenständen, welche mit den Händen anderer Personen in Kontakt kommen, Türklinken, Glockenzügen, Geld gemieden. Die *Metallophobie* findet sich gewöhnlich nur in Verbindung mit anderen Varietäten des *Délire du toucher* und anderen Zwangsvorstellungen. Der Berührungsfurcht stehen die an die Nahrungsaufnahme sich knüpfenden Zwangsbefürchtungen nahe.

Dieselben beziehen sich darauf, dass mit der Nahrung zufällig beigemengte giftige Stoffe, oder mechanisch verletzende kleine Körper wie Nadeln, Glassplitter, Fischgräten etc. verschluckt werden könnten (*Aichmophobie*, Furcht vor spitzen Gegenständen). In den meisten Fällen treten diese Zwangsvorstellungen episodisch im Anschluss an ein suggestives Vorkommnis auf.

Die *Aichmophobie* kann jedoch, wie der nachstehende von Gélinau¹⁾ mitgeteilte Fall zeigt, welcher die Frau eines Arztes betrifft, jahrelang andauern und sich zu einer die Ernährung sehr erschwerenden Affektion gestalten²⁾.

Beobachtung 22. Aichmophobie (Gélinau). Der Bericht des Arztes über das Leiden seiner Frau lautet folgendermassen:

„Meine Frau ist kräftig, gut gebaut, sie wurde rechtzeitig ohne Schmerzen menstruiert und hat die Menses regelmässig. Ihr Vater war robust, gesund, nicht nervös; auch ihre Mutter erfreute sich einer guten Gesundheit.

Ein Onkel wurde durch ein typhöses Fieber, dem mehrere Familienmitglieder zum Opfer fielen, geistesschwach. Ihr Gross-

¹⁾ Gélinau: Des peurs malades ou phobies. Paris 1894, S. 62.

²⁾ Unter *Aichmophobie* wird auch die Zwangsfurcht vor mit Spitzen versehenen blanken Waffen (Dolchen, Degen etc.), die mitunter beobachtet wird, verstanden.

Gélinau erwähnt, dass König Jacob I. von England an der Furcht vor blanken Schwertern litt.

vater war von einer bemerkenswerten Intelligenz und hatte ohne Zweifel kommerzielle Fähigkeiten. Es waren demnach auf keiner Seite nervöse oder kränkliche Leute in der Familie.

Wenn ich in meinen Erinnerungen nachforsche, was Bezug auf die Krankheit haben kann, finde ich keinen anderen Anhaltspunkt, als dass sie zu lange Zeit stillte (18 Monate), was sie sehr ermüdete. Beim ersten Kinde tat sie dies von März 1874 bis Juni 1875, beim zweiten von Januar 1876 bis März 1877.

Übrigens trat die Krankheit nicht plötzlich auf; soweit ich mich erinnere, gingen der Furcht vor spitzen Gegenständen einige Zeit eigentümliche Ideen vorher. So hatte sie einen bis zum Extremen getriebenen Reinlichkeitseifer. Sie fand nichts sauber genug, besonders die Gegenstände, deren sie sich bediente, Gabeln, Messer, Teller, Gläser (letztere ganz besonders) wurden beständig gereinigt.

Sie setzte sich nie zu Tische, ohne ihr Glas zu erheben und zu sehen, ob nicht etwa ein Atom von Staub daran hafte, und hierauf begann die Reinigung mit einer so minutiösen Vorsicht, dass ich ihr eines Tages sagte, sie würde wohl das Wasser waschen, wenn sie könnte.

Ich will auch hinzufügen, dass ihr die Hunde grosse Angst bereiteten, weil sie fürchtete, sie könnten wütend sein oder sie beiessen.

Bis dahin schienen mir ihre Befürchtungen nicht allzu extravagant; sie hatten zweifellos einen emotiven Koëffizienten, mehr verallgemeinert und mehr ausgesprochen als bei furchtsamen Personen, aber schliesslich, wenn der Eindruck einmal vorüber war, war das Leben um sie herum nicht schwer zu ertragen, unter der Bedingung, dass man die Augen über diese kleinen Unvollkommenheiten schloss.

Aber das neuropathische Terrain war sehr gut vorbereitet, und der Tag nahte heran, wo der Keim der Aichmophobie emporschoss und zu wachsen begann. Aus Furcht, sich lächerlich zu machen, wagte sie bisher nicht, mir zu gestehen, was sie heimlich quälte; aber eines Tages, als sie aus einem Glase (das sie stets mit grösster Sorgfalt betrachtete), trank, glaubte sie in der Flüssigkeit — es war eine Arznei, die zur Vertreibung der Milch angewendet wurde — Stecknadeln zu erblicken. Sie schleuderte erschreckt das Glas mit seinem Inhalte weit weg von sich und weigerte sich künftighin, irgend etwas zu trinken, bevor sie es nicht ganz genau untersucht hatte.

War dieser zufällige Anblick von Stecknadeln die Gelegenheitsursache ihres Leidens, oder aber hatte sie mit der den Neuropathen und Hysterischen eigenen Hartnäckigkeit ihren Zustand verborgen gehalten und nun die Gelegenheit günstig gefunden, um den Befürchtungen, die sie befallen hatten, freien Lauf zu lassen?

Hierüber konnte ich nie in's Reine kommen, da jede Frage, jeder Zweifel über diesen Punkt nur heftige Vorwürfe seitens der Kranken hervorrief. Um Frieden zu haben, tat ich, als ob ich ihren Worten glaubte, und von da an musste ich alle spitzen Gegenstände, die in ihrer Nähe der Gegenstand ihrer Beängstigung waren, beiseite schaffen.

Wenn ich nicht augenblicklich auf ihre unvernünftigen Ideen einging und ihre Theorien und Beängstigungen wegen harmloser Gegenstände zu bekämpfen suchte, bekam sie heftige Zornausbrüche. Sie war für gewöhnlich sehr sanfter Natur und duldete auch Widerspruch; aber wenn ihre Furcht sie befiel, duldete sie absolut keinen; wenn man ihr nicht nachgab, hatte sie förmliche Wutausbrüche. Diese Angst vor Nadeln und Stecknadeln nahm von Tag zu Tag zu, und ich war schlimmer daran als ein Sklave. Sie sah dieselben überall; wenn ich ihr sagte, es sind ja keine da, seufzte sie eigensinnig: „es könnten aber welche da sein“.

Man wird begreifen, welche geplagte Existenz ich führte. Während der ersten Jahre hoffte ich immer, ihre Furcht bekämpfen und sie davon heilen zu können.

Ich liess mich herbei, Alles unter ihren Augen zu untersuchen, zu reinigen; bei der Zollverwaltung kann es keinen strengeren Inspektor geben, als meine Frau war.

Keine Vorspiegelung war möglich, ihr Blick verfolgte beständig meine Hände und Finger, sie ging darin sozusagen auf. Nichts, was der Ernährung diente, entging ihren Nachforschungen. Da sie niemanden ausser sich selbst Vertrauen schenkte, und selbst mich beargwöhnte, musste ich mich dazu verstehen, sie fast nie zu verlassen und sie wie ein kleines Kind zu füttern. Wir schlossen uns während der betreffenden Zeit in ein Zimmer ein, in welches niemand eindringen sollte, und wenn aus Versehen doch Jemand herein kam, mussten die auf dem Tische vorhandenen Gerichte verschwinden. Die Gerichte wurden in einem Schranke eingeschlossen, der wiederum mit einer festen Umhüllung versehen war. Sie hatte in ihrer Tasche zwei Schlüssel für dieses Möbel und war trotzdem nicht ruhig, indem sie vorgab, dass Fremde oder Passanten aus Versehen Nadeln hineinbringen oder vielmehr, dass solche durch Spalten oder das Schloss hineingelangen konnten.

Des Längeren diese Mahlzeiten zu beschreiben, die peinliche Sorgfalt, mit welcher sie die Bissen untersuchte, um zu sehen, ob sie nichts Spitzes enthielten, wäre eine sehr ermüdende Sache. Alle meine Gegenstellungen führten zu nichts. Es kam so weit, dass sie nicht einmal mehr Eier, die vor ihren Augen geöffnet wurden, ass, da sie behauptete, die Hennen, die sie gelegt, könnten sehr gut Nadeln oder Stecknadeln verschluckt haben.

Nach 3jähriger Geduld, Unterwerfung und Behutsamkeit, hatte ich den Schmerz, zu konstatieren, dass ich auch nicht daumenweit

das Terrain gewonnen hatte, weit davon entfernt — die Angst vor Spitzen war dermaassen über sie gekommen, sie war von der Aichmophobie so besessen, dass sie 24, 48, ja selbst einmal 72 Stunden blieb, ohne etwas zu essen oder zu trinken. Dieses Fasten unterschied sich von dem des Evangeliums, dass es absolut vollständig war. Ich habe sie in der Woche höchstens 2 bis 3 mal die Mahlzeit einnehmen sehen, da sie vorzog, lieber nichts zu essen, als Stecknadeln zu verschlucken; Gott weiss, welche mageren Mahlzeiten sie einnahm.

Ich nahm während dieser ganzen Zeit meine Zuflucht zur Pharmakopoe, zu Baldrian, baldriansauren Salzen, Bromkalium bis zu einer Dosis von 4—8 Gramm täglich. Es wurden Morphinum- und Pilokarpineinspritzungen angewendet. Ich nahm gleichzeitig Zuflucht zu Douchen, ich nahm die Hilfe verschiedener meiner Kollegen in Anspruch. Ich konsultierte in Paris mehrere hervorragende Ärzte, unter anderem Legrand du Saulle, der die Güte hatte, uns seine Loge im Odeon anzubieten, um Gelegenheit zu haben, während der Zwischenakte meine Frau, ohne dass sie misstrauisch wurde, zu examinieren. Das Ergebnis dieses Examens war, dass meine Frau von der Zweifel- und Berührungsfurcht befallen sei und dass ihre Heilung eine unbestimmte Zeit von Monaten, vielleicht Jahre erheische. Endlich am Ende meiner Kräfte angelangt, unfähig, noch länger jeden Augenblick diese Kämpfe zu ertragen, stellte ich sie von neuem einigen meiner Kollegen in Bordeaux vor, und da wurde beschlossen, dass man zu einem ausserordentlichen, wenn auch gefährlichen Mittel greifen wolle. Man entschloss sich, ihr eine heftige Gemütsbewegung zu verursachen, indem man ihr eine Einsperrung in einem Asyle vortäuschte. Von ihrer Furcht immer verfolgt reiste sie mit ihrer Kammerfrau nach Bordeaux ab, um einen Spezialisten zu konsultieren, der instruiert war, sie gut und schön einzuschliessen, ihre Begleiterin heimzuschicken, und der ihr erklärte, dass er sie in Beobachtung bei sich behalten werde.

Da sie gewohnt war, dass man all ihren Phantasien nachgab, empfand sie, als sie sah, dass sie künftighin nicht mehr Herrin, sondern Sklavin sein werde, dass sie zu folgen und nicht zu befehlen habe, eine solche heftige Gemütsbewegung, dass sie eine halbe Stunde hierauf sich mit einer ihr sehr wenig bekannten Dame zu Tisch setzte, um zu essen und zu trinken; sie war 48 Stunden nüchtern.

Sie blieb 8 Tage in diesem Asyl, ging nur selten und für kurze Zeit mit Erlaubnis des Direktors aus, um einen Spaziergang nach der Stadt zu machen.

Dieses Resultat bewies, wie notwendig es war, Herrschaft über die Kranke zu erlangen, sie schachmatt zu machen, wie man gewöhnlich sagt, anstatt ihr Sklave zu sein. Auch nachdem wir in unser Logis zurückgekehrt waren, war ich entschlossen, mit ihr die

Rolle zu vertauschen. Dies war der Rat, den mir Legrand du Saullé gab:

„Haben Sie ihr gegenüber“, sagte er, „eine eiserne Hand in einem samtenen Handschuh“. Die Anwendung war keine leichte Sache.

Indes seit der Rückkehr gab es keinen doppelten Schrank, keinen Schlüssel, alles blieb offen; ihre Blicke flehten mich an, doch ich gab nicht nach. Sie nahm von diesem Tage wieder ihren Platz an der Familientafel, und ihre Lebensweise wurde wie zu Anfang unserer Ehe.

Ich hatte indes mehr als einmal gegen Anwendungen, Widerstand, wiederkehrende Ansprüche, unvernünftige Ideen, tatsächliche, wenn auch uneingestandene Furcht anzukämpfen, aber ich blieb für ihre Launen unerschütterlich, und dank der Furcht vor einer neuen „Einsperrung“ gewann ich täglich mehr an Terrain. Ende des Jahres war die Heilung komplet, jede Woche konnte man langsam aber sicher die Fortschritte konstatieren, und heute ist die Kranke von dem Gespenst der Aichmophobie befreit. Als letzte Spur davon hatte sie etwas Emotivität und Reizbarkeit behalten. Bemerkenswert ist, dass während dieser langen Leidenszeit die Intelligenz der Patientin stets intakt und ihr Urteil richtig und klar blieb, wenn es sich nicht um den unglücklichen Gegenstand handelte.

Ich vermeide es trotzdem heute noch, eine Diskussion über eine Nadelspitze anzufangen; dies wäre ein gefährliches Spiel, vor dem ich mich wohl aus Klugheit hüten werde“.

In das Gebiet der Berührungsfurcht, wenn auch nicht der Nosophobien, gehört die Zwangsfurcht vor Schmutz, die Mysophobie Hammond's. Den leichteren Graden dieser Phobie begegnen wir namentlich bei weiblichen Personen ziemlich häufig, und die aus der Mysophobie entspringende Reinigungsmanie betrifft hier mehr die äusseren Objekte: Wohnung, Einrichtungsgegenstände, Tischgeräte etc., als die Kleidung und den eigenen Körper. Die betreffenden Individuen können auf keinem Stuhle Platz nehmen, ohne denselben vorher einer Säuberung unterzogen zu haben, auch wenn derselbe einer solchen durchaus nicht bedarf.

Bei Tische können sie sich nicht enthalten, Bestecke, Gläser, Teller etc., wie blank sie auch sein mögen, einer genauen Musterrung zu unterwerfen und durch Abreiben noch blanker zu machen. In der Wohnung wird natürlich mit dem Aufsuchen von Schmutz und Säuberungsprozessen das ganze Jahr kein Ende gemacht. Derartige Individuen können, wenn sie auch oft durch ihr Verhalten

Anstoss erregen oder sich lächerlich machen, doch ihren häuslichen oder Berufsgeschäften nachkommen. In den schwereren Fällen von Mysophobie kommt es dagegen zu endlosen Waschungen der Hände oder des ganzen Körpers und zu unablässigen Reinigungen der Wäsche, der Kleider, Bettüberzüge etc., so dass die Kranken ganz und gar in ihrer Reinigungsmanie aufgehen. Einen sehr bemerkenswerten Fall dieser Art teilt Binswanger¹⁾ mit.

Beobachtung 23. Mysophobie. „Ich habe eine hochgebildete, in allen anderen Fragen durchaus urteilsfähige Dame gekannt, die seit Jahren nie mehr vor dem Morgengrauen zu Bette gekommen war. Die ganze Nacht verging mit solchen Reinigungsprozeduren. Der ganze Körper wurde zahlreichen gründlichen Waschungen unterworfen, alle Kleidungsstücke immer wieder gebürstet, geklopft, vor dem Fenster ausgeschüttelt, alle Gebrauchsgegenstände des Zimmers wiederholt abgewischt, sogar der Fussboden gebürstet, bis schliesslich die Kranke vor Erschöpfung zusammenbrach. Die Vormittage verbrachte sie schlafend, sobald sie aber aufwachte, begann das aufreibende Spiel von neuem. Die Patientin wurde selbstverständlich für alle anderen Interessen allmählig abgestumpft und musste der Anstaltspflege überwiesen werden.“

Die Zwangsbefürchtungen körperlicher Schädigung sind inhaltlich so ausserordentlich mannigfaltig, dass wir nicht daran denken können, sie hier in irgend welcher Vollständigkeit anzuführen. Dieselben betreffen nicht nur alle Gefahren, welche Leben und Gesundheit tatsächlich bedrohen können, sondern zum Teil auch rein imaginäre Vorkommnisse. Welch ausserordentlich phantastischen Charakter diese Befürchtungen annehmen können, werden wir aus einer später mitzuteilenden Beobachtung ersehen.

Furcht vor gewissen Tieren (Schlangen, Stieren) ist in gewissem Maasse eine physiologische Erscheinung. Bei weiblichen Personen (Städterinnen) nimmt diese Furcht nicht selten den Charakter einer Phobie an, die ihnen beim Aufenthalt auf dem Lande viele Unannehmlichkeiten bereitet. Die mit der Schlangenfurcht Behafteten wittern überall in Wald und Feld die Nähe von Schlangen, und ihre Furcht bezieht sich nicht nur auf die Gefahr, unversehens von einer Giftschlange (Kreuzotter) gebissen zu werden, sondern auch auf die Möglichkeit überhaupt mit einem dieser widerwärtigen Tiere in körperliche Berührung zu kommen. Hierbei spielt ge-

¹⁾ Binswanger: Pathologie und Therapie der Neurasthenie S. 125.

wöhnlich auch die Idee mit, dass Schlangen unbemerkt unter die Röcke gelangen könnten. Bei anderen weiblichen Individuen erstreckt sich die physiologische Scheu vor Stieren in krankhafter Intensität auf alles Rindvieh (Taurophobie). Den Betreffenden flösst der Anblick jeder weidenden Kuh schwere Angst ein und sie suchen daher den gefährlichen Tieren möglichst aus dem Wege zu gehen.

Die Furcht vor dem Ertrinken stellt sich bei manchen weiblichen Personen bei Kahnfahrten so regelmässig und intensiv ein, dass ihnen der Aufenthalt auf dem Wasser zur grössten Qual wird, deren Wiederholung sie begreiflicher Weise scheuen. Gewöhnlich sind es zu Schwindel geneigte Personen, bei denen die Bewegung des Bootes und der Anblick der weiten Wasserfläche den Zwangsgedanken des Umkippens produziert. Bei höheren Graden der Wasserfurcht werden nicht nur Kahnpartien, sondern auch Fahrten auf Dampfschiffen gemieden.

Bei manchen Personen stellt sich, wenn sie unter oder vis-à-vis hängenden schweren Gegenständen (Kronleuchter, Spiegel etc.) sitzen, die Zwangsbefürchtung ein, der betreffende Gegenstand könnte herabfallen und sie erschlagen. Diese Befürchtung kann sich trotz allen Raisonnements zu solcher Angst steigern, dass ihnen das Ausharren an der betreffenden Stelle unmöglich wird. Bei einer mir bekannten Dame wurde diese Zwangsvorstellung nur durch Spiegel hervorgerufen. Sass sie vis-à-vis oder unter einem solchen, so hatte sie das „Gefühl“, als ob derselbe jeden Augenblick auf sie herabfallen würde. Hierbei handelte es sich nicht um eine Illusion, i. e. die Wahrnehmung einer Scheinbewegung; es nützte ihr auch nichts zur Beseitigung des fraglichen Gefühls, wenn sie sich von der sicheren Befestigung des Spiegels überzeugte und sich die gänzliche Unbegründetheit ihrer Furcht lebhaft vorhielt. Die Angst vor dem Herabfallen des Spiegels steigerte sich in der Regel allmählich in der Art, dass sie den Platz in der Nähe desselben verlassen musste. In anderen Fällen nimmt die Furcht vor Zug und Erkältung Zwangscharakter an und veranlasst die Betreffenden, selbst in der heissesten Jahreszeit sich mit einer Bekleidung zu versehen, die Anderen unerträglich wäre. Die Furcht vor Zug kann auch geradezu eine absurde Form annehmen.

Eine in den 30 er Jahren stehende Dame meiner Beobachtung litt an der Zwangsidee, dass sie durch Zug erblinden könne. Sie

wagte es infolge dieser Idee nur unter besonderen Vorsichtsmaassregeln, sich in ihrer Wohnung von einem Zimmer in das andere zu begeben, und das Verlassen derselben fand nur unter höchst umständlichen Vorbereitungen statt. War sie nicht in der Lage, die ihr nötig scheinenden Vorkehrungen zur Vermeidung der Zugsfahr zu treffen, so geriet sie in die schwerste Aufregung. Wie die fragliche Idee bei der Patientin entstand, konnte ich nicht ermitteln. Andere hypochondrische Befürchtungen bestanden bei derselben nicht.

Hierher gehört auch die Furcht vor dem Lebendig- (d. h. in scheinotem Zustande) begrabenwerden, die Tafephobie Morselli's. Ich musste einem Patienten, einem hypochondrischen Neurastheniker, welcher schon viele Jahre vor seinem Ende an dieser Phobie litt, zu seiner Beruhigung bei den verschiedensten Gelegenheiten immer wieder die Erfüllung seines Wunsches zusichern, dass ihm vor der Beerdigung die Pulsadern durchschnitten werden sollten.

Zwangsbefürchtungen materieller Schädigung.

An die Zwangsbefürchtungen, welche Gesundheit und Leben betreffen, schliessen sich diejenigen an, deren Gegenstand materielle Schädigungen irgend welcher Art bilden. In erster Linie kommt hier die Zwangsfurcht vor Feuer- und Einbruchsfahr (Pyro- und Kleptophobie) in Betracht, die sich zumeist im Anschluss an eigene Erlebnisse oder andere Personen betreffende Vorkommnisse der fraglichen Art entwickelt. Ein sehr prägnantes Beispiel dieser Phobien bildet nachstehender Fall.

Beobachtung 24. Klepto- und Pyrophobie. Herr S., Rechnungsbeamter, 51 Jahre alt, verheiratet, kinderlos, ist erblich belastet. Sein Vater starb 65 Jahre alt an einem Gehirnschlag, seine Mutter hochbetagt an Altersschwäche; dieselbe war nervenleidend. Er hat 3 Geschwister, 2 Brüder, welche angeblich gesund sind und eine Schwester, welche in Irrsinn auf hysterischer Basis verfiel. Pat. war schon als Kind nervenschwach; ausser Kinderkrankheiten machte er jedoch bis in die 30 er Jahre keine erhebliche Erkrankung durch. Im 33. Lebensjahre litt er längere Zeit an erheblichen, allmählig sich steigernden Kopfschmerzen. Im folgenden Jahre wurde er zum Rentbeamten befördert. Diese Stellung brachte ihm viele Sorgen und Aufregungen. Ausserordentliche Gewissenhaftigkeit in der Führung seiner Geschäfte, sehr lebhaftes Ehrgefühl und beständige Befürchtungen, von seinem Personal bestohlen zu werden (was auch wiederholt vorgekommen sein soll), liessen ihn nicht zur Ruhe

kommen. Kam zufällig ein Monitorium der vorgesetzten Behörde, so befahl ihm eine namenlose Angst und Zittern. Die Kopfschmerzen traten unter diesen Verhältnissen (namentlich bei Aufregungen) häufiger als im vorhergehenden Jahre auf. Dazu gesellten sich vorübergehend Parästhesien an verschiedenen Stellen des Schädels (Druckgefühle, Kribbeln etc.). Pat. sah sich durch diese Beschwerden veranlasst, in seine frühere Stellung zurückzukehren. Bei der Übergabe der Amtskasse stellte sich ein Manko von 20 Gulden heraus, welches sich nachträglich als irrtümlich erwies. Dieser Vorfall regte den Pat. maasslos auf. Er will in der Folge von Meningitis befallen worden sein, die nach 3 Wochen zur Heilung gelangte. Wahrscheinlich handelte es sich um eine ausserordentliche Steigerung der cerebrasthenischen Beschwerden, die bei dem Pat. schon früher vorhanden waren. Pat. nahm in der Folge für einige Zeit Urlaub; während desselben wurde er von Kopfschmerzen nur wenig mehr belästigt, und allmählig verloren sich dieselben wieder gänzlich. Während der nächsten 3 Jahre befand sich Pat., da sein Dienst ein leichter war, verhältnismässig wohl. Der günstige Zustand währte bis Pat. von einer Lungen- und Rippenfellentzündung befallen wurde. Diese hinterliess eine andauernde Verschlimmerung seines Befindens. Er war in der Folge immer kränklich, litt viel an Kopfschmerzen und leichtem Schwindel, letzteres besonders beim Stiegensteigen und beim Hinaussehen aus dem Fenster. Dazu kam beständige Angst, bestohlen zu werden; er untersuchte fortwährend alle Winkel der Wohnung und sah unzählige Mal täglich nach, ob die Thüren gehörig verschlossen seien.

Vor einigen Jahren war Pat. Zeuge eines Brandes, der in einem Hause in der Nähe seiner Wohnung ausgebrochen war. Seit diesem Vorfalle besteht bei ihm auch eine ganz ausserordentliche Angst vor Feuersgefahr, die eine besondere Nahrung in dem Gedanken findet, dass er durch seine finanziellen Verhältnisse genötigt ist, in einem 3. Stocke zu wohnen, der nach seiner Ansicht wegen der Nähe des Daches der Brandgefahr im besonderen Maasse ausgesetzt ist. Vor sechs Jahren soll bei ihm abermals eine Gehirnhautentzündung aufgetreten sein, d. h. er wurde wieder von stärkeren Kopfschmerzen heimgesucht, die ihn wiederholt nötigten, wochenlang zu Hause zu bleiben.

Vor 4 Jahren steigerten sich die Kopfbeschwerden derart, dass Patient der Aufforderung seines Hausarztes, seine Pensionierung zu erbitten, nachkam. Die Abfassung des Gesuches verursachte dem Patienten grosse Aufregung. Im August des gleichen Jahres ging er zur Erholung aufs Land. Um diese Zeit traten bei ihm zum ersten Male nachts schwere Angstzustände auf, in welchen er bald vor Dieben oder Räubern, bald vor Feuer, mitunter auch vor dem bevorstehenden Umzug nach W. sich fürchtete. 6 Wochen später kehrte er nach München zurück. In den letzten Jahren hat die

Furcht vor Diebs- und Feuersgefahr allmählich noch zugenommen. Zeitweilig traten bei ihm auch Wutanfälle auf, welche gegen seine Frau gerichtet waren. In diesen Zuständen kam es mitunter auch zum Irrereden. Seit 2 Monaten lässt Pat. öfters, ohne es zu bemerken, Speichel aus dem Munde fließen. Der Appetit ist im allgemeinen befriedigend, der Schlaf häufig mangelhaft und unruhig, Kopfschmerz noch immer zeitweilig vorhanden.

Die Untersuchung bei der Aufnahme anfangs der 80er Jahre ergab:

Mittelgrosse, dürrtlig genährte Persönlichkeit, mässige Calvities, dem Alter nicht entsprechendes, seniles Aussehen, Schädelkonfiguration normal. Temporalarterien beiderseits stark hervortretend und sehr geschlängelt, links noch mehr als rechts; Schädel bei Perkussion nicht empfindlich. Pupillen gleichweit, auf Licht und Konvergenz beiderseits normal reagierend, Augenbewegungen normal; in der Innervation beider Gesichtshälften kein Unterschied. Zunge belegt und beim Herausstrecken etwas nach links abweichend; reichliche fibrilläre Zuckungen an derselben; die Zungenbewegung nach allen Richtungen erhalten, Gaumensegel beiderseits gleich gut gehoben. Die Sprache unverändert, Sensibilität und Motilität der Extremitäten intakt. Seitens der Respirationsorgane ausser Zeichen geringer chronischer Bronchitis nichts nachweisbar. Herztöne rein, Herzdämpfung nicht vergrössert, Puls 78, etwas klein. Verdauungsapparat in Ordnung. Urin enthält reichlichen Eiweissgehalt.

Was das psychische Verhalten anbelangt, so äussert sich Pat. in der Unterhaltung völlig kohärent, bekundet jedoch in seinen Reden wie in seinem ganzen Gebahren eine krankhafte Ängstlichkeit. Er erkundigt sich eingehend nach der Möglichkeit eines Einbruchs in das von ihm bewohnte Zimmer, sowie bezüglich etwaiger Feuersgefahr und gesteht, dass er in beständiger Furcht vor diesen Eventualitäten lebt. Diese Furcht steigert sich zeitweilig zu schweren Angstzuständen. Gedächtnis und Fähigkeit zu geistiger Beschäftigung haben bei ihm beträchtlich gelitten. Es strengt ihn an, eine Zeitung auf einmal durchzulesen oder einen Brief zu schreiben. Pat. macht im ganzen den Eindruck vorgeschrittener körperlicher und geistiger Senescenz.

Pat. verblieb nur etwa 5 Wochen in der Anstalt. Während dieser Zeit war sein Befinden erheblich schwankend. Nachdem in der ersten Woche der Zustand entschieden zum Besseren sich zu wenden schien, wurde der Schlaf zum Teil infolge von Indigestionen, welche sich Pat. durch Unmässigkeit im Essen zuzog, öfters gestört. Hiermit mehrten sich auch die Klagen über Kopfschmerzen und allgemeine Müdigkeit etc. Zeitweilig traten auch ausgesprochene Verstimmlungszustände mit Selbstmordgedanken auf. In der dritten Woche des Anstaltsaufenthaltes wurde Pat. nach einer gut verbrachten Nacht am Morgen von einem Wutanfalle ohne eruerbare

äussere Veranlassung heimgesucht. Er sprach hierbei irre, biss in die Bettdecke, ballte die Fäuste und drohte seiner Frau mit Ermorden. Nach dem Anfälle zeigte sich Pat. etwas niedergeschlagen, auch äusserte er Klagen über Kopfschmerzen, nachmittags war das Befinden etwas besser. Über den Vorfall befragt, erklärte Pat., dass er während desselben das Bewusstsein durchaus nicht verloren habe, aber nicht imstande gewesen sei, der ihn beherrschenden Ideen sich zu erwehren. Auch in der Folge wechselte der Zustand erheblich und folgten auf Tage ganz erträglichen Befindens solche mit Verstimmungszuständen und stärker hervortretenden Kopfbeschwerden. In den letzten Tagen des Anstaltsaufenthaltes wurde Pat. erregter. Er äusserte beständig das Verlangen, in seine Wohnung zurückzukehren; sich selbst beschuldigte er, ein gottloser Mensch zu sein; gegen seine Frau erhob er den Vorwurf, an allem die Schuld zu tragen, obwohl er hierfür keinen Grund anzugeben wusste. Er glaubt, dass seine Frau für ihn nicht passe und seine Leiden verursacht habe. Auch der Eiweissgehalt des Urins schwankte während des Anstaltsaufenthaltes, er nahm zeitweilig erheblich ab, verschwand sogar vorübergehend, um dann wieder stärker aufzutreten. Eine Beziehung dieses Umstandes zu den psychischen Krankheits symptomen liess sich nicht feststellen. Über das weitere Schicksal des Pat., der inzwischen wohl verstorben ist, bin ich nicht unterrichtet.

Wir sehen im vorstehenden Falle, wie auf der Basis einer allgemeinen, mit neuropathischer Disposition zusammenhängenden Ängstlichkeit sich unter der Einwirkung okkasioneller Momente (Entwendungen seitens des Personals, Feuersbrunst in der Nachbarschaft) eine schwere Klepto- und Pyrophobie entwickelt; hierzu gesellen sich Wutanfälle mit ausgesprochener Trübung des Bewusstseins und krankhafte Ideen, die als Ansätze von Wahnideen (Verfolgungsideen) sich charakterisieren. Diese Ideen gehen aber nicht aus einer Umwandlung von bei dem Pat. bestehenden Zwangsvorstellungen hervor; sie zeigen vielmehr inhaltlich keinen Zusammenhang mit diesen und können nur als Ausdruck einer Weiterentwicklung oder vorübergehenden Steigerung der psychischen Störung betrachtet werden.

Eine Klepto- und Pyrophobie von der Intensität und Dauer wie im vorstehenden Falle ist jedenfalls eine sehr seltene Erscheinung. Ich habe in der Litteratur keinen analogen Fall finden können. Die leichteren Grade der beiden Phobien sind dagegen ziemlich häufig und finden sich namentlich bei weiblichen Personen. Die kleptophobischen Individuen können nicht schlafen, wenn sie

nicht vorher unter das Bett gesehen und sich davon überzeugt haben, dass unter demselben kein Dieb verborgen ist. Dies muss auch geschehen, wenn die Möglichkeit des Einschleichens einer fremden Person so gut wie ausgeschlossen ist. Jedes Geräusch nachts wird auf Einbrecher bezogen und erzeugt maasslose Angst. Geld und Schmucksachen und andere wertvolle Habseligkeiten werden in den absonderlichsten Verstecken aufbewahrt. In einem mir bekannt gewordenen Falle versteckte ein Kleptophobe Wertpapiere in einer auf dem Speicher aufbewahrten Kiste, vergass dann den Ort des Verstecks und beschuldigte, als er seine Wertpapiere nicht finden konnte, die Köchin der ihm gegenüber wohnenden Partie des Diebstahls; dieselbe wurde auch in Untersuchung gezogen. Die Wertpapiere fanden sich erst später, als der Betreffende umzog beim Auspacken des Hausrats in der Kiste unberührt vor.

Die Pyrophoben machen vor dem Zubettgehen die Runde in der Wohnung, um nachzusehen, ob alle Lichter, Lampen und Feuer ausgelöscht sind und ob nicht etwa durch ein unachtsam weggeworfenes Zündholz da oder dort ein Gegenstand in Brand geraten ist. Hängt diese Pyrophobie, wie es zuweilen der Fall ist, mit Zweifelsucht zusammen, so genügt die einmalige Vornahme der Runde durch die Wohnung nicht; es muss mehrfach nachgesehen werden, ob nicht doch da und dort ein brennendes Licht u. dergl. übersehen wurde, und dann bleiben immer noch beängstigende Zweifel. Das Herumwandern in der Wohnung nimmt erst ein Ende, wenn die Pat. sich endlich zur Ignorierung ihrer Zweifel aufrafft oder auch durch den Einspruch ihrer Umgebung an der Fortsetzung ihres Treibens gehindert wird.

Auch die Furcht vor geschäftlichen Verlusten und Vermögens-einbussen anderer Art nimmt mitunter Zwangscharakter an. Zwangsbefürchtungen dieser Art begegnet man insbesondere bei Melancholischen. Bei neurasthenischen Beamten habe ich öfters die Zwangsbefürchtung gefunden, dass sie sich wegen ihres Zustandes pensionieren lassen müssten und infolge der Schmälerung ihres Einkommens mit ihrer Familie in eine Notlage geraten würden.

Dieser Zwangsgedanke ist deshalb von besonderer Bedeutung, weil er zumeist Verstimmungszustände nach sich zieht.

Eine andere hierher gehörige Zwangsbefürchtung, die ich ebenfalls nur bei Beamten angetroffen habe, ist die Haftungsphobie,

die Furcht für Irrtümer oder Versehen in der Geschäftsführung finanziell haftbar gemacht zu werden. Diese Furcht, welche, wie wir an einem später mitzuteilenden Falle sehen werden, hohe Grade erreichen kann, steht gewöhnlich im Zusammenhang mit Zweifelsucht.

Die Furcht vor materiellen Verlusten kann auch sonderbare Formen annehmen. Eine in den 30er Jahren stehende, vor längerer Zeit von mir beobachtete Büglerin litt an der Zwangsbefürchtung, unter die Gegenstände, mit welchen sie zu hantieren hatte, aus Versehen Geld zu bringen und dadurch zu Schaden zu kommen; sie gab nichts ohne vielmalige genaueste Untersuchung nach Geld aus der Hand. Die Furcht nahm allmähig derart überhand, dass sie den ganzen Tag mit Durchsuchung ihrer Habseligkeiten und Durchstöberung aller Winkel ihrer Wohnung nach etwa verlorenem Gelde zubrachte. Sie wurde dadurch arbeitsunfähig und geriet durch den Verlust ihres Verdienstes in die drückendste Notlage.

Zwangsbefürchtungen moralischer Schädigung.

Mannigfach sind die Zwangsbefürchtungen, deren Gegenstand moralische Schädigung, i. e. Einbusse an Ehre und Ansehen vor der Welt oder auch an der günstigen Meinung, resp. dem Wohlwollen einzelner Personen bildet. In erster Linie kommt hier die Furcht, sich zu blamieren, Aufsehen oder Anstoss zu erregen, oder auch nur einen ungünstigen Eindruck zu machen, in Betracht, welche namentlich bei jüngeren, an sexueller Neurasthenie leidenden Individuen angetroffen wird und zu einer Art von Anthropophobie (Meidung von Gesellschaft) führen kann.

Beobachtung 25. **Zwangsbefürchtung, sich zu blamieren.** Herr X., Studierender der Medizin, 24 Jahre alt, ist erblich neuropathisch belastet (der Vater Sonderling mit einem Sprachfehler behaftet, die Mutter neurasthenisch). Pat. zeigte in früher Jugend schon einen auffälligen Hang zum Phantastischen und ergab sich vom 9.—16. Jahre der Onanie in ganz excessiver Weise. Aufklärung durch das Konversationslexikon veranlasst den Pat. zur Einschränkung des Missbrauchs. Einige Monate später typhöses Fieber ohne ungünstige Folgen, später bei Aufregungen Zittern der Finger, öfters auch Schwächezustände in den Beinen und lästige Schmerzen im Rücken. Im 18. Jahre Gedächtnisschwäche, Zerstreutheit, unbestimmtes Krankheitsgefühl (Angstgefühl) mit Ahnung kommenden Unheils, Beobachtungsangst.

Wegen seines Nervenzustandes verliess Pat. damals das Gymnasium, um sich dem Geometerberufe zu widmen, der ihm jedoch nicht zusagte. Es kam in der Folge zu heftigen Auseinandersetzungen mit seinem Vater, der erst nach einem Jahre dem Sohne das Weiterstudium am Gymnasium bewilligte. Pat. absolvierte das Gymnasium mit der Note „gut“ und bezog die Universität, wo er anfänglich durch seine Mitgliedschaft in einem Vereine zu Trinkexcessen verleitet wurde, später jedoch ein ruhiges, zurückgezogenes Leben führte, das seinen Nerven sehr wohl bekam. Eines Tages fiel ihm jedoch ein Buch über Nervenkrankheiten in die Hände, dessen Lektüre sehr ungünstige Folgen für ihn hatte. Während er vorher seinen Zustand richtig als Neurasthenie beurteilt hatte, fürchtete er nunmehr, an Paralyse zu leiden. Unter immer wachsenden Beängstigungen, Zweifeln und Grübeleien verschlimmerte sich sein Zustand mehr und mehr. Trotz alledem war er jedoch in der Lage sich dem Tentamen physicum mit Erfolg zu unterziehen.

Bei der Aufnahme klagte Pat. insbesondere über Verminderung seiner Arbeitsfähigkeit und Angstzustände in Gesellschaft. Schon in jüngeren Jahren wurde er von einem beängstigenden Gefühle ergriffen, wenn er bekannten Personen auf der Strasse begegnete; auch konnte er im Verkehre mit Menschen, mit denen er nicht auf ganz vertrautem Fusse stand, sich nie einer gewissen Angstlichkeit erwehren. Diese Angstlichkeit ist in neuerer Zeit bedeutend gewachsen. Schon der Gedanke, von fremden Personen beobachtet zu werden, ist ihm höchst peinlich. Die Angst beim Verkehre mit Fremden bezieht sich darauf, dass er sich in irgend einer Weise blamieren oder einen ungünstigen Eindruck machen könne. Er ist von der Grundlosigkeit dieser Angst überzeugt und hat sich dieselbe auch schon oft genug lebhaft vorgehalten, konnte sich derselben jedoch trotzdem nicht erwehren.

Sexuellen Umgang hat Pat. bisher nur wenig gepflogen; seit einem halben Jahre hat er denselben gänzlich aufgegeben, obwohl sich zeitweilig ein gewisses Bedürfnis geltend macht. Pollutionen in letzterer Zeit nur ungefähr einmal in vier Wochen, vor einem Jahre waren dieselben noch viel häufiger. Das Studium strengt den Patienten nicht übermässig an. Die Klagen bezüglich der Verminderung seiner Arbeitskraft sind offenbar hypochondrisch übertrieben. Auch das Gedächtnis zeigt keine deutliche Abnahme. Objektiv negativer Befund.

Die Zwangsbefürchtung, Aufsehen zu erregen oder sich lächerlich zu machen etc., hängt häufig mit anderen Zwangsvorstellungen, welche die äussere Erscheinung betreffen, so insbesondere mit der Furcht zu erföten, zusammen. Was den Erythrophoben quält, ist ungleich weniger die Furcht vor dem Erröten an sich, als vielmehr

der Gedanke, durch das Rotwerden die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen, sich lächerlich zu machen, unter Umständen sich auch ungünstigen Nachreden auf Grund von Missdeutungen auszusetzen.

Bei manchen Patienten besteht die Zwangsvorstellung, dass bei ihnen eine körperliche Verunstaltung bestehe, welche bei der Umgebung unliebsames Aufsehen erzeuge (Dysmorphophobie, Morselli). Ein Patient, von welchem K a a n berichtet, empfand eigentümliche Paraesthesien in einer Narbe seiner sonst wohlgebildeten Nase; dies erzeugte in ihm die Zwangsvorstellung (Zwangsempfindung), dass seine Nase eine Kugelform habe, und er scheute sich deshalb auszugehen. Sekundär kam es bei dem Pat. zu der Vermutung, dass alle Leute ihn wegen seiner Verunstaltung betrachten, und er verfiel schliesslich in Beachtungswahn.

In manchen Fällen bildet nicht der Körper, sondern die Kleidung und, was dieselbe enthält, den Gegenstand der Dysmorphophobie (Zwangsvorstellung, dass die Beinkleider zu kurz oder nicht geschlossen seien, H ö s t e r m a n n, eigene Beobachtung). In dem folgenden Falle bezog sich die Befürchtung auf den Inhalt der Taschen.

Beobachtung 26. Zwangsbefürchtung, durch den Inhalt der Taschen Aufsehen zu erregen; Zweifelsucht. Herr X., Geschäftsreisender, 33 Jahre alt, ist erblich jedenfalls nur wenig belastet. Der Vater ist 67 Jahre alt und herzleidend, die Mutter starb 58 Jahre alt am Gehirnschlag, war nicht nervenleidend. Pat. hat 5 gesunde Geschwister, eine Schwester von sehr erregbarem Naturell endete durch Suicid. Pat. hat als Kind nur Masern durchgemacht; im Alter von 10 Jahren heftiger Schreck, dadurch verursacht, dass ihm eine Katze nachts über das Gesicht sprang. In der Folge grosse Erregung und etwa 1 Jahr lang nächtliche Angstzustände (Pavor nocturnus). Mit 23 Jahren Gonorrhoe, welche eine mehrere Jahre lang andauernde Syphilidophobie nach sich zog. Mit 27 Jahren Pneumonie, ausserdem in den letzten Jahren wiederholt Influenza. Das gegenwärtige Leiden besteht seit etwa 3 Jahren. Pat. hat beständig das beunruhigende Gefühl, dass er etwas Unpassendes in seinen Taschen trage und man dies bemerke, so dass er in unliebsamer Weise auffällig werde. Am Höteltische z. B. wird er von der Vorstellung gequält, dass er Brot in den Taschen habe, was seinen Nachbarn nicht entgehe. Beim Verkehre mit Kunden betrifft das Gefühl Papier, Stoffe und dergleichen. Daneben bestehen Erscheinungen von Zweifelsucht. Pat. hat bei vielem, was er tut, Zweifel, ob das Betreffende auch richtig erledigt ist. Er muss Briefe öfters durchlesen, um zu sehen, dass dieselben richtig abge-

fasst sind, geschäftliche Notizen und Rechnungen öfters prüfen, um sich von ihrer Korrektheit zu überzeugen etc. Auch eine gewisse Neigung zu Grübeleien ist vorhanden. Andere Beschwerden mangeln.

Über die Veranlassung des Leidens weiss Pat. nichts Bestimmtes anzugeben, doch liegt bei ihm zweifellos geschäftliche Überanstrengung vor. Pat. trinkt sehr wenig und hat das Rauchen schon längere Zeit ganz aufgegeben. Masturbation vom 12. oder 13. bis zum 17. Lebensjahre ungefähr; sexueller Verkehr nur ganz mässig, Pollutionen selten.

Im vorigen Jahre gebrauchte Pat. einen Gebirgsaufenthalt, welcher, abgesehen von körperlicher Kräftigung keinen Einfluss auf seinen Zustand ausserte, in diesem Jahre eine Anstaltskur; während letzterer befand sich Pat. entschieden besser. Bei der Wiederaufnahme der geschäftlichen Tätigkeit verlor sich dieser Erfolg jedoch alsbald wieder. Bei Zerstreuung machen sich die Zwangsvorstellungen weniger bemerklich. Objektiv negativer Befund.

Ungleich beschwerlicher und in ihren Folgen bedeutungsvoller als die im Vorstehenden erwähnten Zwangsbefürchtungen ist die Furcht, sich fremdes Eigentum anzueignen oder angeeignet zu haben, für welche ebenfalls die Bezeichnung Kleptophobie gebraucht wird. Diese Furcht kann wie die Berührungsfurcht solche Dimensionen annehmen, dass sie bei den entferntesten Anlässen sich geltend macht, den Kranken beständig in Aufregung erhält und sein Tun und Treiben in weitestgehendem Masse beeinflusst. Von manchen Autoren, Gélinau und anderen, wird die Ansicht vertreten, dass die hier in Frage stehende Kleptophobie öfters ein Vorstadium der Kleptomanie bildet. In meinen hierher gehörigen Beobachtungen war dies nicht der Fall; die Furcht, sich fremdes Eigentum anzueignen, war mit keinerlei Impuls zu derartigen Handlungen verknüpft. Wir werden dies aus dem im Folgenden mitzuteilenden, sowie einem weiteren Falle, über den an späterer Stelle berichtet werden wird, ersehen.

Beobachtung 27. Aktive Kleptophobie. Frau X., Offiziersgattin, 31 Jahre alt, ist seit 6 Jahren verheiratet. Ihre beiden Eltern leben noch, der Vater ist ein Mann von sehr reizbarem Temperament und schrullenhaft, die Mutter etwas nervös. Pat. machte als Kind ausser Masern und Schafpocken einen leichten Typhus durch. Menses mit 14 Jahren ohne Beschwerden. Pat. war schon immer von etwas ängstlichem Naturell. Vor 8 Jahren lernte sie ihren gegenwärtigen Gatten kennen; aus Schüchternheit wagte sie es jedoch nicht, ihren Eltern ihre Zuneigung zu demselben zu ge-

stehen, und die Zweifel, die sie betreffs der Zustimmung ihrer Eltern quälten, führten allmählich einen ausgesprochenen Verstimmungszustand bei ihr herbei. Die Eltern gaben, als sie das von der Pat. ängstlich gehütete Geheimnis ihrer Neigung erfuhren, ihre Einwilligung zur Heirat, wodurch die Gemütsdepression beseitigt wurde. In den ersten Jahren nach ihrer Verheiratung war im ganzen ihr Befinden befriedigend. Im 4. Ehejahre wurde Pat. von einem gesunden Knaben entbunden, der bisher in normaler Weise gedieh. Während des letzten Winters trat neuerdings ohne bestimmt eruierbare Ursache bei der Pat. Verstimmung ein; hiezu kam alsbald auch die Besorgnis, sie könnte sich fremdes Eigentum widerrechtlich angeeignet haben oder aneignen. Brachte z. B. ein Briefträger Geld, so fürchtete sie, sie könnte demselben Geld genommen und dasselbe versteckt haben. Die gleichen Befürchtungen stellten sich ein, wenn ihr andere Personen etwas brachten. Wenn sie Besuche machte, so wurde sie nach der Heimkehr von dem Gedanken gequält, sie könnte aus der betreffenden Wohnung etwas mitgenommen haben. Die Erregung bei diesen Vorfällen steigerte sich sehr häufig zu schwerer Angst mit Herzklopfen, Zittern etc. Die Furcht, sie könnte irgendwo etwas widerrechtlich mitnehmen, brachte die Pat. allmählich dahin, dass sie sich scheute, allein auszugehen, ihre Einkäufe selbst zu besorgen, Besuche zu machen etc.; doch verhindert die Begleitung einer Person beim Ausgehen das nachträgliche Auftreten der Vorstellung, etwas entwendet zu haben, keineswegs. Von einem Trieb oder auch nur einer Begierde nach irgend welchem fremden Eigentum ist gar keine Rede. Sie hat deshalb auch keinerlei Selbstüberwindung zu üben, um sich von der Aneignung fremden Eigentums zurückzuhalten.

Ihre Entwendungsfurcht bezieht sich auch zumeist nicht auf bestimmte Objekte, sondern nur darauf, dass sie bei dieser oder jener Gelegenheit irgend etwas ihr nicht Gehöriges genommen oder behalten haben könnte. Appetit im allgemeinen gut, Stuhlgang nicht ganz regelmässig, Schlaf in letzterer Zeit öfters gestört. Migräne schon seit mehreren Jahren; Schwächegefühl, das sich namentlich bei Spaziergängen bemerklich macht.

Objektiv ist abgesehen von etwas dürftiger Allgemeinernährung nichts zu konstatieren.

Die Pat. blieb zirka 6 Wochen in Beobachtung. Während dieser Zeit zeigte ihr Befinden mehrfach Schwankungen und erst in den letzten 2 Wochen liess sich eine andauernde und erhebliche Besserung konstatieren.

Es seien hier aus der Krankengeschichte nur folgende Notizen angeführt.

22./VII. Die kleptophobischen Zwangsvorstellungen sind noch immer vorhanden, wenn sie auch zeitweilig seltener sich zeigen.

Kommt die Pat. in die Nähe einer fremden Person, so glaubt sie, sie könnte dieser etwas genommen haben oder die betreffende Person habe vielleicht etwas fallen lassen, was sie sich aneignete. Lässt ihre Mutter sie allein die Treppe hinauf in ihr Zimmer gehen, so wird sie von der Vorstellung gequält, sie habe bei dieser Gelegenheit die Zimmer anderer Pensionsgäste besucht und sich dort Verschiedenes angeeignet. Sie macht deshalb ihrer Mutter, welche ihr hier Gesellschaft leistet, Vorwürfe und hält sich für von dieser vernachlässigt. Ihre Mutter muss, wenn sie sie allein im Zimmer lässt, dieses immer absperren, weil die Pat. sonst von dem Gedanken verfolgt wird, dass sie in Abwesenheit ihrer Mutter den von anderen Personen bewohnten Nachbarräumen Besuche abstatten könnte. Gestern Nachmittag kaufte die Pat. in Begleitung ihrer Mutter in einem Geschäfte Strümpfe; nach der Heimkehr von diesem Gange grosse Erregung, weil man verabsäumt hatte, die Strümpfe zu untersuchen; die Pat. hatte angeblich gesehen, dass die Geldschublade geöffnet war und möglicherweise Geld in die Strümpfe hineingepackt wurde. Die Angst, welche sich an diese Vorstellung knüpfte, war so intensiv und andauernd, dass Pat. noch am Abend nichts zu essen vermochte.

31./VII. Die Pat. ist bei gutem Appetit und unterhält sich in Gesellschaft zeitweilig vortrefflich. Die Belästigung durch die kleptophobischen Vorstellungen ist jedoch immer noch erheblich und dementsprechend die Stimmung noch häufig deprimiert, zumal die Pat. Zweifel an ihrer Genesung hegt. Seit 8 Tagen verlangt die Pat. die früher nur zu oft begehrte Visitation ihrer Kleider und des Zimmers nur deshalb nicht mehr, weil es vergebliche Mühe sei, nachdem man die Visitation am 23./VII. unterlassen habe; infolge dieser Versäumnis könnten von ihr etwa entwendete Gegenstände doch nicht mehr gefunden werden. In der letzten Zeit der Behandlung ging die Patientin zum Teil allein, zum Teil in Begleitung fremder Personen aus, besuchte Restaurationslokale, nahm an Kartenspielen um Geld Anteil etc.

Weitere hierher gehörige Zwangsvorstellungen sind die Furcht, obscöne oder überhaupt anstössige Worte in Gesellschaft zu äussern, die zuweilen mit Impulsen zu solchen Äusserungen, resp. Handlungen zusammenhängt, aber auch unabhängig von solchen auftreten kann, ferner die Furcht, sich irgend welcher (nicht begangener) Vergehen oder Verbrechen zu beschuldigen.¹⁾ Ferner sind hier zu erwähnen: Die Zwangsbefürchtungen, für gewisse Angaben oder Mitteilungen

¹⁾ Bei an Zwangsvorstellungen Leidenden tritt nicht selten die Zwangsvorstellung auf, ein Verbrechen, von dem sie zufällig hörten oder lasen, begangen zu haben. An Stelle dieser Vorstellungen kann nach meinen Beobachtungen die Furcht vor Selbstbeschuldigung treten.

zur Verantwortung gezogen zu werden, in einem Prozesse einen Eid schwören zu müssen und sich dadurch dem Verdacht eines Meineides auszusetzen. Bei einer Patientin meiner Beobachtung, bei welcher leichte Melancholie bestand, ging die Zwangsbefürchtung, einen Eid schwören zu müssen, allmählig in die Zwangsidee über, einen falschen Eid bereits geschworen zu haben.

Zwangsbefürchtungen altruistischen Inhalts.

Wenn wir die im Vorhergehenden besprochenen Zwangsbefürchtungen, welche die eigene Person betreffen, als egoistische zusammenfassen, so können wir denselben als altruistische Phobien eine Gruppe von Zwangsvorstellungen anreihen, deren Inhalt Befürchtungen für Leben und Gesundheit, den materiellen Besitz oder die Ehre anderer Personen, namentlich Familienangehöriger, bilden. Das Gefühl der Verantwortlichkeit für die Sicherheit oder die Habe anderer Personen spielt bei diesen Befürchtungen öfters eine gewisse Rolle, doch hat dasselbe für die Entstehung altruistischer Phobien keineswegs die Bedeutung, welche ihr Kaaan zuschreibt. So tritt z. B. die Zwangsvorstellung, dass einem abwesenden Familienmitgliede ein Unglück zugestossen sein könne, namentlich bei weiblichen Personen häufig unter Verhältnissen auf, in welchen von einer Verantwortlichkeit der Patienten gar keine Rede sein kann. Einen Beleg hierfür bildet folgende Beobachtung:

Beobachtung 28. Zwangsbefürchtungen in Bezug auf den Gatten und andere Familienmitglieder; Hysterie. Frau X., Fabrikantensgattin, 25 Jahre alt, seit 6 $\frac{1}{2}$ Jahren verheiratet, Mutter eines 5jährigen Kindes. Der Vater, der an einer Operation starb, war von sehr heftigem Temperament, die Mutter noch am Leben und nervös; 5 Geschwister, zum Teil von ähnlichem Temperament wie der Vater; von Geisteskrankheiten in der Familie nichts bekannt. Pat. machte als Kind Scharlach und Masern durch, mit 12 Jahren nervöser Husten, Menses mit 14 oder 15 Jahren ohne besondere Beschwerden, Chlorose mit 17 Jahren. Nach der Verheiratung alsbald Schwangerschaft, welche normal verlief; Entbindung ohne Kunsthilfe. Vor 3 Jahren traten bei der Patientin infolge gemüthlicher Erregungen wegen Erfolglosigkeit einer gynäkologischen Operation (Auskratzung wegen Endometritis) hysterische Anfälle ohne Bewusstseinsverlust auf, die seitdem von Zeit zu Zeit wiederkehrten. Die Intervalle zwischen den Anfällen wechselten. In letzter Zeit haben diese an Häufigkeit und Dauer zugenommen und werden gewöhnlich

durch Kopfschmerzen eingeleitet. Eine gewisse Ängstlichkeit wegen ihrer Angehörigen besteht bei der Pat. schon lange; seit 2 Jahren wird sie jedoch von Zwangsbefürchtungen betreffs ihrer Angehörigen, welche mit leichteren oder schwereren Angstzuständen sich verknüpfen, sehr viel heimgesucht. Ist ihr Gatte verreist, wird sie den Gedanken nicht los, dass ihm irgend ein Unheil, Erkrankung, Unfall etc. zugestossen oder er gar ums Leben gekommen sein könne. Selbst wenn er Abends länger als gewöhnlich ausbleibt, drängen sich ihr Befürchtungen der verschiedensten Art auf. Ist ihr Gatte zu Hause, so wird sie von Besorgnissen wegen der Gesundheitsverhältnisse anderer Familienmitglieder oder sonstiger Angelegenheiten gequält. Mitunter wird sie aber auch nur von einer ganz inhaltslosen Angst befallen, die in ihr sekundär den Gedanken weckt, es müsse demnächst irgend ein Unglück passieren. Eine abnorme Ängstlichkeit für ihre eigene Person besteht bei der Pat. nicht.

Appetit und Schlaf gut, Stuhlgang unregelmässig. Nach den Angaben des Gatten Congr. interr. seit Geburt des Kindes. Die Pat. ist sexuell anaesthetisch (Mangel des Orgasmus), ebenso eine Schwester derselben.

Die altruistischen Phobien betreffen zum grössten Teile Unfälle oder Erkrankungen von Familienmitgliedern oder Verschlimmerung solcher. Bei ängstlich um ihre Angehörigen besorgten Personen genügen die unbedeutendsten Veranlassungen, Verspätung bei einem Ausgange, Nichteintreffen eines Besuches, Ausbleiben eines Briefes etc., um Zwangsbefürchtungen der fraglichen Art wachzurufen. Mitunter zeigen derartige Zwangsgedanken eine besondere Hartnäckigkeit, und wenn dieselben zufälligerweise eine Bestätigung finden, werden dieselben als „Ahnungen“ gedeutet und je nach der Geistesrichtung der Betreffenden als Äusserung einer prophetischen Gabe aufgefasst oder auch auf übernatürliche Einwirkungen zurückgeführt. Es ist begreiflich, dass die um die Gesundheit ihrer Angehörigen krankhaft Besorgten häufig auf diese ihre eigene Ängstlichkeit übertragen und denselben durch übertriebene Vorsichtsmassregeln das Leben sauer machen. Die altruistischen Phobien können aber neben den eigenen Angehörigen auch auf fernerstehende Personen, selbst die ganze menschliche Gesellschaft sich erstrecken. „Um andere Menschen“, bemerkt Kaan, „vor zufällig hereinbrechenden Unglücksfällen zu bewahren, werfen sich solche Kranke förmlich zu freiwilligen Sicherheitswächtern auf; stundenlang stehen sie an gefährlichen Passagen, an Uferquais oder Kanalgittern, um Vorübergehende, besonders Kinder, vor dem Überfahrenwerden oder Inswasserfallen zu bewahren;

die Besorgnis, eine solche Lebensrettung zu versäumen, brachte einen Kranken so weit, dass er von der Tramway sprang, so oft er etwas Weisses auf der Strasse zu erblicken glaubte. Er musste sich die Gewissheit verschaffen, kein am Boden liegendes Kind übersehen zu haben, sonst wurde er tagelang quälende Zweifel nicht los.“

Auch die materiellen Interessen verwandtschaftlich oder sonst nächstehender Personen können den Gegenstand von Zwangsbefürchtungen bilden. Ein Neurastheniker meiner Beobachtung wurde, wenn er von etwas unsicheren geschäftlichen Unternehmungen Verwandter hörte, tagelang von schweren Beängstigungen wegen der möglichen Folgen dieser Transaktionen heimgesucht, obwohl aus denselben irgend ein persönlicher Nachteil für ihn nicht erwachsen konnte und er auch wusste, dass die Verwandten den etwaigen Verlust zu tragen imstande waren. Bei kaufmännischen Untergebenen, welche für ihre Firma Geschäfte abschliessen, kann, wie die folgende Beobachtung zeigt, die Furcht vor einem ihrer Firma drohenden Verluste ganz ausserordentliche Dimensionen annehmen.

Beobachtung 29. Altruistische Zwangsbefürchtungen betreffs geschäftlicher Verluste. Herr X., Geschäftsreisender, 43 Jahre alt, ledig, ohne erweisliche erbliche Belastung (der Vater durch einen Unglücksfall gestorben, die Mutter noch am Leben und gesund). Patient, schon immer etwas nervös und aufgeregter Natur, machte als Kind nur Masern durch. Vor 15 Jahren schwere gemüthliche Erregungen wegen finanzieller Verluste. Vor 3 Jahren Operation wegen Hämorrhoiden. Das gegenwärtige Leiden begann vor einigen Monaten mit Halsbeschwerden (Schmerzen im Halse), wozu sich Schluck- und Atembeschwerden gesellt haben sollen. Patient begab sich auf ärztlichen Rat an einen Kurort, wo sich die Halsbeschwerden zwar besserten, aber schwere Aufregungs- (Angst-) Zustände einstellten, so dass er beim Inhalieren nicht mehr sitzen konnte. Seit 9 Tagen ist Patient zurück. Gegenwärtig bestehen noch bedeutende Angstzustände, die insbesondere beim Alleinsein (Monophobie) auftreten. Patient kann daher nicht allein in seinem Zimmer bleiben, auch nachts nicht allein schlafen; ferner grosse Aufregung bei geringfügigen Anlässen, Neigung zum Weinen, zeitweilig hypochondrische Verstimmung (hält sich für schwer krank etc.).

Appetit und Schlaf gut, kein Kopfschmerz, geringe Schwindelanwandlungen.

Patient ging 5 Wochen später, nachdem sich sein Zustand bedeutend gebessert hatte, und besonders die Monophobie geschwunden war, wieder auf die Geschäftsreise. Sein Befinden war dabei in den ersten 14 Tagen ziemlich befriedigend, dann stellten sich jedoch Zwangsvorstellungen mit Angstzuständen ein, welche ihm die geschäftliche Thätigkeit mehr und mehr erschwerten. Er vernahm während der Tour zufällig, dass ein Kunde der Firma, der ihm einen Auftrag gegeben hatte, finanziell nicht gut stehe. Diese Nachricht berührte ihn zunächst sehr unangenehm, verursachte ihm jedoch keine Angst. Allein eines Tages tauchte bei ihm plötzlich der Gedanke auf, dass seiner Firma ein Verlust seitens des in Frage stehenden Kunden drohe, und er brachte diesen Gedanken trotz aller Bemühungen den ganzen Tag nicht aus dem Kopfe. Dabei fühlte er zeitweilig grosse Schwere auf der Brust und Zusammenschnüren im Halse.

Dieser Gedanke stellte sich auch in den folgenden Tagen ein, liess sich trotz aller Anstrengung nicht verdrängen und verursachte dem Patienten zeitweilig solche Aufregung, dass er kaum zu denken vermochte. Als die Firma von den Ängsten ihres Reisenden vernahm, suchte sie ihn durch die schriftliche Erklärung zu beruhigen, dass sie ihn von jeder Verantwortung für das betreffende Geschäft entbinde. Diese Mitteilung war jedoch nicht imstande, die den Patienten quälenden Zwangsgedanken zu beseitigen. Auch in Bezug auf andere Angelegenheiten offenbarte sich bei dem Patienten krankhafte Ängstlichkeit. Wenn er z. B. einen Brief über eine unbedeutende Sache erwartete und nicht rechtzeitig erhielt, konnte er den Gedanken stundenlang nicht aus dem Kopfe bringen.

Abermalige Behandlung von kürzerer Dauer führte eine derartige Besserung herbei, dass Patient seine geschäftliche Tätigkeit ungestört fortsetzen konnte.

Die altruistischen Phobien können auch rein ideelle Interessen fremder Personen betreffen. So wurde eine meiner Patientinnen wochenlang von der Zwangsvorstellung gequält, dass eine von ihr gemachte harmlose Äusserung durch ein Missverständnis zur Entzweiung zweier Freundinnen führen könnte.

Beeinträchtigungs- und Beobachtungsideen.

An die Gruppe der Zwangsvorstellungen, deren Inhalt die mit Angst verknüpfte Erwartung eines Unheils für die eigene Person oder andere der Interessenssphäre des Individuums angehörige Menschen bildet, schliessen sich inhaltlich jene Zwangsvorstellungen an, in welchen Beeinträchtigung irgend welcher persönlicher Interessen,

nicht als etwas Drohendes, sondern als etwas Gegebenes, Tatsächliches figuriert. Formell entspricht diese Gruppe von Zwangsvorstellungen, die man als Beeinträchtigungsideen zusammenfassen kann, völlig den paranoischen Verfolgungswahnideen; was sie von diesen unterscheidet, ist lediglich die Korrigierbarkeit. Die Beeinträchtigungsideen tauchen zumeist nur bei gewissen äusseren Veranlassungen oder bei gewissen Veränderungen des Befindens (Verstimmungszuständen namentlich) auf, und die Kranken kommen in der Regel entweder auf Grund eigener Ueberlegung nachträglich zur Überzeugung von der Unbegründetheit der betreffenden Idee, oder sie lassen sich wenigstens durch Aufklärung von fremder Seite zu dieser Auffassung bringen. Am häufigsten finden sich Beobachtungsideen. Beim Aufenthalte in Restaurationslokalen oder an ähnlichen Orten stellt sich bei den betreffenden Kranken (zumeist an sexueller Neurasthenie Leidenden) der Gedanke ein, dass in ihrer Nähe sitzende Personen ihnen ihre Aufmerksamkeit in auffälliger Weise zuwenden, sie mit geringschätzigen Blicken mustern, Bemerkungen über sie austauschen u. dergl. Dabei besteht öfters der Gedanke, dass das Aussehen des Patienten es ist, was die Aufmerksamkeit auf sich zieht. Bei einzelnen Neurasthenischen meiner Beobachtung machten sich derartige Ideen in Gastlokalen nur an Tagen schlechteren Befindens geltend, während in den besseren Zeiten dieselben fehlten.

In anderen Fällen begegnet man Vorstellungen, dass bestimmte Personen dem Kranken übelwollen, Feindseligkeiten durch Äusserungen, Handlungen oder Unterlassungen gegen ihn begehen oder, dass man allgemein ihm übel gesinnt sei, ihn verfolge etc. Derartige Ideen tauchen namentlich in Verstimmungszuständen auf, mit deren Rücktritt sie wieder schwinden und als irrtümlich erkannt werden. Bei einer Hysterischen meiner Beobachtung bestand zeitweilig die Vorstellung, dass gewisse Personen (Verwandte) ihr durch Gift nach dem Leben strebten. Die Vorstellung erhielt sich gewöhnlich nur einige Stunden und wurde nachträglich immer als lächerlich erkannt; dies verhinderte jedoch nicht, dass dieselbe beim nächsten Auftauchen wieder als begründet angesehen wurde.

Beobachtung 30. Beeinträchtigungsideen. Herr X., 22 Jahre alt, ledig, Kommis, ist ohne erweisliche erbliche Belastung (beide Eltern noch lebend und gesund, auch in der Familie sonst nichts eruierbar). Patient hat ausser Kinderkrankheiten wiederholt Typhlitis

durchgemacht. Schon während der Lehrlingszeit in S. zeigte sich bei ihm eine Neigung, sich abzusondern, und zeitweilig äusserlich unmotivierte Gedrücktheit. Später trat er als Kommiss in ein Geschäft in W. ein, wo vor etwa einem Jahre eine Unterschlagung vorkam, mit der er nichts zu thun hatte; doch glaubte er, dass von diesem Vorfalle ein gewisser Makel auch an ihm geblieben sei. Während er früher den Anforderungen seiner Stellung in jeder Beziehung entsprach, veränderte sich in der Folge sein Verhalten allmählig derart, dass er im Geschäfte fast unbrauchbar wurde und sein Vater sich schliesslich genötigt sah, ihn nach Hause zu nehmen.

Bei der Untersuchung gibt Patient Folgendes an: Er leidet sehr häufig an Kopfschmerzen oder Kopfeingenommenheit, auch an Gelenkschmerzen, insbesondere in den Schultergelenken; ferner mitunter Schwindel, Herzklopfen, Ohrensausen, auch sehr ausgesprochene Topophobien. Er fürchtet sich, in einen Laden zu gehen, um einen Einkauf zu machen; auch im Theater, in der Kirche, in Restaurants etc. wird er von Angstzuständen heimgesucht. Auch nosophobische Zwangsvorstellungen belästigen ihn. Er kann die Idee nicht los werden, rückenmarksleidend zu sein. Manche Tage ist er ganz energielos und stumpfsinnig. Dabei kam es auch schon zu Selbstmordideen, deren Realisierung nur deshalb unterblieb, weil es ihm an Mut gebrach. Zeitweilig besteht bei ihm die Vorstellung, dass von der Unterschlagungsangelegenheit in W. in den Zeitungen in einer Weise die Rede sei, welche seine Ehre berühre. Alsbald überzeugte er sich jedoch, dass dies nicht der Fall ist; dann stellt sich an Stelle der erwähnten eine andere Idee ähnlichen Inhalts ein, (dass er denunziert worden sei u. dergl.). Er sieht ein, dass alle diese Ideen unsinnig und krankhafter Natur sind, kann sich jedoch bei deren Wiederkehr derselben nicht erwehren. Beim Aufenthalte im Kaffeehause ist es auch vorgekommen, dass er das (zufällige) Lachen in der Nähe befindlicher Leute auf sich bezog und glaubte, dass man ihn wegen der Unterschlagungsaffaire verspötte.

Schlaf und Appetit zumeist gut, Stuhlgang unregelmässig, keine Pollutionen. Patient giebt zu, dass er seit seinem 14. oder 15. Lebensjahre Masturbation treibt, er will jedoch diesen Missbrauch in letzter Zeit erheblich eingeschränkt haben.

Beobachtung 31. Beeinträchtigungsideen; Zwangsverstim-mungen. Herr X., Subalternbeamter, 27 Jahre alt, ist von väterlicher Seite erblich belastet (der Vater an Paralyse gestorben, eine Schwester melancholisch). Patient hat ausser Kinderkrankheiten keine erhebliche Krankheit durchgemacht, litt jedoch als Knabe schon öfters an Kopfschmerzen. Masturbation vom 13. oder 14. Lebensjahre an, in letzter Zeit angeblich nur sehr selten. Seit mehr als 2 Jahren häufig Schlafmangel und Kopfeingenommenheit,

Neigung zu Kopfkongestionen, Verstimmungszustände von wechselnder Dauer, mitunter nur Stunden, mitunter aber auch Tage lang anhaltend; damit öfters in Zusammenhang stehend Beeinträchtigungsideen, deren krankhafte Natur er nachträglich gewöhnlich einsieht. Er glaubt zeitweilig, dass seine Vorgesetzten ihm übelwollen, ihn ungerecht censieren und zurücksetzen, oder auch dass seine Nebenbeamten höhnische Blicke über ihn austauschen, über ihn zischeln, seine Vorgesetzten gegen ihn einnehmen etc.

Ich sah den Patienten dieser Beobachtung nach Jahren wieder und konnte mich davon überzeugen, dass sein psychischer Zustand sich nicht verschlimmert hatte. Die Beeinträchtigungsideen waren geschwunden. An deren Stelle waren zeitweilig nosophobische Vorstellungen getreten. Über die weitere Gestaltung des Falles bin ich dagegen nicht unterrichtet.

Beobachtung 32. Beeinträchtigungsideen. Herr R., Beamter, 37 Jahre alt, ledig, ist nicht ohne erbliche Belastung (der Vater nervös und von sehr reizbarem Temperament, die Mutter viel mit Schlafmangel behaftet, ein Bruder Suicid). Im Kindesalter Masern und Diphtherie. Masturbation infolge von Verleitung durch einen Mitschüler vom 11.—13. Jahre, aber auch später (vom 18. Jahre an), jedoch nur in geringem Maasse; sexueller Verkehr selten, vom 30. Lebensjahre an Poll. nim., welche unter ärztlicher Behandlung sich besserten. Später elektrische Behandlung durch Dr. S. in W.; während dieser trat bei dem Pat. die Zwangsidee auf, dass ihn die Leute auffällig ansähen und es deshalb mit ihm eine besondere Bewandnis haben müsse. Er fand auch manches in dem Benehmen fremder Personen sonderbar, was er nicht auf sich bezog.

Die Vorstellung, dass es mit ihm eine besondere Bewandnis haben müsse, veranlasste ihn zum Grübeln, wobei er zunächst auf die Idee kam, dass man für ihn eingenommen sei, über ihn Günstiges spreche, — er hatte einen Teil seines ererbten Vermögens seinen Halbgeschwistern überlassen und glaubte, dass die Leute dies erfahren haben könnten und sich deshalb mit ihm beschäftigten —.

Später trat an die Stelle dieser Vorstellungen die Idee, dass die Leute ihm nachsagten, er treibe Onanie und sähen ihm dies auch an. Letztere Zwangsidee erhielt sich mehr als 2 Jahre, ohne sich irgendwie zu verändern. Die krankhafte Natur dieser Idee entging dem Pat. ebenso vollständig, wie die der vorübergehenden Zwangsvorstellung. Da die sich beständig aufdrängenden Zwangsvorstellungen ihm die dienstliche Tätigkeit sehr erschwerten, trat Pat. in die Irrenanstalt in S., wo er fast ein halbes Jahr verblieb, ohne jedoch eine Besserung seines Zustandes zu erreichen. Während des Aufenthaltes in S. traten die Pollutionen wieder häufiger als früher auf. Pat. nahm in der Folge seinen Dienst wieder auf, wo-

bei die Belästigung durch die oben erwähnte Zwangsidee sich in gleicher Weise wie früher geltend machte. Wenn er Leute auf der Strasse sprechen hörte, glaubte er, dass es ihn angehe und zwar, dass man über ihn losziehe. Allmählig kam er auf die Idee, dass er die Nachrede betreff der Onanie nicht länger mehr bestehen lassen könne, da dadurch sein Ansehen geschädigt und ihm das Verbleiben in seiner Stellung unmöglich gemacht werde. Um Wandel zu schaffen, müsse er sich an einen Arzt wenden, der ihn hypnotisieren, in der Hypnose die Wahrheit bezüglich seines Verhaltens feststellen und dann auch bezeugen sollte. Pat. hatte offenbar davon gehört, dass man einen Hypnotisierten dazu bringen kann, ein Geheimnis preiszugeben. Veranlasst durch diese Idee reiste Pat. wieder nach S., wo er den Direktor der Anstalt ersuchte, ihn zu hypnotisieren. Dieser ging jedoch begreiflicherweise auf sein Ansinnen nicht ein, sondern erklärte ihm, dass er noch krank sei und in der Anstalt bleiben müsse, welcher Weisung sich Pat. auch fügte. Der zweite Aufenthalt des Pat. in der Anstalt währte über ein Jahr und hatte einen günstigen Erfolg. Schon nach 6 Wochen nach dem Wiedereintritt in die Anstalt gelangte Pat., angeblich spontan und ganz unvermittelt, zu der Erkenntnis, dass die Ideen, die ihn bisher verfolgt hatten, krankhaft sein müssten. Diese Zwangsvorstellungen schwanden damit zwar nicht, erfuhren jedoch mehr und mehr Veränderungen im Sinne einer Rückbildung. Wenn er auf der Strasse ging, drängte sich ihm noch immer die Idee auf, dass die Leute ihn ansähen oder über ihn sprächen. Letztere Idee modifizierte sich dahin, dass man über ihn nur überhaupt, i. e. Günstiges sowohl als Ungünstiges spreche. Die Idee von der Nachrede betreffs der Masturbation verlor sich gänzlich. Auch die Zwangsvorstellung, dass man über ihn spreche, erfuhr weitere Einschränkungen, so dass er z. B. bei Besuch eines Restaurants, wenn er zwei Personen in seiner Nähe reden sah, nur annahm, dass man ganz harmlose Bemerkungen über ihn mache. Nach dem Verlassen der Anstalt schwächten sich die Zwangsvorstellungen noch mehr ab, und zeitweilig blieb er davon ganz verschont. Die Besserung erhielt sich auch dauernd. Gegenwärtig, etwa $1\frac{1}{4}$ Jahr nach der Entlassung aus der Anstalt, sind nur mehr Andeutungen der früheren Zwangsideen vorhanden.

Wenn der Pat. auf der Strasse Personen sprechen hört oder sieht, taucht nur ganz flüchtig der Gedanke bei ihm auf, es könnte über ihn gesprochen werden; begegnet er einer einzelnen Person, so muss er zuweilen denken: „Was hat der Mensch doch für ein sonderbares Gesicht, ob dem wohl etwas Gutes zuzutrauen ist?“

Schlaf noch nicht so gut wie früher, doch im allgemeinen befriedigend; mitunter Kopfeingenommenheit, meist von kurzer Dauer, zeitweise Müdigkeit in den Beinen ohne entsprechende Anstrengung,

bei längerem Stehen oft Kreuzschmerzen; die geistige Arbeitskraft noch etwas verringert; Appetit und Stuhlgang in Ordnung.

Objektiv: Mässige Allgemeiner-nährung, Herzdämpfung nach rechts verbreitert, Puls 68, regelmässig und von mittlerer Spannung, Urin frei von Eiweiss und Zucker, Phosphaturie.

Vorstehende Beobachtung zeigt in sehr lehrreicher Weise die Bedeutung der Krankheitseinsicht bei Zwangsvorstellungen in diagnostischer und in gewissem Maasse auch in prognostischer Hinsicht. Wir sehen, dass die Beeinträchtigungsideen des Patienten nicht bloss eine grosse Hartnäckigkeit, sondern auch schon einen gewissen Ansatz zur Systematisierung zeigten. Bei dieser Sachlage musste die Entscheidung darüber, ob es sich um Zwangsvorstellungen oder Paranoia handelte, unsicher bleiben, so lange die Krankheitseinsicht fehlte. Bemerkenswert bezüglich dieser ist nicht nur ihr verspätetes, sondern auch ihr ganz unvermitteltes Eintreten. Dass sich an dieselbe die Rückbildung der Zwangsvorstellungen anschloss, ist sicher kein Zufall. Die Zwangsvorstellungen gaben, so lange dem Pat. das Bewusstsein ihrer krankhaften Natur fehlte, Anlass zu Interpretationsversuchen, welche zu weiteren Zwangsvorstellungen führten. Mit der Krankheitseinsicht trat bei dem Pat. wohl auch eine gemüthliche Beruhigung und die Möglichkeit zur Bildung von Gegenvorstellungen ein, wodurch die Rückbildung der Zwangsvorstellungen angebahnt wurde.

Zwangsvorstellungen eifersüchtigen Inhalts.

Auch die Zwangsvorstellungen eifersüchtigen Inhalts können formell mit den entsprechenden Wahnideen völlig übereinstimmen. Kaan bemerkt, dass auch der, welcher von der Zwangsvorstellung ehelicher Untreue beherrscht wird, zwar ebenfalls auf Spionage verfällt, wie der auf Grund trauriger Erfahrung Eifersüchtige. „Er wünscht aber nicht die Gewissheit zu erlangen, dass er betrogen wird, im Gegenteil, er strebt sich zu überzeugen, dass er nicht betrogen wird.“ Dieses Verhalten trifft indes nur für die Fälle zu, in welchen der Patient wenigstens eine gewisse Krankheitseinsicht besitzt; diese kann aber während des Bestehens der Zwangsvorstellung, wie nachstehende Beobachtung zeigt, fehlen.

Beobachtung 33. **Eifersuchtsideen.** Frau X., 36 Jahre alt, seit 12 Jahren verheiratet, Mutter von 3 Kindern, ist trotz sehr geringer erblicher Belastung von Jugend auf nervös und von sehr

zarter Konstitution. (Die Mutter nervös, während der Schwangerschaft mit der Patientin an Typhus erkrankt.) Die Schwangerschaften und Entbindungen der Pat. verliefen normal. In den letzten Jahren mehrfach im Gefolge fieberhafter Katarrhe und Halsentzündungen, Appetitverlust für längere Zeit mit daraus resultierender Abmagerung. In den letzten Monaten infolge längerer Erkrankung eines Kindes viel gemütliche Erregung, Überanstrengung und namentlich auch Störung der Nachtruhe, da Patientin sich nicht entschliessen konnte, eine Pflegerin zu nehmen. Unter dem Einflusse dieser Momente stellten sich bei der Patientin allmählig Appetit- und Schlafmangel, andauernde Pulsbeschleunigung, vage Angstzustände und eine gewisse gemütliche Depression ein. Da die Patientin sich hierdurch nicht abhalten liess, ihren häuslichen Geschäften in gewohnter Weise nachzugehen, magerte sie erheblich ab, auch ihre Kräfte reduzierten sich mehr und mehr. Dabei wuchs die gemütliche Reizbarkeit, und allmählig stellte sich auch die Idee ein, dass ihr Gatte, gegen den sie früher nie ein Misstrauen geäussert hatte, unerlaubte Beziehungen zu einem ihrer Dienstmädchen unterhalte. Die Versuche des Gatten, sie von der tatsächlichen Unbegründetheit dieser Idee zu überzeugen, blieben völlig erfolglos. Die harmlosesten Vorkommnisse wurden von der Pat. im Sinne ihrer Zwangsideen gedeutet. Betruhe und forcierte Ernährung führten bei der Pat. alsbald zu einer bedeutenden Besserung des Nervenzustandes und Hebung des Körpergewichts. Hiermit schwanden die Zwangsvorstellungen von der Untreue des Gatten völlig, und die Patientin bedauerte lebhaft, ihren Gatten durch ihre krankhaften Ideen, deren Grundlosigkeit sie völlig einsah, gequält zu haben.

In vorliegender Beobachtung hing die Zwangsidee der Untreue des Gatten wahrscheinlich mit Verstimmungszuständen zusammen, für welche dieselbe eine Art Erklärung liefern sollte. Bei Männern entspringen die Zwangseifersuchtsideen meist verminderter Potenz und dem hieraus resultierenden Bewusstsein, den sexuellen Bedürfnissen der Gattin nicht mehr Genüge leisten zu können. Hiermit verknüpft sich begreiflicherweise leicht die Idee, dass die Gattin anderweitig Entschädigung suchen könne.

Sexuelle (obscöne) Zwangsvorstellungen.

Ungleich häufiger als den zuletzt besprochenen Zwangsvorstellungen begegnen wir solchen sexuellen (obscönen) Inhalts. Zumeist handelt es sich hierbei um die Reproduktion sexueller Erlebnisse oder Phantasievorstellungen solcher Vorgänge. Es ist begreiflich, dass sich diese Zwangsvorstellungen vorzugsweise bei solchen Indi-

viduen einstellen, bei denen infolge sexueller Hyperästhesie das Geschlechtliche im Denken eine übermäßige Rolle spielt und Vorstellungen sinnlichen Inhalts auch durch ganz fern liegende Assoziationen geweckt werden. In erster Linie kommen hier die Masturbanten in Betracht, bei welchen das Überwuchern des Lasciven in der Phantasie so häufig beobachtet wird. Anhaltende absolute oder relative sexuelle Abstinenz und Impotenz bei sehr reger Libido geben ebenfalls öfters den Anstoss zum Auftreten sexueller Zwangsvorstellungen. Bei Frauen können lokale Störungen, welche sexuelle Reizzustände zur Folge haben (*Pruritus genitalium*¹⁾ etc.), auch Parästhesien der Scheide das veranlassende Moment bilden.

Die in Frage stehenden Zwangsvorstellungen können aber auch infolge von Kontrastassoziationen bei Personen auftreten, welche gewohnt sind, dem Sinnlichen in ihrem Vorstellen keinen Raum zu gewähren und aus ästhetischen, moralischen oder religiösen Gründen auf die Reinheit ihrer Gedanken ängstlich bedacht sind.

Die in Rede stehenden Zwangsvorstellungen können für den Kranken zu einer schwerwiegenden Störung sich gestalten; bei geistig beschäftigten Männern wird durch ihr Überhandnehmen die Arbeitsfähigkeit sehr beeinträchtigt und die bestehende sexuelle Erregung gesteigert. Die ausserordentlichen geistigen Anstrengungen, welche unter diesen Verhältnissen zur Erledigung der beruflichen Geschäfte nötig sind, beeinflussen in Verbindung mit der andauernden sexuellen Erregung den gesamten Nervenzustand in ungünstigster Weise und führen namentlich zum Auftreten cerebrathenischer Beschwerden oder zur Steigerung solcher. Bei moralisch höher stehenden Personen können hierdurch auch schwere Verstimmungszustände hervorgerufen werden.

Beobachtung 34. Sexuelle Zwangsvorstellungen. Herr E., Beamter, 32 Jahre alt, seit 5 Jahren verheiratet, Vater von drei Kindern, ist nicht ohne erbliche Belastung. Sein Vater, welcher mit 71 Jahren an Herzschlag starb, war ein Mann von sehr reizbarem, zornmütigem Naturell, seine noch lebende Mutter ist nervös, ebenso zwei Brüder. Patient hat ausser Kinderkrankheiten keine

¹⁾ Kaan erwähnt einer Kranken von streng sittlichen Grundsätzen, welche im Klimakterium von *Pruritus vaginalis* befallen wurde; dieser periphere Reiz löste im Bewusstsein der Bedauernswerten eine Fülle von obscönen Vorstellungen aus, so dass sie sich z. B. alle Männer, welche sie sah, unbekleidet und mit ihr coitierend vorstellen musste.

ernstliche Erkrankung durchgemacht. Vor 7 Jahren Ulcus (angeblich Ulcus molle, das jedoch 6—8 Wochen zur Heilung brauchte und Drüsenanschwellung nach sich zog). Masturbation (manuelle) übte Pat. nie, doch beschäftigte er sich schon in sehr jungen Jahren mit sexuellen Dingen. Er war kaum 9 Jahre alt, als seine Aufmerksamkeit auf das sexuelle Gebiet dadurch gelenkt wurde, dass ihn ein 16 jähriger Bekannter mit den Geheimnissen der Kindererzeugung bekannt machte. Diese Aufklärung beschäftigte in der Folge seine Gedanken derart, dass er sexuelle Vorstellungen nicht mehr aus dem Kopfe brachte. Dies blieb zunächst ohne auffälligen Nachteil. Im 15. oder 16. Jahre traten bei ihm nächtliche Pollutionen auf und zwar anfänglich nicht sehr häufig. In den 20 er Jahren stellten sich mitunter auch im wachen Zustande, insbesondere nach Genuss geistiger Getränke, Pollutionen ein. Sexuellen Verkehr versuchte Pat. erst vom 22. Lebensjahre an und nur selten bis zu seiner Verheiratung, dabei kam es nur zu ungenügender Erektion, und die Ejakulation erfolgte meist schon ante portas. Insbesondere nach Pollutionen machte sich eine starke sexuelle Erregtheit bemerklich, welche ihm sehr lästig wurde. Beim Arbeiten drängten sich ihm fortwährend sexuelle Gedanken auf, die er trotz allen Ankämpfens nicht zu bannen vermochte, wodurch ihm die Erledigung seiner Geschäfte sehr erschwert wurde. Vor 5 Jahren verheiratete sich Pat., er war damals körperlich sehr leistungsfähig und fühlte sich, abgesehen von der sexuellen Schwäche, völlig wohl. In der Ehe ging es anfänglich mit dem C. schlecht; die Ejakulation trat immer zu früh ein, und die Defloration gelang nicht. Erst nach einigen Monaten besserte sich der Zustand insofern, als wenigstens zeitweilig die Erectionen kräftiger und andauernder wurden. Dies änderte sich auch später nicht. Die Erektionen sind noch immer sehr wechselnd, bald besser, bald schwächer und zwar auch nach längerer Abstinenz. Bei letzterer kommt es in der Regel alsbald zu Pollutionen. Einige Monate nach der Verheiratung nahm der Schlaf, der schon früher etwas mangelhaft war, erheblich ab. Dieses Übel steigerte sich allmählig, so dass Pat. im Durchschnitt nicht mehr als 2 Stunden schlief. Zu der Schlafstörung gesellten sich im Laufe der Zeit, namentlich nachts Herzklopfen und nosophobische Angstzustände (Furcht vor Herzschlag etc.). Bei Tage traten die Angstzustände nur selten, insbesondere nach körperlichen Anstrengungen auf. Die geschlechtliche Erregtheit hat sich seit der Verheiratung nicht verloren, sondern in den letzten Jahren eher etwas gesteigert. Auch das dem Pat. höchst lästige Sichaufdrängen sexueller Gedanken, das ihn bei der Arbeit erheblich stört, hat zugenommen, obwohl Pat. im Umgang mit seiner Gattin alles meidet, was sexuell erregend wirken könnte. Den sexuellen Verkehr hat er seit mehr als einem halben Jahre bedeutend beschränkt, weil er nach demselben regelmässig von Herzklopfen belästigt wurde; dabei

etwa einmal wöchentlich eine Pollution. Der Zustand hat sich in den letzten Monaten folgendermaassen gestaltet: Schlaf im Durchschnitt 3—4 Stunden; das Einschlafen oft lange Zeit durch sexuelle Zwangsvorstellungen gestört, deren Hartnäckigkeit dem Pat. mehr und mehr in Erregung versetzt und Angstzustände und Herzklopfen nach sich zieht; in der Folge am Morgen oft erhebliche gemüthliche Depression. Herzklopfen und Angstzustände treten auch nach körperlichen Anstrengungen, z. B. einem mehrstündigen Spaziergange ein, dabei auch Schmerzen in der Herzgegend; ferner Rückenschmerzen und Defaecationsspermatorrhoe, welche letztere nicht nur bei hartem Stuhlgang, sondern namentlich bei körperlicher oder geistiger Ermüdung sich zeigt. Bezüglich der Beeinflussung seines Befindens durch C. und Pollutionen erwähnt Pat., dass nach dem C. sich mehr allgemein nervöse Erregtheit und Herzklopfen, nach Pollutionen stärkere sexuelle Erregtheit geltend macht.

Pat. hat vor seiner Verheirathung wohl mitunter in Baccho exzidiert, in den letzten Jahren dagegen auf den Genuss geistiger Getränke verzichtet, auch des Rauchens, in welchem er immer mässig war, sich ganz entwöhnt. Der Zustand des Pat. erfuhr während einer zweimonatlichen Behandlung eine bedeutende Besserung.

Gegen die sexuellen Zwangsvorstellungen und die Libido nimia erwies sich die hypnotische Suggestion von wesentlichem Nutzen.

Der folgende Fall beansprucht deshalb ein ganz besonderes Interesse, weil derselbe eine ältere moralisch hochstehende Dame betrifft.

Beobachtung 35. Zwangsskrupel, sexuelle Zwangsvorstellungen. Frau X., Beamtenwitwe, 56 Jahre alt, ohne erweisliche erbliche Belastung, war mit einem erheblich älteren Manne verheiratet und ist seit 1 1/2 Jahren verwittwet.

Pat. stand schon vor 15 Jahren wegen nervöser Beschwerden und Zwangsvorstellungen in ärztlicher Behandlung. Sie hatte damals einige Zeit einer rein platonischen Neigung zu einem ihrer Familie befreundeten Herrn sich hingeeben, wegen welcher sie sich ernste Skrupel machte. Diese nahmen allmählig Zwangscharakter an und beängstigten sie derart, dass sie ihren Zustand ihrem Manne offenbarte, der sie zu beruhigen suchte. Vor 4 Jahren litt sie längere Zeit an melancholischer Verstimmung; vor 2 Jahren Pneumonie. Nach dem Tode ihres Gatten, dessen Pflege ihr erhebliche Anstrengung verursacht hatte, wurde sie wieder von Zwangsskrupeln heimgesucht, die sich auf ihr Verhalten ihrem Gatten gegenüber bezogen: ob sie in ihren Gedanken die eheliche Treue ihm bewahrte, in der Fürsorge für ihn nichts verabsäumt habe etc. Diese Skrupel liessen nach einiger Zeit nach, hierfür traten aber andere auf, die ihr moralisches Verhalten betrafen. Hierzu gesellten sich zum Teil

schwere inhaltlose Angstzustände, Nackenschmerzen, Schlafmangel, Neigung zu Diarrhoen.

Während Pat. in Beobachtung war, besserte sich anfänglich der Zustand; gemütlche Erregungen, veranlasst durch Familienverhältnisse, führten jedoch nach einigen Wochen zu einer sehr ungünstigen Wendung. Die Zwangsskrupel nahmen beträchtlich zu und wurden durch die harmlosesten Vorkommnisse angeregt. Hierzu traten sexuelle Zwangsvorstellungen, welche die moralisch überempfindliche Patientin geradezu entsetzten und eine schwere gemütlche Depression mit Selbstanklagen (dass sie eine moralisch verworfene Person sei etc.) und suicidalen Ideen nach sich zogen. Neben den sexuellen Zwangsvorstellungen tauchte bei der Pat. gelegentlich auch der Zwangsgedanke auf, geschlechtskrank, infiziert zu sein, welcher ebenfalls den Gemütszustand sehr nachteilig beeinflusste.

Die Patientin wurde an eine Anstalt verwiesen.

Wir werden an späterer Stelle einen weiteren, eine ältere Frau betreffenden Fall kennen lernen, in welchem vaginale Parästhesien das Auftreten sexueller Zwangsvorstellungen veranlassten. Auch in diesem Falle äusserten diese Zwangsvorstellungen einen sehr ungünstigen Einfluss auf den psychischen Zustand.

Religiöse und sakrilegische Zwangsvorstellungen.

Von verschiedenen Autoren ist schon der Umstand hervorgehoben worden, dass die religiösen und sexuellen Gefühle eine gewisse Verwandtschaft aufweisen, so dass sie sich gegenseitig ersetzen können¹⁾. Die Sinnlichkeit, welcher keine naturgemässe Befriedigung zuteil wird, sucht und findet oft, dem Individuum unbewusst, einen Ausweg in religiöser Schwärmerei, die in ihren Äusserungen die sexuelle Quelle mitunter recht deutlich verrät (so z. B. bei unvermählten, religiös exaltierten weiblichen Personen in der inbrünstigen Sehnsucht nach dem himmlischen Bräutigam). Es ist daher begreiflich, dass sexuelle Hyperästhesie auch zu einer

¹⁾ So bemerkt v. Krafft-Ebing: „Religiöser und sexueller Affektzustand zeigen auf der Höhe ihrer Entwicklung Übereinstimmung im Quantum und Quale der Erregung und können deshalb unter geeigneten Verhältnissen vikariieren“. Einen Beleg hierfür bildet eine Beobachtung Pierre Janet's. Dieser Autor berichtet den Fall einer 35jährigen Frau, welche sich vom Satan jedesmal zur Masturbation angetrieben fühlte, wenn sie sich für die Beichte vorbereitete.

Quelle von Zwangsvorstellungen werden kann, welche dem religiösen Gebiete angehören. Nach meinen Erfahrungen handelt es sich bei den Zwangsvorstellungen dieser Kategorie seltener um Gedanken, welche den religiösen Anschauungen der Kranken entsprechen, als um solche, welche diesen ganz und gar zuwiderlaufen, i. e. eine Gotteslästerung bedeuten und damit eine schwere Verletzung der religiösen Gefühle des Betreffenden involvieren (sakrilegische Zwangsvorstellungen).

Das Auftreten von Zwangsvorstellungen letzteren Inhalts bei streng religiös gesinnten Individuen ist im Wesentlichen auf Kontrastassoziationen zurückzuführen. Die Bedeutung, welche das religiöse Element in dem Denken und Fühlen der Betreffenden besitzt, lässt sie bei jedem zufällig auftauchenden irreligiösen Gedanken erschrecken. Allein gerade die Ängstlichkeit, mit der sie auf die Fernhaltung solcher Gedanken bedacht sind, begünstigt bei religiöser Konzentration das Auftreten kontrastirender, i. e. unpassender oder gar blasphemischer Vorstellungen, und die Gewissensangst, welche letztere hervorrufen, trägt dazu bei, ihnen den Charakter einer Zwangsassoziation zu verleihen, so dass sie sich regelmässig gerade da einstellen, wo sie in besonderem Maasse das Gemüt belasten, in der Kirche beim Gottesdienst, beim häuslichen Gebete etc. Zwangsvorstellungen religiösen Inhalts können aber auch, was ich besonders betonen muss, von aussen geweckt, suggeriert werden. In dieser Beziehung erweist sich mitunter der Einfluss fanatischer Geistlicher wirksam. Einen Beleg hierfür wird die im Folgenden mitzuteilende Beobachtung geben. Mitunter bilden Verstimmungszustände die Basis, auf der sich religiöse Zwangsvorstellungen, insbesondere Skrupel, entwickeln.

Beobachtung 36. Religiöse und sakrilegische Zwangsvorstellungen. Frau S., Bäckermeistersfrau aus C., 36 Jahre alt, ist seit 11 Jahren verheiratet und hat sechsmal geboren. Drei von den Kindern starben in den ersten Lebensjahren, die drei am Leben verbliebenen sind gesund.

Die Patientin, bei welcher erbliche Belastung nicht erweislich ist, hat abgesehen von Kinderkrankheiten, keine erhebliche Erkrankung durchgemacht, auch ihre Entbindungen verliefen immer normal. Ihr gegenwärtiges Leiden führt Pat. auf eine Äusserung zurück, welche ein Ordensgeistlicher während einer, im November vorigen Jahres an ihrem Wohnorte abgehaltenen Mission ihr gegenüber gelegentlich einer Beichte machte. Die Mission hatte in der

Gemeinde der Patientin eine gewisse religiöse Bewegung hervorgerufen, die sich auch bei der von Haus aus gemächlich leicht erregbaren Frau geltend machte. Sie ging schon zagend zur Beichte, in welcher ihr der erwähnte Geistliche erklärt haben soll: „Sie sind entweder zur Heiligkeit bestimmt oder verdammt“.

Ob der Geistliche wörtlich dies bemerkte, steht dahin, aber die Patientin fasste jedenfalls den Sinn seiner Äusserung in dieser Weise auf. Von dieser Beichte an setzte sich bei ihr die Idee fest, dass sie verdammt sei, und erfuhr ihr ganzer geistiger Zustand eine sehr auffällige Veränderung. Sie wurde verstimmt und von Angstzuständen heimgesucht, was sie veranlasste, mehrere Geistliche wegen der erwähnten Äusserung ihres Amtsbruders zu befragen. Diese erklärten der Patientin, sie müsse sich die Sache aus dem Kopfe schlagen; da ihr dies aber trotz aller Bemühung nicht gelang, hielt sie sich für unheilbar, was ihre ängstliche Erregung noch steigerte. Allmähig stellten sich heftige Kopfschmerzen, auch Schmerzen in den Ohren, Schwindel, Herzklopfen und Schlafmangel ein. Insbesondere wurde das Einschlafen sehr erschwert, so dass sie meist erst nach Mitternacht zur Ruhe kam. Wenn die ängstliche Erregung bei der Pat. sehr bedeutend ist, stellt sich bei ihr öfters der Gedanke (Zwangsgedanke) ein, dass sie geflucht habe und deshalb umsomehr verdammt sei. Zeitweilig wird sie auch von der Zwangs-idee gequält, dass sie durch den geschlechtlichen Verkehr mit ihrem Manne gesündigt habe, oder, dass sie sich mit Anderen verging. Daneben tauchen gelegentlich auch sakrilegische Ideen auf, welche sie ganz besonders unglücklich machen (dass die Mutter Gottes ein schlechtes Frauenzimmer sei etc.).

Unter dem Einflusse dieser Zwangsideen kommt es zeitweilig zu förmlichen Verzweiflungsausbrüchen. Auch bestehen in letzter Zeit fast beständig suicidale Ideen. Menses regelmässig und sehr stark.

Die Untersuchung ergibt bei der Patientin erhebliche Herabsetzung der Hörschärfe auf dem rechten Ohre, im übrigen negativer Befund.

Im folgenden Falle begegnen wir dem bemerkenswerten Umstande, dass die religiösen, resp. sakrilegischen Zwangsvorstellungen den Ausgangspunkt für die Entwicklung von Wahnideen bilden.

Beobachtung 37. Religiöse Skrupel, sakrilegische Zwangsvorstellungen, religiöse Wahnideen. X., Gymnasiast, 17 Jahre alt, ist erblich belastet. Ein Bruder des Vaters, welcher letzterer an Nierenleiden starb, ist seit vielen Jahren geisteskrank. Von den 3 Geschwistern des Pat. ging ein Bruder an einem Rückenmarksleiden zu Grunde, ein anderer Bruder ist nervös. Pat. machte als

Kind im Alter von $1\frac{1}{2}$ Jahren einen schweren Scharlach mit Diphtherie durch. Einige Monate nach dem Überstehen dieser Krankheit wurde er von eklamptischen Anfällen heimgesucht, welche eine fast 2 Tage anhaltende Bewusstlosigkeit hinterliessen. Pat. blieb in der Folge etwa 10 Jahre lang von erheblichen Erkrankungen verschont, auch seine geistige Entwicklung gestaltete sich normal. Vom 12. bis zum 14. Lebensjahre stellten sich bei ihm wieder Krampfanfälle mit Verlust des Bewusstseins ein (4 im Verlaufe von $1\frac{1}{2}$ Jahren), worauf eine 2jährige Pause erfolgte. Im vorigen Jahre kam es wieder zu einem schweren Anfall, dem im Verlaufe von 7—8 Monaten zwei weitere starke und mehrere leichtere Anfälle neben öfteren Absenzen folgten. Seit $\frac{1}{4}$ Jahre bestehen bei dem Patienten nach Mitteilung seiner Mutter religiöse Skrupel, die sich auf sein Verhalten bei der Beichte, beim Gottesdienste, die Reinheit seines Glaubens etc. beziehen. Pat. hatte es im Gymnasium bis zur 8. Klasse gebracht und sich immer gute Noten erworben. Seit dem Auftreten der religiösen Skrupel wurde es ihm schwierig und schwieriger, den Anforderungen der Klasse zu genügen, auch sein ganzes psychisches Verhalten derart verändert, dass er vor 3 Wochen dem Gymnasium entnommen werden musste.

In den letzten Tagen machte er mehrfach Äusserungen, welche seine Familie in Bestürzung versetzten, er sei verloren, habe mit dem Teufel einen Bund geschlossen etc. Seine Krankheit sei dadurch entstanden, dass er gewisse Gedanken, die ihn seit einer Anzahl von Wochen verfolgten, nicht bekämpft habe (der Urin sei das hl. Blut, aus dem, was aus dem After herauskommt, würden die Hostien gemacht, der hl. Geist sei ein (unflätiger Ausdruck), das Herz Jesu könne ihn, seine Mutter sei eine Zuchthäuslerin etc.).

Appetit gut, Stuhlgang zumeist angehalten, der Schlaf sehr mangelhaft. Pat. gebrauchte bisher Bromkali, doch immer nur in kleinen Dosen und seit $\frac{1}{4}$ Jahre überhaupt nicht mehr.

Die Untersuchung ergibt: schlank gebautes, seinem Alter entsprechend gut entwickeltes Individuum von guter allgemeiner Ernährung, Schädelkonfiguration normal; die Nase etwas asymmetrisch, in der Innervation beider Gesichtshälften kein Unterschied, Gesichtsausdruck etwas verstört, wie geistesabwesend; die Sprache wenig deutlich, einförmig leiernd, ganz ausdruckslos.

Pat. berichtet auf Befragen, dass er glaube, er habe sich dadurch versündigt, dass er die obenerwähnten Gedanken nicht sogleich nach ihrem Auftreten energisch bekämpfte. Er weiss sehr wohl, dass diese gotteslästerlichen Gedanken ihm fremd sind und seinen religiösen Gesinnungen und Gefühlen durchaus nicht entsprechen, allein er kann dieselben, so peinlich sie ihm auch sind, nicht aus

seinem Kopfe verscheuchen; sie drängen sich ihm mitunter den ganzen Tag fortwährend auf, was ihn sehr unglücklich macht.

Pat. gehört einer sehr religiösen, wahrscheinlich von Bigotterie nicht freien Familie an und war nach Aussage seiner Mutter immer von frommer Gesinnung, jedoch nicht religiös exaltiert. Bezeichnend für seine Denkart ist jedoch der Umstand, dass er schon vor längerer Zeit den Wunsch äusserte, in ein Kloster zu gehen. Dem Auftreten der Zwangsvorstellungen ging Überanstrengung durch Studium neben Vernachlässigung der Körperbewegung und des Luftgenusses vorher.

Wenige Tage nach der Aufnahme äusserte Pat., dass er beim Lesen ein Gefühl habe, als ob ihm der böse Feind behilflich sei, die schlimmen Gedanken zu verdrängen, d. h. es traten bei dem Pat. zeitweilig die sakrilegischen Vorstellungen zurück, was er in seinem Wahne, dem bösen Feinde verfallen zu sein, auf dessen Einwirkung bezog.

Der Patient war nur einige Wochen in Beobachtung, während welcher sein Zustand keine wesentliche Veränderung erfuhr.

Über die weitere Entwicklung des psychischen Leidens im vorliegenden Falle konnte ich nichts Näheres erfahren. Ich vernahm von den Angehörigen nur, dass der Pat. im folgenden Jahre bereits an Lungen- und Gehirnhautentzündung starb. Nach Ansicht des behandelnden Arztes soll die Sektion ergeben haben, dass Pat. schon bei seiner Erkrankung an Diphtherie und Scharlach im frühen Kindesalter von einer Gehirnhautentzündung befallen wurde. Wahrscheinlich handelte es sich um meningo-encephalitische Veränderungen, durch welche die epileptischen Anfälle im späteren Leben bedingt wurden.

Der vorstehend mitgeteilte Fall ist in mehrfacher Hinsicht bemerkenswert. Wir sehen, dass bei einem zu religiöser Schwärmerei neigenden und mit Epilepsie behafteten jungen Menschen unter dem Einflusse geistiger Überanstrengung sich religiöse Zwangsskrupel entwickelten, an welche sich sakrilegische und verwandte Zwangsvorstellungen anreichten. Diese sind sowohl durch ihre Hartnäckigkeit als durch ihren Inhalt bemerkenswert. Das, was für den Pat. Gegenstand besonderer Verehrung bildet, verknüpft sich in seinen Gedanken mit Vorstellungen von ekelerregenden Dingen oder Beschimpfungen gemeinster Art, und man begreift es diesen Erscheinungen gegenüber, dass man in früheren Jahrhunderten, in welchen der Dämonenglaube noch sehr verbreitet war, Vorstellungen der in Rede stehenden Art und Äusserungen derselben dämonischen Einflüssen zuschrieb. Während Pat. das seinem Wesen Fremdartige

und Aufgezwungene an den ihn verfolgenden gotteslästerlichen Ideen erkannte, sohin diesen gegenüber eine gewisse Krankheitseinsicht besass, entwickelten sich bei ihm religiöse Wahnvorstellungen, deren Inhalt mit den Zwangsvorstellungen insofern zusammenhängt, als derselbe eine Art von Erklärung für diese repräsentiert.

Da bei der Bildung der sakrilegischen Zwangsvorstellungen die Kontrastassoziation die Hauptrolle spielt, ist es begreiflich, dass wir diese Art von Zwangsvorstellungen bei in religiöser Hinsicht indifferenten und ganz freidenkenden Personen nicht antreffen. In meinem Beobachtungsmateriale, welches sich weit überwiegend aus Gebildeten zusammensetzt, finden sich dieselben spärlich vertreten. Janet dagegen fand dieselben ziemlich häufig, was sich daraus erklären dürfte, dass seine Kranken überwiegend weiblichen Geschlechtes sind und den ungebildeten unteren Volksklassen angehören.

Beobachtung 38. Zweifelsucht, religiöse Zwangsskrupel, Halluzinationen¹⁾. Dr. X., 28 Jahre alt, Arzt, ist erblich belastet (die Mutter zu melancholischen Verstimmungszuständen neigend, eine Schwester an zirkulärem Irrsinn erkrankt). Patient hat ausser Kinderkrankheiten keine erhebliche Erkrankung durchgemacht, dagegen während seiner Studienzeit und auch später in Venere excediert, auch viel Masturbation getrieben, daneben zeitweilige geistige Überanstrengung. Schon während der Universitätsjahre machten sich bei ihm moralische Zwangsskrupel und eine gewisse Zweifelsucht bemerklich; er wurde sehr häufig von dem Gedanken verfolgt, nichts fertig bringen zu können, musste oft nachsehen, ob das, was er getan hatte, richtig geschehen war (so bei Briefen bezüglich der Adresse, des Verschlusses etc.). Seit $\frac{3}{4}$ Jahren hat Patient die Masturbation aufgegeben, auch auf geschlechtlichen Verkehr verzichtet. Die Bekämpfung des sexuellen Drangs fiel ihm jedoch keineswegs leicht; nach zwei oder drei Monaten sexueller Abstinenz stellten sich bei ihm Angstzustände und religiöse Skrupel ein; letztere nahmen allmählig derart überhand, dass Pat. sich veranlasst sah, sich in eine Wasserheilanstalt zu begeben, in welcher sich sein Zustand anfänglich besserte. Nach etwa 14 Tagen steigerten sich jedoch die religiösen Skrupel wieder und nahmen schliesslich derart überhand, dass sie ihn den ganzen Tag verfolgten; hiermit verknüpften sich schwere Angstzustände, Schlafmangel und Vorwürfe über seinen früheren Lebenswandel. Nach dem Verlassen der Anstalt, in welcher Pat. etwa 4 Wochen zubrachte, verschlimmerte sich sein

¹⁾ Die Verwandtschaft dieses Falles mit dem vorhergehenden veranlasst mich, denselben hier statt in dem in Betracht kommenden späteren Abschnitte einzufügen.

Zustand noch. Pat. glaubte, sich durch Gedanken und Gefühle versündigt zu haben; die Angstzustände stellten sich häufiger ein und verknüpften sich mit suicidalen Ideen. Dazu traten Gehörshalluzinationen; der Pat. vernahm zwei Stimmen, eine gute, welche ihn zur Fortsetzung des Kampfes gegen die lästigen (sexuellen) Empfindungen aneiferte, und eine böse, welche ihm zur Masturbation riet. Dass es sich hierbei um Gehörshalluzinationen handelte, erkannte Patient nicht. Der Patient wurde einer geschlossenen Anstalt überwiesen.

Im vorstehenden Falle ist ein Zusammenhang der religiösen Skrupel mit der durch die sexuelle Abstinenz bewirkte Hyperästhesie nicht abzuweisen. Ob die Versündigungsideen noch als Zwangsvorstellungen oder als Wahnideen aufzufassen sind, für die Entscheidung dieser Frage liefert der Mangel der Krankheitseinsicht keinen ausschlaggebenden Anhaltspunkt. Dagegen ist für die Deutung derselben das Verhalten des Kranken gegenüber dem bei ihm bestehenden Phonemen von Wichtigkeit. Der Kranke erkannte die Stimmen, die er hörte, nicht als Gehörshalluzinationen. Damit ist die Auffassung derselben als Zwangshalluzinationen ausgeschlossen. Wir werden an späterer Stelle auditive Zwangshalluzinationen kennen lernen, welche ähnlichen Inhalt (Aufforderung zu einer Handlung) besaßen, wie die Halluzinationen im vorstehenden Falle. Der Kranke, bei welchen es sich um Zwangshalluzinationen handelte, erkannte jedoch mit Bestimmtheit den halluzinatorischen Charakter der Stimmen, welche er vernahm. Dass dies bei dem Patienten vorstehender Beobachtung nicht der Fall war, verleiht den bei ihm bestehenden Gehörshalluzinationen die Bedeutung von Wahnideen und macht es damit auch wahrscheinlich, dass die Versündigungsideen bei demselben einen wahnhaften Charakter besaßen¹⁾.

Suicidale Zwangsvorstellungen.

Die Zwangsvorstellungen suicidalen Inhalts treten in verschiedenen Formen auf und können sowohl im Zusammenhang mit anderen Zwangsvorstellungen als isoliert vorkommen. Mitunter handelt es sich lediglich um die Befürchtung, dass man sich das Leben nehmen

¹⁾ Es sei hier auch auf die Übereinstimmung hingewiesen, welche die beiden im Vorstehenden mitgeteilten Beobachtungen in ihrer Entwicklung und Symptomatologie mit den von Heilbronner unter dem Titel „progressive Zwangsvorstellungspsychosen“ berichteten und an früherer Stelle angeführten Fällen zeigen.

könne, welche gewöhnlich durch die Vorstellung des Irrsinnigwerdens angeregt wird. Die suicidale Idee läuft hier darauf hinaus, dass man befürchtet, man könnte plötzlich geisteskrank werden und in diesem Zustande Hand an sich legen. In anderen Fällen tritt die suicidale Idee nicht als Befürchtung, sondern in positiver Form, jedoch ohne jeden ausgesprochenen Impuls zur Verwirklichung auf und beängstigt den Patienten wegen ihres unheimlichen Inhalts, auch wenn derselbe keineswegs befürchtet, dass er sich ein Leid antun könnte.¹⁾ In nachstehender Beobachtung begegnen wir dieser Art suicidaler Vorstellungen.

Beobachtung 39. Suicidale Zwangsvorstellungen. Fr. S., 29 Jahre alt, ohne nachweisbare hereditäre Belastung, stammt von einer Familie, welche früher wohlhabend war, jedoch ihr Vermögen verlor. Letzterer Umstand veranlasste die Patientin, eine Stellung bei einem entfernten Verwandten, einem alten verwitweten Herrn, anzunehmen. Pat. hat als Kind Masern und Scharlach durchgemacht, war auch während der Entwicklungsjahre in geringem Mafse chlorotisch, später blieb sie von erheblicheren Krankheiten verschont. Die Stellung in dem Hause ihres Verwandten, die sie seit etwa 6 Jahren bekleidet, war anfänglich eine ganz angenehme. Dies hat sich jedoch seit mehreren Jahren bereits geändert. Dissidien, die zwischen ihrem Verwandten und dessen erwachsenen Kindern eintraten, führten vielfach zu peinlichen Familienscenen, in die sie zum Teil hineingezogen wurde; sie wurde von den Kindern ihres Verwandten mehr und mehr mit Misstrauen und verletzender Rücksichtslosigkeit behandelt, so dass ihre Situation allmählig eine recht prekäre wurde. Unter dem Einflusse der gemüthlichen Erregungen, welche ihr diese Verhältnisse bereiteten, litt allmählig ihr Schlaf, und eines Tages tauchte bei ihr die Idee auf, sich das Leben zu nehmen. Diese Idee stellte sich in der Folge ohne äussere Veranlassung öfters ein, war jedoch mit keinem Drange, etwas gegen ihr Leben zu unternehmen, verknüpft; trotzdem ängstigte sie die Idee wegen ihres Inhalts, und ihre tägliche Wiederkehr verursachte bei ihr eine Verstimmung, die allmählig wuchs. Diese veranlasste sie endlich, ärztlichen Rat einzuholen.

Die Patientin, eine wohlgenährte, jedoch etwas blass aussehende Persönlichkeit, äussert sich über ihren Zustand zunächst sehr zurückhaltend. Sie klagt nur über Schlafmangel und Verstimmung. Erst die weitere Nachforschung ergibt, dass die Patientin seit längerer Zeit von der Zwangsvorstellung des Selbstmords heimgesucht wird,

¹⁾ S. weiteres über die suicidalen Zwangsvorstellungen in dem Abschnitte über die Zwangsercheinungen der motorischen Sphäre.

die ihre Stimmung mehr und mehr verdüsterte, obwohl Patientin nicht befürchtet, dass die Idee sie zu einer entsprechenden Tat veranlassen könnte.

Unter robrierender und entsprechender psychischer Behandlung bessert sich der Schlaf alsbald, womit auch die Zwangsvorstellung und die Verstimmung zurücktraten. Zugleich wurde der Pat. der Rat erteilt, zur Vermeidung weiterer Aufregungen ihre Stelle bei dem Verwandten aufzugeben, ein Rat, den dieselbe auch befolgte.

Abergläubische Zwangsvorstellungen.

Eine wichtige, namentlich bei jugendlichen Individuen sich findende Gruppe von Zwangsvorstellungen bilden diejenigen abergläubischen Inhalts. Bei denselben handelt es sich zumeist um die Vorstellung, dass gewisse Handlungen oder Unterlassungen Folgen für die eigene Person oder andere Menschen nach sich ziehen, die ganz ausser dem Bereiche der Möglichkeit liegen. Diese Zwangsvorstellungen sind häufig von Angstzuständen begleitet und führen je nach ihrem Inhalte zur ängstlichen Meidung gewisser Handlungen oder auch zur Vornahme von an sich ganz sinnlosen Akten. Die betreffenden Kranken glauben z. B., dass eine harmlose, zufällige Berührung einer Person derselben Unglück bringen könne, dass sie beim Gehen auf der Strasse nur auf jeden zweiten oder dritten Pflasterstein treten dürfen, beim Besteigen einer Treppe den linken oder den rechten Fuss voransetzen müssen, weil sonst ein schweres Unheil entstehen könnte (Paraliphobie Ziehen).

Beobachtung 40. Zwangsvorstellungen abergläubischen Inhalts.
W., 15 $\frac{1}{2}$ Jahre alt, Gymnasialschüler, aus neuropathisch disponierter Familie stammend, hat als Kind Masern und Scharlach durchgemacht und wurde von mir schon früher an nervösen Affektionen (Tics, Kopfschmerzen) behandelt. Patient wurde nach seiner Angabe vor etwa $\frac{3}{4}$ Jahren von Angstzuständen befallen, die etwa eine Woche in erheblicher Intensität anhielten, und seitdem ist er von einer gewissen Ängstlichkeit nicht mehr dauernd frei geworden, wenn er auch durch sein Verhalten den Eltern bis in die letzte Zeit nicht auffiel. Seit etwa einer Woche haben sich bei ihm wieder stärkere Angstzustände eingestellt, über welche er sich zunächst seinen Angehörigen gegenüber nicht äusserte. In den letzten Tagen konnte jedoch die Veränderung in dem Befinden des Patienten den Eltern nicht mehr entgehen; er klagte über gedrückte Stimmung und fing mitunter ohne äussere Veranlassung plötzlich zu weinen an. Patient erwähnt ferner, dass er seit dem Auftreten der Angst-

zustände oft Kleinigkeiten, „Dummheiten“, wochen- und sogar monatelang nicht aus dem Kopfe bringt. Wenn er z. B. jemand mit dem Federhalter oder Bleistifte berührt, glaubt er, dass dieser an Blutvergiftung sterben könnte, und dieser Gedanke verlässt ihn nicht mehr. Ähnliche Ideen wurden durch ähnliche Anlässe öfters hervorgerufen. Immer beziehen sich diese Zwangsvorstellungen darauf, dass eine Person durch eine von ihm zufällig vorgenommene, an sich harmlose Handlung (wie das Wegwerfen eines Papierstückes etc.) einen unberechenbaren Schaden erleiden könne. Die Beurteilung dieser Vorstellungen durch den Patienten ist nicht immer die gleiche. Anfänglich glaubt er in der Regel an die Möglichkeit einer Schädigung anderer Personen durch die betreffende Handlung nicht; wenn aber die Vorstellung immer wiederkehrt, kann er sich wenigstens vorübergehend des Glaubens an die Begründetheit derselben nicht erwehren. Die Intensität der Angstzustände wechselt; wenn dieselben erheblich sind, hat er ein Gefühl der Enge oder Schwere auf der Brust, dabei mitunter auch Herzklopfen. Topophobien irgend welcher Art bestehen nicht. Patient selbst bemerkt, dass die in Frage stehenden Zwangsvorstellungen mit der Ängstlichkeit zusammenhängen müssen, die ihn seit einer Anzahl von Monaten heimsucht, da er früher von ähnlichen Erscheinungen nichts wusste.

Appetit und Schlaf gut; Masturbation nicht erweislich und nach den Ermittlungen der Eltern sehr unwahrscheinlich. Patient ist ein sehr intelligenter Knabe und guter Schüler, das Lernen hat ihm noch nie Schwierigkeiten gemacht, und er ist trotz seines derzeitigen Befindens imstande, den Anforderungen des Unterrichts Genüge zu leisten. Körperlich ist er für sein Alter wenig entwickelt, auch besteht bei ihm geringe Anämie. Patient wurde vor einem Jahre wegen Verdickung einer Nasenmuschel von einem Spezialisten behandelt, zur Zeit ist nach spezialärztlicher Untersuchung der Nasenbefund normal. Unter der eingeleiteten Behandlung verloren sich die Angstzustände alsbald, womit auch die Zwangsvorstellungen schwanden. Als jedoch nach einigen Wochen vorübergehend Angstzustände wieder auftraten, kehrten auch die in Frage stehenden Zwangsvorstellungen wieder. Beide Störungen wurden dauernd beseitigt.

Der angeführte Fall bildet einen recht prägnanten Beleg für die affektive Grundlage gewisser Zwangsvorstellungen. Unter dem Einflusse des bei dem Patienten bestehenden chronischen Zustandes krankhafter Ängstlichkeit (siehe hierüber später) verknüpfen sich bei demselben ganz harmlose Akte mit Angstgefühlen, durch welche ganz ungeheuerliche Vorstellungen von einem anderen Personen durch den betreffenden Akt möglicherweise erwachsenden Schaden (Blut-

vergiftung etc.) geweckt werden. Die Angstgefühle, die sich nunmehr mit dieser Vorstellung verknüpfen, bewirken die Fixierung derselben.

Snell¹⁾ teilte unter dem Titel: „Über eine besondere Art von Zwangsvorstellungen mit entsprechenden Bewegungen und Handlungen bei Geisteskranken“ eine Reihe von Fällen mit, in welchen Vorstellungen abergläubischen Inhalts zu sonderbaren Bewegungen und Handlungen führten. Der Autor erwähnt jedoch selbst, dass bei einem Teile der betreffenden Kranken Wahnideen vorlagen, und es bleibt aus seinen Angaben unersichtlich, inwieweit es sich in den angeführten Fällen um echte Zwangsvorstellungen handelte. Bei der Erklärung seiner Beobachtungen verweist der Autor mit Recht auf die Verbreitung gewisser abergläubischer Vorstellungen bei geistig normalen Menschen, speziell die Neigung, gewissen zufälligen Umständen die Bedeutung eines Omens beizulegen.²⁾ Es gibt geistesgesunde Menschen, bei welchen einzelne abergläubische Vorstellungen einen ausgesprochenen Zwangscharakter annehmen, die sich z. B. nicht entschliessen können, an einem Freitag irgend einen wichtigen Schritt zu tun, ein Unternehmen verschieben, wenn ihnen am Morgen ein altes Weib in den Weg kommt, es nicht wagen, von irgend einem glücklichen Umstand zu sprechen, ohne durch Klopfen und den Zauberspruch „unberufen“ für das Erhaltenbleiben dieses Umstandes Sorge zu tragen. Es ist begreiflich, dass bei Individuen, welche von Haus aus einen ausgesprochenen Hang zum Aberglauben besitzen, sich auch abergläubische Zwangsvorstellungen besonders leicht entwickeln und diese auch durch ausserordentliche Absurdität sich auszeichnen.

Musikalische Zwangsvorstellungen.

Eine Gattung von Zwangsvorstellungen, welche in der Literatur bisher sehr wenig Beachtung gefunden hat, obwohl derselben ein

1) Snell: Allgem. Zeitschr. für Psych. 30. Bd., S. 641, 1874.

2) Es sei hier nebenbei erwähnt, dass selbst bei Menschen von höchster geistiger Begabung abergläubische Ideen Einfluss erlangen können, was wohl für einen gewissen Zwangscharakter derselben spricht. Ich erinnere an Goethe und Schopenhauer. Goethe hüllte nach Eckermanns Mitteilungen vor seiner ersten italienischen Reise seine Wanderpläne in tiefstes Geheimnis, weil ihn der Aberglaube beherrschte, dass er nicht nach Italien kommen werde, wenn jemand um seine Absichten wisse.

besonderes Interesse zukommt, sind die musikalischen. Das Vorkommen dieser Zwangsvorstellungen findet sich zuerst in einer Arbeit van Deventer's¹⁾ erwähnt. Sante de Sanctis²⁾ berichtete 1895 ausführlich über einen hierher gehörigen Fall. Derselbe betraf einen mit hereditärer Neurasthenie behafteten Tapezierer, bei welchem auch die Erscheinungen der Zweifel- und Grübelsucht bestanden und musikalische Zwangsvorstellungen in äusserst qualvoller Weise bereits seit Jahren aufgetreten waren. Letztere verknüpften sich zum Teil mit Singimpulsen, so dass es bei dem Patienten zu Anfällen von zwangsweisem Singen kam, über welche derselbe folgendermassen berichtete: „Ich weiss nicht, wie es kam, dass mich die Melodien, die ich als Soldat erlernt hatte, zu quälen begannen. Tatsache ist, dass ich mich seit 3 oder 4 Monaten sehr schlecht befinde, dass ich keinen Appetit habe und niedergeschlagen bin; ich glaube, würde ich Arbeit finden, so würde es mir besser gehen. Den ganzen Tag ertönen mir Musikweisen im Ohre. Sie liegen mir unangenehm im Kopfe und auf dem Magen, und doch gelingt es mir nicht, diese verdammten Melodien von mir zu weisen. Die Musik war mein Ruin. Von Morgens bis Abends kämpfte ich verzweifelt; während ich mich des Tages ein wenig durch Bummeln durch die Strassen Roms zerstreue, kann ich des Abends, wenn ich das Bett aufsuche, nicht mehr widerstehen, und wie sehr ich mich auch anstrenge, fluche, mich zurückhalte -- fange ich doch zu singen an. Ich habe mit meiner Mutter Mitleid, die nicht schlafen kann, doch ich versuche alles, ohne imstande zu sein, mich zu beherrschen. Im Gegenteil, die Anwesenheit meiner Mutter im Zimmer scheint es zu verschlimmern; ich denke, ich müsse ruhig sein, um sie im Schlafe nicht zu stören, und da fühle ich mehr denn je den Drang zu singen. Eine Zeit lang habe ich mich im Zaume gehalten. Die Idee kam mir, aber bald bewegte ich mich, bald hustete ich, bald fluchte ich, indem ich den Kopf unter die Decke steckte, und so weckte ich die Mutter nicht auf. Aber jetzt ist es fast schon ein paar Monate, dass ich meiner nicht mehr Herr werden kann, und fast jeden Abend ist die nämliche Geschichte los.“

¹⁾ van Deventer: Einfluss der Tonkunst auf psychopathologische Zustände. Psychiatr. Bladen Teil 9, I. I.

²⁾ Sante de Sanctis: Ossessioni ed impulsi musicali. Estratto dal Bollettino della Società Lancisiana degli Ospedali di Roma. Fasciola I anno XV 1895, Poggibonsi 1896.

Ich selbst habe über meine Erfahrungen in Betreff der musikalischen Zwangsvorstellungen in einem kleinen Vortrage berichtet, den ich in der Section III des internationalen Kongresses für Psychologie in München hielt. Ich lasse denselben hier unverändert, nur mit einem Zusatze versehen, folgen.

M. H.! Im vorigen Jahre trat eine 30jährige Fabrikantensgattin, Mutter von 4 Kindern, wegen Melancholie, die nach einer normal verlaufenen Entbindung während des Wochenbettes eingetreten war, in meine Behandlung. Die Patientin ist von väterlicher Seite erblich belastet und hatte schon früher mehrfach (4 oder 5 mal) an länger dauernden melancholischen Zuständen gelitten, und eine dieser Attacken hatte sich ebenfalls nach einer Entbindung eingestellt. Es handelte sich demnach, wenn man will, um eine periodische Melancholie, die aber ihren Erscheinungen nach der leichteren Form der Melancholie angehörte, der *Melancholia simplex* oder *sine delirio* der Autoren. Die Symptome waren die gewöhnlichen: Verstimmung, Angstzustände, Selbstmordideen, eine gewisse psychische Anästhesie. Nur ein Symptom bot die Kranke, welchem ich in ähnlichen Fällen noch nicht begegnet war und das auch sonst nicht öfters beobachtet worden zu sein scheint. Die Kranke hatte seit Beginn der Verstimmung wie schon während der früheren melancholischen Zustände fortwährend Melodien im Kopfe und zwar ganz vorwaltend solche heiteren Charakters, welche sie in hohem Mafse belästigten. Die Patientin befand sich bis zu ihrer definitiven Heilung mehr als 4 Monate in meiner Beobachtung. Während dieser Zeit schwankte ihr Zustand zum Teil sehr erheblich, und dabei stellte sich immer heraus, dass mit dem Zurücktreten der Verstimmung die Melodien im Kopfe seltener wurden oder auch sich ganz verloren, bei Verschlimmerung des Zustandes dagegen wieder stärker sich geltend machten; erst mit der definitiven Heilung schwanden dieselben dauernd. Inhaltlich wechselten die Melodien sehr, je nachdem die Patientin das eine oder andere zufällig hörte oder selbst spielte oder zufällige Erinnerungen in ihr auftauchten. Dabei waren während der ganzen Beobachtungszeit heitere, leicht zu spielende Weisen vorherrschend; zeitweilig kam es jedoch vor, dass die Patientin lediglich schwer zu spielende Melodien im Kopfe hatte und dabei genötigt war, sich den betreffenden Fingersatz vorzustellen; dies strengte sie sehr an und verursachte ihr zugleich eine sehr peinliche Aufregung und Steigerung des Verstimmungszustandes.

Der Zwangscharakter der in Frage stehenden Melodien unterliegt keinem Zweifel; dieselben traten unabhängig von assoziativen Vorgängen auf, liessen sich durch den Willen der Kranken nicht aus dem Kopfe bannen und machten ihr selbst den Eindruck von etwas Aufgedrungenem, Fremdartigem. Da es sich um musikalische Vorstellungen handelt, haben wir es demnach mit musikalischen Zwangsvorstellungen zu tun. Ich hatte das Vorkommen solcher schon früher in vereinzeltten Fällen konstatieren können, denselben jedoch keine besondere Beachtung geschenkt; die Intensität und Andauer der Störungen im obigen Falle veranlasste mich jedoch, diese Gattung von Zwangsvorstellungen weiter zu verfolgen, und ich fand auch Gelegenheit, sowohl bei Patienten, die in der Zwischenzeit in meine Behandlung kamen, als bei solchen, welche ich früher in Beobachtung hatte, hierüber mehreres zu ermitteln, was ich im Folgenden in Kürze berichten will.

Musikalische Zwangsvorstellungen finden sich nicht ausschliesslich bei Kranken; wir wissen, dass solche gelegentlich vorübergehend und zum Teil auch nur wenig prägnant bei gesunden oder nur nervösen Personen auftreten; dauernder und in grösserer Intensität machen sich dieselben jedoch nur bei nervösen und psychischen Leiden und zwar nach meinen Erfahrungen bei Zuständen von Neurasthenie, Hysterie und Melancholie geltend.

Was den Stand der betreffenden Patienten anbelangt, so ist es begreiflich, dass dieselben sich vorwiegend aus den Kreisen der berufsmässig mit Musik sich beschäftigenden oder intensive Musikstudien treibenden Personen rekrutieren; doch begegnen wir den in Frage stehenden Zwangsvorstellungen gelegentlich auch bei Personen, bei welchen von einer Überanstrengung durch Musikübung keine Rede sein kann. Die erwähnte Patientin z. B. befasste sich zwar mit Klavierspiel, aber durchaus nicht im Übermase und jedenfalls nicht mehr als viele andere Frauen der gebildeten Stände, welche von musikalischen Zwangsvorstellungen verschont bleiben. Die musikalischen Themata, mit welchen sich die Patienten augenblicklich beschäftigen, bilden nur in einem Teile der Fälle und zwar in dem kleineren die Quelle der Zwangsmelodien; häufiger liefern nur zufällig gehörte oder früher gespielte Melodien das Material für dieselben. Hinsichtlich ihres musikalischen Inhaltes variieren die Zwangsmelodien natürlich unendlich; neben leichten und einfachen Weisen heiteren oder

ernsteren Charakters, die allerdings vorherrschen, finden sich Melodien von höherer musikalischer Dignität vertreten. Eine meiner Patientinnen wurde z. B. längere Zeit von Wagner'schen Leitmotiven verfolgt. Bemerkenswert ist der Umstand, dass bei Personen von höherer musikalischer Bildung, welche dieser entsprechend sich nur mit Musik höheren Stiles befassen, die musikalischen Zwangsvorstellungen ganz vorwaltend einen musikalisch trivialen Charakter zeigen (Gassenhauer, Operettenwalzer etc.), was die Belästigung für die Betreffenden erhöht.

Ihrem Vorstellungsinhalte nach gehören die musikalischen Zwangsvorstellungen zum grössten Teile, jedoch nicht ausschliesslich, dem Gebiete der Gehörsvorstellungen an; in manchen Fällen (so z. B. in dem oben erwähnten Falle) verknüpfen sich mit den akustischen entsprechende zwangsmässige Bewegungsvorstellungen, i. e. ein Zwang, sich den Fingersatz der Melodien, welche innerlich gehört werden, vorzustellen; dieser wird in der Regel als etwas sehr Quälendes und Anstrengendes empfunden. Nach einer Belehrung, welche mir von einer sehr musikverständigen und mit den hier in Rede stehenden Zwangsvorstellungen wohlvertrauten Dame zu Teil wurde, treten diese motorischen Zwangsvorstellungen nur bei Personen auf, welche wenig Gehör und musikalisches Verständnis haben und bei ihren Musikstudien das Hauptgewicht auf die Technik legen und in dieser auch sehr vorgeschritten sein mögen. Mitunter vergesellschafteten sich die akustischen Vorstellungen mit Zwangsimpulsen und -Bewegungen, die auf Äusserung derselben gerichtet sind: Zwang, die innerlich gehörte Melodie zu singen, zu pfeifen oder zu summen.¹⁾

¹⁾ Es ist möglich, dass mitunter die musikalischen Zwangsvorstellungen lediglich aus Bewegungsvorstellungen sich bilden und das akustische Element denselben mangelt; es würde sich dann um ein rein inneres Intonieren einer Melodie handeln; in den von mir beobachteten Fällen liess sich jedoch das Vorhandensein einer solchen Varietät der musikalischen Zwangsvorstellungen nicht sicher konstatieren.

An Stelle des Zwanges, sich den Fingersatz der innerlich gehörten Melodie vorzustellen, können, wie nachstehende Beobachtung zeigt, auch entsprechende Muskelsinnhalluzinationen treten. In diesem Falle werden die Empfindungen der Fingerbewegungen ohne eine darauf gerichtete Anstrengung reproduziert. Die auf der folgenden Seite erwähnte cerebrasthenische Dame berichtete mir in jüngster Zeit über folgendes Erlebnis: Sie erwachte nachts nach etwa 2stündigem Schlafe mit Magenbeschwerden, die sie nicht mehr einschlafen liessen.

Dass die hier in Rede stehenden Störungen ausserordentlich hartnäckig sich zeigen können, haben wir bereits aus der mitgetheilten Beobachtung ersehen. Bei der erwähnten Patientin hielt die Belästigung durch Melodien zum Teil mehr oder minder während des ganzen Tages an, der Schlaf wurde jedoch dadurch nie gestört; in anderen Fällen stellen sich die Melodien namentlich nachts ein und rauben durch ihre hartnäckige Andauer den Leidenden völlig den Schlaf. Selbst Tag und Nacht kann die musikalische Qual anhalten. Eine Patientin meiner Beobachtung z. B., welche sich für die Oper ausbilden wollte, brachte es durch angestrenzte Musikstudien so weit, dass die Melodien, welche sie sang und spielte, Tag und Nacht ihr nicht mehr aus dem Kopfe gingen, der Schlaf dergestalt vollständig verloren ging und ein ganz desolater Zustand sich bei ihr einstellte.

Wenn die musikalischen Zwangsvorstellungen in grosser Intensität längere Zeit anhalten, so können dieselben, abgesehen von der Schlafstörung, noch verschiedene andere peinliche Zufälle, Herzklopfen, Angstzustände, Übelkeiten und Brechneigung, hochgradige Aufregung, Zustände von Verwirrtheit und Lebensüberdruß herbeiführen. Glücklicherweise treten die Zwangsmelodien nicht immer in so bedenklicher Weise auf; häufig bilden sie nur eine interkurrent für Stunden sich einstellende Belästigung.

Über die centralen Vorgänge, durch welche die musikalischen Zwangsvorstellungen hervorgerufen werden, sind wir noch sehr im Unklaren. Am einfachsten liegt die Sache für unser Verständnis in jenen Fällen, in welchen Überanstrengung durch musikalische Übungen eine ursächliche Rolle spielt und die Zwangsvorstellungen inhaltlich jenen Sujets entstammen, mit welchen sich der Patient im Übermaße beschäftigte. Man kann hier annehmen, dass es sich um einen durch

Als bald stellte sich bei ihr eine musikalische Zwangsvorstellung ein, die sich bis morgens 5 Uhr erhielt und von einer besonders peinlichen und interessanten Zugabe begleitet war. Den Inhalt der Zwangsvorstellungen bildete das Volkslied: „Alle Vögel sind schon da“, das sich als Klaviertonbild, begleitet von dem Texte, unaufhörlich in ihrem Kopfe reproduzierte. Bei der Wiederkehr des zweiten Theiles des Liedes war die Reproduktion der zugehörigen Begleitungsfigur mit einem Gefühle verknüpft, als ob eine in dem Schädel der Patientin befindliche grosse Spinne mit ihren langen Beinen beständig im Takte der Begleitungsfigur an das Innere ihres Schädeldaches stiesse. Das Bild der Spinne und ihrer Bewegungen schwebte ihr dabei lebhaft vor. Offenbar handelte es sich hierbei um eine allegorische Umdeutung von Muskelsinnhalluzinationen.

funktionelle Hyperämie bedingten andauernden Reizzustand gewisser Elemente der corticalen Hörsphäre handelt. Allein diese Art der Erklärung trifft nur für den kleinsten Teil der Fälle zu, da die musikalischen Zwangsvorstellungen, wie wir sahen, zum Teil bei Personen auftreten, bei welchen Überanstrengung durch Musikübung überhaupt nicht vorliegt, und in den Fällen, in welchen solche allerdings statthatte, dieselben doch nicht den Musikstücken entstammen, mit denen sich die Patienten speziell im Übermaße beschäftigten.

Nach dem, was ich bisher ermitteln konnte, sind zum Auftreten musikalischer Zwangsvorstellungen von pathologischer Intensität und Dauer zwei Umstände erforderlich:

I. Beschäftigung mit Musik, wodurch eine gewisse unentbehrliche Disposition begründet wird. Bei nicht musikalischen Personen stellen sich musikalische Zwangsvorstellungen überhaupt nie in einer Weise ein, dass sie eine ernstliche Belästigung bilden.

II. Ein Erschöpfungszustand des Gehirns (Cerebrasthenie), der irgendwie entstanden sein mag. Erheblichere Grade der Cerebrasthenie bedingen direkt das Auftreten musikalischer Zwangsvorstellungen, während geringere Grade der Affektion zunächst nur die durch die Beschäftigung mit Musik herbeigeführte Disposition verstärken. Vorübergehende Steigerung des cerebrasthenischen Zustandes durch geistige Überanstrengung, auch durch Beschäftigung mit Gegenständen, welche dem Gebiete der Musik ganz fernliegen, oder andere Umstände können dann die musikalische Qual für längere Zeit heraufbeschwören, wie folgender Fall in sehr instruktiver Weise zeigt. Eine cerebrasthenische Patientin meiner Beobachtung, welche öfters in sehr intensiver Weise an musikalischen Zwangsvorstellungen gelitten hatte, aber schon längere Zeit davon verschont war, wohnte einer sogenannten Maiandacht bei. Einige Tage später beschäftigte sie sich in ungewohnter Weise mit Lesen und Abschreiben, und in der Nacht des Tages, an welchem diese Überanstrengung stattgefunden hatte, wurde sie von einer der Melodien, die sie in der Maiandacht gehört hatte, unaufhörlich gequält, so dass von Schlaf keine Rede war und die Patientin nahezu in Verzweiflung geriet. Die betreffende Melodie hatte auf die Patientin beim Anhören keinen besonderen Eindruck gemacht, letztere hatte sich auch in der Zwischenzeit mit derselben nicht weiter beschäftigt; es handelte sich also um eine ganz indifferente musikalische Erinnerung, welche bereits mehrere

Tage ruhig im musikalischen Gedächtnisse geschlummert hatte, als sie unter dem Einflusse einer transitorischen Gehirnüberreizung in Form der Zwangsvorstellung reproduziert wurde.

Bemerkenswert ist ferner, dass bei einem erheblichen Teile der an musikalischen Zwangsvorstellungen Leidenden sich auch Zwangsvorstellungen anderer Art und Phobien finden. Die eingangs erwähnte Patientin litt seit Jahren bereits an Agoraphobie. Mitunter haben die neben den Zwangsmelodien sich einstellenden Zwangsvorstellungen gewisse Beziehungen zum musikalischen Gebiete. So erwähnte ein Patient (hereditärer Neurastheniker), dass er beim Studium der Harmonielehre überall an den Gegenständen Ähnlichkeiten mit einem Septakkord fand. Auch kommt es vor, dass die musikalischen Zwangsvorstellungen mit Zwangsvorstellungen anderer Art alternieren, derart, dass z. B. nach dem Schwinden der Zwangsmelodien sich sofort ein gewisser Grübelzwang geltend macht. Der Umstand, dass bei melancholischer Verstimmung vorwiegend musikalische Zwangsvorstellungen heiteren Charakters sich einstellen, erscheint an sich sehr befremdlich, wir können denselben jedoch durch Berücksichtigung mehrerer Tatsachen unserem Verständnisse einigermassen näher rücken. Wir wissen, dass bei Melancholie Zwangsvorstellungen verschiedener Art vorkommen und ausserdem den Zwangsmelodien sehr nahestehende Phänomene, Gehörshalluzinationen, keine Seltenheit bilden. Bei der Entstehung der Zwangsvorstellungen ist ferner das Assoziationsprinzip des Kontrastes offenbar in manchen Fällen wirksam, so z. B. bei dem Auftreten sakrilegischer Zwangsvorstellungen bei Personen von streng religiöser Gesinnung, beim Auftreten von Zwangsimpulsen, liebe Angehörige zu töten oder körperlich zu schädigen, bei Menschen, welchen ihre Familie das Teuerste ist. Dass auch bei musikalischen Zwangsvorstellungen sich dieses Prinzip geltend macht, ersehen wir nicht nur aus der Beschaffenheit der Zwangsmelodien bei Melancholie, sondern auch aus der Tatsache, deren wir oben Erwähnung taten, dass bei musikalisch hochgebildeten Personen die Zwangsmelodien ganz vorwiegend im Gegensatz zu den musikalischen Neigungen der Betreffenden stehen*.

Im Folgenden werden zunächst 2 Fälle mitgeteilt werden, welche sich durch die Multiplizität der in denselben vertretenen Zwangsvorstellungen auszeichnen.

Beobachtung 41. Multiple Zwangsvorstellungen. Herr X., Techniker, 31 Jahre alt, ledig, ist erblich mütterlicherseits belastet (die Mutter exzentrisch und zu melancholischer Verstimmung neigend). Von Kinderkrankheiten nur Masern; Masturbation vom 17. bis 19. Jahre, angeblich nicht sehr häufig. In der Folge Poll. nim.; keine Infektion. Seit 12 Jahren nervöse, (cerebrasthenische und myelasthenische) Beschwerden: Schlaf oft mangelhaft, zum Teil aus Furcht vor Pollutionen, Kopfschmerzen, Erschwerung der geistigen Arbeit, Geräusche in den Ohren, Rückenschmerzen, rasches Ermüden der Beine, Herzklopfen, mitunter Magendruck nach dem Essen; Angstzustände namentlich abends, vorherrschend nosophobischer Natur. Nach den Pollutionen keine Steigerung der Beschwerden, jedoch gemüthliche Depression.

In letzterer Zeit Steigerung der Kopfbeschwerden, so dass Pat. fast unfähig zu geistiger Arbeit ist und Urlaub nehmen muss. Schlaf sehr mangelhaft, auch beträchtliche Verringerung der körperlichen Leistungsfähigkeit, öfters Herzklopfen; Poll. etwa wöchentlich 1 mal, Defaecationsspermatorrhoe.

Unter den Erscheinungen, über welche Pat. klagt, figurieren auch Zwangsvorstellungen, von welchen er eine grosse Mannigfalt aufweist. Das schriftliche Verzeichnis seiner Zwangsvorstellungen, das Pat. mir übergab, führt folgendes an:

„Zwangsvorstellung im Alter von ca. 13 Jahren. In diesen Jahren las ich gern Indianergeschichten, ein Satz aus einer solchen verfolgte mich längere Zeit und fällt mir noch heute ab und zu ein. Einmal bekam ich, in eine Kirche tretend, plötzlich den Gedanken, Gott ist ein (Schimpfwort). Dieser Satz fällt mir bei gleichem Anlass heute noch dann und wann ein.

Zwangsvorstellung: Ich sei der schlechteste Mensch, den es je gegeben.

Zwangsvorstellung: Die Welt geht unter, wenn ich einmal gestorben. Diese Vorstellung tritt in der Regel gleichzeitig mit der Vorhergehenden auf.

Zwangsvorstellung: Ich komme sicher in die Hölle.

Zwangsvorstellung: Auf der Strasse schauen mich alle Leute an und denken dabei sehr abfällig über mich. Diese Zwangsvorstellung hatte ich schon vor der Störung der Geschlechtssphäre. Später beim Verkehr mit dem weiblichen Geschlecht, resp. beim Anknüpfen eines Liebesverhältnisses liessen mich geschlechtliche Zwangsvorstellungen und daraus entstehende schreckliche Unruhe und Aufregung das Verhältnis bald wieder lösen (Ich atmete dann ganz auf, als dies endlich geschehen.) So erging es mir dann bei jedem weiteren Versuche, mich dem anderen Geschlecht zu nähern und jetzt habe ich die Zwangsidee, dass es bei mir mit dem weiblichen Geschlecht wohl für immer vorbei ist.

Mein Bruder hat ein 1³/₄jähriges, sehr hübsches Kind, ein Mädchen, das mir ganz ans Herz gewachsen ist. Trotzdem ich es so liebe, kann ich mich der Vorstellung nicht erwehren (es kommt einfach so über mich), es umbringen zu müssen, wenn ich an sein Bettchen trete, und es, einem Engel gleich, schlafend finde. Die Zwangsvorstellung habe ich auch dann, wenn meine Angehörigen, wie ich mit Lesen beschäftigt, des Abends traulich bei Lampenlicht beisammen sitzen, sobald ich meinen Blick in der Runde schweifen lasse. Das reine Gegenteil von dieser Zwangsvorstellung ist, dass sobald ich einen Käfer oder Schmetterling absichtlich umgebracht, ich diesen Gedanken lange nicht mehr (wenigstens 3—4 Tage) aus dem Kopfe bringe und denke ich dabei: ach der arme Schmetterling könnte sich jetzt im Sonnenlicht tummeln u. s. w.

Die ganz gleiche Geschichte ist es, wenn ein Tier, das mir lieb war, von anderen Menschen umgebracht wird, da habe ich wochenlang das rührendste Mitleid.

Zwangsvorstellung, einmal verrückt zu werden, doch selten, nur bei grösster Mutlosigkeit, wenn jeder Halt sozusagen verloren gegangen, dann reiht sich wohl noch die Befürchtung daran, ich könne vielleicht einmal durch Selbstmord enden.

Am meisten Zwangsvorstellungen der Selbstverdammung, weil ich zum grössten Teil alles verschuldet.“

Zur Zeit der Aufnahme standen bei dem Patienten Zwangsvorstellungen nosophobischen und suicidalen Inhalts im Vordergrund. Unter der eingeleiteten Behandlung trat bei dem Patienten alsbald Besserung nach allen Richtungen ein, das weitere Fortschreiten dieser wurde jedoch in den letzten Behandlungswochen durch einen eigentümlichen Vorfall gestört. Der Patient hatte die Unvorsichtigkeit begangen, eine Prostituierte in seine Wohnung mitzunehmen und derselben seinen Namen und Stand mitzuteilen. Das Frauenzimmer versuchte in der Folge durch wiederholte Drohbriefe, von dem Patienten unter der erdichteten Angabe, dass sie von ihm infiziert worden sei, Geldbeträge zu erpressen. Trotz meiner mehrfachen und eindringlichen Erklärung, dass ihm die Betreffende absolut nichts anhaben und ihre Drohungen nur ihr selbst (als strafbare Erpressungsversuche gefährlich werden könnten), vermochte Pat. dieselben nicht aus dem Kopfe zu bringen. Um sich von autorativer Seite Beruhigung zu verschaffen, erstattete Pat. endlich Anzeige bei der Polizei, wo man ihm versprach, die Sache zu verfolgen. Auch diese Erklärung war nicht imstande, dem Pat. über das Zwangsdenken an die fragliche Affaire völlig hinwegzubringen. Es entwickelte sich vielmehr bei dem Pat. eine Art von Grübelzwang, der sich speziell mit dieser Angelegenheit befasste. Pat. erwähnt in einem Berichte über sein Befinden, den er mir einige Monate später zusandte, dass er, obwohl er die ganze Sache nun-

mehr mit einem gewissen Humor auffasse, doch trotz allen Bemühens noch immer nicht jene Ruhe finden könne, die er vor dem Zwischenfalle hatte.

„Immer besteht die Neigung, die Geschichte wieder durchdenken zu müssen, ob mir das Frauenzimmer wirklich und wahrhaftig nichts anhaben kann. Diese Grübelei muss sich dann stets bis ins kleinste Detail erstrecken, alle Eventualitäten wollen genau erwogen sein, was aber ist die Folge dieses Résumés? Nur noch grössere Unruhe, und der Faden der Grübelei geht erst recht nicht aus. In diesem Wirrwarr von Möglichkeiten hilft dann nur plötzliches Abbrechen der Gedanken. Trotzdem ich mir bei hartnäckiger Zwangserinnerung nur Beruhigendes sage — es bleibt ebenso hartnäckig eine gewisse schmerzhaft Spannung im Kreuz oder im Unterleib oder im Kopf, irgendwo. Bei leerem Magen plagt mich diese Zwangsvorstellung mehr, als wie nach der Mahlzeit. Weitere Zwangserinnerungen plagten mich nicht.“

Trotz alledem besserte sich der Zustand des Pat. allmählig derart, dass er seinen Dienst wieder aufnehmen konnte. Nach etwa 1 Jahr wurde Pat. jedoch durch neuerliches Auftreten erheblicher cerebrasthenischer Beschwerden veranlasst, in Pension zu gehen.

Mit dem Verzicht auf geistige Anstrengung traten die cerebrasthenischen Erscheinungen wieder mehr zurück. Nach den letzten Berichten, die ich von dem Pat. erhielt, scheint sein psychischer Zustand dauernd besser geblieben zu sein. Seine Klagen bezogen sich in der Hauptsache auf somatische (myelasthenische) Beschwerden.

Wir haben im vorliegenden Falle eine wahre Musterkarte von Zwangsvorstellungen vor uns, die zum Teil nebeneinander bestanden, zum Teil sich ablösten und denen gegenüber der Pat. volle Krankheitseinsicht besass: Zwangsvorstellungen nosophobischen, sakrilegischen, religiösen, abergläubischen, sexuellen, suicidalen, homicidalen Inhalts, ferner Zwangsvorwürfe und Selbstanklagen, Zwangsskrupel und Grübeleien. Trotz dieser Mannigfalt von Zwangsvorstellungen finden wir keine stetige Weiterentwicklung der Zwangsercheinungen, sondern, von einer durch zufällige äussere Umstände herbeigeführt episodischen Steigerung abgesehen, einen allmählichen Rückgang derselben, welcher jedenfalls mit der Besserung des cerebrasthenischen Zustands zusammenhängt.

In dem folgenden Falle finden wir eine ähnliche Mannigfalt von Zwangsvorstellungen und anderen Zwangsercheinungen, wie in dem eben mitgeteilten. Die Zwangsvorstellungen zeichnen sich hier jedoch zum grossen Teile durch einen ganz aussergewöhnlich phantastischen und bizarren Inhalt aus, so dass der Fall unter meinen

Beobachtungen eine ganz vereinzelte Stellung einnimmt und auch in der Literatur kaum ein Analogon hat.

Beobachtung 42. Multiple Zwangsvorstellungen. Herr M., Maler, 24 Jahre alt, stammt aus einer nervösen Familie (der Vater und Geschwister nervös, die Mutter wahrscheinlich hysterisch). In den Kinderjahren Masern und Scharlach, später keine ernstere Erkrankung. Masturbation und sexueller Verkehr negiert; keine übermässigen Pollutionen, doch zeitweilige Belästigung durch die sexuelle Abstinenz, die zum Teil aus ästhetischen, zum Teil aus hygienischen Gründen (Furcht vor Ansteckung) bisher durchgeführt wurde. Pat., ein sehr begabter junger Mann hat bisher seine Kunststudien mit grösstem Eifer und günstigem Erfolge betrieben, wobei ihm sein psychischer Zustand und die Beschränktheit seiner Mittel grosse Erschwernisse bereiteten. Pat. hatte bisher noch keinen Arzt wegen der mannigfachen Zwangsvorstellungen, von welchen er im Laufe der Jahre heimgesucht wurde, konsultiert. Ein Freund, der meine Hilfe wegen eines interkurrenten Leidens in Anspruch nahm, veranlasste ihn mitzukommen, um meine Ansicht über seinen Zustand zu vernehmen. Bei der Unterhaltung mit dem Patienten, der einen durchaus gesetzten, sympathischen Eindruck machte und über seinen Zustand nicht übertrieben beunruhigt schien, fand ich alsbald, dass derselbe mit einer Anzahl als „Raritäten“ zu bezeichnender Zwangsphänomene behaftet war. Da seine Angaben über die zeitliche Aufeinanderfolge der einzelnen Erscheinungen schwankten, und er auch erklärte, dass ihm manche interessante augenblicklich nicht einfallen dürfte, ersuchte ich ihn, für mich einen schriftlichen Bericht über den bisherigen Verlauf seines Leidens und dessen derzeitiger Gestaltung zu verfassen. Der Bericht, den ich kurz darauf erhielt, hat folgenden Wortlaut:

„Bevor ich zur Aufzählung der aussergewöhnlichen hysterischen Erscheinungen, für welche die Bezeichnung ‚Raritäten‘ eine so äusserst treffend gewählte ist, übergehe, muss ich mir die Bemerkung erlauben, dass ich auch von früher Jugend an, soweit mir es seit dem Erwachen des Selbstbewusstseins erinnerlich ist, von den mannigfaltigsten Vorstellungen und Ideen beherrscht worden bin, von denen jede einzelne mein ganzes Gemütsleben auf gewisse Zeit auf das Regste in Anspruch nahm, um dann zu verschwinden und einer anderen den Platz einzuräumen.

Wenn ich nun hierbei chronologisch zu Werke gehen soll, so muss ich bekennen, dass die erste mir in der Erinnerung stehende Manie diejenige war, welche mir ein unglaublich intensives Interesse für alle Arten von Brunnenwerken, Kanälen, Wasserkünsten etc. einflösste, um dann einem nicht minder regen Interesse für die edle Kunst des Wäschebügels Platz zu machen. Ich habe hierbei aber

noch voranzuschicken, dass ich bereits im zarten Alter, also in einer Zeit, zu welcher das eigene Bewusstsein nicht mehr hinabreicht, für alle äusseren Eindrücke sehr empfänglich gewesen zu sein scheine. Es ist mir oft von meinen Eltern erzählt worden, dass ich vor gewissen Zimmern und den darin enthaltenen Mobilien eine unüberwindliche Abneigung an den Tag gelegt, dass andere Räumlichkeiten dagegen, wie z. B. ein grosses Wohnzimmer mit einem bronzenen Kronleuchter, stets bei jeder Gelegenheit von Aufregung einen ausserordentlich beruhigenden Einfluss auf mich geübt habe.

Um nun wieder zur Reihenfolge der verschiedenen Zwangsvorstellungen zurückzukehren, habe ich zu erzählen, dass nach Eintritt in die Schule und Erteilung des ersten Geographieunterrichtes mich die Wut, fortwährend Landkarten anzufertigen, ergriff und ich lange Zeit hindurch zirka vom 8. bis 11. Lebensjahre alle freie Zeit benützte, solche nach dem Atlas zu kopieren. Dieses krankhafte Interesse wich nur einem ungemessenen Enthusiasmus für die Riten des Katholizismus (ich bin protestantisch erzogen), über dessen Geschichte, Einrichtungen u. s. w. ich mich aufs Genaueste informierte. Dies dürfte bis zu meinem 14. Jahre gewährt haben, worauf ich durch den Tod meiner Mutter und andere Verhältnisse wieder davon abgelenkt wurde. Mit zirka 16 Jahren wurde ich mit den Schriften Herbert Spencer's, Darwin's und anderer Lehrer der Evolutionstheorie bekannt, und bekenne ich, dass mich ein fieberhaftes Interesse viele Jahre hindurch Tag und Nacht hierfür in Anspruch genommen hat. Es erlitt nur eine kurze Unterbrechung durch eine höchst intensive Inanspruchnahme meines Interesses für eine der historischen Hauptpersonen des französischen Revolutionsdramas, der Königin Marie Antoinette, für welche meine Begeisterung sich fast bis zum Kultus steigerte. Hierbei bemerke ich, dass zu solchen Zeiten die Idee, all dieses eben wirklich tun zu müssen, Bedenken und Umstände jeder anderen Art gänzlich in den Hintergrund drängte. Aber ausser den hier angeführten Vorstellungen beherrschte mich stets, selbst heute noch die Sucht, mich auf das Lebhafteste in Situationen hinein zu versetzen, von denen ich absolut weiss, dass sie entweder ganz unmöglich, oder wenigstens höchst unwahrscheinlich sein würden.

Mit ungefähr 20 Jahren wurde ich magenleidend und mit zunehmendem Mangel an Assimilationsvermögen immer schwächer und daher auch nervöser, und nun komme ich zur Aufzählung der in der Kategorie der Raritäten befindlichen ausserordentlichen Erscheinungen hysterischen Ursprungs.

1. Die allgemeiner bekannten Symptome der Platzangst, Angst, es in einem Theater oder anderem Gebäude nicht aushalten zu können, Anwandlung von Melancholie beim Anblick der untergehenden Sonne, Eintritt der Dämmerung etc.

2. Vollständige oder partielle Gefühllosigkeit des Körpers, Gefühl der Leerheit im Innern desselben und Empfindung beim Gehen, als sei der Körper gänzlich unmateriell geworden und nur noch das Bewusstsein sei vorhanden und gleite durch die Luft.

3. Gefühl der Beunruhigung beim Anblick spitzer Kirchtürme und gleichzeitiges Auftreten der Vorstellung, als ob ein gleichartig spitz zulaufender Gegenstand sich im Körperinnern befände und beim Laufen sich in eines der edleren Organe z. B. das Herz, die Lunge u. s. w. einbohren könne.

4. Angstgefühl beim Betreten eines Kaufladens, der darin befindliche Ladentisch könne sich teilen, und ich müsste mich in die durch die Teilung entstandene Öffnung stürzen, worauf sich der Ladentisch dann wieder schliessen und mich zerquetschen würde. Letzteres Gefühl war so stark, dass ich lange keinen Laden, ohne von jemand begleitet zu sein, betrat, und nur dann, wenn ich mir vorher durch ein Glas Wein oder Einnehmen von Hoffmanns Tropfen den dazu nötigen Mut verschafft hatte.

5. Abneigung gegen den Spitzbogenstyl und Gefühl der Beruhigung beim Rokokostyl; gleichzeitige Empfindung, als ob beim Anblick der leicht hinfließenden Linien der letztgenannten Stylart die Nervenzellen des Gehirns sich zu ähnlichen, den eben gesehenen Formen gewissermaassen korrespondierenden Windungen vereinigten.

6. Vorstellung, dass die Sprache durch eine im Körperinnern befindliche, automatisch wirkende Maschine erzeugt werde, und Angst, an dieser könne etwas zerbrechen, so dass ich oft Furcht, etwas zu sprechen, empfand. Fernerhin das Gefühl, als werde durch die Maschine jedes Wort noch einmal wiederholt, was oft Furcht vor dem eigenen Ego zur Folge hatte.

7. Gefühl, als ob beim Treten auf einen Teppich ein Gegenstand, der (obgleich in kleinerer Form) der betreffenden, so eben betretenen geometrischen Figur im Teppichmuster entsprechend sei, ein Gefühl des Druckes auf die eine Gehirnhemisphäre ausübe.

8. Äusserst lebhaftes Gefühl, als steige beim Laufen heisser Dampf an den Füssen empor.

9. Empfindung, die äussere Welt existiere nur so weit in Wirklichkeit, als ich selbst sehen könne, und dass z. B. beim Laufen auf der Strasse nur eben diese besondere Strasse vorhanden sei, von der übrigen Stadt aber nichts, und dass beim Einbiegen in eine neue Strasse diese plötzlich ins Dasein gerufen würde, während die eben durchlaufene Strasse verschwände.

Mir selbst ist diese Art der Empfindung eine sehr klare, dieselbe aber noch mit allen begleitenden Erscheinungen besser zu definieren, leider nicht möglich.

10. Einbildungen, an verschiedenen Übeln zu leiden, Furcht, die Briefe, die ich absende, seien unrichtig adressiert, oder die Marken würden nicht kleben bleiben, weshalb ich jeden Brief mehrere

Tage behalte, um wieder nachzusehen, ob auch die Marke noch darauf klebt.

11. Angstgefühl, wenn von jemand zum Hinsetzen auf einen Stuhl oder Sofa eingeladen, die Lokomotionsfähigkeit könne verloren gehen, und Bestreben durch Bewegen der Finger oder Füße in einer den anderen Personen unauffälligen Weise dieselbe in beständiger Anregung zu erhalten.

In dem schriftlichen Berichte des Patienten findet sich, wie ich beifügen muss, eine Zwangerscheinung nicht angeführt, die er mündlich mir gegenüber erwähnt hatte: mitunter befällt ihn der Impuls, in ein Blumengeschäft einzutreten und einen Strauss zu kaufen, obwohl er für denselben keinerlei Verwertung hat und seine Mittel eine derartige Luxusausgabe auch nicht zulassen. Der Impuls ist oft so mächtig, dass er demselben nur mit grösster Anstrengung Widerstand leisten kann; der ihm hierdurch aufgelegte innere Kampf ist in der Regel mit Angst verknüpft. Mitunter haben sich derartige Kaufimpulse, jedoch in geringerer Intensität, beim Vorübergehen an Ladenauslagen auch anderen Objekten gegenüber (Luxusgegenständen), gezeigt.

Ich sah den Patienten erst 9 Jahre, nachdem ich seinen Bericht erhalten hatte, wieder. Er lebt seit 8 Jahren im Auslande und erfreut sich andauernd eines befriedigenden Befindens. Von allen den Zwangerscheinungen, über welche er mir berichtete, ist er nahezu vollständig frei geworden.

Der Fall weist in sehr prägnanter Weise darauf hin, dass für den speziellen Inhalt der einzelnen Zwangsvorstellungen auch die Phantasie des Kranken von keiner untergeordneten Bedeutung sein mag. Der Phantasie_reichtum des Künstlers hat zweifellos die spezielle Gestaltung eines Teiles seiner Zwangsvorstellungen beeinflusst, vielleicht auch zur Entwicklung einzelner derselben direkt beigetragen, indem einzelne Phantasievorstellungen unter der Einwirkung momentaner Umstände Zwangscharakter annahmen.

Während wir im vorstehenden Falle neben einer Reihe den bekannten Arten sich anschliessenden Zwangsvorstellungen auch einzelne finden, welche inhaltlich eine Sonderstellung einnehmen, werden wir in den folgenden Fällen dem völlig isolierten Auftreten derartiger Zwangsvorstellungen begegnen.

Singuläre Zwangsvorstellungen eigenartigen Inhalts.

Beobachtung 43. Fräulein K., 35 Jahre alt, ist erblich erheblich belastet; ihre vor Jahren verstorbene Mutter litt zeitweilig

an Melancholie, ein Bruder der Patientin befindet sich seit 15 Jahren wegen Paranoia in einer Irrenanstalt. Pat. hat ausser Kinderkrankheiten keine ernstere Erkrankung durchgemacht, sie war nur zeitweilig blutarm.

Seit 10 Jahren unterhält die Pat. ein Verhältnis mit einem Manne, aus dem 2 Kinder im Alter von 7 und 5 Jahren hervorgingen. Im März lfd. Jahres kam sie mit einem toten Kinde nieder. Die Entbindung verlief wie die früheren völlig normal, doch besteht seit derselben wieder eine gewisse Anämie. Vor 14 Tagen hatte die Pat. eine schwere Aufregung, die ihr durch ein anonymes, ihren Geliebten betreffendes Schreiben verursacht wurde. Sie ist seitdem, obwohl sie über die in dem Briefe erwähnte Angelegenheit durch ihren Geliebten völlig beruhigt wurde, nervös, verstimmt und sehr zum Weinen geneigt.

Seit der fraglichen Aufregung hat sie, wie sie sich ausdrückt, auch „sonderbare Phantasien“.

Eine in ihrer Nachbarschaft wohnende Familie hat ein kleines Kind; sie bildet sich ein, dass dieses Kind ihr gehöre, und dass es dasjenige sei, welches sie im März gebar. Sie sieht sehr wohl ein, dass diese Idee ganz und gar unsinnig ist, da sie bestimmt weiss, dass das von ihr geborene Kind tot war und begraben wurde. Allein trotz dieser Einsicht drängt sich diese Idee ihr immer wieder auf, namentlich wenn sie das Kind der Nachbarfamilie hört. Sie kann die Idee nicht aus dem Kopfe bringen und wird durch dieselbe sehr geängstigt, zumal sie die Ungereimtheit derselben an das Schicksal ihres Bruders erinnert. Sie glaubt auch mitunter, dass sie ebenfalls noch in eine Anstalt kommen werde.

Appetit gering, Schlaf sehr mangelhaft, objektiv ausser mässiger Anämie nichts zu konstatieren.

Die erwähnte Zwangsvorstellung verlor sich nach mehreren Wochen.

Beobachtung 44. Herr X., Kaufmann, 41 Jahre alt, verheiratet, Vater eines Kindes; von den Eltern des Patienten starb die Mutter in den 40er Jahren an Lungenentzündung, der Vater lebt noch, ist gegenwärtig 70 Jahre alt, körperlich gesund, jedoch seit vielen Jahren zu Verstimmungszuständen und Grübeleien neigend. Die 5 Geschwister des Pat. sind gesund.

Pat. hat, abgesehen von Kinderkrankheiten, keine ernstere Erkrankung durchgemacht. Als Knabe fiel er einmal von einem Baume herab, was jedoch keine üblen Folgen nach sich zog. Seit mehreren Jahren wird er von der Zwangsvorstellung verfolgt, dass Personen, welche die Feder beim Schreiben nicht in einer gewissen Weise (die er als die richtige erachtet) halten, nicht so intelligent sein können, als andere. Wie Pat. zu dieser Idee kam, weiss er nicht anzugeben.

Er kann sich auch nicht entsinnen, dass er zur Zeit ihres ersten Auftauchens sich in einer besonderen gemütlichen Erregung befand. Anfänglich stellte sich die Idee nur selten ein und er erkannte auch wohl, dass sie ein Unsinn sei. Im Laufe der Zeit drängte sich ihm dieselbe jedoch häufiger und häufiger auf, so dass sie seine Aufmerksamkeit zeitweilig ganz in Anspruch nahm, ihn bei seinen Geschäften, z. B. bei den Verhandlungen mit Kunden erheblich störte und durch ihre Hartnäckigkeit in Erregung versetzte. Zeitweilig konnte er sich dann auch nicht enthalten, über die Idee mit anderen Personen zu sprechen und ihre Ansicht darüber zu vernehmen, da es ihm doch schien, als ob an der Idee etwas Richtiges sein könnte. Da die Verfolgung durch die erwähnte Idee, welche stetig isoliert blieb, dem Pat. immer lästiger und auch in der geschäftlichen Tätigkeit störender wurde, kam derselbe allmählig zu der Anschauung, dass bei ihm ein krankhafter Zustand vorliegen möge; dies bestimmte ihn, sich an mich zu wenden.

Patient, ein kräftig gebauter, wohl aussehender Mann, stellt Exzesse in Baccho und Venere in Abrede.

Die Untersuchung ergibt bei demselben keinerlei körperliche Anomalie. Auch in psychischer Hinsicht ist ausser der erwähnten Zwangsvorstellung nichts zu konstatieren. Pat. hat bisher trotz der durch die Zwangsvorstellung bereiteten Erschwernisse seine Geschäfte in vollem Umfange versehen.

Unter hypnotischer Behandlung trat bei dem Pat. alsbald Besserung ein, die Zwangsvorstellung wurde seltener und seltener. Dieser Status blieb längere Zeit, da eine kontinuierliche Fortsetzung der Behandlung des Pat. nicht möglich war. Schliesslich gelang es jedoch, den Patienten von der Zwangsidee, die ihn Jahre hindurch verfolgt hatte, vollständig zu befreien. In neuerer Zeit macht sich bei dem Pat. ab und zu eine geringe Neigung zum Grübeln geltend, welche derselbe jedoch stets zu überwinden vermag.

Der hier mitgeteilte Fall ist in mehrfacher Hinsicht lehrreich. Wir sehen, dass eine vereinzelte Zwangsvorstellung indifferenten Inhalts Jahre hindurch ganz unverändert und isoliert fortbestehen, dabei aber doch allmählig durch die Häufigkeit ihres Auftretens und die hierdurch bewirkte erhebliche Störung des Vorstellungsablaufes zu einer schweren Belästigung für den Pat. werden kann. Der Fall entspricht, da bei demselben die emotive Grundlage fehlt, der Westphal'schen Definition vollkommen.

Einen passenden Übergang zu den Fällen mit Zwangsempfindungen bildet nachstehende Beobachtung.

Beobachtung 45. Zwangsgefühl des Fremdartigen. Herr X., 29 Jahre alt, Verkehrsbeamter, seit 4 Jahren verheiratet, Vater von

3 Kindern ist nicht ohne erbliche Belastung (der Vater und 2 Schwestern nervös). Mit 6 Jahren Lungenentzündung, mit 7 oder 8 Jahren Masern, sonst keine erhebliche Erkrankung, auch keine Infektion. Masturbation vom 16. bis zum 25. Jahre, angeblich mässig und ohne nachteilige Folgen. Pat. ist seit etwa $\frac{3}{4}$ Jahren leidend und zwar nach seiner Ansicht infolge dienstlicher Überanstrengung, doch war er schon früher zeitweilig sehr aufgeregt. Zuerst traten Anfälle von Herzklopfen auf, wozu sich nach mehreren Wochen Beklemmungszustände (Brustbeklemmung) gesellten. Der gegenwärtige Zustand besteht seit etwa 5 Monaten; Patient gebrauchte wegen desselben eine Wasserkur in einer Anstalt und auch sonstige ärztliche Behandlung ohne Erfolg.

Die Hauptklage des Pat. betrifft ein Gefühl des „Fremdartigen“, das ihn beständig verfolgt und belästigt¹⁾. Es ist ihm, als ob er, der doch Familie hat, allein auf der Welt stünde. Wenn er auf der Strasse geht, erscheint ihm alles eigenartig, fremd. Wenn seine Frau mit ihm spricht oder Freunde sich mit ihm unterhalten, hat er ebenfalls das Gefühl des Fremdartigen. Die Stimme aller Personen seiner Umgebung kommt ihm verändert, fremdartig vor, und wenn eines seiner Kinder auf ihn zuläuft, erscheint es ihm ebenfalls fremd.

Des Abends, wenn die Lampe etwas düster brennt, hat er das Gefühl, als ob das Zimmer immer enger würde. Kopfschmerz selten, keine Kopfeingenommenheit. Auf der Strasse mitunter ein Gefühl der Leere im Kopfe, auch Gefühle, als ob er rückwärts schreite. Öfters inhaltlose Angstzustände; seit einiger Zeit auch eine gewisse geistige Apathie.

Pat. kann Lokale jeder Art besuchen, hält es jedoch überall nur kurze Zeit aus. Er gibt zu, dass er über seinen Zustand beständig studiert und namentlich wegen des ihn belästigenden Gefühls des Fremdartigen verstimmt ist.

Geschlechtlicher Verkehr mässig und in normaler Weise, keine Exzesse in Alcoholicis. Appetit gut, Stuhl regelmässig, Schlaf etwas mangelhaft.

Objektiv 0. Aussehen und Ernährungszustand des Pat. gut.

Pat. befand sich nur kurze Zeit in Beobachtung, während welcher eine wesentliche Veränderung seines Zustandes nicht zu konstatieren war.

Im vorliegenden Falle scheint es sich um eine Veränderung, i. e. bedeutender Herabsetzung jenes psychischen Elementes gehandelt zu haben, welches neuerlich von Höffding als „Bekanntheitsqualität“,

¹⁾ An einer ähnlichen Erscheinung hat Pat. nach seiner Angabe bereits als Knabe mit 8 Jahren gelitten.

von Volkelt als „Bekanntheitsgefühl“ bezeichnet wurde und dessen Berücksichtigung in der Psychopathologie von Pick¹⁾ urgirt wurde. Volkelt²⁾ hat dargelegt, dass jeder Wahrnehmung, mit der ein Erkennen verknüpft ist, das von ihm als Bekanntheitsgefühl bezeichnete psychische Element anhaftet, durch das unmittelbar der Eindruck des Bekanntseins gegeben ist. Auch für das Erkennen reproduzierter Vorstellungen als Erinnerungen ist dieses Gefühl nach Volkelt von wesentlicher Bedeutung.

Es liegt nahe, dass eine beträchtliche Verminderung oder ein Ausfall dieses Bekanntheitsgefühls komplementär zum Auftreten eines anderen Gefühls dem des Unbekannten, Fremdartigen, unter allen Verhältnissen führen muss, in welchen es sich um Wahrnehmung bekannter Objekte und Vorgänge handelt. Wir sehen, dass dieses Gefühl unseren Patienten auf der Strasse und in seiner häuslichen Umgebung, wo er es überall mit Bekanntem zu tun hat, verfolgt, und es ist auch begreiflich, dass dasselbe mit Ideen der Entfremdung seinen Angehörigen gegenüber sich verknüpft. Dem Patienten, welcher eine Frau, mehrere Kinder, Geschwister und Freunde besitzt, ist es, als wenn er allein stünde auf der Welt. Das Gefühl des Fremdartigen, das ihm überall entgegentritt, bildet sozusagen eine Art geistiger Schranke, durch welche Angehörige und Freunde von seinem Ego fern gehalten werden, die tausendfachen Fäden, die ihn an seine Familie knüpfen, in gewissem Maasse ihre Bedeutung verlieren.

Es ist von Interesse, dass ähnliche Erscheinungen bei dem Patienten schon im Knabenalter auftraten; wir werden sehen, dass das Gleiche bei den Zwangsempfindungen öfters der Fall ist.

2. Zwangsempfindungen.

Unter den psychischen Zwangserrscheinungen haben die „Zwangsempfindungen“ bisher in der Litteratur im Verhältnis zu den Zwangsvorstellungen im engeren Sinne wenig Beachtung gefunden. Es mag dies daher rühren, dass die in Frage stehenden Störungen ungleich seltener vorkommen, als die Zwangsvorstellungen i. e. S.

1) Pick: Zur Pathologie des Bekanntheitsgefühls. Neur. Centralbl. No. 1. 1903.

2) Volkelt: Zeitschrift für Philosophie und philosophische Kritik 1901, S. 1.

und von diesen auch schwer abzugrenzen sind. Die ersten hierher gehörigen Beobachtungen sind, soviel ich ersehen kann, von mir¹⁾ mitgeteilt worden; die Bezeichnung „Zwangsempfindung“ wurde jedoch zuerst von Höstermann²⁾ gebraucht. Ausser diesem Autor haben nur noch Koch³⁾, Kaan⁴⁾, Thomsen⁵⁾ und Binswanger⁶⁾ gelegentlich über Zwangsempfindungen berichtet. Ich habe diese zum Gegenstand einer besonderen, im Archiv für Psychiatrie, Bd. 30 veröffentlichten Abhandlung gemacht. Der hier folgende Abschnitt bildet im wesentlichen eine Wiedergabe dieser Abhandlung, in welcher im Anschlusse an meine eigenen Beobachtungen über Zwangsempfindungen die in der Litteratur enthaltenen Mitteilungen über solche Berücksichtigung gefunden haben.

Man kann die Zwangsempfindungen nach ihrem Inhalte in zwei Gruppen sondern: a) in solche, welche sich auf äussere Objekte, und b) in solche, welche sich auf den eigenen Körper und zwar entweder auf den Zustand des Gesamtkörpers oder den einzelner Teile desselben beziehen. Die Zwangsempfindungen ersterer Kategorie sind erheblich seltener als die letzteren.

In einzelnen Fällen handelt es sich um ein „Gefühl“, als ob ein äusseres Objekt sich annäherte, während weder eine reelle, noch eine scheinbare Bewegung desselben vorliegt, und dies auch erkannt wird. Einen Fall dieser Art habe ich schon a. O. vor einer Reihe von Jahren mitgeteilt⁷⁾. Derselbe betraf einen in den dreissiger Jahren stehenden, abgesehen von einer geringen Nervosität völlig gesunden Beamten. Sass dieser Herr z. B. in seinem Amtszimmer

¹⁾ Löwenfeld: Die Erschöpfungszustände des Gehirns. München 1882. S. 22 und 34; ferner: Über Platzangst und verwandte Zustände. München 1882. S. 26.

²⁾ C. E. Höstermann; Über Zwangsvorstellungen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 41. Band. 1884. S. 20.

³⁾ Koch: Die psychopathischen Minderwertigkeiten. Ravensburg 1891. S. 79 u. a. O.

⁴⁾ H. Kaan: Der neurasthenische Angstaffekt bei Zwangsvorstellungen. Leipzig und Wien 1893.

⁵⁾ Thomsen: Klinische Beiträge zur Lehre von den Zwangsvorstellungen. Arch. f. Psychiatrie. Bd. XXVII. Heft 2. 1895.

⁶⁾ Binswanger: Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie. Jena 1896.

⁷⁾ Löwenfeld: Über Platzangst. S. 26.

derart einem spitzen oder mit Ecken versehenen Gegenstand gegenüber, dass dieser, während er einen anderen Gegenstand fixierte, in den seitlichen Partien des Gesichtsfeldes sich befand, so hatte er das Gefühl, als ob der betreffende Gegenstand sich gegen seine Augen hin bewege und in diese hinein-fahre. Seltener trat dieses Gefühl ein, wenn ein spitzer oder mit Ecken versehener Gegenstand direkt fixiert wurde. Es handelte sich hier um keine Scheinbewegung. Es war nur ein „Gefühl“ vorhanden, als ob der betreffende Gegenstand sich bewege, allein dieses Gefühl war sehr hartnäckig und veranlasste eine solche peinliche Unruhe, dass dem Betreffenden schliesslich nur übrig blieb, entweder den anstössigen Gegenstand gänzlich aus dem Gesichtsfelde zu entfernen, oder sich so zu setzen, dass derselbe nicht mehr im Gesichtsfelde sich befand. Bei dem in Frage stehenden Herrn verlor sich diese Störung nach längerem Bestehen wieder vollständig; ich begegnete derselben noch in mehreren anderen Fällen, immer trat dieselbe nur bei undeutlichem Sehen oder beim Fixieren spitzer oder eckiger Gegenstände auf. Doch kann auch der Anblick anderer Gegenstände zu ähnlichen Erscheinungen Anlass geben. Sponholz¹⁾ berichtet über einen 10jährigen mit Migräne und später mit Epilepsie behafteten Knaben, bei welchem zu den Migräneanfällen sich Schwindel, Angstgefühl und Atemnot gesellten. Als dieser Knabe einmal vom Anfall überrascht, in ein anderes Zimmer geführt ward, konnte er es nicht ertragen, dass eine grosse, nicht brennende Lampe vor ihm auf dem Tisch stehen blieb, er hatte ein beunruhigendes Gefühl, als wenn die Lampe auf ihn zukäme.

Das Gefühl der Annäherung kann sich auch auf die ganze äussere Umgebung beziehen, wie folgender Fall zeigt, in welchem auch bemerkenswerte Zwangsempfindungen anderer Art bestanden.

Beobachtung 46. Herr v. F., Beamter, 38 Jahre alt, ledig (aufgen. 9. Juli 1892) ist wahrscheinlich erblich belastet (die Mutter sehr exaltiert, ein Onkel gemütsleidend). Während seiner Kinderjahre erlitt er einmal einen heftigen Schreck, nach welchem sich bei ihm folgende Erscheinungen zeigten: Wenn er eine Person ein Bündel Heu tragen sah, schien es ihm, als trage dieselbe ein ganzes Fuder. Wurde er mit einem ge-

¹⁾ Sponholz: Erlenmeyers Centralblatt für Nervenheilkunde. 1882. No. 3. S. 50.

wöhnlichen Plumeau zugedeckt, so schien es ihm, als sei er mit einem Bette von ungeheurer Grösse und Schwere, das ihn erdrücke, zugedeckt; es war ihm, als ob das Bett sich tausendfach vergrössere.

Vor 2 und vor 10 Jahren Gonorrhoe, 1879 Gelenkrheumatismus. Patient leidet seit Jahren Nachts an sehr intensivem Kopfschmerz (Reissen, Stechen), der vom Nacken nach vorne gegen die Augen zu sich erstreckt; wenn der Kopfschmerz einige Zeit besteht, tritt auch schwere Atemnot ein; das Bewusstsein soll hierbei immer ungetrübt geblieben sein. Vorgestern trug sich mit dem Patienten Folgendes zu: Er hatte wegen dienstlicher Angelegenheiten eine grosse Aufregung gehabt und war eben im Begriffe, einige Schriftstücke stehend entgegen zu nehmen, als sein Körper sich plötzlich drehte und er mit erhobenen Händen nach vorne gegen einen Tisch sank. Ob er dabei einen Schrei aussties oder nicht, kann er nicht mit Bestimmtheit sagen. Man goss ihm kaltes Wasser auf den Kopf, worauf er im Bureau mit erhobenen Händen wie verzweifelt umherlief, dabei bestand eine gewisse Atemnot. Dies währte etwa $\frac{1}{4}$ Stunde. Als ein höherer Beamter herbeigerufen wurde, wurde Patient wieder erregter und als er sprechen wollte, brachte er nur einzelne Wörter mühsam und zum Teil verstümmelt heraus. Dabei war er (nach seiner Angabe) nicht verworren, sondern ganz klar im Kopfe. Allmählig beruhigte sich Patient, und nach etwa $\frac{1}{2}$ Stunde ging er nach Hause. Beim Hinabgehen erschien ihm die Treppe etwas schwankend. Zu Hause stellte sich der Kopfschmerz alsbald, jedoch nicht in aussergewöhnlicher Intensität ein. Nach einiger Zeit schien es ihm, als ob der Kasten an der Wand seines Zimmers sich bewege, die Gegenstände an der Wand gegen ihn heran kämen und das Zimmer immer kleiner und enger werde. Dies erregte in ihm ein so unheimliches Gefühl, dass er das Zimmer verliess und spazieren ging. Diese Erscheinung hat sich seitdem nicht mehr wiederholt. Auch in der letzten Nacht war wieder Kopfschmerz vorhanden. Die Untersuchung des Patienten ergibt einen völlig negativen Befund. Ich sah den Patienten, der alsbald in Urlaub ging, nur noch einige Male. Während dieser Zeit stellten sich weder Zwangsempfindungen von der Art der erwähnten, noch sonstige Störungen, abgesehen von Kopfschmerzen, ein.

Die Zwangsempfindung der Annäherung äusserer Objekte in der Form der Verengerung des Zimmers haben wir bereits in einem früher mitgetheilten Falle (Beob. 45) getroffen und wir werden derselben auch in einer später mitzuteilenden Beobachtung begegnen. In dieser bildet die Zwangsempfindung, wie wir sehen werden, Teilerscheinung von Angstanfällen und war auch von grosser Lebhaftig-

keit. Es schien der Patientin während ihrer Angstzustände mitunter, als ob das Zimmer, in welchem sie sich gerade befand, sich mehr und mehr verengere, um sie schliesslich zu erdrücken.

Ein Gegenstück zu den hier angeführten Zwangsempfindungen der Annäherung äusserer Objekte findet sich in einem von Kaan¹⁾ mitgeteilten Falle. Derselbe betraf einen 35jährigen, erblich belasteten Herrn, der beständig an Migräne und Erschöpfung litt, und neben anderen Zwangerscheinungen auch die hatte, dass er auf der Strasse „alles in die Weite gerückt, wie durch eine dicke Glasscheibe“ sah. Bei dem Kranken bestand Asthenopie.

K. Krause (Göttingen) berichtete (Archiv f. Psych. Bd. 29, Heft 3) über zwei Fälle von Paranoia und einen Fall von Zwangsvorstellungskrankheit mit rudimentären Wahnideen, in welchen die Patienten feststehende Objekte sich bewegen (drehen etc.) oder die wirklich gemachten Bewegungen derselben verändert sahen. Bez. der Details dieser Beobachtungen muss auf das Original verwiesen werden.

Ein Gegenstück zu der bei dem Patienten v. F. in den Kinderjahren zeitweilig vorhandenen Zwangsempfindung der Vergrösserung äusserer Objekte liefern von Höstermann²⁾ mitgeteilte Beobachtungen, auf welche wir noch zu sprechen kommen werden.

In den betreffenden Fällen bestand die Zwangsempfindung der Verkleinerung äusserer Gegenstände.

Die Zwangsempfindungen der Verkleinerung und Vergrösserung äusserer Objekte können auch miteinander abwechseln. Henri (Über die Raumwahrnehmungen des Tastsinnes 1898, S. 88) erwähnt, dass ihm von einer Dame mitgeteilt wurde, „es schien ihr früher an manchen Tagen, als ob die Objekte ihrer Umgebung, besonders Personen, sehr gross seien, an anderen Tagen kam es ihr vor, dass sie ihr sehr klein erschienen.“ Die Dame soll nach Angabe Henri's vollständig normal sein. Dass derartige Zwangsempfindungen auch schon im Kindesalter vorkommen, werden wir aus einem später mitzuteilenden Falle ersehen.

Vereinzelt begegnet man der Zwangsempfindung des Schiefseins der äusseren Objekte; in einem Falle meiner Beobachtung stand

1) Kaan l. c. S. 54.

2) Höstermann l. c.

diese Empfindung in Zusammenhang mit Schwindelsensationen, die sich auf den eigenen Körper bezogen.

Beobachtung 47. M. B., 27 Jahre, Skribent (aufgenommen 19. Januar 1884), ein sehr fettleibiges Individuum mit stark gerötetem Gesichte, zu Exzessen in Gambrino geneigt, gibt an, dass er seit einigen Tagen beständig an Schwindel leide. Er habe ein Gefühl, als ob es ihn nach links reisse oder er nach links falle; auch erscheinen ihm alle Gegenstände schief, abschüssig und zwar von rechts nach links abfallend. Dabei kein Kopfschmerz, beide Ohren dunkelrot, heiss. Die Störungen verloren sich nach einigen Tagen unter Diät und entsprechender Behandlung.

Auch einer von Thomsen beobachteten mit Zwangsvorstellungen behafteten Frau kamen die Möbel schief stehend vor, was sie veranlasste, dieselben stets zu rücken. Diese Erscheinung stand nicht mit irgendwelchen Schwindelsensationen, sondern mit der Zwangsvorstellung, dass sie auf der rechten Seite schief sei, in Zusammenhang. Im Vorhergehenden handelt es sich um Zwangsempfindungen, welche dem Gebiete des Gesichtssinnes angehören; im folgenden Falle haben wir es mit einer akustischen Zwangsempfindung zu tun.

Beobachtung 48. Eine neurasthenische, später schwer von Zwangsvorstellungen heimgesuchte Patientin meiner Beobachtung erlitt in ihrem 23. Lebensjahre während eines Spazierganges einen heftigen Schrecken. Durch ein scheu gewordenes Pferd, das gegen einen des Weges kommenden Wagen rannte, wurde die in diesem sitzende Person herausgeschleudert und sehr schwer verletzt, so dass dieselbe nach 3 Stunden starb. Die Patientin war durch das durchgegangene Pferd selbst in Gefahr gekommen und sah den Unfall aus nächster Nähe. Sie wollte der Verletzten Beistand leisten, musste sich jedoch darauf beschränken, rasch einen Arzt herbeizuholen. In den nächsten Tagen machte sich bei ihr beständig eine gewisse ängstliche Erregung geltend, und in ihren Träumen kehrte der Unfall oder ein ähnliches Ereignis wieder. Beim Gehen auf der Strasse war es ihr immer, als höre sie ein Pferd hinter sich herkommen, wodurch sie genötigt wurde, immer umzublicken. Seitdem besteht auch eine gewisse Pferdescheu.

Der Gleichheit der Ätiologie halber, will ich hier sogleich einen Fall anführen, welcher bez. des Inhaltes der Zwangsempfindung in die nächste Gruppe gehört.

Beobachtung 49. Eine Ende der 20er Jahre stehende Amerikanerin, Miss W., welche mich wegen neurasthenischer Beschwerden konsultierte, erlebte während eines Aufenthaltes in Japan ein Erdbeben und war nach demselben genötigt, noch mehrere Monate in der von dieser Kalamität heimgesuchten Stadt zu verweilen, wobei natürlich die Furcht vor einer Wiederkehr des Ereignisses mit allen seinen Schrecken nicht ganz schwand. Bei dieser Dame stellte sich noch lange Zeit nach dem Vorfalle und zwar auch nach ihrer Abreise von Japan in den Beinen öfters und zwar in sehr lebhafter Weise jenes eigentümliche Gefühl ein, welches sie während des Erdbebens empfunden hatte.

Die Zwangsempfindungen, welche sich auf den Gesamtkörper beziehen, treten zumeist in der Form des Fliegens, Gehobenwerdens, Schwebens oder Versinkens ein. Derartige Sensationen finden sich sehr häufig im Traume und Halbschlaf; sie beruhen in diesen Fällen wohl auf einer phantastischen Umdeutung reeller Körperbewegungen¹⁾. Mitunter kommt es jedoch zu solchen Empfindungen auch bei wachem Bewusstsein, und zwar bei Angstzuständen. So war es der Fall bei einer an periodischen Depressionszuständen leidenden ledigen Patientin meiner Beobachtung, über welche ich a. O. berichtete²⁾.

Beobachtung 50. Bei dem Fräulein trat im 10. Lebensjahre eine andere, sehr eigentümliche Erscheinung auf. Vor dem Einschlafen hatte sie ein Gefühl, als ob sie in einem Trichter oder in einem Schraubengange sich hinabbewege, immer spiralförmig tiefer nach abwärts, während von der Tiefe her Flammen emporzüngelten, dabei bestand heftige Angst. Diese Erscheinung trat nur bei geschlossenen Augen auf; sie wusste dabei, dass das Ganze nicht reell sei, konnte sich aber dieses beängstigenden Zustandes nicht erwehren. Im 12. Lebensjahre war diese Erscheinung nicht mehr vorhanden.

Beobachtung 51. Bei einem 16jährigen, erblich schwer belasteten und der Masturbation ergebenden Mädchen, über welches

¹⁾ Wundt (Grundzüge der physiologischen Psychologie, 4. Aufl. 2. Bd. 1893, S. 537) bemerkt: „Unbedeutende Bewegungen des Körpers werden durch die phantastische Vorstellung ins Ungemessene vergrößert. So wird ein unwillkürliches Ausstrecken des Fusses zum Fall von der schwindelnden Höhe eines Turmes. Den Rhythmus der eigenen Atembewegungen empfindet der Träumer als Flugbewegung.“

²⁾ Löwenfeld: Die Erschöpfungszustände des Gehirns. S. 34.

Kaan¹⁾ berichtet, stellten sich seit den letzten Menses ängstliche Krisen ein: Zuerst Leichenblässe, Verzerrung der Miene, heftige Angst bis zum Schreien und blindes Fortdrängen unter dem Gefühl, in der Luft zwischen Himmel und Erde zu schweben, dann wieder das Gefühl, dass Alles um sie her und sie selbst erstarre, dass sie wie Daphne am Boden festwurzele. Um dies zu verifizieren, müsse sie dann blindlings davonlaufen. Sekundär entwickelte sich die Zwangsvorstellung, dass Alles einstürze, sie der Erde entrückt sei und beständig der Unendlichkeit des Weltraumes naheilen müsse, ohne sie je erreichen zu können.

Die Zwangsempfindung der Verkleinerung des Körpers bestand bei mehreren von Höstermann²⁾ beobachteten Personen: „Abends vor dem Einschlafen, jedoch in wachem Zustande, so dass er über die Empfindung klar nachdenken kann, hat der Betreffende zeitweilig das Gefühl, als sei sein Körper nur wenige Zoll gross. Während er dabei vollständig über die Lage seines Körpers, die Stellung der Extremitäten u. s. w. klar ist, kommt ihm aber auch das Bett, die Decke u. s. w. entsprechend klein und leicht vor; zu anderen Zeiten gesellt sich zu diesem Gefühl im übrigen Körper die Empfindung, als ob der Kopf ungeheuer gross sei und fühlbar wachse“. Durch vollständiges Sichwachhalten, z. B. Aufrichten im Bette wurde die eigentümliche Sensation zum Schwinden gebracht.

Unter den Zwangerscheinungen, welche bei dem Patienten der Beobachtung 42 nach dessen Bericht bestanden, befinden sich auch den ganzen Körper betreffende Zwangsempfindungen, wie wir sahen: Vollständige oder partielle Gefühllosigkeit des Körpers, Gefühl der Leerheit im Innern desselben und Empfindung beim Gehen, als sei der Körper gänzlich immateriell geworden, und nur noch das Bewusstsein sei vorhanden und gleite durch die Luft.

Unter den einzelne Körperteile betreffenden Zwangsempfindungen begegnen wir am häufigsten solchen, welche sich auf die Raumverhältnisse des Kopfes beziehen, und zwar handelt es sich um Empfindungen entgegengesetzter Art, Empfindungen der Verkleinerung, des Schwindens oder Fehlens oder ganz ausserordentlicher Vergrösserung des Kopfes. Zwangsempfindungen ersterer Art bestanden im folgenden Falle:

¹⁾ Kaan l. c. S. 59.

²⁾ Höstermann l. c.

Beobachtung 52. Herr X., Beamter, 36 Jahre alt, ohne sicher erweisliche erbliche Belastung (aufgenommen September 1895). Patient hat keine schwerere Erkrankung durchgemacht; in den 20er Jahren Asthma, das sich später verlor; seit 3 Jahren periodische Verstimmungszustände, gewöhnlich von ganz kurzer Dauer ($\frac{1}{2}$ Tag), ferner mitunter nachts somnambule Anwandlungen, in den letzten Jahren nur mehr selten auftretend. Seit etwa $1\frac{1}{2}$ Jahren Zustände, welche Patient selbst als „Tagträumen“ bezeichnet. Es kommt ihm mit einem Mal vor, als ob er Geräusche ganz anders höre als vorher, als ob er vorher geträumt habe u. s. w., ferner öfters Schwindelsensationen, als falle er vom Stuhle herunter etc. An Tagen besonderer dienstlicher Anstrengung mitunter auf der Strasse Verlust des Orientierungsvermögens. Seit etwa einem Jahre öfters Kopfdruck, ferner die Zwangsempfindung, als ob der Kopf schwinde oder ganz fehle, als ob er nicht mehr mit seiner ganzen Person (seinem ganzen Körper) gehe. Der Kopfdruck hält mitunter den ganzen Tag an, dabei oft ein Gefühl, als ob es dunkel um ihn werde. Ätiologisch geistige Überanstrengung, sowie mancherlei gemüthliche Erregungen. Besserung des Zustandes unter entsprechender Behandlung.

Die folgende Beobachtung wurde von mir bereits anderen Orts ausführlich mitgeteilt¹⁾.

Beobachtung 53. R. S., Rentamtsgehilfe, 23 Jahre alt (aufgenommen 1881), wahrscheinlich erblich belastet. Im Säuglingsalter und den Jugendjahren keine schwere Erkrankung. Im 7. oder 8. Lebensjahre längere Zeit folgende Erscheinungen: Er erwachte oft kurze Zeit nach dem Einschlafen und hatte das Gefühl, als ob der Kopf ungeheuer gross, die Zähne und die Arme dagegen ausserordentlich klein wären; dabei Aufregung, Angst. Diese Erscheinung verlor sich wieder vollständig. Vom 14.—20. Jahre Masturbation, zunächst anscheinend ohne nachtheilige Folgen, später schwere Neurasthenie (insbesondere Cerebrasthenie) mit Pollut. nim., ausserdem Augenmigräne. Mit der Steigerung der cerebrasthenischen Beschwerden trat wieder öfters abends nach dem Zubettgehen, aber bei noch entschieden wachem Zustande jene schon erwähnte Sensation auf, als ob der Kopf ungeheuer gross und die Arme sehr klein wären. Diese Sensation stellte sich jedoch nur ein, während der Kopf auf dem Kissen lag, wurde derselbe wieder erhoben, so war die betreffende Empfindung alsbald wieder verschwunden.

Beobachtung 54. Das Gefühl sehr bedeutender Vergrösserung des Kopfes trat ferner bei einer von mir beobachteten, in den 30er

¹⁾ Löwenfeld, Die Erschöpfungszustände des Gehirns.

Jahren stehenden Dame mit schwerer Cerebrasthenie, und zwar schon vor dem 20. Lebensjahre öfters vor dem Einschlafen auf. Das Gefühl war derart, als sei der Kopf von der Grösse des Kopfkissens und reiche bis an die Wand, von welcher derselbe etwa $\frac{1}{2}$ Meter entfernt war. Dieses Gefühl hielt auch nach der Erhebung des Kopfes vom Kopfkissen und selbst nach dem Aufstehen kurze Zeit in geringerem Maasse an und stellte sich nach der Rückkehr in die horizontale Lage sofort wieder in voller Stärke ein. Erleichtert wurde dasselbe durch starke Seitwärtsdrehung des Kopfes. Die Patientin glaubt, dass diese Empfindung insbesondere bei Indigestionszuständen oder, wenn sie abends noch vor dem Zubettegehen ein Gläschen Liqueur zu sich genommen hatte, sich einstellte.

In einem 3. Falle meiner Beobachtung traten die Zwangsempfindungen der Vergrösserung und Verkleinerung des Kopfes successive auf.

Beobachtung 55. Fräulein D., 30 Jahre alt, Lehrerin (aufgenommen Dezember 1897). Patientin ist erblich belastet — eine Schwester derselben stand vor Jahren wegen Zwangsvorstellungskrankheit in meiner Behandlung — und litt als Kind im Alter von 5 oder 6 Jahren (und zwar nach Aussage des auf meine Veranlassung befragten Vaters der Patientin im Gefolge von Konvulsionen) während eines Zeitraumes von 8—14 Tagen öfters im wachen Zustande an einem Gefühle, als wenn ihr Kopf sehr gross wäre und immer grösser würde. Zur gleichen Zeit schien es ihr, wenn sie Leute sah, welche weit entfernt waren, als seien dieselben sehr nahe und gross, und umgekehrt schien es ihr, wenn sie Personen sah, welche in ihrer Nähe waren, als seien dieselben weit weg und klein. Die Patientin erinnert sich an diesen Umstand ganz bestimmt, weil sie damals zu Bette liegen und Pulver einnehmen musste. Während der Schulzeit sehr viel Kopfschmerzen, in späteren Jahren häufig Herzschmerzen. Seit dem 18. Lebensjahre Angstzustände, insbesondere Thanatophobie, in neuerer Zeit Überhandnehmen der Angstzustände, die bei den verschiedensten Anlässen, insbesondere bei Aufregungen auftreten; daneben auch Zwangsvorstellungen des Nichtkönnens (Nichtessenkönnens etc.). Seit einer Reihe von Jahren macht sich auch das Gefühl der Vergrösserung des Kopfes zeitweilig wieder geltend. Dasselbe tritt gewöhnlich nachts nach dem Niederlegen auf, wenn die Patientin nicht sofort einschlafen kann, was übrigens nicht häufig der Fall ist. Dabei handelt es sich um einen Wechsel der Sensationen. Zunächst ist das Gefühl derart, als wenn der Kopf immer grösser würde und dabei eine schraubenförmige Bewegung machte, zuletzt als wenn der Kopf weit vom Körper weg wäre und ganz klein

würde; dann schwinden diese abnormen Gefühle vollständig, um alsbald sich in gleicher Folge zu wiederholen (die Empfindung der Vergrößerung des Kopfes beim Einschlafen ist auch bei ihrer Schwester vorhanden).

Bei einem von Binswanger¹⁾ beobachteten hereditären Neurastheniker mit mannigfachen Beschwerden trat anfallsweise die Empfindung der Vergrößerung des Kopfes und der Hände auf („der Kopf schwillt zu einem Ballon an, der meinen Körper vom Fussboden emporhebt“).

Bei den Individuen, über welche Höstermann berichtet, bestand ebenfalls, wie wir schon gesehen haben, mitunter die Zwangsempfindung, dass der Kopf ungeheuer gross sei und merklich wachse, ebenso bei 2 Personen, welche Koch²⁾ erwähnt. Diese hatten die Empfindung, als ob ihr Kopf ungefähr so gross sei, als das Zimmer, in welchem sie sich befanden. Sie konnten dabei die Lage und Grösse einzelner Teile, der Kinnladen, Zähne etc. gut fühlen und feststellen. Obwohl sie das Unzutreffende dieser Empfindungen wohl erkannten, waren sie doch nicht imstande, sich von denselben zu befreien. Eine andere von Koch erwähnte Person hatte sehr häufig die Empfindung, dass ihr Kopf „über den Augen flach sei“, dass demselben die obere Wölbung fehle. Ein älterer von Koch³⁾ beobachteter Forstwart hatte Empfindungen am Kopfe, als ob sich Läuse auf demselben bewegten, und glaubte deshalb fest, mit Läusen behaftet zu sein. Der Mann wurde durch Aufklärung von dem Irrtum befreit.

In 2 Fällen meiner Beobachtung trat öfters die Zwangsempfindung ungeheurer Vergrößerung eines Ohres auf. Der eine dieser Fälle betraf eine in den 30er Jahren stehende Dame, bei welcher auch andere Zwangsvorstellungen (Zwangsvorstellungen, Angstzustände) bestanden.

Die Extremitäten betreffende Zwangsempfindungen sind im Vorhergehenden schon erwähnt. Einem 21jährigen erblich schwer belasteten Herrn mit sexueller Neurasthenie, über welchen Kaan⁴⁾ berichtet, kam es oft vor, wenn er einen Arm ausstreckte,

1) Binswanger l. c. S. 306.

2) Koch l. c. S. 79.

3) Koch, Erlenmeyer's Centralbl. f. Nervenheilk. 1896, S. 189.

4) Kaan, l. c. S. 62.

als ob derselbe sich in's Unendliche verlängere. Ein psychopathisch belastetes Fräulein erzählte Koch¹⁾, dass sie öfters vor dem Einschlafen die ihr unverständliche und in ihrer Unzutreffenheit von ihr erkannte Empfindung gehabt habe, als ob die Finger ihrer Hände gross und dick und schwer seien, wie wenn jeder Finger eine Faust wäre. Es seien ihrer Empfindung nach „Riesenhände“ gewesen.

Ein anfangs der 20er Jahre stehendes Dienstmädchen meiner Beobachtung hat ebenfalls zeitweilig die Zwangsempfindung, dass eine ihrer Hände ganz ausserordentlich vergrössert sei.

Über eine beide Arme betreffende Zwangsempfindung der Vergrösserung, welche in Zusammenhang mit einem Angstaufalle stand, berichtete mir in jüngster Zeit die schon im Vorhergehenden S. 182 erwähnte cerebrasthenische Dame.

Beobachtung 56. Fr. X. erwachte nach festem Schläfe um 3 Uhr morgens mit einem schweren Angstzustande, wobei ihr besonders Vorstellungen pessimistischen Inhalts (über die Verderbtheit der Welt, die Lieblosigkeit der Menschen etc.) durch den Kopf gingen. Über diese Vorstellungen, die sie nicht los zu werden vermochte, regte sie sich allmählig dermaassen auf, dass sie in's Weinen geriet. Nachdem der Angstzustand einige Zeit ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde) bestanden hatte, trat auch eine Zwangsempfindung an beiden Armen auf. Patientin fühlte eine lebhafte Pulsation an den beiden Armen bis in die Fingerspitzen. Damit stellte sich zugleich die Empfindung ein, als ob die Arme und Hände immens angeschwollen wären, so dass sie weit über das Bett hinausreichten. Mit dem Erheben der Arme von der Bettdecke verschwand diese Empfindung sofort, um wiederzukehren, sobald die Arme wieder auf der Bettdecke ruhten. Diese Zwangsempfindung hielt etwa $\frac{1}{2}$ Stunde an.

Die Zwangsempfindung des Schiefseins des Körpers bestand bei 2 von Thomsen beobachteten, an Zwangsvorstellungen schwer leidenden Personen. Der eine Fall betraf einen 16 jährigen Schüler, welcher die deutliche Zwangsempfindung hatte, schief, d. h. anders auf der rechten Seite zu sein, so dass ihm die Kleider, besonders der Hosenträger rechts sehr lästig wurden und er fortwährend beim Anziehen Versuche machte, dies zu ändern. In dem andern Falle handelte es sich um eine 37 jährige Frau, welche im Alter

¹⁾ Koch, Erlenmeyer's Centralb. f. Nervenheilk. 1896, S. 179.

von 31 Jahren die vom rechten Arme ausgehende Zwangsempfindung bekam, die rechte Seite sei anders und zwar schief, dicker als die linke.

Häufig betreffen die Zwangsempfindungen innere Teile; ich habe in meiner eigenen Praxis eine Anzahl solcher Fälle beobachtet.

Beobachtung 57. Ein älterer hypochondrischer Neurasthener meiner Beobachtung, welcher längere Zeit infolge von wahrscheinlich durch schlechte Zähne verursachten Schmerzen an der Zunge an einer Zungenkrebsphobie litt, kam öfters mit der Klage zu mir, an der inneren Fläche seiner rechten Wange müsse ein Geschwulst vorhanden sein, während tatsächlich weder an dieser, noch an der Wange überhaupt irgend eine Anschwellung sich zeigte.

Mitunter betreffen die Zwangsempfindungen die Beschaffenheit und Stellung der Zähne. Hierher gehörige Fälle wurden von Galippe¹⁾ als „*obsession dentaire*“ beschrieben. Eine hereditär belastete Patientin des genannten Autors wurde im Anschlusse an die Plombierung eines Zahnes von der Zwangsidee befallen an einer Anomalie der Zahnbildung und Zahnstellung zu leiden; hierzu gesellten sich autosuggestive Mundleiden. Die Patientin wandelte ohne Erfolg von einem Zahnarzt zum andern und wurde erst durch eine gegen ihren Nervenzustand gerichtete Behandlung geheilt.

In einem 2. Falle des Autors, der einen hochgebildeten, nervösen Amerikaner betraf, stellten sich nach einer Zahnextraktion, wobei der Zahn abbrach, Schmerzen und Gefühle von Stellungsanomalien der Zähne ein, wodurch das Kauen und Sprechen behindert wurde. Zahnärztliche Hilfe wurde auch in diesem Falle vergeblich in Anspruch genommen.

Eine die Zunge betreffende, sehr bemerkenswerte Zwangsempfindung trat mehrfach bei der wiederholt erwähnten in den 30er Jahren stehenden Dame auf. Ihr Bericht über eine dieser Anwendungen lautet: „Nachdem ich mich abends mit sehr starkem Kopfdruck zu Bett gelegt hatte, schlief ich doch etwa nach einer halben Stunde schon ein und hatte ziemlich schwere Träume. Als ich erwachte, hatte ich das deutliche Gefühl, als ob meine Zunge dick geschwollen wäre, so dass sie den ganzen Mund, ja die

¹⁾ Galippe, De l'obsession dentaire. Arch. de Neurol. 1891, Vol. XXI. No. 61.

ganze Gaumenhöhle ausfülle und sich auch etwas über die Lippen herausdränge. Ich befühlte meinen Mund, der aber fest geschlossen war. Ich versuchte die Zunge zu bewegen und es schien mir, als ob ich sie auch tatsächlich nur ganz wenig und schwerfällig bewegen könne. Ich setzte mich im Bett auf und machte nach zehn Minuten ungefähr sogar Licht, trotzdem erhielt sich die Empfindung immer noch, und erst nach Verlauf von weiteren 10 oder 15 Minuten hörte dieselbe auf.“

Bei einer 38 jährigen Dame, welche vor Jahren an Ulcus ventriculi, Gallensteinkoliken und anderen Krankheiten gelitten hatte und bei welcher etwa vor einem halben Jahre infolge gemüthlicher Erregungen neben cerebrasthenischen Symptomen die Erscheinungen einer schweren Neurasthenia cordis aufgetreten waren, bestand neben verschiedenen Zwangsvorstellungen (hauptsächlich solchen suicidalen Inhalts) fast beständig das sehr lästige Gefühl einer Dehnung des Herzens, d. h. ein Gefühl des Gedehtenseins oder Geschwollenseins in der Herzgegend, welches sie auf das Herz bezog. Der objektive Befund seitens des Herzens war dabei völlig negativ.

Ein früher der Masturbation sehr ergebenes, in den 20 er Jahren stehendes Fräulein meiner Beobachtung, welches an mancherlei abnormen Sensationen im Unterleibe litt, erklärte mir mit Bestimmtheit, dass sie die Schwere der sie umgebenden Personen in ihrem Unterleibe fühle, und plump auftretende Personen ihr ein lästiges Schweregefühl verursachen; sie suchte deshalb zu ihrer Bedienung lediglich schlank gebaute, sich leicht bewegende Mädchen. Wenn sie zu Bette lag, und es befand sich neben ihr oder in der Nähe eine schwere Person, so fühlte sie die Schwere im Unterleibe, so lange die betreffende Person in ihrer Nähe war.

Hier sind noch verschieden lokalisierte Gefühle des Aufsteigens zu erwähnen, welche von dem allbekanntem Globusgefühl durch ihre Lokalisierung sich unterscheiden. Bei dem gewöhnlichen Globus handelt es sich um ein Gefühl des Aufsteigens vom Magen nach dem Halse oder vom Halse abwärts nach dem Magen; ungleich seltener als dieses Globusgefühl ist schon das Gefühl des Aufsteigens von der unteren Bauchgegend nach dem Magen zu, das bereits den Alten bekannt war und zur Fabel von der Wanderung des Uterus Anlass gab. Noch seltener sind Gefühle des Aufsteigens von der Herzgegend nach dem Halse und vom Magen seitlich nach der Subclaviculargegend auf der einen oder anderen Seite. Ein hypo-

chondrischer junger Mann meiner Beobachtung behauptete mit aller Bestimmtheit, dass bei ihm die Magenblähungen sich nach der Gegend der rechten Clavicula zu bewegten, und dass er sich erleichtert fühle, wenn sie dahingingen.

Das Gefühl des Aufsteigens vom Herzen nach dem Halse fand ich nur bei mit Neurasthenia cordis Behafteten und zwar derart, dass zuerst eine Veränderung der Herztätigkeit eintritt, einige rascher auf einander folgende Schläge oder Aussetzen des Herzschlags, dann das Gefühl des Aufsteigens nach dem Halse, gefolgt von einem Konstriktions- oder Globusgefühl in diesem. Zumeist bilden diese Vorgänge Teilerscheinungen eines Angstanfalles.

Nicht selten und zwar insbesondere bei der sexuellen Neurasthenie der Männer begegnet man Zwangsempfindungen, welche die Sexualorgane und die denselben benachbarten Teile betreffen. Wiederholt klagten mir Patienten über Geschwollensein eines Hodens, während tatsächlich keine Anschwellung bestand, und selbst der Augenschein war nicht imstande, das täuschende Gefühl des Geschwollenseins zu beseitigen. Ein längere Zeit mit chronischer Urethritis posterior behafteter Neurasthenischer litt bei schlechtem Befinden an einem Gefühle, dass an seinem Damme ein ganzer Knollen vorhanden sei, obwohl keinerlei Anschwellung bestand. Ein anderer Patient mit sexueller Neurasthenie wurde beständig durch die Empfindung belästigt, als ob aus seiner Harnröhre Tropfen ausflössen und die Beine herabließen.

Ein hiesiger Kollege berichtete mir über einen von ihm behandelten Patienten, bei welchem die Empfindung des Harnträufelns so intensiv und anhaltend war, dass derselbe sich nicht mehr getraute, in einem Gasthofbette zu übernachten, aus Furcht, er könnte dasselbe verunreinigen, obwohl bei ihm tatsächlich nie ein unwillkürlicher Harnabgang vorkam. In einem weiteren Falle sexueller Neurasthenie meiner Beobachtung trat anfänglich ebenfalls mitunter das Gefühl des Harnträufelns, später häufig die Empfindung auf, als wenn die dem Oberschenkel anliegenden Partien des Hemdes durchnässt und kühl wären. Die Feststellung, dass das Hemd völlig trocken war, änderte an dem Gefühle nichts.

Ein weiterer Fall, in welchem derartige Zwangsempfindungen besonders hervortraten, ist folgender:

Beobachtung 58. Herr I. M., Privatier, 43 Jahre alt, seit 19 Jahren verheiratet, Vater von 2 Kindern, ist erblich mütterlicherseits belastet (Mutter epileptisch). In den Kinderjahren Croup, Scharlach und andere Kinderkrankheiten, später keine schwere Erkrankung, auch keine Infektion, dagegen Masturbation bis zum 18. Jahre. Seit 4 Jahren leidet Patient an nervösen Beschwerden, deren Auftreten er auf geistige Überanstrengungen und gemüthliche Erregungen zurückführt, Kreuzschmerzen, Gefühl von Rieseln über den ganzen Körper, Ameisenkriechen an verschiedenen Stellen, grosse Empfindlichkeit für Geräusche etc. In neuerer Zeit macht sich oft ein Gefühl bemerklich, als ob aus der Mündung der Harnröhre Käfer herauskröchen, oder als wenn die Mündung der Harnröhre sich schliessen und wieder öffnen würde. Dieses Gefühl tritt namentlich gern auf, wenn sich Pat. in Gesellschaft befindet. Öfters stellte sich auch ein Gefühl ein, als ob das Glied immer kleiner und kleiner würde und sich ganz in den Bauch zurückziehen wollte, während tatsächlich an dem Gliede nichts besonderes zu bemerken war. Patient gerät in Aufregung, wenn er nackte weibliche Figuren (Zeichnungen, Gips oder dergl.) sieht; dabei zuckt es durch den Penis, und es tritt mitunter eine geringe schleimige Absonderung auf. Auch förmliche Tagespollutionen sind schon aufgetreten, nächtliche Pollutionen stellen sich alle 3—4 Tage ein.

Patient hat seit 10 Jahren auf jeden geschlechtlichen Verkehr verzichtet und zwar aus Schonung für seine Frau, welche bei dem letzten Kinde eine schwere Entbindung hatte. Diese Abstinenz fällt gegenwärtig nicht mehr schwer, während sie anfänglich für ihn eine sehr harte Aufgabe bildete¹⁾.

Nachdem wir die verschiedenen Arten der Zwangsempfindungen kennen gelernt haben, müssen wir der Frage näher treten, welche Stellung dieselben den Zwangsvorstellungen i. e. S. gegenüber zu beanspruchen haben und wie sich dieselben von den verwandten

¹⁾ Hierher gehört wahrscheinlich auch die von Blonk unter dem Titel *Kōro* (oder *Koro*) beschriebene Störung. Nach den Mittheilungen des genannten Beobachters finden sich im südlichen Teile von Celebes Kranke, die anfallsweise von der Vorstellung verfolgt werden, dass ihr Penis eine Neigung zeige, sich in die Bauchhöhle zurückzuziehen, wodurch der Tod verursacht werden könnte, wenn das Glied nicht durch den Kranken selbst oder Andere festgehalten werde. Die Anfälle sollen von heftiger Angst begleitet und von grosser Mattigkeit gefolgt sein. [Vergl. *Kōro*, eine eigentümliche Zwangsvorstellung von P. C. J. von Brero (Buitenzorg, Java). *Allgem. Zeitschr. f. Psych.* Bd. LIII, S. 569.]

neuro- und psychopathischen Erscheinungen, Parästhesien, Halluzinationen und Illusionen und hypochondrischen Wahnvorstellungen unterscheiden.

Was den Zwangsempfindungen den Zwangsvorstellungen i. e. S. gegenüber eine gesonderte Stellung verleiht, ist der Umstand, welcher schon durch die Bezeichnung „Empfindung“ angedeutet wird, dass bei denselben wenigstens primär der Anschein vorhanden ist, als seien dieselben durch einen korrespondierenden äusseren Eindruck ausgelöst, als handle es sich gewissermaassen um eine Wahrnehmung, während die übrigen Zwangsvorstellungen ganz vorherrschend begrifflicher Natur sind und diejenigen derselben, welche Erinnerungsbilder früherer Wahrnehmungen darstellen (musikalische Zwangsvorstellungen etc.) nicht den Eindruck eines durch äussere Reize hervorgerufenen Vorganges machen. Dabei reicht jedoch die sinnliche Stärke der Zwangsempfindung — und dies ist ein sehr wichtiger Umstand — zumeist nicht an die sinnliche Intensität der Wahrnehmung heran, soweit es sich um auf äussere Objekte sich beziehende Zwangsempfindungen handelt. Der Kranke, welcher den Eindruck hat, dass der Kasten an der Wand gegen ihn herankommt, sieht ihn nicht in Wirklichkeit heranrücken, es ist ihm nur so, als wenn er sich bewege, wobei eine geringe Scheinbewegung allerdings im Spiele sein mag. Die Patientin, welche den Eindruck hat, dass ein Pferd hinter ihr herkomme, vernimmt nicht in Wirklichkeit den Hufschlag eines Pferdes, es ist ihr nur so.

Inwieweit die Zwangsempfindungen ungeheurer Vergrößerung oder Verkleinerung einzelner Körperteile sich der Wahrnehmung nähern, hierüber lässt sich schwer ein allgemeines Urteil abgeben. Dass diese Empfindungen sehr deutlich sein können, unterliegt keinem Zweifel, und es mag sich dies daraus erklären, dass die Sensationen, welche Anlass und Grundlage derselben bilden, von erheblicher Intensität sein können. Andere auf den eigenen Körper sich beziehende Zwangsempfindungen, welche inhaltlich nichts der Erfahrung Widerstreitendes präsentieren, so namentlich die Zwangsempfindung des Geschwollenseins einzelner Teile, unterscheiden sich an sinnlicher Deutlichkeit jedenfalls nicht wesentlich von den Wahrnehmungen, da sie den Betreffenden als solche oft imponieren¹⁾.

¹⁾ Durch die grössere sinnliche Intensität unterscheiden sich diese Zwangsempfindungen von den Zwangsvorstellungen, welche sich auf den Zustand des

Wie die sinnliche Stärke, so schwankt auch die Beurteilung der Verursachung der Zwangsempfindungen seitens der davon Betroffenen. Enthalten die Zwangsempfindungen etwas mit der Erfahrung Unvereinbares, so wird gewöhnlich der Mangel einer objektiven Verursachung ohne weiteres erkannt, auch wenn der Zwang der Empfindung sehr lebhaft ist. Koch glaubt, dass mit Sinnes-täuschungen (speziell Illusionen) die Zwangsempfindungen nicht verwechselt werden können, weil das Zwangsempfinden zwar seinen Sinneszwang unwiderstehlich ausübt, aber von vornherein in seinem Zwange, seiner Fremdartigkeit und Unzutreffendheit erkannt wird. Diese Ansicht kann jedoch nur für die eben erwähnte Gattung von Zwangsempfindungen Geltung beanspruchen. Bei den Zwangsempfindungen, welche auf den Zustand einzelner Körperteile sich beziehen und nichts Unmögliches in sich schliessen, fehlt sehr häufig das Bewusstsein des Zwanges, des Aufgedrungenenseins; die Empfindung wird vielmehr prima facie als durch eine entsprechende Körperveränderung verursacht gedeutet und diese Auffassung mitunter auch durch den Augenschein und Belehrung seitens Dritter nicht für die Dauer verdrängt. So bemerkt Thomsen über die oben erwähnte Patientin, welche an der Zwangsempfindung litt, auf einer Seite schief zu sein, dass dieselbe über den krankhaften Charakter des Gefühls der Schiefheit sich Jahre lang nicht klar war, sondern fest an ihre Schiefheit glaubte, obwohl sie nicht begriff, wie eine solche sie so intensiv stören konnte, dass sie fast ganz unfähig war, ihre Pflichten als Hausfrau, besonders aber als Dame der Gesellschaft zu erfüllen. Der oben erwähnte Forstwart, über welchen Koch selbst berichtet, war überzeugt, mit irgend einer Art von Kopfläusen behaftet zu sein, obwohl er nie welche sah oder zwischen die Finger bekam und sich tatsächlich nichts von Läusen bei ihm fand. Er empfand, wie sich dieselben auf seinem Kopfe bewegten. Wären diese Empfindungen als etwas Aufgedrungenes, Unzutreffendes erkannt worden, so hätte der Mann natürlich dadurch nicht zu der

eigenen Körpers beziehen. Wie wenig ausgeprägt in diesen das Empfindungselement sein mag, zeigt folgendes Beispiel. Ein junger Mann meiner Beobachtung, welcher an Angstzuständen und epileptoiden Schwindelanwandlungen litt, wurde zeitweilig von der Zwangsvorstellung belästigt, sein Körper werde durch ein spitzes Instrument durchbohrt oder durchschnitten. Dabei bestand jedoch kein Schmerzgefühl.

Deutung veranlasst werden können, dass er mit Kopfläusen behaftet sei. Jener Patient meiner Beobachtung mit dem Knollengefühl am Damme glaubte, wenn er dies Gefühl hatte, doch immer wieder, dass bei ihm eine Anschwellung vorhanden sein müsse, wenn er in der Zwischenzeit auch von der Unbegründetheit dieser Annahme vollkommen überzeugt war.

Mit der Beurteilung der Zwangsempfindungen verhält es sich demnach nicht wesentlich anders als mit der der Zwangsvorstellungen i. e. S., bei welchen ebenfalls, wie wir gesehen haben, die Erkenntnis ihrer krankhaften Natur häufig vermisst wird.

Wenn wir nunmehr der psychologischen Genese der Zwangsempfindungen näher treten, so ergibt sich, dass dieselben sich in 2 Gruppen sondern: Bei der ersten Gruppe führt eine primär vorhandene — zumeist abnorme —, durch äussere Eindrücke oder innere Vorgänge hervorgerufene Sensation zur Auslösung der Zwangsempfindung (Zwangsvorstellung). Hierher gehören die Zwangsempfindungen der Annäherung oder Entfernung oder sonstiger Bewegung, der Vergrösserung, Verkleinerung oder des Schiefseins äusserer ruhender Objekte, die Zwangsempfindungen des Gehobenwerdens, Schwebens und Sinkens des Körpers, der Vergrösserung, Verkleinerung, des Mangels oder abnormer Stellung einzelner Körperteile, die Zwangsempfindungen des Aufsteigens im Körperinnern. Bei den Zwangsempfindungen der Annäherung oder Entfernung, Vergrösserung oder Verkleinerung äusserer Objekte handelt es sich zum Teil wahrscheinlich um Akkommodationsstörungen, infolge welcher die äusseren Objekte in ihrer Lage oder Grösse verändert erscheinen¹⁾.

Man darf jedoch keineswegs alle hierher gehörigen Vorkommnisse auf Akkommodationsanomalien zurückführen. Wenn z. B. der

¹⁾ Bei Lähmung des Ciliarmuskels kommt mitunter (nicht konstant) Mikropsie, bei Krämpfen dieses Muskels Makropsie vor. Hiermit können sich auch Täuschungen über die Entfernung der Gegenstände verbinden. Bei Hysterischen wird jedoch auch als Folge von Akkommodationsstörungen neben Polyopie und isoliert eine Makromikropsie beobachtet. In der Nähe des Auges erscheint der Gegenstand unverhältnismässig gross (Makropsie), bei einer gewissen Entfernung vom Auge dagegen zwei- oder dreimal kleiner als unter normalen Verhältnissen (Mikropsie). Über die Art der zu Grunde liegenden Akkommodationsstörung (Krampf oder Lähmung des M. ciliaris) sind die Ansichten geteilt (vergl. Löwenfeld, Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. 1894, S. 404).

oben erwähnte Patient v. F. beim Anblick eines von einer Magd getragenen Heubündels den Eindruck hatte, als ob sich dieses Bündel zu einer ungeheuren Masse vergrössere, so wird man nicht annehmen können, dass hier mit einem Male eine Akkommodationsstörung eintrat, welche diese Zwangsempfindung herbeiführte. In manchen Fällen zieht eine Zwangsempfindung quasi durch Induktion weitere Zwangsempfindungen nach sich. Die Zwangsempfindung der Verkleinerung des Körpers (Fall Höstermann) führt zur Vorstellung der Kleinheit der äusseren, mit dem Körper in Berührung stehenden Objekte (Bett, Decke etc.), die Zwangsempfindung des Schiefseins des Körpers zu der des Schiefstehens der äusseren Objekte. Bei dem Pat. v. F. produzierte entweder die Zwangsempfindung der ungeheuren Grösse des Plumeau's die Empfindung einer ungeheuren Schwere oder umgekehrt die Zwangsempfindung einer ungewöhnlichen Schwere des Plumeau's die einer ungeheuren Grösse derselben.

Hinsichtlich der Genese der Zwangsempfindung der Vergrösserung einzelner Körperteile haben mir die Mitteilungen einer Patientin (des mehrfach erwähnten Frl. X.) wertvolle Aufschlüsse verschafft. Die Patientin berichtete mir, dass bei ihr der Empfindung der Vergrösserung des Kopfes immer ein Gefühl der Unruhe und Pulsation im Kopfe vorherging. Legte sie sich mit diesem Gefühle zu Bett, so entstand, nachdem sie den Kopf auf die Kopfkissen gelegt hatte, bald später, bald früher das Gefühl, als erstrecke sich das Pulsieren soweit, als das Kopfkissen reichte, und daran knüpfte sich sofort die Empfindung einer entsprechenden Vergrösserung des Kopfes. Wenn diese Empfindung auftrat, dann wurde zwischen der reellen und scheinbaren Grösse des Kopfes nicht mehr unterschieden, der Kopf schien so weit zu reichen, als das fragliche Gefühl und dabei in eine weiche fleischartige Masse verwandelt. Es handelt sich also um eine Projektion gewisser Körpergefühle in den Aussenraum mit der Folge, dass der Körperteil, in welchem die nach aussen verlegten Gefühle entstehen, bis an die betreffende Stelle des Aussenraums ausgedehnt erscheint. Ein ähnlicher Vorgang ist es, wenn wir bei Benutzung einer Sonde z. B. an der Spitze derselben einen Widerstand zu fühlen glauben, während wir den betreffenden Eindruck doch nur an den Fingern, mit welchem die Sonde gehalten wird, empfinden. Die Zwangsempfindung der Verkleinerung der

Arme, die neben der der Vergrößerung des Kopfes auftritt (Fall R. S.), ist auf Induktion zurückzuführen. Neben dem ungeheuer vergrößerten Kopfe erscheinen die in ihrer reellen Grösse empfundenen Arme sehr verkleinert, wie umgekehrt neben dem ausserordentlich verkleinerten Körper der in seiner reellen Grösse empfundene Kopf ausserordentlich vergrößert erscheint.

Bei der zweiten, weit kleineren Gruppe von Zwangsempfindungen werden durch eine primär vorhandene Zwangsvorstellung die entsprechenden Empfindungen in mehr oder minder lebhafter Weise ausgelöst. Die Zwangsvorstellung (Erinnerung), dass ein Pferd hinter ihr her komme, erregt bei der erwähnten Patientin eine entsprechende, allerdings sinnlich schwache Gehörsempfindung; es ist ihr „als höre sie“. Die als Zwangsvorstellung auftauchende Erinnerung an die durch das Erdbeben in den Beinen ausgelösten Sensationen reproduzierte diese mit grosser sinnlicher Deutlichkeit (Fall Miss W.). Die Zwangsvorstellung, eine Fliege zu zerbeissen, produziert die entsprechenden Empfindungen mit solcher Lebhaftigkeit, dass infolge des Ekels Erbrechen eintritt (eigene Beobachtung¹⁾).

Bezüglich der besonderen Bedingungen, unter welchen die Zwangsempfindungen auftreten, geht aus den bisherigen Beobachtungen Folgendes hervor. Zwangsempfindungen finden sich sowohl bei Personen, welche an Zwangsvorstellungen i. e. S. laborieren, als bei solchen, welche von diesen sowohl als anderen psychischen Zwangspänomenen vollständig frei sind. Bemerkenswert ist das Vorkommen derselben im Kindesalter (5 meiner Beobachtungen), dann im Anschlusse an Anfälle [hysterischer Anfall, infantile Eklampsie (eigene Beobachtung²⁾], Migräne [Sponholz] und psychische Traumen (Schrecken), sowie als Teilerscheinung von Angstkrisen [Kaan, eigene Beobachtung³⁾].

Manche den Körper betreffende Zwangsempfindungen, Empfin-

¹⁾ Der Pat., bei welchem diese Zwangsempfindung auftrat, ist der unter Beobachtung 62 S. 204 erwähnte junge Mann.

²⁾ Ich glaube, dass der S. 175 erwähnte Anfall des Patienten v. F. hysterischer Natur war.

³⁾ Koch bemerkt (l. c. 79), dass er öfters sah, dass für das Auftreten von Zwangsempfindungen und anderen Zwangsgedanken durch vorübergehendes körperliches Angegriffensein eine allgemeine Prädisposition geschaffen war.

dungen der Vergrößerung des Kopfes und anderer Teile oder des ganzen Körpers treten vorzugsweise vor dem Einschlafen bei horizontaler Lage des Körpers ein (eigene Beobachtung, Höstermann, Koch), und es genügt in diesen Fällen meist für den Betreffenden, dass er sich erhebt, um die Empfindung zu verscheuchen. Ein gewisser Zustand von Müdigkeit oder Schläfrigkeit begünstigt also das Auftreten derartiger Empfindungen, wenn er nicht geradezu eine Bedingung hierfür ist, und die horizontale Lage scheint das Empfindungsmaterial zu liefern oder zu verstärken, das so phantastisch umgestaltet wird. Man könnte diese Zwangsempfindungen als Analoga der hypnagogischen Halluzinationen im Bereiche des Gefühlssinnes betrachten, wenn nicht der Unterschied bestände, dass die hypnagogischen Bilder fortwährend wechseln, während die in Frage stehenden Zwangsempfindungen gewöhnlich unverändert bleiben, so lange sie überhaupt vorhanden sind. Dieser Unterschied mag jedoch darin begründet sein, dass die bei geschlossenen Augen von der Retina dem Gehirn zuströmenden Reize wechseln, während die durch die horizontale Lage des Körpers oder Kopfes gelieferten Empfindungen konstant bleiben.

Was die Unterscheidung der Zwangsempfindungen von den verwandten neuro- und psychopathischen Erscheinungen betrifft, so macht zunächst die Abgrenzung derselben von den Parästhesien keine besonderen Schwierigkeiten. Bei den Parästhesien handelt es sich bekanntlich um Störungen im Bereiche des Gefühlssinnes, welche durch Reizung der sensiblen Leitungsbahnen an irgend einer Stelle in ihrem peripheren oder centralen Verlaufe entstehen und keine psychische Weiterverarbeitung erfahren, während bei den Zwangsempfindungen im Gebiete des Gefühlssinnes die primär durch äussere oder innere Reize ausgelösten Sensationen durch Anreihung weiterer psychischer Prozesse einer Umdeutung unterliegen. Ein Hitzegefühl an den Beinen, welches durch keine äussere Ursache bedingt ist, ist als Parästhesie anzusprechen; das lebhafteste Gefühl, als steige beim Laufen heisser Dampf an den Beinen empor (v. Beobachtung 42), ist dagegen eine Zwangsempfindung. Hier hat eine beim Laufen auftretende Sensation eine psychische Weiterverarbeitung zur Zwangsvorstellung eines einwirkenden äusseren Objektes erfahren. Dass den Halluzinationen und Illusionen gegenüber eine scharfe Abgrenzung der Zwangsempfindungen nicht möglich ist, liegt nahe,

doch lässt sich eine Unterscheidung der beiden Gruppen von Erscheinungen im allgemeinen wenigstens durchführen. Bei den auf äussere Objekte sich beziehenden Zwangsempfindungen kommt deren bereits erwähnte geringere sinnliche Stärke den Halluzinationen und Illusionen gegenüber in Betracht. Es ist dem Kranken so, als ob der Gegenstand sich gegen ihn bewege etc., dabei kommt ihm zugleich der Zwang der Empfindung zum Bewusstsein, i. e. es wird mit der Empfindung zugleich deren Inkongruenz mit den tatsächlichen Verhältnissen erkannt¹⁾, während bei den Wachhalluzinationen und Illusionen wenigstens zunächst der Eindruck der Realität der Trugwahrnehmung nicht mangelt. Die sofortige Erkenntnis der Irrealität mangelt auch bei den auf den eigenen Körper sich beziehenden Zwangsempfindungen, welche inhaltlich jeder Erfahrung widerstreiten, nicht, wie wir sahen (Empfindungen der Vergrösserung oder Verkleinerung des Kopfes etc.). Die Zwangsempfindungen, welche auf den eigenen Körper sich beziehen und inhaltlich nichts Unmögliches in sich schliessen, erreichen dagegen an sinnlicher Stärke zum Teil jedenfalls die Halluzinationen des Gefühlssinnes und werden auch nicht als subjektive Vorgänge gedeutet, sondern auf entsprechende Körperveränderungen zurückgeführt.

Soweit meine Erfahrungen reichen, unterscheiden sie sich von den Halluzinationen des Gefühlssinnes, die bei Nichtgeisteskranken ganz seltene Vorkommnisse bilden, lediglich durch ihre längere Andauer und öftere Wiederkehr. Die Gefühlshalluzinationen, welche in den von mir beobachteten Fällen auftraten, waren (abgesehen von Schmerzhalluzinationen) immer von momentanem Charakter.

Den hypochondrischen Wahnvorstellungen gegenüber kommt in Betracht, dass bei den Zwangsempfindungen die Erkenntnis der Irrealität der Empfindung entweder sofort sich geltend macht oder wenigstens durch Belehrung herbeigeführt werden kann, während bei ersteren der Kranke von der reellen Begründung seiner Sensationen überzeugt ist und in dieser Überzeugung auch durch Belehrung nicht schwankend gemacht werden kann.

¹⁾ Es mangelt jedoch nicht an Ausnahmen von dieser Regel. Die oben erwähnte Kranke Thomsen's, welcher die Möbel schiefstehend vorkamen, weil sie sich selbst für schief hielt, rückte fortwährend an den Möbeln. Es dürfte hieraus hervorgehen, dass der Kranke die Irrealität und der Zwang der fraglichen Empfindung nicht oder wenigstens nicht deutlich zum Bewusstsein kam.

3. Zwangshalluzinationen,

Das Vorkommen von Halluzinationen, welche die Charaktere von Zwangsphänomenen aufweisen, wurde lange Zeit bestritten. Als Falret auf dem Congrès international de médecine mentale in Paris 1889 unter anderen die Zwangsvorstellungen betreffenden Thesen auch die aufstellte, dass dieselben niemals Halluzinationen aufweisen, erhob Charpentier gegen diese Behauptung Einwände, die jedoch den Kongress nicht abhielten, für die Falret'sche These sich zu erklären. Thomsen erwähnt noch 1895 bei der Definition des Begriffes der Zwangsvorstellungen: „Halluzinationen kommen dabei nicht vor“, und zwar als Ausdruck der herrschenden Anschauungen, nicht lediglich seiner persönlichen Erfahrung. In der Tat sind auch die hierher gehörigen Vorkommnisse im Verhältnis zu der ausserordentlichen Häufigkeit der Zwangsvorstellungen i. e. S. relativ selten, und die Zahl der bisher mitgeteilten Beobachtungen ist dementsprechend noch keine sehr grosse.

Die ersten hierher gehörigen Mitteilungen finden sich, soviel ich ersehen kann, in einer von v. Krafft-Ebing¹⁾ zitierten Arbeit von Richter über „Jugendliche Brandstifter“; in derselben wird über mehrere Fälle berichtet, in welchen bis zu Gehörshalluzinationen gesteigerte Zwangsvorstellungen vorlagen.

Kelp²⁾ berichtete 1874 über einen Fall, in welchem in Verbindung mit homicidalen Zwangsimpulsen die Vision eines blutigen Messers auftrat. 6 Jahre später veröffentlichte Buccola³⁾ den von Tamburini beobachteten Fall eines jungen Rechtsstudierenden, der sich zwangsmässig beständig mit dem Ursprung etc. von Banknoten beschäftigte und schliesslich dahin kam, dass er diese Noten mit allem Anscheine der Wirklichkeit in ihren verschiedenen Formen vor den Augen hatte⁴⁾. Magnan erwähnt in seiner „Étude clinique sur les impulsions 1881“ eines Mädchens, welches mit nymphomani-schen, gegen kleine Kinder gerichteten Impulsen behaftet war, mit denen sich entsprechende Gesichts- und Gefühlshalluzinationen ver-

1) v. Krafft-Ebing: Über gewisse formale Störungen des Vorstellens etc.; Vierteljahrschrift für gerichtl. u. öffentl. Medizin 1870, Januar.

2) Kelp: Allg. Zeitschr. für Psychiatrie 1874.

3) Buccola: Le idee fisse, Rivist. sper. di fren. 1880, fasc. I u. II.

4) Die gleiche Beobachtung wird auch von Tamburini (Riv. sper. di fren. 1883) erwähnt.

gesellschafteten. Ballet¹⁾ beobachtete einen 37jährigen, erblich belasteten Mann, bei welchem nach Vorhergang von Ohrensausen sich bilaterale Gehörshalluzinationen von obsiedierendem Charakter einstellten, aus kurzen Sätzen imperativen oder persekutiven Inhalts bestehend. Daneben bestand auch leichte Onomatomanie. Eine sehr prägnante Beobachtung von dem Zusammenhange von Halluzinationen mit Zwangsvorstellungen teilt Stephani²⁾ (1891) mit. Bei einer 41jährigen Bäuerin stellte sich Zweifelsucht ein. Dabei hatte der Zweifel über die richtige Ausführung einer bestimmten Arbeit oft die Folge, dass ihr die Bilder der betreffenden Gegenstände in voller Deutlichkeit vor die Augen traten, und hierüber geriet sie derart in Angst, dass sie gezwungen war, die fragliche Arbeit sofort noch einmal vorzunehmen. Ausserdem bestanden bei der Patientin selbständige Zwangshalluzinationen, insbesondere solche des Gesichts. Das Verdienst, der herrschenden Ansicht gegenüber den Nachweis erbracht zu haben, dass sich die Halluzinationen von dem Gebiete der psychischen Zwangserrscheinungen nicht ausschliessen lassen, gebührt jedoch Séglas. In einem am 30. Novbr. 1891 in der Société médico-psychologique gehaltenen Vortrage³⁾, in welchem er eine Mehrzahl eigener, hierher gehöriger Beobachtungen mitteilte und dabei auch der Fälle von Buccola, Stephani und Ballet gedachte, betonte er, dass man zwei Fälle zu unterscheiden habe:

1. die Zwangsvorstellung vergesellschaftet sich mit einer Halluzination, welche sie hervorruft (obsession hallucinatoire);
2. die Halluzination besteht unabhängig mit allen, den Zwangszuständen im allgemeinen eigentümlichen Charakteren (Halluzination obsédante).

Eine der von Séglas angeführten eigenen Beobachtungen betrifft eine 35jährige, an Berührungsfurcht und Furcht, Andere zu vergiften, leidende Frau. „Für Momente glaubt sie im Hausgang jemand einen Eimer tragen gesehen zu haben, in welchen sie Gift hätte giessen können; mitunter sieht sie auch diese Person und

¹⁾ Ballet: Contribution à l'étude de l'état mental des héréditaires dégénéérés. Arch. génér. de méd. 1888. März-April.

²⁾ Stephani: Riv. sper. di fren. 1891, p. 386.

³⁾ Séglas: Annal. médico-psychol. 1892, p. 119.

diesen Eimer so deutlich, obwohl sie weiss, dass sie nicht existieren, dass sie genötigt ist, ihre übrigen Sinne zu Hilfe zu nehmen, um sich zu vergewissern, dass sie nicht vorhanden sind.“ In zwei Fällen bestanden obsedierende Geruchshalluzinationen als selbstständige Erscheinung, in zwei Fällen Gehörshalluzinationen (Hören von Spottreden, des eigenen Namens). In einer weiteren Beobachtung handelt es sich um eine hysterische, mit Zweifelsucht behaftete Frau, welcher insbesondere das Absenden von Briefen Schwierigkeiten machte; zu wiederholten Malen sah diese Patientin deutlich vor ihren Augen eine schwarz geränderte Traueranzeige, auf welcher sie ihren Namen las. Diese Halluzination verursachte einen schweren Angstanfall. Mehrere der von Séglaſ mitgeteilten Fälle betreffen Halluzinationen des Muskelsinnes (Gedankenlautwerden, hallucinations verbales psycho-motrices). In einer späteren Publikation¹⁾ spricht sich Séglaſ sogar für das häufige Vorkommen von dem Gebiete der Obsessions angehörigen Halluzinationen und speziell der Hallucinations verbales motrices aus. Auch von Catsaras²⁾ (Athen) wurden 3 Fälle von obsedierenden Halluzinationen mitgeteilt. In dem ersten Falle handelt es sich um einen 25jährigen Kaufmann, welcher abwesende bekannte Personen sah und mit ihnen Zwangsgespräche hielt. Mitunter wurden die Bilder der betreffenden Personen und die folgenden Unterhaltungen durch Erinnerungen oder äussere Eindrücke (z. B. den Anblick einer ähnlichen Person) hervorgerufen. Fall 2 betrifft einen 38jährigen Eisenbahnbeamten, welcher Stimmen vernahm, die ihn über das Problem des Unendlichen befragten und ihn zu Antworten veranlassten, zumteil aber auch ihm Befehle erteilten (z. B. „Iss nicht, sonst wirst Du erbrechen“). Der Patient des 3. Falles war ein 35jähriger Gensdarmieroffizier, welcher seit 3 Jahren von grauenerregenden Gesichts- und Gehörshalluzinationen und zwar immer den gleichen heimgesucht wurde. Er sah eine höllische Scene (seltsame Tiere mit menschlichen Leibern, schwarzen Gesichtern und roten Augen etc.) und hörte zugleich einen höllischen Lärm. Dieses Bild verfolgte den Kranken, wenn es auftrat, Tag und Nacht. Alle 3 Kranke waren Hereditärer und mit noch anderen Zwangspänomenen und psychopathischen Symp-

1) Séglaſ: Des obsessions. Journal de méd. et de chir. prat. 25. Febr. 1894.

2) Catsaras: Annal. médico-psychol. 1892, p. 442.

tomen anderer Art behaftet; dabei besaßen sie völlige Krankheitseinsicht.

Lépine¹⁾ berichtet über den Fall einer an Zwangsvorstellungen Leidenden, welche eine Stimme hörte, die beständig 25 Wörter wiederholte. Bei einer von Larroussinie²⁾ beobachteten Pat. äusserten Stimmen Vorwürfe, welche den bei der Kranken vorhandenen Zwangsvorstellungen entsprachen. Raymond und Janet³⁾ berichten über eine Hysterische, bei welcher Katalepsie und Kontrakturanfälle mit Zwangsvorstellungen wechselten, die zum Teil mit Halluzinationen verknüpft waren (so die Idee des Sterbens mit der Halluzination von Skeletten, des Begräbnisses etc.).

Von französischen Autoren haben sich in neuerer Zeit auch Pitres und Régis (*La séméiologie des obsessions et idées fixes*, Vortrag in der Sektion für Nerven- und Geisteskrankheiten des internationalen medizinischen Kongresses zu Moskau) für das Auftreten von Halluzinationen bei Zwangszuständen und die Séglas'sche Unterscheidung von *obsessions hallucinatoires* und *hallucinations obsédantes*, ebenso auch Vallon und Marie erklärt.

Von deutschen Autoren berichtet Kaan⁴⁾ über eine 34jährige hysterische Frau, welche die bei ihr beobachteten Zwangsbewegungen dadurch zu erklären suchte, dass dieselben zur Erleichterung und Abwehr von Zwangsvorstellungen stattfänden. Sie müsse sich nämlich vorstellen, wie allerlei heilige Personen: Gott, Engel, Heilige oder geweihte Hostien durch Fenster oder Türe ins Zimmer gelangen, dann frei in der Luft schweben und aussehen, als wären sie aus Glas, und endlich wie Seifenblasen zerplatzen. Diese Zwangsvisionen werden durch Gespräche, worin heilige Namen genannt werden, geweckt, so dass Patientin gar nicht mehr zu beten wagt. Ob es sich hierbei um wirkliche Visionen, wie Kaan annimmt, handelte, oder um Zwangsvorstellungen mit etwas lebhafterem sinnlichem Inhalte, muss dahingestellt bleiben. Dagegen liegen in einem

¹⁾ Lépine: *Obsession verbale et auditive* (Société de médecine de Lyon 12. Juillet 1894), citirt bei Janet S. 87.

²⁾ Larroussinie: *Hallucinations succédant à des obsessions*. *Archives de neurologie* 1896.

³⁾ Raymond et Janet: *Névroses et Idées fixes*. II. Teil 1898, S. 144.

⁴⁾ Kaan l. c. S. 84.

von Pick¹⁾ mitgeteilten Falle zweifellos Halluzinationen vor. Derselbe betrifft ein 22jähriges, melancholisches und mit Zwangsvorstellungen behaftetes Mädchen, welches infolge gemüthlicher Erregungen (Selbstmord einer Freundin) erkrankte. Die Patientin wurde von der Zwangsvorstellung verfolgt, dass ihre verstorbene Freundin in ihrer Nähe sich befinde, sah beim Einfädeln ihre Freundin auf dem Faden und sich selbst beim Anziehen auf der Gruft derselben. Die Patientin fühlte sich in der ersten Zeit des Aufenthaltes in der Pick'schen Klinik freier; als später wieder Zwangsvorstellungen peinlichen Inhaltes, zumeist an den Tod der Freundin anknüpfend, auftraten, sah sie auch wieder Dinge ähnlich den schon erwähnten. Dabei soll das Bild, wenn sie den Ort wechselte, mitgegangen sein.

Auch in dem einen der beiden von Heilbronner (l. c.) mitgeteilten Fälle bestanden, wie schon erwähnt wurde, Zwangshalluzinationen. Die erste der beiden Patientinnen, über welche der Autor berichtete, musste zu Beginn der Erkrankung immer denken, „sie werde jemand umbringen, mit einer Axt erschlagen müssen, sie sah auch öfters eine Axt vor sich“. Die Kranke erwähnte ferner, „dass die Äxte, die sie wirklich sah, genau das Aussehen der Axt hatten, die sie bisweilen vor Augen hatte“.

Eine eigentümliche Stellung nimmt P. Janet in seinem jüngst publizierten Werke in der Frage der Zwangshalluzinationen ein. Er verweist zunächst auf den Widerspruch in den Angaben der Autoren, von welchen einzelne das Vorkommen von Zwangshalluzinationen bestreiten, andere dagegen behaupten, und er meint, diese Divergenz könnte sich dadurch erklären, dass Halluzinationen bei Hysterischen, nicht aber bei Psychasthenischen auftreten.

Aus seinem eigenen Beobachtungsmateriale führt der Autor eine Anzahl von Fällen an, in welchen zu Zwangsvorstellungen anscheinend sich Halluzinationen gesellten. Die nähere Untersuchung ergab hier jedoch, dass das von Kranken angeblich Gesehene des Kolorits und der Deutlichkeit ermangelte, zum Teil überhaupt nicht nach aussen verlegt, zum Teil nur ganz unbestimmt lokalisiert wurde.

¹⁾ Pick: Über die Beziehungen zwischen Zwangsvorstellungen und Halluzinationen. Prager med. Wochenschr. No. 40, 1895.

Eine Kranke, welche angeblich Kreuze und Heilige am Himmel sah, nahm in Wirklichkeit von solchen Erscheinungen nichts wahr; sie wünschte nur, etwas derartiges zu sehen. Eine andere Kranke, welche behauptete eine Gestalt zu sehen, deren Kopf durch ein langes Messer in der Augengegend durchbohrt war, gestand bei Befragen, dass sie die Figur, welche sie sogar gezeichnet hatte, mehr dachte, als sah. Ähnlich verhielt es sich in weiteren Fällen.

Janet verweist auch auf den Umstand, dass die in Frage stehenden Halluzinationen bei den Kranken nicht den Eindruck der Realität hervorrufen, und er kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schlusse, dass echte Halluzinationen nur bei Hysterischen, nicht aber bei Psychasthenischen auftreten. Bei letzteren kommt es nur zur Bildung unvollkommener Halluzinationen, i. e. von Phänomenen von der Art derjenigen, welche von Kandinsky als Pseudohalluzinationen beschrieben wurden¹⁾. „Der Kranke setzt es sich in den Kopf, dass das Bild vor ihm als etwas Reelles auftauchen müsse, er sucht nach demselben, sieht es aber in Wirklichkeit nicht; es ist dies mehr eine Halluzinationsmanie als wirkliche Halluzination.“ Wir werden sehen, dass diese Auffassung, wenn sie auch für den grösseren Teil der Beobachtungen Janet's zutreffen mag, für die Zwangshalluzinationen im allgemeinen keine Geltung beanspruchen kann. In keinem der von mir beobachteten Fälle hatten die Kranken ein Begehren nach derartigen Erscheinungen; die Halluzinationen ermangelten auch in einem Teile der Fälle, in welchen es sich nicht um Hysterische handelte, der Deutlichkeit keineswegs.

Um die Auffassung Janet's richtig zu würdigen, muss berücksichtigt werden, dass dieser Autor zwischen Zwangsempfindungen und Zwangshalluzinationen nicht unterscheidet. In einem Teile der

¹⁾ Die Phänomene, für welche Kandinsky (Centralblatt für Nervenheilkunde 1884, S. 481) die Bezeichnung „Pseudohalluzinationen“ gebrauchte, unterscheiden sich in wesentlichen Punkten von denen, welche Janet im Auge hat. Die Pseudohalluzinationen sind nach K. sehr lebhaft und im höchsten Grade sinnlich bestimmte Wahrnehmungen, detaillirte und vollkommene Bilder: „Sie besitzen alle Charakterzüge, die den wahren Halluzinationen eigen sind, ausser dem für die letzteren unentbehrlichen Charakter der objektiven Wirklichkeit und sind nur darum keine Halluzinationen“.

Fälle, in welchen er Pseudohalluzinationen annimmt, handelt es sich anscheinend lediglich um Zwangsempfindungen¹⁾.

In meinen eigenen Beobachtungen, 9 an Zahl, finden sich Gesichtshalluzinationen 6 mal, Gehörshalluzinationen 2 mal, Geruchshalluzinationen 1 mal vertreten.

Ich beschränke mich darauf, von den betreffenden, zum Teil sehr umfangreichen Krankengeschichten die wichtigsten Daten mitzuteilen.

Beobachtung I (59). Frau M., 38 Jahre alt, seit 18 Jahren verheiratet, kinderlos, kein Abortus (aufgenommen September 1894). Die Mutter der Patientin war nach einem grösseren Blutverluste längere Zeit melancholisch, der Vater starb an Gehirnblutung, die Schwestern sind sämtlich etwas nervös. Die Patientin leidet seit 8 Jahren an Angstzuständen. Der erste Anfall trat während eines Aufenthaltes in Karlsbad auf, wo sie ihrem, dort die Kur gebrauchenden Manne Gesellschaft leistete und der Gelegenheit halber wegen mitunter auftretender Magenbeschwerden von den Quellen trank. Die Angstanfälle wiederholten sich damals noch öfters. Zu Hause besserte sich der Zustand alsbald, doch verloren sich die Angstanwandlungen nicht mehr ganz; es verblieben insbesondere gewisse Topophobien (Angst beim Besuche von Theater, Konzerten, Gesellschaften etc). Daneben stellten sich im Laufe der Jahre eine Menge anderer hysteroneurasthenischer Erscheinungen ein: nervös-dyspeptische Beschwerden, nervöse Halsschmerzen, Darmschmerzen, Diarrhoe, Herzpalpitationen, Tremor, Rhachialgie etc. Nach Ostern 1894 wurde der Zustand wahrscheinlich infolge anhaltender gemüthlicher Erregungen erheblich schlimmer. Es traten sehr häufig Angstzustände und Leibschmerzen auf. Nach Pfingsten unterzog sich die Patientin auf Anraten ihres Hausarztes einer Massagebehandlung, wodurch ihr Befinden nur in sehr ungünstiger Weise beeinflusst wurde. Sie verlor Appetit und Schlaf und wurde von Angstzuständen noch häufiger heimgesucht. Die Patientin ging deshalb aufs Land, wo ihr Zustand jedoch, anstatt sich zu bessern, sich allmählig nur verschlechterte. Hier trat bei ihr zum ersten Male während eines Angstanfalles die Vorstellung auf, dass sie, wenn dieser Zustand anhalten würde, es nicht aushalten könnte und sich deshalb

¹⁾ Ferrari: (Osessioni ed allucinazioni riflessi; riv. sper. di fren., Vol. 23, fasc. 3, p. 707) berichtet über den Fall eines 23jährigen Menschen, der einen Tag nach dem Tode seines Freundes denselben halluzinatorisch auf sich zukommen sah, als er zum Zwecke der Defécation abends auf dem Felde niederkauerte. Die Annahme des Autors, dass es sich hier um eine reflektorisch ausgelöste Halluzination handelte, erscheint sehr problematisch.

das Leben nehmen müsste. Von diesem Momente an wurde sie von der Zwangsvorstellung des Suicidiums nicht mehr frei.

Bei der Aufnahme der Patientin bestand ein andauernder, zu meist schwerer Angstzustand, zusammenhängend mit massenhaften Zwangsvorstellungen peinlichen Inhalts: dass sie irrsinnig werde, von ihrem Manne, mit dem sie tatsächlich im besten Einvernehmen lebte, sich scheiden lassen müsse, ihrer Wirtschaft nicht mehr vorstehen könne etc. Ganz besonders qualvoll und hartnäckig war jedoch die Zwangsvorstellung des Suicidiums, die mitunter den ganzen Tag unaufhörlich, nur in schwankender Intensität sich aufdrängte. Wenn diese Vorstellung eine besondere Stärke erreichte, dann vergesellschaftete sie sich noch mit einer Erscheinung, die der Patientin besonderes Entsetzen einflösste. Sie sah dann ein blankes, spitzes Messer in voller Deutlichkeit vor sich, gleichsam sie zur Vollführung der Tat einladend. Über die Irrealität dieser Erscheinung war sie dabei keinen Augenblick im Zweifel. Sie hatte auch im übrigen volle Krankheitseinsicht. Die Kranke klagte ausserdem über Schmerzen an den verschiedensten Körperstellen, Schlafmangel und andere Beschwerden. Unter Opiumgebrauch, Hydrotherapie etc. trat alsbald Besserung ein. Die Messerhalluzination verlor sich binnen kurzem andauernd, die Zwangsvorstellung des Suicidiums machte sich jedoch noch nach 6 Monaten täglich, allerdings nur mehr ganz flüchtig und wie schattenhaft geltend, so dass sie die Patientin nicht mehr beunruhigte, während die übrigen peinlichen Zwangsvorstellungen schon lange geschwunden waren. Patientin ist seitdem von geringfügigen nervösen Beschwerden abgesehen, gesund geblieben.

Beobachtung II (60). Herr I. L., Subalternbeamter, 30 Jahre alt, ledig; die Mutter des Patienten war melancholisch, starb 74 Jahre alt; der Vater noch lebend und angeblich gesund; 3 Geschwister, von welchen eine Schwester melancholisch. Im Alter von 13 Jahren eine Kopfverletzung durch einen herabfallenden Stein mit folgender Bewusstlosigkeit; seitdem Schmerzen an der betreffenden Kopfstelle (rechtes Seitenwandbein). Vor 8 Jahren während der Militärdienstzeit luetische Infektion; Masturbation früher viel geübt, jedoch seit mehreren Jahren bereits gänzlich aufgegeben. Vor 2 Jahren Versetzung auf das Land; seitdem trotz bedeutender Libido völlige sexuelle Abstinenz, teils wegen mangelnder Gelegenheit, teils wegen religiöser Skrupel. Die dienstlichen Verhältnisse nötigen den Patienten ausserdem zu vielem Alleinsein. Unter dem Einflusse dieser Momente entwickeln sich allmählig hochgradige nervöse Reizbarkeit und gemüthliche Depression mit Angstzuständen, namentlich beim Alleinsein, Kopfschmerzen, Schlafstörung, sexuelle Zwangsvorstellungen, zu welchen sich nachts bei mangelndem Schläfe öfters erotische Halluzinationen gesellen. Patient sieht eine

nackte Frauengestalt vor sich oder neben sich im Bette, wodurch seine Aufregung erheblich gesteigert wird. Unter anstaltlicher Behandlung erfolgte allmählig Besserung.

Beobachtung III (61). 14 jährig. Mädchen von nervöser Familie; die Menses bereits seit 2 Jahren vorhanden, in letzter Zeit alle 14 Tage und protrahiert. Seit etwa 6 Wochen Angstzustände und zwar insbesondere beim Alleinsein bei Tag und Nacht. Seit einiger Zeit tritt ausserdem fast jede Nacht die Halluzination einer Hand auf. Die Patientin sieht die Hand vor dem Einschlafen oder beim Aufwachen in der Nacht über ihrem Bette an der Wand, und zwar nicht als Schattenbild, sondern deutlich körperlich hervortretend, überlebensgross und mit einem Ringe versehen. Über die Entstehung dieser anscheinend sonderbaren Halluzination wusste die Patientin anfänglich nichts näheres anzugeben; auf Befragen, ob sie nicht von etwas Ähnlichem gehört oder gelesen habe, gab sie jedoch sofort zu, dass sie einen Roman (Die hübsche Miss Neville von Crooker) gelesen hatte, in welchem von dem Erscheinen einer gespenstischen Hand erzählt wird. An diese musste sie in der Folge öfters denken (Zwangsdenken), und einige Zeit später sah sie nachts die Hand. Die Halluzination verlor sich alsbald wieder.

Beobachtung IV (62). Herr X., 21 Jahre alt, Student (aufgenommen März 1895), erblich insbesondere mütterlicherseits belastet, von Kindheit auf nervös, erkrankte schon während der letzten Jahre des Gymnasialstudiums mit cerebrasthenischen Beschwerden, insbesondere Kopfschmerz, Schlafmangel und Zwangsvorstellungen, welche Erscheinungen sich bisher nicht mehr vollständig verloren. Seit längerer Zeit bestehen auch nervös-dyspeptische Erscheinungen und Neigung zu Diarrhoe, ferner Angstzustände und hochgradige geistige Impotenz. Wenn Patient in einem Buche das Wort „Wenn“ liest, so sieht er in der Regel zugleich ein Brett mit Nägeln vor sich, und dieses Bild belästigt, und beängstigt ihn derart, dass er oft ganz ausser sich gerät. In der letzten Nacht trat eine Autovision ein. Patient konnte nicht schlafen und sah, als er das Bett verliess, sich selbst auf zwei Stühlen sitzend. Das Bild war nicht sehr deutlich, doch glaubt Patient, dass er sich bezüglich der Persönlichkeit, welche ihm die Trugwahrnehmung vorführte, in keiner Täuschung befand. Er versuchte durch Auseinanderrücken der Stühle das Bild zu verschrecken, was ihm jedoch nicht gelang; die Vision persistierte einige Zeit.

Bei dem Patienten, der nur kurze Zeit in Beobachtung war, kamen auch Halluzinationen anderer Art, Lichterscheinungen, Halluzinationen kleiner Tiere (Fliegen), roter Flecken auf Bekleidungsgegenständen etc. öfters vor.

Beobachtung V (63). Dieselbe betrifft eine an früherer Stelle (S. 179) erwähnte Patientin mit periodischen Depressionszuständen, über deren Krankheitsgeschichte ich schon vor Jahren a. a. O. berichtete. Die Patientin, welche von schwächlichen Eltern stammte und in ihren ersten Lebensjahren kränklich war, litt, als sie zur Schule ging, längere Zeit an Anfällen folgender Art: „Sie sah abends in der Dämmerung, wohin sie auch blickte, sich bewegende Funken, worüber sie sich derart entsetzte, dass sie sich in der Folge vor der Dämmerung sehr fürchtete. Die Erscheinung stellte sich nie im Freien ein und währte in der Regel nur bis Licht angezündet wurde“.

Beobachtung VI (64). Herr X., Kaufmann, 45 Jahre alt, ledig, ohne erweisliche erbliche Belastung, doch von jeher von etwas empfindsamem Gemüte, hat in den Kinderjahren Croup und Intermittens, später, bis zum Beginne des gegenwärtigen Leidens, keine ernstere Erkrankung durchgemacht. Patient befand sich während eines Zeitraumes von etwa 10 Jahren bis vor 2 Jahren in leitender Stellung in einem bedeutenden Fabrikgeschäfte, in welcher er bei angestrengtester Tätigkeit grosse Verantwortung zu tragen hatte, da er u. a. die Kassageschäfte mit zu besorgen hatte. Seine Lebensweise war dabei eine äusserst sparsame und zurückgezogene; er gönnte sich weder Vergnügen, noch Erholung und verzichtete auch trotz keineswegs mangelnder Libido auf jeden sexuellen Verkehr. Unter dem Einflusse dieser Lebensweise und zufälliger äusserer Einwirkungen, auf welche wir noch zu sprechen kommen werden, entwickelten sich bei ihm mehr und mehr gewisse peinliche Zwangsvorstellungen, zu welchen sich schon früher Ansätze gezeigt hatten; in den letzten 1 $\frac{1}{2}$ Jahren der geschäftlichen Tätigkeit traten noch andere Störungen hinzu, Schlafmangel, allgemeine Müdigkeit, insbesondere des Morgens, und Abmagerung. Den Anstoss zum völligen Zusammenbruch gab eine Erkrankung an Influenza vor 2 Jahren, welche den Patienten nötigte, eine Anzahl von Wochen das Bett zu hüten. Als er nach mehreren Monaten sich genügend erholt zu haben glaubte, und seine geschäftliche Tätigkeit wieder aufnahm, verschlechterte sich sein Zustand alsbald wieder derart, dass er seine Stellung aufgeben musste. Der Zustand hat sich seitdem unter anhaltender Ruhe und wiederholtem längerem Landaufenthalte beträchtlich gebessert, die Zwangsvorstellungen sind hiervon nicht unberührt geblieben, machen sich jedoch noch immer in sehr lästiger Weise bemerklich.

Die Hauptrolle unter den Zwangsvorstellungen, mit welchen Patient behaftet war und noch ist, spielt die Vorstellung, dass er sich fremdes Geld oder Wertsachen Fremder (Schmuck insbesondere) aneignen könnte oder angeeignet habe. Diese Befürchtung stellt sich nicht lediglich ein, wenn er direkt mit fremdem Gelde etc. zu

tun hat; es ist ihm schon sehr peinlich, wenn z. B. jemand, der in einem Café an einem Tische in seiner Nähe sitzt, sein Portemonnaie oder einen Geldbetrag vor sich hinlegt, wenn er in der Wohnung seiner nächsten Verwandten (Brüder) zufällig eines zu irgend einem Zwecke hingelegten Geldbetrages ansichtig wird. Ist er mit seinem eigenen Gelde beschäftigt, so belästigt ihn der Gedanke, dass dasselbe nicht ehrlich erworben sei etc. Diese Vorstellungen sind immer mit einem gewissen Angstgeföhle verknüpft; erreicht dieses einen höheren Grad, dann stellt sich auch ein sehr lebhafter Schmerz in der Herzgegend und ein gewisses Zusammenschnüren im Halse ein. In früheren Jahren während seiner geschäftlichen Tätigkeit kam es, wenn er gerade mit Geld beschäftigt war, öfters vor, dass die in Rede stehenden Zwangsvorstellungen mit entsprechenden Gehörshalluzinationen sich vergesellschafteten. Er hörte Stimmen, welche ihm zuriefen: „so nimm dir doch von dem Gelde, nimm dir nur“ und Ähnliches; hierdurch wurde das Qualvolle des Zustandes natürlich erheblich gesteigert. Um das Auftreten der fraglichen Zwangsvorstellungen zu verhindern, resp. die dadurch verursachte Beunruhigung zu vermindern, traf der Patient, als er noch die erwähnte Stellung bekleidete, eine Reihe von Vorkehrungen: er liess, wenn er mit Geld zu tun hatte, Zeugen in seine Nähe kommen, die ihn beobachten konnten, veranlasste öfters an sich ganz überflüssige Kassarevisionen etc. Trotz alledem beherrschte ihn zeitweilig die Vorstellung, dass er sich fremdes Geld angeeignet habe, derart, dass er in jeder Bemerkung, die man ihm gegenüber machte, einen Vorwurf erblickte und beim Anblick eines Gensdarms in Schrecken und Zittern geriet. Für die Entstehung dieser Zwangsvorstellungen war jedenfalls der Umstand mit von Einfluss, dass in dem Geschäfte, in welchem der Patient tätig war, Veruntreuungen seitens Angestellter vorkamen, welche die Prinzipale öfters zu Äusserungen des Misstrauens in bezug auf ihr Personal dem Patienten gegenüber veranlassten, Äusserungen, die der Patient bei seiner feinfühligsten Natur auch auf sich bezog. Die Zwangsvorstellung der Unehrlichkeit wurde ihm dergestalt quasi suggeriert. Der Fall bietet somit einen Beleg für die von mir auch in manchen anderen Fällen konstatierte Bedeutung suggestiver Momente für die Entstehung bestimmter Zwangsvorstellungen.

Beobachtung VII (65). Der Fall betrifft eine 28jährige, an Zweifel- und Grübelsucht leidende Lehrerin, über welche an späterer Stelle ausführlicher berichtet werden wird. Hier seien nur die Zwangshalluzinationen erwähnt, welche bei der Patientin auftraten. Sie hörte öfters in der Schule während des Unterrichts Stimmen, anscheinend von den Kindern kommend, die ihren Namen oder „Seht das Fräulein an“ riefen. Beim Rechnen hörte sie oft falsche Resultate. In der Kirche vernahm die Patientin öfters.

wenn es ganz still wurde, einen lauten Schrei, der ihr förmlich in den Ohren gellte, und den sie selbst ausgestossen zu haben glaubte; hierüber geriet sie begreiflicherweise in grosse Angst.

Beobachtung VIII (66). Fr. B., 25 Jahre alt, Beamstochter (aufgenommen März 1897), ist erblich von väterlicher Seite sehr belastet. Der Vater, welcher an Diabetes und Morb. Brightii litt und im Alter von 48 Jahren an Gangraen (wahrscheinlich diabetischen Ursprungs) starb, war auch schon mit Angst- und Verstimmungszuständen und Zweifelsucht behaftet und auch sonst ein sehr nervöser Herr. In seiner Familie waren psychische Störungen mehrfach vertreten (die Mutter melancholisch und religiös überspannt, letzteres auch der Vater, mehrere Cousinen des Vaters geisteskrank, darunter eine an Paranoia religiosa leidend etc.). Die Patientin hat als Kind Scharlach und Diphtheritis durchgemacht und war schon in diesem Lebensalter sehr nervös und ängstlich, insbesondere in religiöser Beziehung — sie wurde in einem Kloster erzogen —, zeitweilig bestand bei ihr infolge unsinniger Einwirkungen seitens der Klosterschwestern Besessenheitsangst. Mit 13 Jahren kam die Patientin infolge einer Versetzung ihres Vaters nach R. Hier war sie in erster Zeit immer verstimmt, auch die Ängstlichkeit wurde schlimmer; in der Schule konnte sie nur schwer dem Unterrichte folgen, weil sie immer einen leisen Druck im Kopfe fühlte; auch Zwangsvorstellungen machten sich schon damals geltend. Mit 15 Jahren Eintritt der Menses; von dieser Zeit an erhebliche Verschlimmerung des Zustandes. Es stellten sich Asthma, Herzklopfen und schwere Angstzustände ein, wobei sie glaubte, sie müsse sterben. Sie fürchtete sich deshalb vor dem Einschlafen, mitunter auch infolge der Vorstellung, in ihrem Kopfkissen seien Nadeln, an welchen sie sich stechen könnte; sie glaubte auch zeitweilig, einen Leichengeruch an sich zu haben, obwohl sie von einem besonderen Geruche an sich nichts wahrnehmen konnte. Oft scheute sie sich zu essen, weil sie die Vorstellung ängstigte, sie könnte dabei ersticken (Schlundkrampf?). Der Zustand besserte sich allmählig.

Nach dem Tode ihres Vaters vor vier Jahren wurde sie von der Zwangsvorstellung gequält, denselben verursacht zu haben, und verfiel in schwere gemüthliche Depression. Dieser Zwangsvorwurf taucht auch in neuerer Zeit noch manchmal auf, wenn ihr Befinden besonders übel ist.

Gegenwärtig bestehen bei der Patientin die Erscheinungen der Zweifelsucht in sehr ausgeprägtem Mafse. Bei jedem Vorhaben wie bei jeder Tätigkeit stellen sich bei ihr Zweifel ein, welche sie zu keinem Entschlusse kommen lassen und sie verhindern, irgend eine angefangene Arbeit weiterzuführen; sie kann deshalb nicht einmal das Nötigste für sich selbst besorgen. Die Idee, z. B. sich einen Hut kaufen zu müssen, versetzt sie schon in die grösste Unruhe.

Der Verkehr mit fremden Menschen wird ihr sehr schwer, namentlich wenn diese rasch sprechen; ferner manche Topophobien; die Gemütsstimmung schwankend, zum Teil sehr deprimiert. Kopfschmerz selten, dagegen Kopfdruck, auch Druck auf der Brust. Der Schlaf gut, der Appetit wechselnd; guter allgemeiner Ernährungszustand, keine Degenerationszeichen.

Das Leiden besserte sich unter hypnotischer Behandlung für längere Zeit, um dann infolge von gemüthlichen Erregungen so ziemlich auf den früheren Status zurückzukehren. Als die Patientin nach längerer Abwesenheit im November wieder in Beobachtung kam und ich sie wegen der erwähnten früher vorhandenen Vorstellung, dass sie einen Leichengeruch an sich habe, noch einmal in das Examen nahm, berichtete sie:

Sie litt im Alter von 15 Jahren ohne erkennbare Ursache längere Zeit — wenigstens $\frac{1}{4}$ Jahr — an einer eigentümlichen Geruchsempfindung; es handelte sich um einen süßlich-faulen Geruch, ähnlich dem von faulem Obste. Dieser Geruch war fast bis in den Hals zu spüren, hielt den ganzen Tag an und war von solcher Intensität, dass die Patientin darüber mitunter ganz ausser sich geriet. Durch Essen und Trinken wurde die Belästigung geringer, und die Patientin trank deshalb damals, um sich Erleichterung zu verschaffen, ungemein viel Wasser. Ein Arzt, welchen ihre Mutter zu Rate zog, untersuchte ihre Nase und fand in derselben keine Veränderung; er lachte sie deshalb wegen ihrer Klagen aus. Die Geruchsempfindung verlor sich erst, als die Patientin einen längeren Landaufenthalt nahm. Mit der erwähnten Vorstellung, einen Leichengeruch an sich zu haben, hatte die in Rede stehende Geruchsempfindung nichts zu tun. Diese Vorstellung, über deren Entstehung die Patientin keine bestimmte Auskunft geben konnte, und die vielleicht von der zeitweilig vorhandenen Thanatophobie ausging, hatte die Folge, dass sie oft des Abends sich nicht auskleiden oder unter Tags umkleiden wollte, aus Furcht, der Geruch könnte wahrgenommen werden; dies führte zu manchen unangenehmen Auftritten mit ihrer Mutter. Der fraglichen Vorstellung lag keinerlei Geruchsempfindung zu Grunde; die Kranke nahm tatsächlich weder im bekleideten, noch im unbekleideten Zustande einen besonderen Geruch an sich wahr, sie hatte nur den Gedanken (glaubte), dass ihrem Körper ein solcher Geruch anhafte oder anhaften könne, der bei Entfernung der Kleider bemerkbar würde.

Es handelte sich hier also lediglich um eine einfache Zwangsvorstellung, bei dem erwähnten süßlich-faulen Geruche dagegen um eine ausgesprochene Zwangshalluzination, ähnlich wie in den beiden oben erwähnten Beobachtungen von Séglas. In dem ersten dieser Fälle

trat jedoch die Geruchshalluzination immer nur für einige Augenblicke und im zweiten Falle jedenfalls später nur zeitweilig, wenn der Kranke besonders ermüdet war, oder bei stürmischem Wetter auf, während sie bei unserer Patientin beständig sich geltend machte. Dass sie erst während eines Landaufenthaltes schwand, weist darauf hin, dass ihre Beseitigung mit einer Besserung des allgemeinen Nervenzustandes zusammenhing. In dem zweiten von Séglas mitgeteilten Falle wurde durch Brom und Hydrotherapie eine Besserung bezüglich der Geruchshalluzinationen erzielt, deren Auftreten eine Nasenverletzung und Excesse in Venere vorhergingen. In unserem Falle wie in dem ersten von Séglas ist das veranlassende Moment der Geruchshalluzination ganz in Dunkel gehüllt.

Beobachtung IX (67). Frl. X., Lehrerin, 40 Jahre alt, ist erblich etwas belastet (beide Eltern von aufbrausendem Temperamente). Pat. hat ausser Kinderkrankheiten keine erhebliche Krankheit durchgemacht, war jedoch von Jugend auf nervös und gemächlich leicht erregbar. Vor dem Auftreten der sogleich zu erwähnenden Erscheinungen hatte sie jahrelang neben beruflichen Überanstrengungen viele Aufregungen und Störungen der Nachtruhe infolge langwieriger Erkrankung ihrer Mutter durchzumachen. Nach dem Ableben dieser war sie genötigt, ihr in Wertpapieren angelegtes Vermögen selbst zu verwalten. Diese Papiere verwahrte sie in ihrer Wohnung in einer Kommode. Infolge dieser Umstände wurde sie in Zeiten grösserer nervöser Abspannung wochen- und monatelang täglich nach dem Zubettegehen von dem Gedanken gequält, dass sie irgend etwas in Bezug auf ihre Wertpapiere verabsäumt habe. Diese Idee beunruhigte sie, obwohl sie sich eines Übersehens nicht bewusst war, derart, dass sie längere Zeit nicht einschlafen und oft nur durch Aufstehen und Nachsehen sich Erleichterung verschaffen konnte. Seltsamerweise bezog sich die Beunruhigung der Pat. weniger auf die Papiere, welche sie tatsächlich hatte, als auf solche, welche sich gar nicht in ihrem Besitze befanden, sondern ihr nur bekannt waren. Diese Papiere, die den von ihr besessenen in ihrem ausseren ähnlich waren, sah sie oft in vollster Deutlichkeit vor sich in ihrer Kommode liegen. Diese Erscheinungen verloren sich nach etwa Jahresfrist mit der Besserung des allgemeinen Nervenzustandes der Patientin.

Der Fall bildet, wie wir sehen, ein Seitenstück zu der von Buccola mitgeteilten Beobachtung Tamburini's.

Wenn wir die Halluzinationen, die in den vorstehend angeführten Fällen auftraten, näher in Betracht ziehen, so finden wir

zunächst, dass dieselben entweder mit Zwangsvorstellungen zusammenhängen oder unabhängig von solchen mit Zwangscharakteren auftreten. In Beobachtung I., II. u. IX. handelt es sich um Visionen, in Beobachtung VI. u. VII. um Gehörshalluzinationen, welche inhaltlich den vorhandenen Zwangsvorstellungen entsprechen und von diesen aus wie eine gewöhnliche Vorstellungsassoziation angeregt werden. Dieses assoziative Verhältnis zwischen Zwangsvorstellung und Halluzination erklärt es, dass in den 5 Beobachtungen, wie auch in den hierher gehörigen Fällen, welche die Litteratur aufweist, die Halluzinationen immer inhaltlich von gleicher oder wenigstens nahestehender Art waren. Dass ähnliche Zwangsvorstellungen selbst bei verschiedenen Personen mit ähnlichen Halluzinationen sich assoziieren können, zeigt insbesondere unser Fall I. in dem eine Messerhalluzination wie in der von Kelp mitgeteilten Beobachtung sich findet. Auch die Halluzinationen unseres Falles II. stehen keineswegs vereinzelt da; dieselben hätten vor einigen Jahrhunderten den Patienten vielleicht auf den Scheiterhaufen gebracht. In den Zeiten des Hexen- und Dämonenwahnes waren bekanntlich die Halluzinationen nächtlicher weiblicher Besuche bei Männern, wie die männlicher Besuche bei Weibern eine häufige Erscheinung, und der ganze Glauben an Incubi und Succubi fusste auf solchen Halluzinationen. Mit den Gesichtstäuschungen verknüpften sich in diesen Fällen Halluzinationen der Sexualsphäre, welche zur Annahme fleischlichen Umganges mit Dämonen und Beelzebub selbst führten. Der assoziative Zusammenhang mit Zwangsvorstellungen fehlt bei den Halluzinationen der Beobachtungen III., IV., V. u. VIII., deren Genese im übrigen eine verschiedene ist, z. T. auch bei den Halluzinationen der Beobachtung VII. In Beobachtung III. ging dem Auftreten der Halluzination ein Zwangsdenken voraus, das sich mit einem Gegenstande beschäftigte, von welchem die jugendliche, leicht erregbare Patientin in einem Roman gelesen hatte, und welcher auch den Inhalt der später auftretenden Halluzinationen bildete. Es ist sehr wahrscheinlich, dass schon bei dem Zwangsdenken an die gespenstische Hand das Bild einer solchen mehr oder minder deutlich der Patientin im Geiste vorschwebte; die Halluzination der Hand entwickelte sich jedoch nicht unmittelbar in der Sphäre des Bewusstseins aus der entsprechenden Zwangsvorstellung, ähnlich wie in dem oben erwähnten von Buccola mitgeteilten Falle, in welchem

ein Student sich so lange zwangsmässig in seinen Gedanken mit Banknoten beschäftigte, bis er das Bild solcher deutlich vor Augen hatte. In unserer Beobachtung war zwischen dem Zwangsdenken und dem ersten Auftreten der Halluzination ein Intervall vorhanden, und auch in der Folge stellte sich diese öfters ein, ohne dass die Patientin vorher an die fragliche Erscheinung dachte. Wir haben es also hier mit einer unmittelbaren Substitution der Zwangsvorstellung durch die Halluzination zu tun; die letztere trat nicht angeregt durch die entsprechende Zwangsvorstellung, sondern an deren Stelle auf, wahrscheinlich infolge einer Steigerung der kortikalen Erregbarkeit bei der Patientin, welche durch die erheblichen Blutverluste bei der verfrüht auftretenden und protrahierten Menstruation herbeigeführt wurde. Von den Halluzinationen des Falles IV. könnte es bez. der Autovision fraglich erscheinen, ob dieselbe den Zwangshalluzinationen zuzuzählen ist, da dieselbe nur einmal auftrat. Für diese Auffassung spricht die Andauer der Erscheinung und der Umstand, dass sie durch Veränderungen in den äusseren Verhältnissen (Auseinanderrücken der Stühle) nicht zu beseitigen war. Über die Zwangsnatur der Brett-halluzinationen kann dagegen kein Zweifel bestehen. Während die Autovision anscheinend spontan, i. e. durch keinen bewussten Vorgang angeregt sich einstellte, wurden die Brett-halluzinationen durch eine bestimmte Vorstellung (resp. Wahrnehmung), die jedoch keine Zwangsvorstellung war, hervorgerufen. Wodurch der Nexus zwischen dem Wörtchen „wenn“ und der Halluzination entstand, hierüber konnte ich von dem Patienten keine Auskunft erhalten. Analoge Erscheinungen bilden die Synästhesien, bei welchen die Empfindungen eines Sinnes sich zwangsmässig mit Empfindungen eines anderen Sinnes (Gehörsempfindungen insbesondere mit Farbenempfindungen) assoziieren. In Beobachtung V. haben wir es ebenfalls mit einer selbständigen Zwangshalluzination zu tun. Die Patientin sah als Kind längere Zeit hindurch des Abends bei Einbruch der Dunkelheit überall sich bewegende Funken. Die regelmässige Wiederkehr dieser Erscheinung unter bestimmten Verhältnissen (im geschlossenen Raume) und deren Andauer lassen bez. der Zwangsnatur derselben keinen Zweifel. Die Dunkelheit wirkte hier offenbar als auslösendes Moment. Die gleiche Rolle spielt in Beobachtung VII. ein analoger negativer Eindruck. In der Kirche während des Gottesdienstes vernahm die

Patientin, wenn es ganz still wurde, einen gellenden Schrei, den sie selbst ausgestossen zu haben glaubte. Die Wahrnehmung der äusseren Stille und vielleicht auch die Vorstellung, sich selbst still verhalten zu müssen, führten hier zur Auslösung der Gehörshalluzination, welche jedenfalls von grosser sinnlicher Stärke war und deren Zwangsscharakter aus den Umständen hervorgeht, unter welchen dieselbe auftrat. Bei den hier in Frage kommenden halluzinatorischen Vorgängen in den beiden Beobachtungen V. und VII. finden wir das Assoziationsprinzip des Kontrastes wirksam, das auch sonst, wie wir sahen, im Bereiche der psychischen Zwangssphänomene sich häufig geltend macht.

Wir können nach dem vorstehend Dargelegten die in das Gebiet der Zwangssphänomene gehörenden Halluzinationen nach der Art ihres Auftretens in vier Gruppen sondern:

1. Halluzinationen, welche von momentan im Bewusstsein vorhandenen Zwangsvorstellungen angeregt (ausgelöst) werden;
2. Halluzinationen, welche von Vorstellungen, die nicht Zwangsscharakter besitzen (Wahrnehmungen oder Erinnerungen) ähnlich gewissen Zwangsvorstellungen hervorgerufen werden;
3. Halluzinationen, welche Substitute früherer Zwangsvorstellungen bilden und diesen inhaltlich entsprechen, oder auch Erinnerungen früherer Wahrnehmungen (Erlebnisse) darstellen;
4. Halluzinationen, welche weder mit Zwangsvorstellungen, noch anderen Vorstellungen in direkten oder indirekten Zusammenhang zu bringen sind.

Da diese Einteilung, wie wir sogleich zeigen werden, auch für die Zwangsvorstellungen i. e. S. Geltung beanspruchen kann, so lässt sich die Annahme nicht abweisen, dass das Auftreten der in das Gebiet der Zwangssphänomene gehörenden Halluzinationen denselben Gesetzen folgt wie das der Zwangsvorstellungen. Wir wissen, dass eine Zwangsvorstellung andere hervorrufen kann, dass aber auch Wahrnehmungen oder Erinnerungsvorstellungen zum Auftreten von Zwangsvorstellungen den Anstoss geben können. Wir wissen ferner, dass Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen vielfach

wechseln und an Stelle der zurückgedrängten andere als Substitute treten. Dass Erinnerungen früherer Wahrnehmungen in Form von Zwangsvorstellungen wiederkehren, ist ebenfalls bekannt (z. B. musikalische Zwangsvorstellung, Verfolgung durch ein zufällig gehörtes oder gelesenes Wort etc.). Endlich begegnen wir häufig Zwangsvorstellungen, deren Auftauchen weder in einen direkten, noch indirekten Zusammenhang mit anderen Vorstellungen gebracht werden kann. Es fragt sich nun, ob diesen Tatsachen gegenüber die Séglas'sche Unterscheidung von *Obsessions hallucinatoires* und *Hallucinations obsédantes* aufrecht erhalten werden kann. Die Bezeichnung „halluzinatorische Zwangsvorstellungen“ hat für die mit Halluzinationen sich verknüpfenden Zwangsvorstellungen anderen Zwangsvorstellungen gegenüber, welche dieser Assoziation ermangeln, jedenfalls eine gewisse Berechtigung. Allein die Halluzinationen, welche von Zwangsvorstellungen ausgehen, weisen ebenso gut den Zwangscharakter auf, als die übrigen hier in Betracht kommenden Halluzinationen; dies wird auch von Séglas anerkannt. Man kann daher, wenn man will, sekundäre und primäre Zwangshalluzinationen unterscheiden, aber nicht die Bezeichnung „Zwangshalluzinationen“ auf letztere Gruppe beschränken, wie es von Séglas geschieht.

Über die zentralen Vorgänge, welche dem Auftreten der Zwangshalluzinationen zu Grunde liegen, gewähren uns die vorliegenden Beobachtungen noch wenig Aufschluss. Tamburini glaubte, die sekundären Zwangshalluzinationen auf ein Überströmen der krankhaften Erregung der Zellen der psychischen Centren nach den kortikalen sensorischen Centren zurückführen zu dürfen. Diese Erklärung ist schon wegen der Annahme besonderer psychischer und sensorischer Centren im Cortex nicht einwandfrei und lässt die Frage ganz offen, weshalb in einzelnen Fällen sich die Zwangsvorstellungen mit Halluzinationen vergesellschaften, in der grossen Mehrzahl der Fälle dagegen nicht. Catsaras ist der Ansicht, dass die primären Zwangshalluzinationen in den von ihm beobachteten Fällen auf einem Mangel an Gleichgewicht, psycho-physiologisch ausgedrückt, auf der Intätigkeitsversetzung eines Centrums, dem Willen zum Trotz, beruhen. Die in Betracht kommenden kortikalen Sinnescentren sind dem hemmenden Einflusse des Gehirns entzogen.

Wenn ich meine Beobachtungen berücksichtige, so zeigt sich zunächst, dass in Beobachtung I. offenbar die aussergewöhnliche Intensität des von der suicidalen Zwangsvorstellung ausgehenden, assoziativen Reizes von Einfluss für das Auftreten der Zwangshalluzination war. Der gleiche Faktor mag auch in Beobachtung II., VI. und IX. und in einzelnen von anderen Beobachtern mitgeteilten Fällen sekundärer Zwangshalluzinationen (so insbesondere in dem Fall Tamburini's) im Spiele gewesen sein. Da bei Zwangsvorstellungen immer die assoziative Tätigkeit eingeschränkt ist, und zwar umsomehr, je intensiver die einzelnen Zwangsvorstellungen sich geltend machen, so ist es begreiflich, dass bei intensiven Zwangsvorstellungen die Stärke der assoziativen Erregungen wegen ihrer Konzentration auf eine geringe Anzahl von Bahnen einen Grad erreichen kann, welcher die Auslösung halluzinatorischer Vorgänge ermöglicht, zumal wenn die Erregungen kortikalen Elementen von erhöhter Reizbarkeit zufließen. In der Mehrzahl der Fälle kann jedoch für die Entstehung der Zwangshalluzinationen nicht die Intensität der auslösenden Reize herangezogen werden; wir können in denselben nur einen mit Cerebrasthenie zusammenhängenden Zustand krankhaft gesteigerter Erregbarkeit des Gehirns konstatieren, infolge dessen assoziative Reize von gewöhnlicher Stärke genügen, um die kortikalen Sinnescentren in halluzinierende Tätigkeit zu versetzen. Welche besonderen Umstände jedoch es bewirken, dass die Steigerung der Erregbarkeit nur in einzelnen kortikalen Elementen jenen Grad erreicht, der das Auftreten von Halluzinationen ermöglicht, in anderen dagegen nicht, dass im einen Falle die Halluzination auf dieses Sinnesgebiet, im anderen auf jenes sich beschränkt, hierüber wissen wir nichts Bestimmtes. Wahrscheinlich spielen hier wie bei den Zwangsvorstellungen zum Teil zufällige Umstände eine Rolle.

B. Assoziative Zwangstendenzen (Zwangssuchten).

Während bei den im Vorstehenden besprochenen selbständigen Zwangsvorstellungen die Merkmale des Zwanges lediglich an bestimmten einzelnen Vorstellungen zu Tage treten, welche sich durch diese Eigentümlichkeit von den normalen Denkvorgängen sondern, knüpft sich bei den assoziativen Zwangstendenzen, wie diese Bezeich-

nung schon andeutet, das Moment des Zwanges in erster Linie, wenn nicht ausschliesslich, an den Assoziationsprozess. Es handelt sich um eine Störung im Assoziationsverlauf in der Art, dass eine beständige Neigung zur Bildung formell gleichartiger oder inhaltlich verwandter unerwünschter Vorstellungen besteht; diese Vorstellungen müssen im einzelnen nicht den Charakter des Zwanges an sich tragen; das Zwangsmässige liegt im allgemeinen mehr in der Richtung des Vorstellens als in der Beschaffenheit der einzelnen Vorstellungen.

Die hierher gehörigen Zwangsvorstellungen lassen sich, wie wir schon an früherer Stelle bemerkten, in folgende Gruppen sondern:

1. Zweifelsucht,
2. Grübelsucht und Fragezwang,
3. Zwangsskrupel und -Vorwürfe,
4. Zwangsdenken,
5. Beachtungszwang,
6. Erinnerungszwang.

Die Unterscheidung dieser Gruppen ist, wenn wir den Inhalt der Zwangsvorstellungen allein berücksichtigen, nicht strikte durchführbar. Die Zwangsskrupel können inhaltlich den Charakter von Grübeleien annehmen oder in solche übergehen; Zwangszweifel, welche das moralische Gebiet betreffen, sind den Skrupeln gleichwertig. Ebenso wenig lässt sich das Zwangsdenken vom Zwangsgrübeln streng absondern. Bei letzterem beschäftigt sich das Vorstellen mit Sujets, die überhaupt keiner Überlegung wert oder wenigstens für den Patienten völlig nutzlos sind und seinem normalen Gedankenkreise ferne liegen. Das Zwangsvorstellen, welches ich als Zwangsdenken bezeichne, betrifft dagegen Themata, welche dem Interessenkreise des Individuums angehören, und unterscheidet sich von dem normalen Denken nur dadurch, dass dasselbe sich wider den Willen des Individuums zwangsmässig fortspinnt, auch wenn dem Individuum geistige Ruhe oder das Ablenken des Vorstellens in eine andere Richtung erwünscht wäre. Das Zwangsdenken kann jedoch auch in ganz nutzlose Grübeleien übergehen.

Die Bezeichnungen, unter welchen die hier in Betracht kommenden Zwangsvorstellungen von den einzelnen Autoren zusammengefasst werden, variiren nicht minder als deren Einteilung. Ball¹⁾

¹⁾ La folie du doute, l'Enceph. No. 2, 1882.

benützte die folie du doute als Signatur für das ganze Gebiet und unterschied 5 Klassen von Kranken.

1. Metaphysiker, welche sich mit den schwierigsten philosophischen, religiösen, physikalischen etc. Problemen beschäftigen.
2. Realisten, welche über Entstehung und Zusammenhang einzelner Dinge grübeln und sich zum Teil mit ganz trivialen Fragen abquälen.
3. Skrupulöse, welche aus Vorwürfen und Bedenken nicht herauskommen.
4. Furchtsame, welche stets in Angst sind, eine Dummheit zu begehen und sich zu kompromittieren.
5. Solche, die sich fortwährend mit Zahlen und Berechnungen beschäftigen und alles, was sie wahrnehmen, zählen und rubrizieren.

In diese Klasse gehörte Napoleon I., welcher sich nicht enthalten konnte, in den Strassen, durch welche er kam, die Fenster der Häuser zu zählen.

Kaan¹⁾ behandelt die hierhergehörigen Zwangsvorstellungen im Anschlusse an v. Krafft-Ebing's Ausführungen (Über Geistesstörung durch Zwangsvorstellung 1878) unter dem Titel „primordialer Grübelzwang“, da nach der Ansicht des letztgenannten Autors die betreffenden Zwangsvorstellungen analog den Primordialdelirien Griesinger's nicht auf dem gewöhnlichen psychologischen Wege der Weckung durch Ideenassoziation, sondern auf physiologischem, durch innere, die vorstellenden Centralapparate direkt treffende organische Reize ausgelöst werden sollen. Kaan verwertet das Angstgefühl als Einteilungsgrund und unterscheidet demzufolge nur 2 Gruppen:

1. Fälle, in welchen sich der Grübelzwang noch mit Angstgefühlen verknüpft; dahin gehören die Furchtsamen und Skrupulösen Ball's;
2. eine durch den Mangel von Angstgefühl und überhaupt jeden Affekts charakterisierte Gruppe, welche die Fragesucht und den eigentlichen Grübelzwang umfasst.

Janet²⁾ beschreibt die hierhergehörigen Zwangsphänomene unter dem Titel „agitations mentales“ und trennt diese in 2 Hauptformen:

¹⁾ Kaan l. c. S. 101 u. f.

²⁾ Janet l. c. S. 106 u. f.

1. Systematische agitations mentales, welche den Tics intellectuels Azam's und den Manien im vulgären Sinne entsprechen.
2. Diffuse agitations mentales.

Die erste Form löst der Autor in eine grosse Anzahl spezialisierter Manien auf, die er, ohne den Versuch, eine nähere Unterscheidung zu machen, mit einer Anzahl rein motorischer Zwangstribe vereinigt.

Zur zweiten Form zählt Janet das „geistige Wiederkäuen“ (rumination mentale) und das „Zwangsträumen“ (rêverie forcée). Die rumination Janet's ist nichts weiter als ein Durcheinander von Grübeleien und Zweifeln und entspricht nicht, wie Janet annimmt, der von den deutschen Autoren als „Gedankenflucht“ beschriebenen Störung. Die rêverie forcée gehört in das Gebiet des Tagträumens; dieselbe charakterisiert sich als ein Zwangsdenken über alle möglichen Dinge und setzt sich aus Reflexionen, Erinnerungen, Diskussionen etc. zusammen. Der Gegenstand der Träumerei ist kein Unsinn; das Zwangsmässige liegt bei derselben nur in der Unfähigkeit des Individuums, die in Frage stehenden geistigen Operationen zu unterbrechen.

Legrand du Saulle hat, wie wir an früherer Stelle schon sahen, den Krankheitsfällen, in welchen Zwangszweifel auftreten, einen ganz eigentümlichen Verlauf zugeschrieben. An ein erstes durch Zweifel- und Grübelsucht charakterisiertes Stadium soll sich ein zweites anschliessen, in welchem Berührungsfurcht die prägnanteste Erscheinung bildet. Diese Aufeinanderfolge von Zweifelsucht und Berührungsfurcht wurde, wie wir ebenfalls schon erwähnten, vielfach bestritten¹⁾, aber auch von einzelnen Autoren [Sander²⁾, Ritti³⁾,

1) So hat Cullerre (*Les frontières de la folie* 1888) das selbständige Auftreten der Berührungsfurcht hervorgehoben. Ladame gibt zwar zu, dass sich die Zweifelsucht mit der Berührungsfurcht öfters vergesellschaftet, wie die Pneumonie mit der Pleuritis, bemerkt jedoch zugleich, dass sich die beiden Varietäten des Zwangsvorstellens häufiger selbständig entwickeln und deshalb zu trennen sind. Als Belege dafür teilt er zwei Fälle aus eigener Beobachtung mit. (*Verhandlungen des X. internationalen medizinischen Kongresses* 1890, Bd. IV, S. 104.)

2) Sander l. c.

3) Ritti (*Gazette hebdomadaire* 1877 et article *Folie du doute* in *Dictionnaire encyclopédique de Déchambre*).

v. Krafft-Ebing¹⁾, Wille²⁾ und Mendel³⁾] bestätigt. Auch die Arbeit Kaan's enthält einzelne Beobachtungen, welche sich in diesem Sinne deuten lassen. Janet, welcher die Grübelsucht und die übrigen Zwangssuchten (manies mentales) mit den Tics und Angstzuständen zu einer klinisch zusammengehörigen Gruppe (agitations forcées) vereinigt, erwähnt, dass die Kranken häufig von dem einen dieser Zustände in den anderen übergehen und bei einem Teile derselben der von Legrand du Saulle beschriebene Verlauf sich beobachten lässt.⁴⁾

Nach meinen Beobachtungen verbinden sich die Zwangszweifel sehr häufig mit Zwangsphänomenen anderer Art. Bei stärkerer Ausprägung der Zweifelsucht fand ich dieselbe zumeist mit mehr oder minder erheblicher Grübelsucht vergesellschaftet, dagegen konnte ich in mehr als 20 Fällen von Zweifelsucht und zwar auch bei langjähriger Beobachtung nie das Auftreten von Berührungsfurcht im Verlaufe des Leidens konstatieren. Die Aufeinanderfolge dieser zwei Varietäten des Zwangsvorstellens darf daher als ein relativ seltenes Vorkommnis betrachtet werden.

1. Zweifelsucht.

Die Zwangszweifel rangieren, wie wir gesehen haben, an Häufigkeit in meinem Beobachtungsmateriale unmittelbar nach den Zwangsbefürchtungen. In den Einzelfällen zeigt die Zweifelsucht jedoch in in- und extensiver Hinsicht die bedeutendsten Unterschiede. In den leichtesten Fällen beschränken sich die Zweifel auf die richtige Ausführung von Handlungen, bei welchen die Möglichkeit eines Irrtums nicht ausgeschlossen ist und ein solcher unter Umständen zu unangenehmen Konsequenzen führen kann. Am häufigsten betreffen

¹⁾ v. Krafft-Ebing (Über Geistesstörung durch Zwangsvorstellungen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 35).

²⁾ Wille l. c.

³⁾ Mendel (In F. Schramm's Inaug.-Diss. Über die Zweifelsucht und Berührungsanst. Berlin 1888).

⁴⁾ Janet hat hierbei jedoch nicht lediglich die Aufeinanderfolge von Zweifelsucht und Berührungsfurcht, sondern die Succession von Zweifelsucht und Phobien irgend welcher Art im Auge. In einem grossen Teile seiner Fälle begann das Leiden mit dem Auftreten von Tics, an welche sich Zweifel und Phobien anschlossen.

die Zwangszweifel, namentlich bei Kaufleuten und Beamten, die Richtigkeit rechnerischer Arbeiten, geschäftlicher Notizen, der Adressierung von Briefen, der Ausführung eines gegebenen Auftrags. Sehr oft bildet auch der Verschluss von Fenster und Türen und das Ausgelöschtsein der Lampen vor dem Zubettegehen den Ausgangspunkt von Zwangszweifeln. Manche Fälle von Pyrophobie charakterisieren sich im Grunde lediglich als eine Form der Zweifelsucht. Bei Ärzten spielt die richtige Ausstellung von Rezepten die Hauptrolle. Die Zwangszweifel der in Rede stehenden Art werden von den Kranken bald leichter, bald schwerer überwunden. Wenn sich dieselben mit grösserer Hartnäckigkeit an Berufshandlungen knüpfen, können sie zu hochgradiger Erschwerung, selbst zur völligen Behinderung der Berufstätigkeit führen. Wie sehr die Stärke und Dauer einer und derselben Art von Zwangszweifel variiert, wollen wir nur an einem den Arzt besonders interessierenden Beispiele zeigen.

Bei einem von mir beobachteten Kollegen trat insbesondere im Gefolge geistiger Überanstrengung nach dem Schreiben eines Rezeptes die Zwangsvorstellung (i. e. der Zwangszweifel) auf, dass er sich geirrt haben könnte; hatte er ein gefährliches Medikament verschrieben, so bezog sich der Zweifel auf die Dosis; handelte es sich um ein mehr indifferentes Medikament, so betraf der Zweifel die verschriebene Substanz. Las der Kollege das Rezept noch einmal durch, so wurde dadurch der Zweifel nicht beseitigt; dieser blieb auch noch bestehen, nachdem sich der Kollege von dem Kranken entfernt hatte; doch gelang es demselben, durch einen energischen Vorsatz alsbald seine Aufmerksamkeit anderen Dingen zuzuwenden und dadurch den Zweifel zu verscheuchen.

Bei einem zweiten Kollegen gestaltete sich nach dem Schreiben eines Rezeptes die Sachlage ähnlich wie bei dem ersten, bis er auf die Strasse gelangte. Hier erreichte der Zweifel und die daran sich knüpfende Beunruhigung jedoch alsbald eine Intensität, dass der Kollege sich veranlasst sah, unter irgend einem Vorwande zu dem Patienten zurückzukehren und sich das Rezept noch einmal geben zu lassen. Dadurch wurde eine gewisse Beruhigung herbeigeführt, der Zweifel blieb jedoch noch in abgeschwächter Form bestehen, doch gelang es dem Kollegen durch Aufbieten seines Willens mehr und mehr, seine Gedanken auf andere Gegenstände zu richten, wodurch schliesslich der Zwangszweifel ganz zum Schwinden gebracht wurde.

Bei einem dritten Kollegen, welcher mich vor Jahren konsultierte, erreichten die Zwangszweifel nach dem Schreiben eines jeden Rezeptes eine solche Gewalt und Dauer, dass er Stunden brauchte, bis es ihm möglich war, die Verordnung aus der Hand zu geben, und er infolge dessen sich genötigt sah, seine Praxis aufzugeben.

Häufiger als der hochgradigen Intensitätssteigerung vereinzelter Zwangszweifel begegnen wir einer extensiven Zunahme der Zweifelsucht derart, dass sich die Zweifel nicht mehr auf Handlungen von irgendwelcher Konsequenz beschränken, sondern auch bei ganz gleichgiltigen Verrichtungen sich einstellen und deren Ausführung oft ganz ungeheuerlich verzögern. Da bildet schon z. B. das Toilettemachen und Ankleiden eine Quelle endloser Schwierigkeiten, die Art des Waschens der einzelnen Teile und die Aufeinanderfolge der Einzelprozeduren, ob z. B. nach dem Gesichte der Hals oder die Hände gewaschen werden sollen, ob das Kämmen in dieser oder in jener Weise vorzunehmen, diese oder jene Frisur zu wählen ist — alles dies bildet den Gegenstand sich mehr oder minder lange behauptender Zweifel. Beim Ankleiden gibt hinwiederum die Wahl der Kleidungsstücke und sonstiger Toiletteartikel Anlass zu ähnlichen Schwierigkeiten. Ebenso verhält es sich bei anderen Beschäftigungen und namentlich in den Fällen, in welchen eine Auswahl zu treffen, ein Entschluss zu fassen ist. Derartige Kranke sind daher nicht imstande, Einkäufe für sich zu besorgen, weil sie mit dem Auswählen nie zu Ende kommen. In den schlimmsten Fällen treten Zweifel auch bei Gelegenheiten auf, welche unter normalen Verhältnissen niemals Anlass zu einer Überlegung geben, so beim Schreiben in Betreff der Form der Buchstaben, über die Farbe eines vorliegenden Gegenstandes, ob $2 \times 2 = 4$ ist, u. s. w. Es ist begreiflich, dass bei dieser Extensität der Zweifelsucht das Handeln des Individuums nach jeder Richtung hin gehemmt ist und die Erledigung der einfachsten Angelegenheiten sich endlos verzögert. Beziehen sich die Zweifel auf die Richtigkeit oder Tatsächlichkeit ausgeführter Handlungen, so unternehmen die Kranken gewöhnlich, sofern hierzu Gelegenheit vorhanden ist, Verifikationsversuche, um sich von ihren Zwangsvorstellungen zu befreien. Rechnerische Arbeiten, Bucheinträge, Briefe, Adressen etc. werden wiederholt geprüft, Türen und Fenster immer wieder auf ihren Verschluss untersucht, die Taschen der Kleider immer wieder durchforscht, ob sie

auch die Gegenstände enthalten, welche der Kranke bei sich zu tragen pflegt. Der Erfolg dieser Maassnahmen ist ein sehr verschiedener; sind die Zwangszweifel stärker entwickelt, so äussern die Verifikationsversuche auf dieselben keinen oder nur geringen Einfluss. Der direkte Augenschein kann dem Patienten keine Überzeugung verschaffen. Einer meiner Patienten konnte bezüglich dessen, was er geschrieben hatte, nur dadurch einigermaassen seiner Zweifel Herr werden, dass er die einzelnen Buchstaben mit den Fingern nachfuhr. Mehr als alle Verifikationsmaassnahmen leisten oft zur Beruhigung des Kranken Erklärungen von fremder Seite, dass z. B. die Rechnung richtig, die Türe wirklich geschlossen, der Brief richtig aufgegeben ist etc. Manche Patienten benutzen zu ihrer Erleichterung das Auskunftsmittel, dass sie bei gewissen Handlungen sich regelmässig von fremder Seite kontrollieren lassen.

Sind die Patienten durch den Druck äusserer Verhältnisse genötigt, sich über ihre Zweifel rasch hinwegzusetzen oder die durch dieselben angeregten Verifikationsversuche zu unterlassen, so kann es bei denselben zu Zuständen hochgradiger ängstlicher Erregung (Angstkrise mit förmlichen Verzweiflungsausbrüchen) kommen. Schon das Ankämpfen gegen die Zwangszweifel kann verschiedene nervöse Beschwerden (Globus, Herzpalpitationen, Ovarialschmerzen etc.) nach sich ziehen.

Beobachtung 67. Zweifelsucht. A. S., 19 Jahre alt, Lehrling, ohne nennenswerte erbliche Belastung, (der Vater nervös, jedoch nicht von Jugend auf, sondern erst infolge geschäftlicher Anstrengungen und Aufregungen), hat ausser Kinderkrankheiten keine ernstere Erkrankung durchgemacht, jedoch schon während des Besuchs der Realschule öfters an Kopfschmerzen gelitten. Seit 2 Jahren ist er in einem kaufmännischen Geschäft, wo er unter ungünstigen hygienischen Verhältnissen (kleines, schlecht ventilirtes und mangelhaft beleuchtetes Comptoir) angestrengt arbeiten muss. In letzterer Zeit Verschlechterung des Aussehens, häufig Kopfeingenommenheit und Erscheinungen von Zweifelsucht. Pat. muss mehrfach nachsehen, ob er die Türe richtig geschlossen, in das Couvert den richtigen Brief gesteckt, eine ausgestellte Rechnung richtig gemacht hat etc., dabei keinerlei Angstzustände. Die Zweifel erschweren dem Pat. die Arbeit erheblich.

Ein mehrwöchentlicher Landaufenthalt beseitigte die erwähnten Erscheinungen in der Hauptsache.

Beobachtung 68. Zweifelsucht. Fr. R., Bankbuchhalterin, 32 Jahre alt, ohne erweisliche erbliche Belastung, war nach ihrer Angabe von Jugend auf immer etwas blutarm, im übrigen jedoch bis vor 5 Jahren gesund. Seit dieser Zeit leidet sie an der Angst, dass sie die ihr übertragenen Arbeiten nicht richtig ausführe. Sie nimmt deshalb dieselben immer wieder vor, ohne jedoch dadurch zu einer Beruhigung zu gelangen; die Zweifel bezüglich der Richtigkeit der Arbeit bleiben bestehen. Sie ist dadurch in ihrer geschäftlichen Tätigkeit erheblich behindert und nicht mehr imstande, dasselbe wie früher zu leisten. Auch zu Hause wird die Pat. bei den verschiedensten Verrichtungen durch Zweifel in Betreff der Richtigkeit des Geschehenen belästigt, doch machen sich die Zweifel bei häuslicher Tätigkeit ungleich weniger geltend als bei geschäftlicher (i. e. geistiger) Arbeit. Ausserdem zeitweilig Kopfschmerzen, Abnahme des Gedächtnisses, unruhiger, nicht erquickender Schlaf; Menses regelmässig, nicht sehr profus. Pat. war von jeher ausserordentlich gewissenhaft und etwas zu Skrupeln geneigt. Ihr Leiden führt sie auf lange anhaltende geschäftliche Überanstrengung zurück.

Objektiv lediglich etwas blasses Aussehen und ziemlich dürftige Allgemeinernehrung zu konstatieren. Urlaub und roborierende Behandlung hatten Besserung zur Folge.

Beobachtung 69. Zweifelsucht. Herr R., 29 Jahre alt, Verkehrsbeamter, verheiratet, Vater von 3 Kindern, ohne erweisliche erbliche Belastung, war, von Kinderkrankheiten abgesehen, immer gesund und den Anforderungen seines Dienstes stets gewachsen. Seit etwa 1½ Jahren wird er im Dienste durch den Gedanken belästigt, dass das, was er gearbeitet hat, nicht richtig sein könnte. Dies veranlasst ihn, seine Arbeit wiederholt zu revidieren, wodurch er jedoch von seinen Zweifeln nicht befreit wird. Ähnliche Zweifel belästigen ihn auch zu Hause, ob er die Türe richtig geschlossen, die Lampe richtig ausgelöscht, vereinnahmtes Geld richtig aufbewahrt hat etc. Andere Beschwerden bestehen nicht. Auch dieser Pat. führt sein Leiden auf dienstliche Überanstrengung zurück.

Urlaub und Landaufenthalt brachten auch hier Erleichterung.

Beobachtung 70. Zweifelsucht. Periodische Depressionszustände, Beeinträchtigungsideen. Herr X., 21 Jahre, Student, erblich belastet (der Vater zur Melancholie geneigt, die Mutter nervös), hat ausser Kinderkrankheiten bis zum vorigen Jahre keine erhebliche Krankheit durchgemacht. Masturbation vom 14. bis zum 18 Jahre, seitdem angeblich aufgegeben. Bisher kein sexueller Verkehr; Pollutionen selten. Im vorigen Jahre heftige Kopfschmerzen, bedingt durch eitrigen Stirnhöhlenkatarrh, welcher mit Eiterung der Kieferhöhlen zusammenhing. Der durch letztere veranlasste operative Eingriff (Aufmeisselung der Kieferhöhlen) hatte Beseitigung

der Kopfschmerzen zur Folge. Im Juli besuchte Pat. das Bad T. zu seiner Erholung, woselbst ihm der Aufenthalt sehr gut bekam. Sein Befinden war bis gegen Ende des Jahres befriedigend. Im Dezember traten bei dem Pat. ohne eruierbare Veranlassung eine gewisse Gedrücktheit und Mutlosigkeit und in Verbindung damit geistige Abspannung, Arbeitsunlust, Kopfdruck und etwas Schlafmangel auf. Es gelang dem Pat. trotzdem das Schlussexamen am Gymnasium zu bestehen, nach welchem er sich wieder nach Bad T. begab, wo sein Zustand sich wieder entschieden besserte. Im Juli kam es jedoch und zwar während einer Vergnügungsreise in der Schweiz zu einem Rückfalle, und als Pat. hierauf wieder Erleichterung in Bad T. suchte, blieb der erwartete Erfolg aus. Auch ein späterer Aufenthalt in einer Sommerfrische im Harz führte zu keiner Veränderung des Zustandes.

Als Pat. im Oktober in meine Beobachtung kam, klagte er über Folgendes: Motivlose, gemüthliche Depression, Energielosigkeit, Gedächtnisabnahme, Kopfeingenommenheit, Schwere und Unsicherheit in den Beinen bei längerem Gehen, Unregelmässigkeit der Herzthätigkeit, ausserdem Zwangsvorstellungen. Bei dem Pat. hatten sich schon in früheren Jahren, als er noch der Masturbation ergeben war, mitunter Erscheinungen von Zweifelsucht gezeigt, dieselben hatten sich jedoch wieder verloren und traten erst während des seit Juli bestehenden Depressionszustandes wieder hervor. Er muss wiederholt nachsehen, ob er Türen und Fenster richtig geschlossen, Briefe richtig adressiert, die Gegenstände, die er in seinen Taschen zu führen pflegt, wirklich eingesteckt hat etc. Ausserdem machen sich bei ihm in Zeiten schlechteren Befindens Beeinträchtigungsideen geltend. Wenn er sich z. B. in einem Restaurant befindet, glaubt er, dass die in seiner Nähe sitzenden Personen ihn in auffälliger Weise betrachten, über ihn Bemerkungen austauschen und sich vielleicht auch lustig machen. Nachträglich sieht Pat. in der Regel ein, dass diese Ideen unbegründet waren, bei relativ besserem Befinden treten sie auch nie auf. Keine Angstzustände. Objektiv ist nur etwas blasses Aussehen und geringe Unregelmässigkeit der Herzaktion zu konstatieren. Pat. war nur kurze Zeit in Beobachtung.

Beobachtung 71. Zweifelsucht, wechselnd mit anderen Zwangsvorstellungen. Herr X., Kaufmann, 30 Jahre alt, ledig, ist nicht ohne erbliche Belastung; sein Vater leidet an Angstzuständen und nervösem Asthma, seine Mutter an nervösen Kopfschmerzen. Von seinen Geschwistern ist ein Bruder (Halbbruder) geisteskrank.

Im Kindesalter Masern und Keuchhusten. Mit 8 Jahren eine Supraorbitalneuralgie, welche in der Folge bis zum 20. Lebensjahre alljährlich wiederkehrte. Mit 14 Jahren traten bei dem Pat. bereits Zwangsvorstellungen sakrilegischen Inhalts auf; beim Besuche

der Kirche drängten sich ihm Flüche und gotteslästerliche Gedanken auf, die ihn sehr ängstigten. Im Alter von 21 Jahren wurde er im Geschäft von Zweifeln bezüglich der Richtigkeit seiner Arbeiten belästigt, die sich auch durch wiederholte Revisionen nicht beseitigen liessen. Die Zwangszweifel verloren sich nach mehreren Jahren, dafür traten jedoch andere Zwangsvorstellungen auf. Besonders beschwerlich war ihm der Zwangsgedanke, der vor 3 Jahren zum erstenmale bei ihm auftauchte, dass man ihn eines Diebstahls beschuldigen oder ihn wenigstens eines solchen für fähig erachten könnte. Diese Idee verfolgte ihn längere Zeit so hartnäckig, dass er hochgradig verstimmt wurde. Zufällige Umstände trugen auch dazu bei, diese Zwangsvorstellung zu erhalten. So wurde eines Tages in einem Restaurant, in welchem er viel verkehrte, ein Schirm entwendet. Sofort stellte sich bei ihm der Gedanke ein, dass man ihm diesen Diebstahl zur Last legen könnte. Schliesslich kam es dahin, dass dem Pat. bei jeder Missetat, von der er hörte, der Gedanke auftauchte, man könnte ihm etwas ähnliches zutrauen. Pat. machte in den letzten Jahren wiederholt Kuren in Anstalten durch, wodurch sein Zustand gebessert wurde.

Gegenwärtig sind die zuletzt erwähnten Zwangsvorstellungen zwar noch nicht geschwunden, doch treten sie erheblich seltener auf als früher.

Masturbation negiert, keine Exzesse in Venere und Alcoholicis, dagegen zeitweilig geschäftliche Überanstrengung. Objektiv \emptyset .

Beobachtung 72. Zweifelsucht mit Zwangshandlungen, nosophobische und andere Zwangsbefürchtungen. Herr X., Beamter, 47 Jahre alt, seit 11 Jahren verheiratet, Vater von 2 Kindern, ist nicht ohne erbliche Belastung; der Vater gemüthlich sehr reizbar, zum Jähzorn geneigt, ebenso mehrere Geschwister, eine Schwester neurasthenisch. Im Kindesalter nur Masern, im 19. Lebensjahre Typhus; in der Folge lange Zeit hochgradige Typhusfurcht. Mit 25 Jahren andere nosophobische Zwangsvorstellungen (Furcht vor Lungen- und Rückenmarksschwindsucht etc.) und damit zusammenhängende gemüthliche Verstimmung. Mit 26 Jahren infolge geistiger Überanstrengung (Schlussexamen) Energielosigkeit, Schlafsucht, Kopfeingenommenheit, Abmagerung; nach mehrmonatlicher Dauer dieses Zustandes Kaltwasserkur in L. ohne ausgesprochenen Erfolg. In den nächsten Jahren trotz angestrengter Tätigkeit Besserung des Befindens. Mit 33 Jahren sehr grosse Ängstlichkeit in Amtsangelegenheiten (insbesondere Furcht vor Vermögenshaftung). Mit 41 Jahren Magen- und Darmkatarrh mit verbleibender Neigung zu Diarrhoen. Angeblich infolge fast ausschliesslicher Fleischdiät hochgradige Abmagerung; nach Untersuchung durch einen Arzt in W. und beruhigender Aufklärung durch denselben rasche Wiederzunahme

ues Körpergewichts. Zu Anfang des folgenden Jahres Influenza; im Anschlusse an diese gemüthliche Verstimmung, Lebensüberdruß; während des Sommers Aufenthalt an einem Gebirgsorte, wo es zu schweren nosophobischen Angstzuständen (Bazillenfurcht) kam. Im Herbste dienstliche Überbürdung; in der Folge bedeutende Verschlechterung des Befindens; Zwangsvorstellung, eine grosse Reihe dienstlicher Geschäfte nicht richtig erledigt und sich hierdurch Vermögenshaftung zugezogen zu haben, daran anknüpfend schwere Angstzustände, welche ihm nachts den Schlaf raubten; ausserdem Kopfeingenommenheit, Verminderung der Arbeitsfähigkeit, Appetitabnahme, Abmagerung. Nach einer mit Beförderung verbundenen Versetzung nach B. Besserung des Zustandes, dabei jedoch Fortbestehen des Lebensüberdrußes und der Haftungsangst, deren Grundlosigkeit er selbst erkannte und ihm auch durch Erklärungen ins Vertrauen gezogener Freunde dargelegt worden war. Aus der Haftungsangst heraus entwickelte sich bei dem Pat. allmählig eine gewisse Zweifelsucht, welche ihn zu einer Reihe von Zwangshandlungen (Verifikationsmaassnahmen) veranlasste, die ihm im Laufe der Zeit ebenfalls sehr lästig wurden. Er musste öfters nachsehen, ob ein Schrank richtig abgesperrt, die Türe richtig geschlossen sei, von abzusendenden Briefen das Couvert wiederholt aufreissen, um sich zu vergewissern, dass nichts Unrechtes hineingekommen sei. Wenn er Geldbeträge empfing oder auszugeben hatte, musste er dieselben wiederholt nachzählen, nach Leistung einer Zahlung den Empfänger wiederholt befragen, ob die Sache richtig sei, bei Bereinigung seiner Zeche im Gasthause sich mehrfach erkundigen, ob man nichts vergessen habe. Um nicht aus Versehen irgend einen fremden Gegenstand in die Hände zu bekommen, kam er darauf, alle in seinem täglichen Gebrauche verwendeten Gegenstände mit Zeichen zu versehen. Neben der Zweifelsucht und Haftungsangst machten sich zeitweilig auch noch andere Zwangsvorstellungen von der Art der Verfolgungsideen geltend: Befürchtungen, man könnte ihm schaden, seine Handlungen missdeuten, ihn ins Unglück stürzen. Ausserdem zeitweilig eine gewisse Apathie mit Vernachlässigung der äusseren Erscheinung.

In der Folge allmählig Besserung des psychischen Zustandes unter Persistenz gesteigerter gemüthlicher Reizbarkeit und einer leichten Verstimmung. Ende vorigen Jahres (im 46. Lebensjahre), infolge dienstlicher Überanstrengung und gemüthlicher Erregungen (schwere Erkrankung eines Kindes) abermalige Verschlechterung: Kopfschmerzen, ungenügender Schlaf, Angstzustände, insbesondere morgens nach dem Aufwachen etc.

Bei der Aufnahme, etwa $\frac{1}{2}$ Jahr nach dem Eintreten der neuerlichen Verschlimmerung, wurde folgender Status notiert: Pat. ist seit 7 Wochen ausser Dienst. Schlaf noch immer mangelhaft,

Angstzustände geringer als vor einigen Monaten, ebenso die gemüthliche Depression. Von den Zwangsvorstellungen die älteren nicht mehr vorhanden, dafür jedoch neue, insbesondere hypochondrische Befürchtungen und Grübeleien. Der psychische Zustand in der letzten Zeit im ganzen schwankend, bald besser, bald schlechter; in den letzten Tagen andauernd besser. Ätiologisch: Keine Exzesse in alcoholicis, dagegen seit 7 Jahren congr. interr.

Objektiv negativer Befund.

Unter der eingeleiteten Behandlung (Hydrotherapie, Gebirgsaufenthalt etc.) erfolgte abermalige Besserung, so dass Pat. wieder dienstfähig wurde. In den folgenden Jahren Befinden noch schwankend, doch keine erhebliche Verschlimmerung.

Beobachtung 73. Zweifelsucht, Grübelsucht, Zwangshalluzinationen. Frl. X., Lehrerin, 28 Jahre alt, erblich belastet (der Vater und ein Bruder Sonderlinge, die Mutter von schwächerer Konstitution, schon früh verstorben), litt bis zum 3. Lebensjahre öfters an Konvulsionen, in den späteren Kinderjahren an Scharlach und Masern und war dann bis nach Ablegung des Examens, welches sie zu grösseren Anstrengungen nötigte, immer gesund. Nach dem Examen zeigte sich bei der Patientin einige Zeit grosse Aufgeregtheit und Ruhelosigkeit. In den folgenden Jahren traten zeitweilig neben beständiger Müdigkeit Zustände ausgesprochener gemüthlicher Depression ein, dazwischen machte sich einmal während einer Anzahl von Monaten ein Zustand erhöhter Regsamkeit geltend, in welchem die Patientin beständig sich zu zerstreuen und zu beschäftigen suchte und ihrer Umgebung auffallend heiter erschien. Diese äusserlich dokumentierte Heiterkeit entsprang jedoch keineswegs einer besonders rosigen Stimmung, sie war vielmehr nur erzwungen; die Patientin glaubte, sie müsse sich fortwährend heiter zeigen (Zwangszustand) und bemühte sich dementsprechend. Dieser Zustand schlug unvermittelt in ausgesprochene Depression um, im übrigen machte sich jedoch kein zirkuläres Verhalten bemerklich. Allmähig entwickelten sich auch Erscheinungen von Zweifelsucht, zunächst in der Form, dass die Patientin glaubte, die sie bedienende Frau könnte beim Zusammenräumen des Zimmers irgend etwas Wertvolles in den Ofen geworfen haben, was sie zu endlosen Nachforschungen im Ofen veranlasste; hieran knüpfte sich eine Art Sammelmanie für wertlose Gegenstände, „da man nicht wissen könne, ob dieselben nicht doch noch zu etwas zu gebrauchen seien“. Im Laufe der Zeit wurde das Gebiet, über welches sich die Zweifel erstreckten, immer grösser; sie stellten sich nach und nach ein: bei weiblichen Handarbeiten, beim Schreiben, beim Unterrichte bei allen möglichen Vorkommnissen, bei allen häuslichen Verrichtungen, selbst beim An- und Auskleiden, der Patientin jede Tätigkeit auf das Äusserste erschwerend. Mit den Zweifeln

verknüpften sich eine Menge von Zwangshandlungen (so insbesondere beim Waschen, Ankleiden etc.) und eine Neigung zum Grübeln über ganz gleichgültige Dinge, wie zufällig gehörte Bemerkungen etc. Die Zweifel beim Unterrichte veranlassten die Kranke zu verschiedenen auffälligen Maassnahmen; dabei wurde sie von Furcht gequält, dass sie durch ein besonderes Aussehen den Spott der Kinder errege. Sie hörte auch öfters in der Schule Stimmen, anscheinend von den Kindern kommend, die ihren Namen oder „Seht das Fräulein an“ riefen. Beim Rechnen hörte sie oft falsche Resultate. In der Kirche vernahm die Patientin öfters, wenn es ganz stille wurde, einen lauten Schrei, der ihr förmlich in den Ohren gellte, und den sie selbst ausgestossen zu haben glaubte. Hierüber geriet sie begreiflicherweise in grosse Angst. Bemühte sich die Patientin gegen die Zweifel anzukämpfen, so stellten sich bei ihr Schmerzen im Unterleibe (Ovarialgegend) ein, die mit der Intensität der Bemühung zunahmen und erst mit dem Aufgeben derselben nachliessen. Die durch die Zweifel verursachten Schwierigkeiten beim Unterrichte steigerten sich allmählig derart, dass die Patientin schliesslich genötigt war, ihre Schultätigkeit aufzugeben. Die hierdurch erlangte Ruhe führte jedoch auch nach längerer Zeit keine Besserung bezüglich der Zwangsvorstellungen herbei. Als die Patientin in meine Beobachtung kam, wurde folgender Status konstatiert:

Die Zweifel beginnen schon morgens unmittelbar nach dem Aufstehen. Die Auswahl der Kleidungsstücke wird hierdurch schon zu einer schweren Aufgabe und einer Quelle vieler Aufregungen, noch schlimmer gestaltet sich die Sache beim Waschen; wie lange dasselbe auch fortgesetzt werden mag, die Zweifel bezüglich der Sauberkeit der gewaschenen Teile bleiben bestehen. Dazu kommen manche andere Zwangsvorstellungen: das Waschen muss in einer gewissen Reihenfolge geschehen, einzelne Teile müssen so, andere wieder anders gewaschen werden; ähnlich verhält es sich mit dem Kämmen etc. Der Zustand ist, wie leicht begreiflich, für die Patientin höchst peinlich; das Toilettemachen erheischt mitunter mehr als zwei Stunden, und doch ist dies nur ein Teil des Ungemaches, welches der Patientin durch ihre Zwangsvorstellungen bereitet wird; denn bei jeder Beschäftigung werden durch die Zwangszweifel die gleichen Schwierigkeiten verursacht.

Die Patientin braucht Tage um einen kleinen Brief, den sie angefangen hat, fertig zu bringen; mit unbedeutenden Näharbeiten, die keine Überlegung erheischen, verbringt sie endlose Zeit.

Aufklärung der Kranken und systematische Anleitung derselben, immer wiederholter Appell an ihre Willenskraft bewirkt eine gewisse Erleichterung, das Ankleiden und Waschen geht etwas rascher vor sich; aber der Zustand erfährt keine wesentliche Ver-

änderung. Nun wird die Patientin einer hypnotischen Behandlung unterworfen; durch entsprechende Suggestionen gelingt es alsbald, die Zwangsvorstellungen, welche das Ankleiden etc. so erschweren, zu verringern und schliesslich auch soweit zu beseitigen, dass das Toilettemachen ohne Verzögerung und Qual geschehen kann. Auch die unter tags bei den verschiedensten Anlässen auftretenden Zweifel und Grübeleien lassen sich nach und nach bis auf ein Minimum reduzieren, so dass die Patientin wieder fähig wird, ihre Unter-richtstätigkeit aufzunehmen. Sie hat seitdem (10 Jahre) mehrere leichtere Recidive im Gefolge von Aufregungen oder Überbürdung erlitten, bei welchen sich die hypnotische Behandlung immer wieder erfolgreich erwies.

2. Grübel- und Fragesucht.

Das Gebiet der Zwangsvorstellungen, welche unter der Bezeichnung „Grübelsucht“ oder „Grübelzwang“ zusammengefasst werden, wurde bisher von den Autoren bald enger, bald weiter aufgefasst. Wir werden hier lediglich das von keinem Angstgefühl begleitete Zwangsvorstellen besprechen, das sich mit völlig nutzlosen oder dem geistigen Gesichtskreise des Patienten ferneliegenden Objekten beschäftigt.

In ihrer Extensität zeigt die Grübelsucht ähnliche Schwankungen wie die Zweifelsucht. Auf der einen Seite haben wir Fälle, in welchen nur unregelmässig und in grösseren Zwischenräumen Grübelanwandlungen auftreten, welche der Patient ohne allzu erhebliche Anstrengung überwinden kann, auf der anderen Seite Fälle, in welchen das Grübeln sich nicht nur täglich wiederholt, sondern auch vom Aufstehen bis zum Schlafengehen sich nur mit grösseren oder geringeren Pausen fortsetzt. Der Patient ist zwar auch hier im Stande, sich vom Grübeln momentan loszureissen, aber seine Willensanstrengung ist nur von kurzdauerndem Erfolge. Das Grübeln beginnt immer alsbald wieder, wie unangenehm ihm dasselbe auch sein mag. Zwischen diesen beiden Extremen existieren alle möglichen Übergänge, und die grosse Mehrzahl der Beobachtungen gehört diesen Mittelformen an. Vereinzelt begegnen wir aber auch Fällen, in welchen das Grübeln nur in grösseren Zwischenräumen und vorübergehend auftritt, dabei aber während einer Anzahl von Stunden eine sehr peinliche Intensität erreichen kann.

Inhaltlich sondern sich die Zwangsgrübeleien in 3 Varietäten:

1. In einer Gruppe von Fällen wechselt der Inhalt der Grübeleien beständig, da dieselben an momentane Erlebnisse, Erinnerungen oder Wahrnehmungen anknüpfen; dabei variiert das Sujet der Grübeleien nicht nur von Anfall zu Anfall, sondern auch in der einzelnen Attaque fortwährend.

Eine Patientin meiner Beobachtung grübelt z. B. nach einem Besuche bei Bekannten darüber, warum eine anwesende Frau gerade dieses und nicht ein anderes Kleid trug, weshalb ihre Freundin X. bei einer Bemerkung ein bestimmtes Wort gebrauchte, nicht ein anderes, weshalb dieselbe bei einer gewissen Äusserung lachte, was Herr X. mit einer ganz belanglosen Bemerkung gemeint habe u. s. w. Bei einem an Grübelnsucht leidenden Handwerker meiner Beobachtung wechselten die Grübeleien beständig je nach dem Stücke, an dem er arbeitete, oder auch nach zufälligen Erinnerungen, die durch die Arbeit geweckt wurden. Mitunter stellen sich die Grübeleien namentlich beim Lesen ein; jeder Satz bildet hier eine besondere Quelle zweck- und endloser Betrachtungen.

2. Ungleich seltener sind die Fälle mit ganz konstantem Gegenstande der Grübeleien. Am häufigsten beschäftigen sich religiöse Grübeleien anhaltend mit einem und demselben Sujet, z. B. mit einer bestimmten kirchlichen Lehre. Es können aber auch ganz triviale, selbst sinnlose Ideen, wenn sie Zwangscharakter besitzen, den ausschliesslichen Gegenstand von Grübeleien bilden. So grübelte einer meiner Patienten, welcher an der Zwangsvorstellung litt, dass sein Penis zu klein sei, längere Zeit lediglich über diesen Punkt¹⁾.

3. In einer weiteren Reihe von Fällen beschäftigen sich die Grübeleien wenigstens vorwiegend mit Gegenständen verwandten Inhalts. In diesen Fällen sind es auch zum grossen Teil Fragen all-

¹⁾ Auch das anfallsweise Auftreten des Zwangsgrübelns dreht sich mitunter lediglich um einen bestimmten Gegenstand. Eine Patientin meiner Beobachtung, welche in ihrem gewöhnlichen Zustande nicht an Grübeln litt, las eines Tages eine kurze Bemerkung über die blind und taub geborene Laura Bridgeman, die sie zwar momentan interessierte, aber nicht zu längerem Nachdenken anregte. 4 Tage später verbrachte Pat. infolge einer Indigestion und gemüthlicher Erregung eine nahezu schlaflose Nacht. Während der schlaflosen Stunden musste Pat. fortwährend über den geistigen Zustand der Bridgeman, über die Sinneseindrücke, die derselben verblieben und die Vorstellungen von der Aussenwelt, die daraus entstehen konnten, bis zur vollsten Erschöpfung sich den Kopf zerbrechen.

gemeiner Natur und zwar insbesondere Kausalitätsfragen, mit welchen sich das Gehirn des Patienten nutzlos abquält; religiöse, moralische, soziale und politische Fragen finden sich hier als Grübelobjekte ebenso gut vertreten als rein philosophische (metaphysische), physikalische und physiologische Probleme.

Bei einem erheblichen Teile der hier in Betracht kommenden Grübelnsüchtigen, welche unter dem Titel „Metaphysiker“ zusammengefasst werden und sich ebensowohl aus den ungebildeten wie aus den gebildeten Kreisen rekrutieren, spielen die grossen und schwierigen Probleme, welche die Denker aller Zeiten beschäftigten, die sogenannten Welterschöpfungsfragen, eine hervorragende Rolle. Andere Kranke grübeln vorwiegend über konkrete Verhältnisse, so z. B. über ihren Gesundheitszustand oder den ihrer Angehörigen, die Eigenschaften und Fähigkeiten ihrer Bekannten, die Bedeutung irgend eines bestimmten Ereignisses etc. Neben diesen in gewissem Maasse vernünftigen Sujets figurieren aber auch gelegentlich als Grübelobjekte die lächerlichsten und absurdesten Fragen, z. B. warum der Mensch auf den Beinen und nicht auf dem Kopfe geht, warum der Himmel blau und nicht grün ist, warum das Eis kalt und das Feuer heiss ist u. s. w. Unter den physiologischen Themen beansprucht namentlich das Zeugungsproblem das Interesse der Grübler. Bei sexueller Hyperästhesie beschäftigen sich die Grübeleien weniger mit allgemeinen sexuellen Fragen, als mit den besonderen Verhältnissen einzelner Personen, der Beschaffenheit ihrer Genitalien etc.

Neben der inhaltlichen Verwandtschaft oder Gleichartigkeit des Zwangsvorstellens wird im Bereiche der Grübelnsucht auch eine formelle Übereinstimmung öfters beobachtet. Dieses hat zur Unterscheidung mehrerer Spezialformen des Grübelzwanges geführt. In erster Linie kommen hier der Zähl- resp. Rechenzwang (Arithmomanie) und der Rekapitulationszwang in Betracht. Die Zähler müssen zum Teil die Objekte, die sie momentan wahrnehmen, oder die Akte, die sie bei einer gewissen Beschäftigung ausführen, zählen, z. B. die Pflastersteine auf der Strasse, die Zahl der vorübergehenden Personen, die Felder an einer Wandtäfelung, die Figuren an einer Tapete, die Stiche beim Nähen, die Maschen beim Stricken und Häkeln u. s. w. Janet erwähnt eines Patienten, der u. a. das Schlucken des Speichels und seinen Herz-

schlag zählte. Letzteres Zählen war, wie Janet feststellte, rein imaginär, da das Resultat desselben nicht mit der wirklichen Pulszahl übereinstimmte. In anderen Fällen beschäftigen sich die Zähler mit ganz zwecklosen Berechnungen einfacherer oder komplizierterer Natur, z. B. wie viel Minuten seit einem wichtigen Ereignisse verstrichen sind oder bis zu einem solchen noch verstreichen werden, wie oft ein gewisser Buchstabe oder ein gewisses Wort in einer Schrift vorkommt und dergl. mehr. Cullerre¹⁾ wies darauf hin, dass sich bei Epileptikern häufig ein Zwang zum Kopfrechnen findet. Einer seiner Kranken, ein früherer Wirt, berechnete, wie viel Flaschen Bier er verkauft habe, ein anderer Epileptiker seiner Beobachtung wie viel 1,800,000 Kuchen zu je 2 Pf. kosten.

Nach Cullerre benützen die Epileptiker das Kopfrechnen anfänglich als ein Mittel, sich von ihren düsteren Gedanken zu befreien, und aus dem ursprünglichen willkürlichen Akte entwickelt sich allmählig ein unwiderstehlicher Trieb zu zwecklosen Berechnungen, der sich sogar in den Anfällen geltend machen kann. Die Zählmanie kann kompliziertere Formen annehmen, indem sie sich mit anderen Zwangsideen verknüpft. Janet berichtet über hierhergehörige Fälle. Zwei Kranke verlangten, dass jede Frage dreimal an sie gestellt werde, bevor sie sich zu antworten entschlossen. Ein 28jähriges Mädchen musste die Finger zählen, mit welchen sie einen Gegenstand berührte; um nichts in der Welt wagte sie es, einen Gegenstand mit 7 Fingern zu berühren; um dies zu vermeiden, fasste sie den Entschluss, Alles nur mit einer Hand anzufassen.

Der Rekapitulationszwang geht meist von Zweifeln aus. Um sich zu vergewissern, ob er diesen oder jenen Akt begangen hat, durchforscht der Patient sein Gedächtnis und sucht möglichst genau festzustellen, was er von einem gewissen Zeitpunkte an getan oder auch nur gedacht hat. Diese Nachforschungen können sich auf die jüngste Vergangenheit ebensowohl als auf eine ganz entlegene Zeit beziehen. So beschäftigte sich eine Kranke Janet's mit endlosen Nachforschungen, die längst vergangene Dinge betrafen. Sie glaubte, vor einem Jahre sich so weit vergessen zu

¹⁾ Cullerre: Les Epiléptiques arithmonancs. Ann. med. psych. 1890. Januar.

haben, dass sie ihre Kinder dem Teufel weihte. Um sich zu vergewissern, musste sie nachforschen, ob sie um diese Zeit irgend etwas lebhaft genug wünschte, um den Teufel darum zu bitten, ob sie dieser Versuchung unterlag oder im Gegenteil dieselbe durch Anwendung der exorcistischen Formel überwand. Es handelte sich also für die Kranke darum, eine Art von moralischem Alibi nachzuweisen. Die Kranke verbrachte viele Stunden damit, allen Versprechungen nachzuspüren, die sie Gott oder dem Teufel gemacht haben konnte, allen Worten, die sie gesprochen, allen Zeichen, die sie gemacht, bis sie von Sinnen kam.

Eine andere Patientin Janet's musste beständig die auf ihren verstorbenen Mann sich beziehenden Erinnerungen durchgehen, da sie dessen Gestalt vergessen zu haben glaubte.

Der Rekapitulationszwang kann sich aber auch, wie ein von Raymond¹⁾ mitgeteilter Fall zeigt, lediglich auf die Wahrnehmungen der jüngsten Vergangenheit beschränken. Ein 40jähriger Mann betrachtet beim Reisen aufmerksam die Landschaft, die er passiert. Wenn er eine gewisse Strecke durchfahren hat, sucht er sich das Bild der wahrgenommenen Landschaft zu vergegenwärtigen. Wenn ihm dies nicht möglich ist, verursacht ihm dies solche Pein, dass er oft die Reise nochmal unternimmt, um die Lücken seines Gedächtnisses zu ergänzen. Mitunter handelt es sich bei dem Rekapitulationszwang lediglich um ein Besinnen auf ein unbestimmtes Etwas, das begreiflicherweise zu keinem Resultate führt (so in einem von Eyslein mitgeteilten Falle).

Hierher gehört ferner der „grammatikalische Analysierzwang“ (Sterz's²⁾), von dem der Autor 2 Fälle anführt. Der eine derselben betraf einen 14jährigen Knaben, bei welchem der Zwang bestand, gehörte Worte zu deklinieren, der andere einen älteren Herrn, welcher alle grammatikalischen Anschlüsse an beliebige Worte rezitieren musste. Auch manche Fälle der Onomatomanie sind hierher zu rechnen, in welchen es sich um den Zwang handelt, nach einem Worte oder einer Phrase, z. B. dem Namen einer zufällig gesehenen Person, einer Adresse, einem bestimmten Ausdrücke für eine ganz gleichgiltige Sache etc. zu suchen. Die

¹⁾ Raymond: Journ. de med. et de chir. prat. 1899, p. 566.

²⁾ Sterz: Jahrbuch für Psychiatrie 1879, S. 217.

Zahl der Varietäten des Zwangsvorstellens, welche dem Grübelzwang anzugliedern sind, ist jedoch eine sehr beträchtliche und wächst mit der Zunahme unserer Erfahrungen beständig. Ich beschränke mich darauf, hier noch einige dieser Varietäten kurz anzuführen.

Janet erwähnt, dass manche Kranke in ihren Grübeleien sich speziell mit der Zukunft, den entlegensten Folgen ihrer Handlungen und selbst mit nur in ferner Zeit möglichen Ereignissen beschäftigen (Manie de l'avenir). Eine 28 jährige Frau, Mutter einer 1 $\frac{1}{2}$ jährigen Tochter, musste darüber sich den Kopf zerbrechen, welches Kleid sie bei der Hochzeit ihrer Tochter tragen, wie sie es mit den Einladungen halten, die Kosten der ganzen Veranstaltung bestreiten werde etc. Ähnliches beobachtete Friedmann¹⁾.

Bei manchen an Zwangsvorstellungen Leidenden besteht ein Zwang, alles, was sich ihrer Wahrnehmung aufdrängt, oder womit sie sich beschäftigen, zu rubricieren und einzuteilen. So musste ein Patient meiner Beobachtung längere Zeit hindurch alle Menschen, mit denen er verkehrte, nach gewissen Gesichtspunkten klassifizieren, ebenso aber auch die Bücher, welche er las, die Stücke, welche er im Theater sah, die Briefe, welche er schrieb und erhielt, die Mahlzeiten, welche er einnahm, die Kleider, die er trug oder an anderen sah u. s. w. Der Zwang kann sich auch auf die gleichgiltigsten Dinge erstrecken, wie das Gehen der Menschen auf der Strasse, das Benehmen der Gäste in einem Restaurationslokale, das Bellen der Hunde etc. Nach meiner Erfahrung kommt ferner ein zwangsmässiges Phantasieren über Situationen vor, welche weder zur Gegenwart noch zur Vergangenheit irgend welche Beziehungen haben. Eine Patientin meiner Beobachtung musste sich z. B. öfters in allen Details ausmalen, was sie tun würde, wenn sie plötzlich reich oder berühmt würde. Diese Ideen waren ihr an sich durchaus nicht unangenehm, wurden ihr aber durch die fortwährende Wiederkehr derselben Gedankenreihen, die sie nicht zu verscheuchen im Stande war, in der Regel peinlich.

¹⁾ Friedmann erwähnt das Vorkommen eines „Zwangsdenkens in Phantasiebildern“, wobei die Personen, meist Frauen, genötigt sind, sich Erinnerungen oder wohl öfter Zukunftsbilder und Objekte ihrer Lektüre jeweils in peinlicher Situationsausmalung vorzustellen.

Die als **Fragesucht** oder **Fragezwang** bezeichnete Varietät der Grübelsucht, bei welcher die Grübeleien in Frageform auftreten und in den schwereren Fällen Frage an Frage sich endlos aneinander reiht, bildet isoliert und als dauernder Zustand ein seltenes Vorkommnis. Häufiger tritt die Fragesucht vorübergehend im Wechsel mit anderen Formen des Grübelschwanges oder Zwangsvorstellungen anderer Art auf.

Der Inhalt der Zwangsfragen variiert wie der der Grübeleien überhaupt. Sie betreffen, wie wir schon an den von Griesinger mitgeteilten Fällen gesehen haben, zum Teil das **Wie** und **Warum** der letzten Dinge, die Entstehung der Welt, des Menschen etc. (die sogenannten Schöpfungsfragen), zum Teil unbedeutende alltägliche Vorkommnisse; mitunter ist ihr Inhalt aber auch von ganz trivialer, selbst läppischer Art. So wurde ein an verschiedenen Zwangsvorstellungen leidender Patient meiner Beobachtung während beliebiger Beschäftigung von folgenden stereotyp wiederkehrenden Fragen belästigt: „Hat dich dein Vater noch lieb?“ „Hast du deine Eltern, deine Geschwister noch lieb?“ „Wie lange werden deine Eltern noch leben, wie lange wirst du noch leben?“ etc. Bei stärkerer Entwicklung bildet der Fragezwang einen für den Kranken äusserst beschwerlichen Zustand. Das unaufhörliche Sichaneinanderreihen von Fragen erhält den Geist des Patienten in einer Spannung und Unruhe, die als sehr peinlich empfunden wird und auch erschöpfend wirkt.

Beobachtung 74. Grübelsucht. B. S., Spänglergehilfe, 23 Jahre alt, stammt von einem Vater, der von sehr hitzigem Temperament ist und zum Grübeln neigt. Patient war als Kind wenig krank; im Alter von 12 Jahren wurde er durch einen von einem Kameraden geworfenen grösseren Stein am Hinterkopfe getroffen, wodurch eine Verletzung der Weichteile und vorübergehende Bewusstlosigkeit verursacht wurde. Seit 3 Jahren bestehen bei dem Patienten Erscheinungen von Grübelsucht; diese entwickelte sich in der Weise, dass Pat. zunächst über unbedeutende Dinge sich vorübergehend den Kopf zerbrechen musste. Allmähig machte sich die Neigung zum Grübeln häufiger und anhaltender geltend, und schliesslich konnte er sich demselben überhaupt nicht mehr entreissen. Er muss den ganzen Tag, was er auch tun und treiben mag, mit allen möglichen Dingen sein Gehirn abquälen, wobei er stets vom Hundertsten ins Tausendste kommt. Hierdurch ist er allmähig unfähig geworden, die ihm aufgetragenen Arbeiten zu ver-

richten. Ausserdem treten bei dem Pat. öfters Angstanwandlungen, namentlich nachts, auf, die, wie es scheint, von nosophobischen Ideen ausgehen. Der Schlaf ist schon seit Jahren mangelhaft, oft auch durch Zusammenfahren gestört, die Stimmung vorherrschend gedrückt. Der Zustand ist namentlich, soweit die Grübelsucht in Betracht kommt, schwankend; bessere und schlimmere Tage wechseln. Pat. übt seit seinem 13. oder 14. Jahre Masturbation und war auch längere Zeit dem Potus ergeben.

Objektiv negativer Befund. Patient blieb etwa 2 Monate in Beobachtung. Unter der eingeleiteten Behandlung besserte sich alsbald der Schlaf, womit auch die Grübelsucht eine Besserung erfuhr.

Beobachtung 75. Grübelsucht, Topophobien. Frl. B., Schreinermeisterstochter aus R., 25 Jahre alt, ledig, hat noch beide Eltern. Ihr Vater ist gesund, die Mutter leidet seit 7 Jahren an epileptischen Anfällen, deren Ursache unbekannt ist. Die beiden Brüder der Pat. sind gesund. Die epileptischen Anfälle ihrer Mutter verursachten der Pat. sehr viel Schrecken, und etwa 1 Jahr nach dem Auftreten derselben wurde die Pat. ebenfalls nervenleidend.

Eines Tages wurde sie in der Kirche von einer schweren Angst-attaque heimgesucht; seitdem kann sie es in der Kirche nicht mehr aushalten. Auch beim Zusammensein mit vielen Menschen an anderen Orten wird sie von Angstzuständen befallen. Es verursacht ihr Herzklopfen, wenn sie von Krankheiten nur sprechen hört; Erzählungen von Mordtaten oder Einbrüchen bringt sie Tage lang nicht aus dem Kopfe. Im Oktober vorigen Jahres musste sie sich mit häuslichen Arbeiten sehr viel anstrengen. Seitdem besteht bei ihr Grübelsucht; sie kann ihre Gedanken von Dingen, die ihr ganz gleichgültig sind, nicht loslösen, muss über die unbedeutendsten Vorkommnisse sich alle möglichen Gedanken machen, deren Ursachen und Folgen endlos erwägen. Hierdurch wird es ihr ausserordentlich erschwert, ihre Aufmerksamkeit den Dingen, mit welchen sie sich zu beschäftigen hat, zuzuwenden, oder an einer Unterhaltung Teil zu nehmen; ausserdem Vergesslichkeit, zeitweilig Kopfdruck und etwas mangelhafter Schlaf. Die Belästigung durch den Grübelzwang ist der Pat. sehr peinlich; derselbe beeinträchtigt auch ihre Stimmung. Objektiv Ø.

Der folgende Fall beansprucht besonderes Interesse, weil in demselben die Grübelsucht bei einer früher gesunden Dame im Anschlusse an ein schweres Trauma (Eisenbahnunfall) auftrat.

Beobachtung 76. Grübelsucht. Traumatische Neurose. Fräulein X., 58 Jahre alt, stammt aus einer distinguierten Familie, in welcher weder Nerven- noch Geisteskrankheiten bisher vorkamen.

Ihr Vater starb, 64 Jahre alt, an *ulcus ventriculi*, ihre Mutter mit 74 Jahren an Herzschlag. Von ihren 5 Geschwistern starben 3 an nicht nervösen Erkrankungen; 2 Schwestern sind noch am Leben und völlig gesund. Patientin hat bis zu ihrem 57. Lebensjahre von ernsteren Erkrankungen nur eine Darmentzündung durchgemacht. Im vorigen Jahre erlitt sie gelegentlich einer Eisenbahnfahrt infolge von Entgleisung des Zuges einen schweren Unfall (ausgedehnte Verletzungen der Weichteile des Kopfes, schwere Kontusionen und Weichteilzerreissungen an den Beinen und anderen Körperstellen etc.). Die Verunreinigung der Kopfwunde hatte ein Erysipelas-migrans mit hohem Fieber zur Folge. Die Patientin musste ein mehrmonatliches Krankenlager mit vielen Schmerzen durchmachen. Als sie soweit wieder hergestellt war, dass sie das Bett verlassen konnte, befanden sich ihre Nerven noch in einer sehr traurigen Verfassung. Sie war sehr verstimmt, zu jeder Beschäftigung unfähig, sehr viel von Kopfschmerzen geplagt etc. Sie begab sich in der Folge ins Engadin, um dort ihre Nerven zu kräftigen. Der Erfolg, den sie dort erzielte, war jedoch ein sehr geringer. Bei der Exploration der Pat., die ich behufs einer Begutachtung etwa 1 Jahr nach dem Unfälle vorzunehmen hatte, berichtete Patientin über ihren Zustand Folgendes: Statt einer zunehmenden Erholung hat sich bei ihr in letzter Zeit eher eine Verschlechterung des Befindens geltend gemacht. Was sie in erster Linie bedrückt, ist gänzliche Arbeitsunfähigkeit: sie kann sich nicht einmal mehr zu ihrer Unterhaltung mit irgend etwas länger beschäftigen. Wenn sie $\frac{1}{4}$ Stunde liest, wird sie unfähig, das Gelesene zu verstehen. Nimmt sie eine Handarbeit vor, so stellt sich nach $\frac{1}{4}$ Stunde Brechreiz ein. Beim Ausgehen muss sie sich zumeist eines Stockes bedienen, und selbst mit einer solchen Stütze kann sie nicht länger als höchstens $\frac{1}{2}$ Stunde gehen. An der rechten Kopfseite besteht noch ein Gefühl von Taubsein. Kopfschmerzen sind sehr häufig vorhanden; dieselben gehen zumeist von der Narbe an der rechten Kopfseite aus, erstrecken sich jedoch in diesem Falle immer über die ganze rechte Kopfhälfte und strahlen vorwärts in die oberen Parteen der rechten Gesichtshälfte aus. Ausserdem tritt zeitweilig ein Kopfschmerz auf, welcher den ganzen Kopf einnimmt und mit solcher Empfindlichkeit der Kopfhaut sich vergesellschaftet, dass die Patientin nicht imstande ist, einen Hut aufzusetzen. In gemüthlicher Hinsicht ist melancholische Verstimmung weit vorherrschend, normale Stimmung macht sich immer nur vorübergehend geltend. Insbesondere peinigt sie der Gedanke, dass sie, die sonst so rege und tätig war, nun so ein nutzloses Leben führen soll. Die Patientin gerät, während sie Vorstehendes mittheilt, mehr und mehr in Erregung und bricht schliesslich in lautes Weinen aus. Nachdem sie sich etwas beruhigt hat, berichtet sie weiter: Auf der Strasse hat sie Angst vor den ihr begegnenden Menschen, ohne zu wissen warum. Besonders peinlich ist ihr aber

Folgendes: Wenn sie glaubt, dass sie jemand gekränkt oder ihr nur etwas Unangenehmes gesagt habe, so bringt sie diesen Gedanken nicht mehr aus dem Kopfe. Sie muss Tag und Nacht darüber grübeln, bis ihr Gehirn infolge der Anstrengung und Aufregung ganz erschöpft ist, und der eine Zwangsgedanke verfolgt und quält sie in der Regel so lange, bis er durch einen anderen verdrängt wird. Mitunter muss sie auch über ganz gleichgiltige Dinge grübeln, warum z. B. ein Gemälde, welches sie gesehen hat, dieses oder jenes Detail enthält, warum Frau X. über eine Bekannte der Pat. eine gewisse Bemerkung machte etc. Von derartigen Erscheinungen war vor dem Unfalle bei ihr nichts vorhanden. Der Schlaf ist sehr mangelhaft, durch Stunden vollen Wachseins unterbrochen und meist mit schweren Träumen verknüpft. Der Appetit wechselt, die Darmtätigkeit liegt so darnieder, dass täglich Abführmittel gebraucht werden müssen. Neigung zu Obstipation bestand zwar schon früher doch in weit geringerem Maasse als gegenwärtig.

Die Untersuchung ergab Folgendes: mittelgrosse, gut genährte Persönlichkeit von etwas blassem Aussehen; das Kopfhaar ergraut. An der rechten Kopfseite verläuft, an der Gegend der inneren Partie der Augenbraue beginnend, nach oben und auswärts über die Stirne in der Länge von 10 Cm. eine Narbe, welche in kurzer Entfernung von der Haargrenze endet. Die Narbe ist überall gut verschiebbar, schmal, zum Teil jedoch von wulstigen Rändern umgeben und für Druck nach Erklärung der Explorandin sehr empfindlich. Über den Augenbefund berichtet Herr Prof. Schlösser, welcher die Patientin in Behandlung hatte, Folgendes: „Gesichtsfeld ziemlich stark konzentrisch eingeengt, Augenhintergrund normal, beiderseits sehr deutliche Internusinsufficienz, ebenso leichte Insufficienz des rechten rectus superior.“ Das Hörvermögen ist auf beiden Seiten normal, der Geruchsinn hyperästhetisch. In der Innervation beider Gesichtshälften kein Unterschied; Zungenbewegung und Sprache frei.

Die Motilität und Sensibilität der Arme und Beine ohne Störung. Am linken Beine oberhalb des inneren Fussknöchels über der unteren Partie des Schienbeines eine $3\frac{1}{2}$ Cm. lange, wenig verschiebbare und sehr druckempfindliche Narbe, welche beim Gehen Beschwerden verursachen soll. Der Gang zeigt keine Anomalie. Kniephänomen beiderseits vorhanden. Am Thorax rechts unterhalb der Mamma eine sehr druckempfindliche Stelle, an welcher jedoch keine Veränderung nachweisbar ist.

Herzdämpfung nicht vergrössert, Herztöne leise, aber normal; Puls 64, regelmässig. Seitens der Lunge, sowie der Organe der Bauchhöhle nichts Bemerkenswerthes.

Urin mit beträchtlichem schleimigem Bodensatz und etwas übelriechend, jedoch frei von Eiweiss und Zucker.

Über das weitere Schicksal der Patientin, die ich nur einigemal sah, ist mir nichts bekannt geworden. Auf den Untersuchungsbefund hier näher einzugehen, besteht keine Veranlassung.

Beobachtung 77. Grübelucht, Zweifelsucht und andere Zwangsvorstellungen. Herr X., Gutsbesitzer, 49 Jahre alt, verheiratet, Vater von 5 Kindern, ohne nachweisbare erbliche Belastung, litt bis vor einem Jahre an keiner erheblichen körperlichen Erkrankung; er wurde nur ab und zu von rheumatischen Beschwerden geplagt. Im vorigen Jahre stellten sich bei ihm beim Stiegensteigen Atembeschwerden ein, und von ärztlicher Seite wurde dilatatio cordis festgestellt. Bei dem Patienten machten sich schon in jungen Jahren mancherlei Zwangserscheinungen geltend. Wenn er auf der Strasse ging oder in einem Wagen fuhr, musste er zeitweilig den Hut fortwährend abnehmen, sich bekreuzen und dabei den Namen Jesus Christus aussprechen; es handelte sich dabei um einen ausgesprochenen Zwang, und, wenn er gegen denselben anzukämpfen versuchte, geriet er in heftige Aufregung und Angst. Diese Erscheinungen verloren sich, als Pat. älter wurde. Seit längerer Zeit -- Pat. weiss kein genaueres Datum anzugeben -- leidet er an einem Zustande, den er selbst als „Gedankenflucht“ bezeichnet, d. h. es schieben sich in sein Denken fortwährend ungewollte Gedanken ein, die je nach seiner Beschäftigung und momentanen Umgebung wechseln und die er trotz aller Anstrengung nicht los werden kann. Wenn er z. B. in einer Zeitung liest, muss er alsbald die Lektüre unterbrechen, um über das Gelesene nachzugrübeln, so dass er mit dem Lesen nie fertig wird. Bei diesen Grübeleien kommt er gewöhnlich vom 100sten ins 1000ste; dieselben betreffen zum Teil Fragen allgemeinsten Art, die Entstehung des Menschen, der Welt, die Naturgesetze etc. Auch beim Ausgehen bleibt er von dem Grübelzwang nicht verschont. Geht er z. B. nach dem seinem Gute benachbarten Orte B. und bemerkt er auf dem Wege ein noch nicht bestelltes Feld, so muss er sich darüber den Kopf zerbrechen, wie dieses Grundstück am besten anzubauen wäre. Es kann dabei vorkommen, dass ihm plötzlich der Name einer Stadt einfällt, die er einmal besucht hat, und dann muss er über seine Erlebnisse in dieser Stadt nachdenken. Beim Briefschreiben schieben sich falsche Worte, bei Berechnungen falsche Zahlen infolge des fortwährenden Sicheindrängens nicht zur Sache gehöriger Vorstellungen ein. Wenn er im Bette nach der rechten Seite sich dreht, oder auf den Bauch zu liegen kommt, so stellt sich bei ihm die Zwangsvorstellung ein, dass er lebendig begraben werde, und er bringt diese Idee, die ihn sehr beängstigt, oft längere Zeit nicht aus dem Kopfe. Auch Anzeichen von Zweifelsucht bestehen bei dem Patienten. Er muss öfters nachts mehrfach nachsehen, ob die Türen und Fenster richtig geschlossen sind. Momentan besteht bei dem Pat. noch eine Reihe weiterer Beschwerden: häufig

Kopfdruck, Gedächtnisabnahme, Neigung zu Kongestionen, Ohrensausen insbesondere nach den Mahlzeiten, Kälte der Füsse.

Der Bierkonsum betrug nach Angabe des Pat. früher durchschnittlich 3 Liter, in neuerer Zeit nur 2 Liter.

Die Untersuchung ergibt: über mittelgrosses, kräftig gebautes Individuum von guter Allgemeinernährung, Herzdämpfung nach rechts verbreitert, Herztöne rein, Puls 68, regelmässig, mässig gespannt; Urin frei von Eiweiss und Zucker. Unter der eingeleiteten Behandlung — Entziehung des Alkohol, Brom etc. — trat bei dem Pat. im Verlaufe von Monaten bedeutende Besserung ein. Diese betraf auch namentlich die Erscheinungen der Grübelsucht.

Beobachtung 78. Religiöse Grübeleien und Skrupel. Dr. X., Philolog, ledig, 26 Jahre alt, ist ohne erhebliche erbliche Belastung; seine Eltern, deren einziges Kind er ist, sind etwas nervös, im übrigen jedoch gesund; von Nerven- oder Geisteskrankheiten in seiner Familie ist ihm nichts bekannt. Pat. hat als Kind Masern und Keuchhusten durchgemacht. Das Studium hatte für ihn nie Schwierigkeiten. Schon während der letzten Gymnasialjahre wurde er von Zwangsvorstellungen verfolgt und beunruhigt. Es waren hauptsächlich religiöse Zwangsskrupel, die ihn beschäftigten und quälten. Unter diesen Skrupeln spielten solche, die an die Lehre von der Sünde gegen den heil. Geist anknüpften, eine Hauptrolle. Die Zwangsskrupel und die damit zusammenhängenden gemüthlichen Erregungen steigerten sich bei dem Pat. während der ersten Universitätsjahre derart, dass er auf Verlangen seiner Eltern in der Privatheilanstalt N. Aufnahme suchen musste. In dieser besserte sich sein Zustand allmählig derart, dass er sein Studium wieder aufnehmen konnte. Gänzlich frei von den erwähnten Zwangsskrupeln wurde jedoch Pat. weder während des Aufenthaltes in der Anstalt noch später. Dr. X. fand, nachdem er sein Examen bestanden, zunächst einige Zeit auf dem Lande Beschäftigung, wobei sein Befinden ziemlich befriedigend war. Nach der Rückkehr nach München verschlechterte sich sein Zustand jedoch alsbald erheblich, weshalb er eine Stellung in einem kleinen Städtchen annahm. Dort fand er indes die erwartete Beruhigung durchaus nicht. Der Pat. hatte sich allmählig eine eigene Lehre von der Sünde gegen den heil. Geist gebildet und grübelte fortwährend darüber nach, ob seine Handlungen und Gedanken damit in Einklang stünden. Da ihn diese Grübeleien bei jeder Beschäftigung behinderten, wurde es ihm unmöglich, den Verpflichtungen seiner Stellung nachzukommen. Dies bestimmte ihn nach M. zurückzukehren und sich in meine Behandlung zu begeben.

Patient, der von Jugend auf übertriebene Gewissenhaftigkeit, namentlich in religiöser Hinsicht, bekundete, stellt Masturbation entschieden in Abrede, hatte auch nie sexuellen Verkehr. Pollutionen

sind nicht häufig, dagegen ist eine gewisse sexuelle Erregtheit infolge der Abstinenz vorhanden. Schlaf wechselnd, Appetit gut, objektiv Θ .

Pat. wurde hypnotisch behandelt. In der ersten Zeit dieser Behandlung machte sich eine Veränderung in dem Zwangsvorstellungsleiden in folgender Weise geltend: er beschäftigte sich nicht mehr fortwährend mit der Übereinstimmung seiner Handlungen und Gedanken mit der von ihm früher konstruierten Lehre von der Sünde gegen den heil. Geist, sondern mit einer neuen Modifikation dieser Lehre, in die er sich sozusagen verrannt hatte. Er wurde gänzlich von der Vorstellung beherrscht, dass jede hämische Beurteilung irgend eines Sachverhalts eine Sünde gegen den heil. Geist sei. An diese Vorstellung knüpfte sich die Furcht, er könnte irgend etwas tun, was er später selbst hämisch oder spöttisch beurteilen würde, und diese Furcht hatte eine ständige Selbstbeobachtung mit entsprechenden Grübeleien zur Folge.

Die hypnotisch-suggestive Behandlung musste auf die Einzelheiten dieses gewiss sonderbaren Gedankenganges sorgfältig eingehen und dieselben aus ihren Verbindungen lösen und allmählig zu beseitigen trachten. Während der über eine Anzahl von Monaten sich erstreckenden Behandlung erfuhren die religiösen Zwangsgrübeleien des Pat. noch manche Modifikationen, die ich hier nicht weiter berühren will. Durch die Suggestion gelang es mehr und mehr, das Denken des Pat. von den religiösen Zwangsgrübeleien frei zu machen. Der sehr intelligente Pat. gab mir hierbei öfters sehr wohl verwertbare Andeutungen in Betreff der für den momentanen Zustand geeigneten Suggestionen. Der schliessliche Erfolg war ein in jeder Hinsicht befriedigender und hat sich, so viel ich bisher erfahren konnte, erhalten.

Beobachtung 79. Frageseucht, mitgeteilt von Ladame¹⁾. Bonne, 33 Jahre. Drei Vaters Brüder endeten durch Selbstmord, der Vater als Alkoholist. Eine Mutters Schwester war psychopathisch. Seit ihrem zweiten Jahre mutterlos, stellten sich schon in der sonst gesunden Kindheit Zwangsvorstellungen in Form metaphysischer und religiöser Grübeleien ein, welche sie seit 6 Jahren berufsunfähig machten. Pat. erfuhr als Waise viel Zurücksetzung und Kränkung. Der Inhalt der Fragen blieb stets der gleiche. 1) Schöpfungsfragen: Ist alles aus sich selbst entstanden? oder ist es von Gott geschaffen? Gibt es einen Gott? 2) Teilungsfragen: Wie kann man die Gegenstände in unendlich kleine Teile teilen und zwar derart, dass jeder Partikel noch geteilt werden kann? Wie kann man die Teilung fortsetzen, bis man nichts mehr weiter teilen kann? Vermöchte

¹⁾ Mitgeteilt bei Kaan l. c., S. 134.

dieses vielleicht Gott? und wenn Gott es könnte und doch dieses Teilchen unteilbar ist, wie bringt er es dann zu Stande? Diese Ideen folterten sie häufig und lange; schliesslich verschaffte sie sich vorübergehend Ruhe, indem sie sagte: „Wenn es einen Gott gibt, werde ich ihn ja schauen und werde ihn dann fragen.“ Diese Erwägung jedoch beschwor wieder neue Fragen herauf: Wo ist Himmel und Hölle? Warum sieht man die Seele nicht, wenn sie den Körper verlässt? Gibt es eine Seele? Warum stirbt der Leib? stirbt er vielleicht nur für eine gewisse Zeit? Gibt es ein Fortleben im Jenseits?

3. Zwangsskrupel und Vorwürfe.

Die als Zwangsskrupel bezeichneten Zwangsvorstellungen bilden lediglich eine Kombination von dem Zwangsgebiete angehörigen Zweifeln und Grübeleien, welche die Bewertung ausgeführter Handlungen von irgend einem für den Patienten wichtigen Gesichtspunkte aus betreffen. Der Zweifel ist das primäre Element des Zwangsskrupels, die sich daran knüpfende Grübeleien soll den Zweifel beiseitigen, führt aber in der Regel zu keinem Resultate, da der Zweifel infolge seines Zwangscharakters bestehen bleibt. Wir begegnen ausgesprochenen Zwangsskrupeln vorwaltend bei Personen, welche von Jugend auf ängstlicher oder zaghafter Natur und geneigt sind, aus jeder Angelegenheit eine Gewissenssache zu machen. Die Skrupel beziehen sich weit vorherrschend auf die moralische oder religiöse Seite von Handlungen. Dies begreift sich einfach daraus, dass sich jede menschliche Handlung vom Standpunkte der Religion und der Moral beurteilen lässt, und je höher diese beiden Faktoren als leitende Momente für den Patienten stehen, er um so leichter dazu kommt, sein Tun im Hinblick auf dieselben zu prüfen. Aber auch andere dem Patienten besonders nahe gehende Interessengebiete können eine Quelle von Skrupeln bilden, so bei dem Juristen die rechtliche Seite einer Entschliessung, bei dem Kaufmann die geschäftlichen Konsequenzen einer Transaktion, bei dem auf Wahrung der Sitte und des Anstandes ängstlich Bedachten die äusserliche Korrektheit seines Benehmens. Während der einfache Zweifel, soweit er sich auf Geschehenes bezieht, lediglich die Tatsächlichkeit oder die sachliche Richtigkeit des Vorgenommenen betrifft, handelt es sich bei den Skrupeln um die Frage, ob die Handlung, resp. Unterlassung oder auch nur dieser oder jener Gedanke von einem bestimmten Gesichtspunkte aus zu rechtfertigen oder zu verwerfen

ist. Der mit religiösen Skrupeln Behaftete quält sich damit ab, ob diese oder jene Handlung nicht einen Verstoss gegen ein kirchliches Gebot in sich schliesst; hierbei spielen namentlich die Sünden gegen den heiligen Geist häufig eine wichtige Rolle, weil es sich bei der Annahme dieser um die Beurteilung von Gedanken handelt und die vage Definition dieser Sünden die verschrobensten und widersinnigsten Kombinationen begünstigt.

Der an moralischen Skrupeln Leidende prüft seine Handlungen und Unterlassungen darauf, ob sie den von ihm anerkannten Moralgrundsätzen entsprechen, ob er bei dieser oder jener Gelegenheit seine Pflicht erfüllt, die Interessen und Gefühle Anderer gebührend berücksichtigt habe etc. Der Beamte wird von dem Gedanken verfolgt, ob er bei der von ihm getroffenen Entscheidung nicht die eine oder andere Seite des Falles übersehen oder ungenügend berücksichtigt, ob er die in Betracht kommenden gesetzlichen oder sonstigen Bestimmungen richtig angewendet, ob er seine Pflicht nach allen Richtungen hin erfüllt, das Amtsgeheimnis genügend gewahrt, oder auch ob er nicht einer unnötigen Härte sich schuldig gemacht und dadurch berechnigte Interessen Anderer geschädigt habe etc. Bei dem skrupulösen Kaufmann knüpft sich an jede geschäftliche Transaktion die Idee, dass er dieselbe vielleicht besser hätte unterlassen oder in anderer Weise ausführen sollen, dass in seinem Kalkül dieser oder jene Punkt vielleicht unrichtig sei und infolgedessen statt eines Nutzens Schaden erwachsen möge etc.

Die In- und Extensität der Zwangsskrupel zeigt die gleichen Schwankungen wie die der einfachen Zweifel und Grübeleien. Während in den leichten Fällen die Skrupel nur vorübergehend bei einzelnen Anlässen auftreten, nehmen dieselben in schweren Fällen derart überhand, dass der Patient den ganzen Tag sich damit abquälen muss und dadurch zu jeder geistige Konzentration erforderlichen Beschäftigung unfähig wird. Dabei kann es zu Zuständen ängstlicher Erregung oder auch zu dauernder gemüthlicher Depression kommen, wodurch der Verbleib des Patienten in seiner Umgebung erschwert oder auch ganz unmöglich gemacht wird. Es ist begreiflich, dass namentlich in den schlimmeren Fällen die Patienten, welche weder durch Raisonement ihre Skrupel zu beseitigen, noch durch die Kraft ihres Willens sich über dieselben hinwegzusetzen vermögen, den Rat fremder Personen in Anspruch nehmen, um sich

Erleichterung zu verschaffen. Der Arzt wird nur selten in erster Linie aufgesucht, da die Patienten zumeist längere Zeit über das Krankhafte ihres Zustandes im Unklaren sind. Die an religiösen und moralischen Skrupeln Leidenden wenden sich sehr häufig an Geistliche um Aufklärung und Trost in ihren Nöten. Der Erfolg ist ein verschiedener. Hat der Kranke das Glück, an einen erfahrenen, einsichtsvollen Seelsorger zu gelangen, so wird er durch denselben wenigstens vorübergehend beruhigt, mitunter auch an den Arzt als die richtige Instanz verwiesen. Unverständige und fanatische Geistliche äussern in diesen Fällen mitunter einen höchst unheilvollen Einfluss, indem sie den Kranken, statt ihn zu beruhigen und sachgemäss aufzuklären, in seinen Skrupeln bestärken die sie als Ausfluss echter Gottesfurcht, begründete Reue etc. ansehen. In anderen Fällen suchen die Skrupulösen sich dadurch Erleichterung zu verschaffen, dass sie die Ansichten von Verwandten, Freunden oder Kollegen über die sie bedrückenden Punkte erforschen. Dabei liegt es dem Patienten häufig durchaus ferne, dem Befragten irgend etwas über ihren Geisteszustand zu offenbaren, und diese Vorsicht ist sicher zum Teil sehr gerechtfertigt. Das Ausholen von Freunden und Kollegen geschieht daher häufig in der Weise, dass das Gespräch wie zufällig auf die Angelegenheit, die den Patienten beunruhigt, gebracht und die Erörterung derselben als eine rein akademische hingestellt wird. Auch Patienten, welche in ärztlicher Behandlung stehen und eine gewisse Krankheitseinsicht besitzen, nehmen betreffs ihrer Skrupel öfters zu Freunden und Kollegen ihre Zuflucht, weil sie trotz aller Aufklärung das Krankhafte derselben, wenn sie eine gewisse Intensität erreichen, immer wieder verkennen und sich daher von denselben wie von gewöhnlichen, reell begründeten Bedenken durch Ratserholung bei Freunden zu befreien suchen.

Die Zwangsvorwürfe bilden in gewissem Maasse eine weitere Entwicklung der Skrupel. Während in diesen das Urteil über den Vorgang, den sie betreffen, zweifelhaft bleibt, enthält der Zwangsvorwurf immer eine bestimmte Behauptung und zwar eine Anklage. Der Zwangsskrupel lässt es unentschieden, ob ein konkreter Akt des Individuums in moralischer Hinsicht z. B. verwerflich ist; der Zwangsvorwurf betrifft dagegen immer die Verübung eines verwerflichen Aktes. Der Inhalt der Vorwürfe kann mit Erlebnissen des

Kranken in Zusammenhang stehen, aber auch keinerlei Grundlage in tatsächlichen Verhältnissen besitzen, selbst ganz absurden Charakters sein, sofern er Behauptungen von unmöglichen Handlungen oder Zusammenhängen in sich schliesst. Bei manchen an Zwangsvorstellungen Leidenden wird durch das Lesen oder Hören von Verbrechen die Zwangsvorstellung hervorgerufen, dass sie das betreffende Delikt begangen, auch wenn dies gar nicht im Bereiche der Möglichkeit lag. Ein derartiger Kranker mag, je nach den Zeitungsmittteilungen, welche er liest, heute von der Idee verfolgt werden, einen Mord verübt zu haben, morgen drängt sich ihm der Gedanke auf, einen Diebstahl, übermorgen der, ein Sittlichkeitsverbrechen begangen zu haben. Der Kranke mag das Ungereimte und Krankhafte dieser Vorstellung erkennen, doch ist dies nicht immer der Fall. Fehlt die Krankheitseinsicht und verknüpfen sich die erwähnten Ideen mit Angstgefühlen, so gestalten sich dieselben zu Zwangsvorwürfen, die den Patienten auch zu Selbstanklagen Fremden gegenüber veranlassen mögen. Janet hat darauf hingewiesen, dass ein grosser Teil der Zwangsvorwürfe Handlungen betrifft, die nie verübt wurden, zu welchen jedoch Impulse früher vorhanden waren. Bei den Zwangsvorwürfen nichtkriminellen Inhalts handelt es sich vorwiegend um eine übertriebene, zum Teil selbst ganz absurde Deutung an sich belangloser Akte oder Unterlassungen. Als Beispiel für die Extravaganz der hierbei vorkommenden Gedankengänge mag folgender Fall dienen. Ein in den 40er Jahren stehender, an Zwangsskrupeln und anderen Zwangsvorstellungen leidender Patient meiner Beobachtung unterhielt als junger Mann intime Beziehungen zu einer Wittve, bei welcher er wohnte. Das Verhältnis hatte keine weiteren Folgen. Der Patient hatte die Wittve seit mehr als 20 Jahren nicht mehr gesehen und in dieser Zeit nur ab und zu durch einen Verwandten von ihrem Befinden gehört. Vor kurzem erfuhr er von dem Betreffenden bei einer zufälligen Begegnung, dass die Frau an einem Unterleibsleiden schwer, ja hoffnungslos krank darniederliege. Obwohl Patient sich um das Ergehen der Wittve bis dahin wenig gekümmert hatte, machte diese Nachricht auf ihn einen peinlichen Eindruck, und alsbald tauchte bei ihm der Gedanke auf, dass er an der jetzigen Erkrankung der Frau und damit auch an ihrem demnächstigen Tode Schuld trage. Dieser Gedanke verfolgte ihn lange Zeit in quälendster Weise. Auf die Frage, ob

denn das Unsinnige dieser Selbstbeschuldigung ihm nicht ohne weiteres eingeleuchtet habe, bemerkte Patient, dass er sich die Möglichkeit, die jetzige Erkrankung der Frau verursacht zu haben, in folgender Weise zurechtlegte: Die Frau hatte vielleicht infolge des seinerzeitigen intimen Verkehrs mit ihm einen Abortus, der mit erheblichem Blutverlust verbunden sein mochte. Von dem tatsächlichen Vorkommen eines derartigen Ereignisses war ihm jedoch nichts bekannt. Hierdurch wurde möglicherweise die Konstitution der Frau nachhaltig geschwächt und dieser Umstand konnte ihr jetziges Leiden zur Folge haben. Es bedurfte keiner langen Ausführung, um dem Patienten das Widersinnige der Argumente, welche er für seine Selbstbeschuldigung sich erklügelt hatte, darzulegen.

Öfters begegnen wir dem Zwangsvorwurfe, den Tod eines nahen teuren Angehörigen verschuldet zu haben, bei weiblichen Personen, die sich an der Pflege des betreffenden Kranken in eifriger, ja selbst hingebendster Weise beteiligten. Der Zwangsvorwurf ist hier ebensowenig wie in anderen Fällen das Resultat einer Überlegung; er taucht plötzlich auf, und das Erklärungsbedürfnis des Individuums klammert sich dann an die unbedeutendsten Vorkommnisse. Irgend einer belanglosen Handlung oder Unterlassung werden ganz imaginäre Folgen zugeschrieben, um einen Kausalnexus zwischen dem betreffenden Vorkommnisse und dem Ableben des Kranken herzustellen. Eine weitere Art von Zwangsvorwürfen, die ich mehrfach bei verheirateten weiblichen Kranken beobachtet habe, betrifft Verletzung der ehelichen Treue.

In den Fällen meiner Beobachtung knüpfen diese Vorwürfe an tatsächliche Vorkommnisse an, bei denen es sich um ein nicht ganz einwandfreies Entgegenkommen gegen einen Mann handelte. Um sich Erleichterung zu verschaffen, entdeckten sich die Patientinnen ihren Männern und fanden bei diesen volle Absolution, die hierdurch gewonnene Beruhigung war jedoch nicht nachhaltig.

Die Zwangsvorwürfe entwickeln sich zum Teil auch auf der Basis eines Depressionszustandes; die Vorwürfe bilden hier eine Art Erklärung der bestehenden Verstimmung. Andererseits können aber auch hartnäckige Zwangsvorwürfe besonders peinlicher Art gemüthliche Depression nach sich ziehen.

Beobachtung 80. Zwangsskrupel und andere Zwangsvorstellungen. Herr X., Fabrikdirektor, 46 Jahre alt, verheiratet seit

16 Jahren, Vater von 2 Kindern, ohne erweisliche erbliche Belastung, hat ausser Kinderkrankheiten keine ernstliche Erkrankung durchgemacht, zeigte jedoch schon in jungen Jahren, wahrscheinlich infolge verkehrter Erziehung, Neigung zu Skrupeln und einer gewissen Pedanterie. Vor etwa 4 Jahren stellte sich bei dem Patienten infolge ausserordentlicher geschäftlicher Überbürdung Schlafmangel, Abnahme der Arbeitskraft und grosse Ängstlichkeit, insbesondere wegen seines Gesundheitszustandes, ein. Damit verknüpfte sich die Zwangsbefürchtung, dass er sehr bald den Anforderungen seiner Stellung nicht mehr gewachsen sei und deshalb genötigt sein werde, dieselbe aufzugeben, wodurch seine materiellen Verhältnisse eine wesentliche Verschlechterung erfahren würden. Ab und zu kam es dabei zu hochgradiger Verstimmung mit suicidalen Ideen. Eine Wasserkur mit daran sich anschliessendem Gebirgsaufenthalte brachte Besserung, welche etwa 2 Jahre anhielt. Neuerliche Überanstrengung und geschäftliche Aufregungen führten abermals zunächst zu Schlafmangel, an diesen schlossen sich alsbald neben hypochondrischen Zwangsbefürchtungen insbesondere Zwangsskrupel an, die dem Pat. seine geschäftliche Tätigkeit ausserordentlich erschwerten. Bei geschäftlichen Dispositionen von irgend welcher Tragweite wurde gr von Bedenken gequält, dass dieselben auf falschen Annahmen beruhen und deshalb zu Verlusten führen könnten. Wiederholte Beratungen mit den Leitern der einzelnen Abteilungen des Etablissements waren nicht imstande, ihn von seinen Bedenken zu befreien. Handelte es sich um Maassnahmen, welche Untergebene betrafen, so wurde er von dem Skrupel verfolgt, dass dieselben irgend eine Härte oder Unbill für den Betreffenden enthalten könnten. Auch in seinen Privatangelegenheiten blieb er nicht von Skrupeln verschont. Eine Ausrede, die er gebrauchte, um sich z. B. einer lästigen Einladung zu entziehen, war imstande, ihn für mehrere Tage in schwere Unruhe zu versetzen. Dem Pat. war die Zahl 13 schon früher etwas ominös gewesen; allmählig kam es zu einer förmlichen Besessenheit durch diese Zahl. Bei allen möglichen Gelegenheiten drängte sich ihm dieselbe auf; wenn er mit Zahlen zu tun hatte, musste er immer versuchen, ob sich dieselben nicht durch 13 dividieren liessen, und wenn er irgendwo auf diese Zahl zufällig stiess, erblickte er in derselben ein Verhängnis. Längerer Gebirgsaufenthalt führte abermals zu einer Besserung des Zustandes. Die Verfolgung durch die Zahl 13 verlor sich ganz; die Skrupel schwanden zwar nicht, reduzierten sich jedoch erheblich. Dieses bessere Befinden währte etwas über ein Jahr. Plötzliche Erkrankung einer Tochter, welche nach wenigen Tagen einen tödlichen Ausgang nahm, versetzte den Patienten in schwere Trauer, die zu einer abermaligen Verschlimmerung seines Zustandes führte. Als Patient wieder in meine Beobachtung kam, hatten sich bei ihm zu den Zwangsskrupeln, die wieder bedeutend zugenommen hatten, Zwangsvorwürfe gesellt, die

sich zum Teil an die unbedeutendsten Vorkommnisse seines früheren Lebens knüpften. Dazu war die Zwangsidee gekommen, dass er ein moralisch verkommener, seiner Stellung ganz unwürdiger Mensch sei. Wenn er in einer Zeitung von gewissen Verbrechen (Unterschlagungen, Betrügereien, Meineid etc.) las, stellte sich bei ihm die Idee ein, dass er im Grunde nicht viel besser sei als der betreffende Verbrecher, und vorübergehend wurde er sogar von der Vorstellung verfolgt, dass er das Verbrechen, von dem er las, ebenfalls begangen habe und hieraus entwickelte sich eine Scheu vor Zeitungslektüre. Pat. war bei alle dem imstande, den Anforderungen seiner Stellung völlig zu genügen. Atiologisch liess sich eruieren, dass Pat. in jüngeren Jahren erheblich Onanie getrieben und nach der Verheiratung seit Geburt des zweiten Kindes vor 11 Jahren congr. interr. geübt hatte. Objektiv negativer Befund.

Unter der eingeleiteten hypnotischen Behandlung besserte sich der Zustand im Laufe mehrerer Monate erheblich. Die Besserung hat, soweit mir bekannt ist, angehalten.

Beobachtung 81. Zwangsvorwürfe und Grübeleien. Frau X., Kaufmannsgattin, 39 Jahre alt, seit 13 Jahren verheiratet, kinderlos, ist wahrscheinlich nicht ohne erbliche Belastung. Beide Eltern hochbetagt gestorben; eine Schwester hysterisch. Mit 6 Jahren Typhus, mit 8 Jahren Masern; schon in den Jugendjahren Zittern beim Schreiben, eine gewisse Neigung zum Grübeln und Migräne. Vor etwa 7 Jahren Gelenkrheumatismus. Vor vier Jahren zur Zeit der Menses heftiger Schreck, verursacht durch den Umstand, dass eine Köchin in dem Hause der Pat. sich in suicidalen Absicht vom 3. Stockwerke herabstürzte und sofort tot blieb. Einige Stunden nach dem Vorfalle Unruhe, sich allmähig zu schwerer Angst steigernd; in den nächsten Tagen eine Neigung zum Grübeln über die verschiedensten Dinge, insbesondere über ihre Kinderlosigkeit, daran sich anknüpfend eine gewisse Abneigung gegen ihren Mann, mit dem sie bisher im besten Einvernehmen gelebt hatte. Ausserdem Schlafmangel, häufiger Brechreiz, namentlich morgens nach dem Aufstehen, und gemüthliche Depression insbesondere wegen des Grübelzwanges. Ein Besuch bei Verwandten in N. hatte vorübergehende Besserung zur Folge; nach der Rückkehr nach M. verschlechterte sich das Befinden der Pat., indem sich eine ausgeprägte Melancholie bei ihr entwickelte. Diese verlor sich während eines etwa sechs-wöchentlichen Gebirgsaufenthaltes. Nach der Rückkehr vom Lande wurde der Pat. eine schwere Aufregung durch unverdiente Kränkung bereitet, die sie von einer nahen Verwandten erfuhr. In der Folge Schlafmangel, Angstzustände, Weinkrämpfe und abermals Neigung zum Grübeln. In dieser Zeit ereignete sich noch ein Vorfall, der für die Pat. von verhängnisvoller Tragweite werden sollte. Ein Herr, welcher in der Familie der Pat. viel verkehrte, erlaubte sich

gelegentlich eines Besuches gegen dieselbe gewisse Zudringlichkeiten, gegen welche sie sich sofort gebührend verwahrte. Nachträglich alterierte sie sich über den Vorfall gewaltig und beschloss, ihrem Manne hiervon Kenntnis zu geben. Sie unterliess dies jedoch und begnügte sich damit, zu ihrer Erleichterung dem Attentäter bei einem späteren Besuche ihre Entrüstung über sein Benehmen höchst energisch kund zu geben. Es gelang ihr auf diesem Wege, ihr Gewissen für längere Zeit zu beruhigen, womit auch eine entschiedene Besserung ihres Zustandes eintrat. Das günstige Befinden hielt bis zum Sommer des folgenden Jahres an, um welche Zeit ihre Mutter starb. Nach diesem Ereignisse begann sie über den Vorfall mit dem fraglichen Herrn wieder zu grübeln und denselben viel schwerer zu nehmen. Sie kam allmählig dahin, dass sie denselben als einen Makel in ihrem Leben betrachtete und Vorwürfe darüber sich ihr beständig aufdrängten. Als ihre Aufregung immer grösser wurde, teilte sie den Vorfall ihrem Manne mit, der sie darüber zu beruhigen versuchte; seine Bemühungen erwiesen sich jedoch als vergeblich. Die durch die Zwangsvorwürfe bereitete Qual verringerte sich nicht, so dass die Pat. glaubte, ihren Zustand nicht mehr ertragen zu können. Wohl um der Pat. einen Beweis seines Vertrauens zu geben, ersuchte sie ihr Gatte, dem Attentäter noch weitere Besuche in ihrem Hause zu gestatten. Diese fanden auch statt, und die Pat. benutzte, wie es scheint, die Gelegenheit, ihr Gemüt durch ein möglichst abstossendes Benehmen gegen den charakterlosen Besucher nach und nach wieder zu erleichtern. Nach etwa einem Jahre kam es zu einem definitiven Bruche mit dem Menschen, der die Einstellung der Besuche desselben nach sich zog. In der Folge begann die Pat. über ihr Verhalten diesem Manne gegenüber zu grübeln; sie musste alles, was sie bei den verschiedenen Gelegenheiten gesagt und getan hatte, rekapitulieren, und an diese Selbstprüfung knüpften sich eine Reihe von Zwangsvorwürfen, die sich ihr hartnäckig aufdrängten und mit erheblicher Angst vergesellschaftet waren. Der Zustand der Pat. verschlimmerte sich allmählig derart, dass sie sich veranlasst sah, in einer Wasserheilanstalt Hilfe zu suchen. Die Anstaltsbehandlung war von günstiger Wirkung und das Befinden der Pat. war bis zum März folgenden Jahres befriedigend. In dem genannten Monate fand in der Wohnung der Pat. eine Stöberei statt, bei welcher sie sehr eifrig mithalf. Nach Beendigung der Arbeit kam es zu einem Rezidiv. Die Zwangsvorwürfe und Angstzustände stellten sich wieder ein, weshalb der Gatte der Pat. dieselbe im Mai bestimmte, mit ihm einen Landaufenthalt in W. (Schweiz) zu nehmen. Beim Einpacken geberdete sich die Pat. ganz verzweifelt, äusserte suicidale Absichten etc. In W. besserte sich der Zustand nicht, es machte sich ein andauernder Angstzustand geltend; die Selbstanklagen, dass sie durch ihr Benehmen ihr Lebensglück verscherzt habe etc., begannen schon nach

dem Erwachen am frühen Morgen und hielten auch unter Tags an, nicht einmal während der Table d'hôte blieb sie davon verschont. Die Selbstbeschuldigungen nahmen allmählig noch eine peinlichere Gestalt an, sie betrachtete sich als die grösste Verbrecherin, als eine Person, die ihrem Manne gegenüber eine schwere Schuld auf sich geladen habe. Neben diesen Selbstanklagen liefen Zwangsgrübeleien einher, welche sich damit beschäftigten, was die Pat. im Verkehr mit dem erwähnten Menschen hätte tun sollen, aber nicht tat. Zu alledem kamen suicidale Ideen. Diese Verschlimmerung veranlasste die Rückkehr der Pat. nach M., wo es in den ersten Tagen wiederholt zu förmlichen Verzweiflungsausbrüchen infolge der sich ihr beständig aufdrängenden Selbstanklagen kam.

Als die Pat. in meine Beobachtung kam (4 Tage nach ihrer Rückkehr), klagte sie über hochgradige Verstimmung und schwere inhaltlose Angstzustände; sie gestand auch, dass sie häufig von suicidalen Ideen heimgesucht werde, dagegen erwähnte sie von den im Vorstehenden angeführten Zwangsvorwürfen nichts. Über diese und ihre Veranlassung berichtete mir die Pat. erst einige Zeit später, nachdem ich ihr volles Vertrauen gewonnen hatte. Eine Krankheitseinsicht bezüglich dieser Vorwürfe bestand bei der Pat. nicht, sie acceptierte jedoch die Aufklärung, die ich ihr bezüglich dieser Ideen gab, gerne. In der ersten Zeit der Beobachtung machten sich bei der Pat. in den Zeiten, in welchen der psychische Zustand etwas besser war, körperliche Schmerzen namentlich in den Beinen geltend. Trotz ihres Leidens besorgt sie die Angelegenheiten ihres Haushaltes, jedoch nur mechanisch.

Unter der eingeleiteten Behandlung (Opium, Hypnose etc.) kam es alsbald zur Besserung, und im Verlaufe von 3 Monaten zur völligen Genesung. Ein Rezidiv ist seitdem (7 Jahre) nicht mehr eingetreten.

4. Zwangsdenken.

Das Zwangsdenken unterscheidet sich, wie wir an früherer Stelle schon bemerkten, von den normalen Denkprozessen im allgemeinen nicht inhaltlich, sondern lediglich durch sein zwangsmässiges Sich-abspinnen, i. e. dadurch, dass der Assoziationsvorgang in gewissen Richtungen gegen den Willen des Subjekts sich fortsetzt und dadurch weder ein dauernder Übergang zu anderen Assoziationsreihen, noch zu einem geistigen Ruhezustande möglich wird. Wir müssen jedoch zugleich beifügen, dass das Zwangsdenken in dem hier angeführten Sinne nicht immer eine pathologische Erscheinung bildet. Auch beim geistig gesunden Menschen kann es unter Umständen vorkommen, dass die einem bestimmten Gegenstände gewidmete

Denkarbeit gegen seinen Willen sich noch einige Zeit fortsetzt, auch wenn er dieselbe zu unterbrechen wünscht, oder ein ihn gemächlich erregender Vorfall, mit dem er sich bereits abgefunden zu haben glaubt, sich immer wieder seinem Bewusstsein aufdrängt und sein Denken längere oder kürzere Zeit in Anspruch nimmt¹⁾. Ein pathologisches Zwangsdanken können wir nur dann annehmen, wenn dasselbe unabhängig von intensiver geistiger Beschäftigung mit einem bestimmten Gegenstande auftritt oder durch seine Andauer, resp. häufige Wiederholung jede ernstere Beschäftigung erschwert oder auch ganz unmöglich macht.

Das Zwangsdanken sondert sich in 2 Varietäten: affektives und und affektloses Zwangsdanken. Bei ersterem geht der Denkwang von einer Vorstellung aus, welche durch ihre Gefühlsstärke Zwangscharakter erlangt und damit zugleich die Fähigkeit gewinnt, die Richtung der Assoziationen zu bestimmen. Der Inhalt des Zwangsdankens variiert hier nur innerhalb gewisser enger Grenzen, da alle Assoziationen stets von ein und derselben Vorstellung ausgehen und zu derselben zurückführen. In dem einen Falle dreht sich das Denken um eine erlittene Kränkung oder Enttäuschung, in dem anderen Falle um ein in Aussicht stehendes peinliches oder in seiner Art unbestimmtes Ereignis von grösserer Konsequenz, im dritten Falle um eine Person, für welche der Patient zärtliche oder auch entgegengesetzte Gefühle hegt etc.

Das Zwangsdanken kann aber auch von einem an sich inhaltlosen Verstimmungszustande (Zwangsverstimmung) ausgehen und ist dann in der Regel der veranlassenden Stimmungslage inhaltlich conform.

Das affektlose Zwangsdanken dreht sich zumeist um Gegenstände, welche den Kranken mehr oder weniger interessieren, aber

¹⁾ Friedmann hebt ebenfalls das Vorkommen eines Denkwanges in der Breite des Normalen hervor, nur beschränkt er denselben, wie wir sahen, auf die Kategorien der ungeschlossenen Vorstellungen, was mir nicht gerechtfertigt erscheint. Die Ungewissheit ist nicht das einzige Moment, welches zu einem Denkwange führen kann; jede mit mächtigen Gefühlen verknüpfte Vorstellung kann wenigstens für eine gewisse Zeit einen bestimmenden Einfluss auf die Assoziation gewinnen und dadurch einen Denkwang involvieren. Die erhöhte Reproduktionstendenz, welche gefühlsstarke Vorstellungen besitzen, ermöglicht es auch, dass solche Vorstellungen, wenn auch momentan aus dem Bewusstsein gedrängt, immer wieder von Neuem auftauchen und ein Zwangsdanken anregen.

bei demselben zu keinen erheblicheren emotionellen Erregungen Anlass geben: Vorkommnisse des häuslichen oder beruflichen Lebens und Fragen allgemeiner Natur (politische, soziale, wissenschaftliche Probleme etc.). Ungleich seltener spielen bei demselben Erinnerungen eine Rolle, und nur ausnahmsweise bildet eine einzelne dem Patienten gleichgiltige Person andauernd das Objekt des Zwangsdankens.

Das Zwangsdanken weist in seiner zeitlichen Dauer und Häufigkeit sehr bemerkenswerte Unterschiede auf. Bei manchen an Zwangsvorstellungen Leidenden tritt dasselbe stets nur vorübergehend und in grösseren Zwischenräumen auf, die einzelnen Anfälle währen nur eine Mehrzahl von Stunden und stellen sich namentlich zur Nachtzeit ein. In anderen Fällen (namentlich bei Verstimmungszuständen) wiederholen sich die Anfälle in kürzerer oder längerer Dauer täglich oder fast täglich. Das affektive Zwangsdanken kann dagegen tage- oder wochenlang vom Aufstehen bis zum Zubettegehen sich ununterbrochen erhalten und mit Remissionen und Intermissionen selbst eine Reihe von Monaten sich fortsetzen. Das Peinvolle dieses Zustandes beeinflusst begreiflicherweise die Gemütsverfassung des Patienten in sehr ungünstiger Weise, zumal sich damit völlige Unfähigkeit zu geistiger Beschäftigung verknüpft. Das Zwangsdanken steht häufig mit Schlafmangel in Verbindung; der Nexus dieser beiden Störungen ist jedoch in den einzelnen Fällen verschieden. Bei manchen Personen wird das Einschlafen durch Zwangsdanken für kürzere oder längere Zeit verhindert; die Nachtruhe kann hierdurch auch völlig verloren gehen. In anderen Fällen führt Schlafmangel zu Reflexionen irgendwelcher Art, aus welchen sich ein Zwangsdanken entwickelt.

Beobachtung 82. Herr X., 46 Jahre alt, Ingenieur, verheiratet, Vater von 2 Kindern, ist erblich belastet (der Vater endete durch Suicid, wahrscheinlich in Folge von Geistesstörung). Ausser Kinderkrankheiten keine ernstere körperliche Erkrankung, doch schon im Alter von 13 und 17 Jahren melancholische Zustände mit Selbstmordgedanken. Seit fast 3 Jahren infolge von geistiger Überanstrengung und vieler Aufregung cerebrasthenische Beschwerden, die jedoch erst im letzten Jahre erheblicher wurden: Schlafmangel, Kopfschmerzen, bedeutende Verringerung der geistigen Arbeitsfähigkeit, gemüthliche Depression, ausserdem sehr lästiges Zwangsdanken. Dieses betrifft Vorkommnisse des alltäglichen Lebens, die ihm ge-

mütlich nahe gehen, oder Gegenstände, mit welchen er sich beruflich zu beschäftigen hat. Das Zwangsdanken macht sich namentlich abends und nachts geltend und trägt, da es ihm peinlich ist und auch den Schlaf stört, zu seiner Verstimmung wesentlich bei. Pat. lebt vegetarisch. Im Verlaufe mehrerer Monate bedeutende Besserung.

Beobachtung 83. Der Fall, der an anderer Stelle ausführlich mitgeteilt wurde¹⁾, betrifft einen erblich belasteten, 42jährigen, dem Gelehrtenstande angehörigen Herrn aus Russland, welcher bereits anfangs der 20er Jahre unter Einwirkung verschiedener Schädlichkeiten (sexuelle Überreizung, geistige Überanstrengung etc.) neurasthenisch geworden und in den letzten Jahren infolge unglücklicher ehelicher Verhältnisse und sexueller Hyperästhesie der Masturbation ganz und gar verfallen war. Dieser sexuelle Missbrauch, von dem Pat. sich nicht loszureissen vermochte, obwohl er dessen Schädlichkeit völlig einsah, hatte bei dem Pat. eine ausgesprochene gemüthliche Depression hervorgerufen. Die Klagen des Pat. betrafen ausserdem noch mangelhaften Schlaf, zeitweilige Unregelmässigkeit der Herztätigkeit, Anfälle von Herzschwäche und besonders ein gewisses Zwangsdanken. Der Pat. hatte sich gewöhnt, beim Alleinsein stundenlang über Gegenstände nachzudenken, die ihn an sich wenig interessierten, z. B. politische Tagesfragen, oder auch endlos in Erinnerungen sich zu verlieren. Dieses Nachdenken setzt sich oft die Nacht hindurch bis zum Morgen fort und er ist nicht im Stande dasselbe abzubrechen, obwohl er deutlich fühlt, dass er dadurch erschöpft und aufgeregter wird.

Beobachtung 84. Isolierter Anfall von Zwangsdanken. Fr. X., 42 Jahre alt, seit Langem cerebrasthenisch, schlief abends 10 Uhr ein und erwachte gegen 11 Uhr. Zuerst ärgerlich wegen des frühen Aufwachens, dann Auftauchen von unangenehmen Gedanken betreffs ihrer Vermögenslage, Befürchtungen einer ständigen Verschlechterung ihrer Verhältnisse und Ausspinnen der Konsequenzen: dass sie ihre Wohnung nicht mehr behalten könne, ihre Köchin entlassen müsse etc. Die stundenlange Wiederholung und Variation dieser Gedanken erzeugte schliesslich einen Zustand ängstlicher Erregung, bei welchem sich die Angst weniger auf ihre Vermögensverhältnisse bezog, als auf ihren Geisteszustand, die unaufhörliche Verfolgung durch die erwähnten peinlichen Ideen und die Unmöglichkeit, den sehnlichst herbeigewünschten Schlaf zu finden. Dabei ein Gefühl qualvoller Unruhe und Erschöpfung, welches die Patientin öfters nötigt, das Bett zu verlassen.

¹⁾ Loewenfeld: Sexualleben und Nervenleiden, 3. Aufl., S. 257.

5. Beachtungszwang.

Eine bisher nur selten beobachtete Form assoziativer Zwangstendenz besteht in dem Zwange, äussere, dem Individuum gleichgiltige Objekte oder Vorgänge zu beachten, denselben vorübergehend oder auch dauernd die Aufmerksamkeit zuzuwenden. Dieser Zwang kann sich sowohl regelmässig bei bestimmten äusseren Anlässen, als auch inkonstant und bei wechselnden Gelegenheiten geltend machen.

Einer mit Zweifelsucht behafteten Patientin meiner Beobachtung wurde längere Zeit hindurch jede Beschäftigung dadurch erschwert, dass sie bei jedem Gegenstande, den sie in die Hand nahm, oder mit dem sie irgendwie zu tun hatte, darauf achten musste, was davon rechts und links, vorne und hinten war. Hatte sie z. B. an einem Tische etwas vorzunehmen, so musste sie konstatieren, dass vor demselben ein Stuhl, hinter demselben die Wand, rechts und links ebenfalls Stühle waren. Sie konnte, bevor sie die in den 4 Richtungen befindlichen Dinge nicht genau festgestellt und benannt hatte, in ihrer Beschäftigung nicht fortfahren. (Beobacht. 85.)

Eine andere Patientin meiner Beobachtung, deren Fall wir noch näher kennen lernen werden, litt an dem Zwange, auf das Treiben ihres Dienstmädchens den ganzen Tag hindurch zu achten (zu sehen oder zu horchen).

In einem weiteren Falle, den wir ebenfalls noch näher kennen lernen werden, bestand der Zwang, die äusseren Vorgänge, die während irgend einer Beschäftigung zufällig die Aufmerksamkeit des Pat. auf sich lenkten, trotz Mangels jeglichen Interesses weiter zu verfolgen.

Ähnliche Beobachtungen wurden von v. Krafft-Ebing, Westphal, Wille, Magnan und Kaan mitgeteilt. Letzterer Autor berichtet über einen 54jährigen cerebrasthenischen Patienten, welcher zwangsmässig auf alles horchen und sich genau merken musste, was vor ihm gesprochen wurde. Derselbe musste auch darauf achten, in welcher Hand Gegenstände getragen oder mit welcher Hand sie ihm gereicht wurden. Dies musste er sich durch Aussprechen von Schlagworten oder kurze schriftliche Notizen im Gedächtnis fixieren, um vor diesem Zwange Ruhe zu erhalten¹⁾.

¹⁾ Kaan l. c., S. 121.

Beobachtung 86. Beachtungszwang. Dr. X., Jurist, 24 Jahre alt, ledig, ist erblich belastet (der Vater an Diabetes gestorben, die Mutter hysterisch, in deren Familie verschiedene Psychopathien; eine Schwester des Patienten mit periodischen Depressionszuständen und Zwangsvorstellungen behaftet). Patient machte als Kind Masern und Scharlach durch; sehr begabt und fleissig war er in der Schule immer seinen Gefährten voran; für körperliche Übungen hatte er dagegen wenig Neigung. Er las auch sehr viel und fing schon im Alter von 12 Jahren über Dinge zu grübeln an, die weit über seinen Horizont hinausgingen (philosophische Probleme etc.); hierbei handelte es sich nach der Meinung des Pat. nicht um Zwangsvorstellungen.

Im Alter von 14 Jahren schon Gedächtnisabnahme bemerklich; mit 16 Jahren Magenkatarrh und in der Folge Kur in Karlsbad; ferner Erschwerung der geistigen Arbeit durch Kopfschmerzen, welche seit dieser Zeit sich nicht mehr verloren; auch Überempfindlichkeit für Gehörseindrücke. Mit 18 Jahren Zwangsvorstellungen in der Form von Skrupeln, welche sich vorwaltend darauf bezogen, dass er da und dort nicht ganz korrekt gehandelt, seine Pflicht nicht völlig erfüllt habe; daneben Bedenken wegen ganz irrelevanter Dinge (ob man an irgend einer harmlosen Bemerkung nichts Anstössiges finden könne etc.). Pat. war schon immer für das Urteil der Welt über seine Person sehr empfindlich; die daraus entspringende Überbedenklichkeit machte sich namentlich dann geltend, wenn es sich um die Fassung irgend eines Entschlusses handelte.

Zu den Zwangsskrupeln gesellten sich alsbald verschiedene weitere Zwangsvorstellungen, insbesondere Befürchtungen körperlicher Schädigungen, so beim Aufenthalt im Freien Furcht, von einer Schlange gebissen zu werden, zuweilen so mächtig, dass er beständig umsehen musste; auf der Strasse Furcht, überfahren zu werden, irgendwo hineinzufallen etc. Die erwähnten Zwangsvorstellungen führten zu verschiedenen Abwehrbestrebungen, welche die Entwicklung weiterer Zwangsvorstellungen, resp. Zwangshandlungen zur Folge hatten.

Um sich von den Skrupeln zu befreien, die ihm die geistige Konzentration erschwerten, verfiel er auf die Idee, beim Studieren steif zu sitzen, und alsbald kam es dahin, dass er beim Studieren eine gewisse Unruhe nicht los wurde, wenn er nicht steif sass. Die Zwangsbefürchtungen körperlicher Schädigungen hatten die Zwangs-idee zur Folge, dass er auf der Hut sein müsse, beim Umhergehen nicht da und dort anzurennen, beim Fahren nicht herauszustürzen etc. Mit 19 $\frac{1}{2}$ Jahren bezog Pat. die Universität in W. Die Skrupel hatten sich damals so ziemlich verloren, auch die zuletzt erwähnten Zwangsvorstellungen waren zurückgetreten; dafür entwickelte sich in W. eine Reihe anderer Zwangsideen, zunächst eine Pyrophobie,

die sich beim Gebrauche einer Lampe, beim Rauchen etc. in sehr lästiger Weise geltend machte. Beim Besuche der Vorlesungen stellte sich einige Zeit vor dem Schlusse derselben die Zwangsidee ein, dass er auf das Läuten Acht geben müsse, beim Verweilen in der Bibliothek, dass er an einen Nebenansitzenden stossen könnte, wodurch seine Aufmerksamkeit für den Vortrag, resp. das zu Lesende sehr beeinträchtigt wurde. Um diese Vorstellungen zu verscheuchen, gebrauchte Patient verschiedene Praktiken: Anpressen der Hände an das Gesicht, Ballen der Fäuste, Zusammenpressen der Lippen u. s. w. Später wurde er von der Idee belästigt, dass an seiner Toilette irgend etwas nicht in Ordnung, speziell ein Knopf an der Hosentüre nicht geschlossen sei (mitunter auch die Idee, dass etwas von dem Membrum sichtbar sei), wodurch er zum fortwährenden Nachsehen veranlasst wurde. Auf der Strasse wurde er von der Zwangsempfindung, dass an seiner Nase ein Tröpfchen hänge, verfolgt. Auch diese Zwangsvorstellungen traten allmählig zurück bis auf die Pyrophobie, welche sich ebenfalls abschwächte. Dafür entwickelten sich jedoch Zwangsbefürchtungen anderer Art, die zumeist von kurzem Bestande waren, und andere Zwangsideen. Gegenwärtig leidet er insbesondere unter der Zwangsidee, dass irgend etwas, was er zufällig wahrnimmt, seine Aufmerksamkeit von der momentanen Beschäftigung ablenken werde. Ein Flecken, den er an einem Gegenstande beobachtet, eine gewisse Haltung seines Armes, Kälteempfindung an den Füßen, Alles erweckt in ihm die Vorstellung des Gestörtwerdens, ebenso auch die Idee, dass er irgend etwas in seiner Nähe Befindliches umstossen könnte. Wenn er etwas vorzunehmen hat, wird er von der Idee verfolgt, dass er darauf vergessen, den richtigen Zeitpunkt versäumen könne. Auch gewisse Zwangszweifel machen sich geltend, die ihm das Handeln sehr erschweren. Wenn er nach längerer Überlegung in einer Sache einen Entschluss gefasst hat, drängt sich ihm der Gedanke auf, dass er das Entgegengesetzte tun sollte. Die Zweifel beziehen sich mitunter nur auf gewisse Details des gefassten Entschlusses. Wenn Pat. sich ein Vergnügen gestattet, wird er oft von dem Skrupel gequält, dass er etwas Besseres hätte tun sollen, dass er irgend eine seiner Pflichten vielleicht verabsäumte; diese Skrupel lassen bei dem Pat. selten eine frohe Stimmung aufkommen. Auch die Vorstellung von der Unsauberkeit der Nase belästigt ihn noch mitunter.

Öfters leidet er auch unter dem Zwange, das, was andere Personen tun, oder äussere Vorgänge anderer Art, mit Aufmerksamkeit zu verfolgen: wenn eine Person im Nebenzimmer oder auf dem Korridor geht, muss er horchen, den einzelnen Schritten in seinen Gedanken folgen, darauf achten, ob der Betreffende stillsteht, sich wieder in Bewegung setzt u. s. w.

Mitunter ist er genötigt, auf die an seinem Hause vorüberfahrenden Trambahnwagen zu horchen, ob sie noch in Bewegung sind, ob sie anhalten etc. Wenn Personen im Nebenzimmer sprechen, muss er das Gespräch verfolgen. Gelegentlich muss er auch Vorgänge, die er zufällig während einer Beschäftigung sieht, weiter beobachten. Immer handelt es sich dabei um Störung bei irgend einer Beschäftigung. Nachdem dieselbe einmal eingetreten ist, muss er ganz und gar wider seinen Willen sich mit dem ablenkenden Vorgange weiter beschäftigen, bis derselbe beendet ist, oder es ihm durch Willensanstrengungen gelingt, seine Aufmerksamkeit von demselben loszureissen. Um sich Erleichterung in seinen Zwangszuständen zu verschaffen, gebraucht der Patient mancherlei Maassnahmen. Er spricht sich Mut zu, führt verschiedene Bewegungen aus (Zusammenkneifen der Augen, Beissen auf die Lippen, Fäusteballen etc.). Dabei wird er aber oft von der Idee belästigt, dass andere Personen dies wahrnehmen und er sich dadurch lächerlich machen könnte. Trotz aller Erschwernisse, welche dem Pat. seine Zwangszustände bereiten, kann derselbe mit Erfolg sich geistig beschäftigen; er bestand auch vor wenigen Wochen das Schlussexamen an der Universität. Es fehlt bei ihm aber auch nicht an Zeiten vollständiger geistiger Inkapazität.

Kopfschmerzen (ein peinliches Konstriktionsgefühl) sind zumeist vorhanden und erreichen mitunter eine grosse Intensität. Appetit und Schlaf gut, Stuhlgang regelmässig, die körperliche Leistungsfähigkeit nicht geschmälert. Pat. wurde mit 13 Jahren durch eine Erzieherin sexuell erregt und verfiel in der Folge auf Onanie, die er 2 Jahre trieb. Hierauf angeblich Pause bis zum 17. Jahre; dann wieder Masturbation bis zum 19. Jahre, begleitet von erheblicher sexueller Erregtheit; mit 20 Jahren ein sehr leidenschaftliches Liebesverhältnis mit zeitweiligem Zwangsdenken an die betreffende Person; in der Folge wieder viel Masturbation. Seit 2 Jahren regelmässiger sexueller Verkehr, trotzdem häufige Pollutionen (im Durchschnitte 3—4 mal wöchentlich). Bei zeitweiliger sexueller Abstinenz im vorigen Jahre angeblich Steigerung der Kopfschmerzen. Objektiv negativer Befund. Pat. war nur vorübergehend in Beobachtung.

Beobachtung 87. **Beachtungszwang, Melancholie.** Frau X., Beamtensgattin, 46 Jahre, seit 22 Jahren verheiratet, Mutter von 4 gesunden Kindern (im Alter von 4—21 Jahren) ist mütterlicherseits erblich belastet (die Mutter irrsinnig, Grossmutter Suicid). Die Patientin machte im Kindesalter Masern, Typhus und Enteritis (?) durch, später litt sie längere Zeit an Chlorose. Schon in früher Jugend war sie nervös und ängstlich und in Bezug auf Reinlichkeit immer sehr peinlich. Das frühe Hervortreten der Nervosität darf

wohl auf 2 Umstände zurückgeführt werden: Die Patientin verbrachte infolge der geistigen Erkrankung ihrer Mutter, welche deren Entfernung aus dem Hause nötig machte, und lieblosen Verhaltens ihres Vaters eine sehr traurige Jugend; sie war völlig rohen Dienstboten überlassen, die sie schlecht behandelten, woraus sich bei ihr eine tiefgehende Abneigung und Furcht vor Dienstboten entwickelte, die sie auch in ihrem späteren Leben nicht los werden konnte. Dazu kam, dass sie im Alter von 5 Jahren von einer älteren Spielgefährtin zur Onanie verleitet wurde, die sie bis zum 13. Jahre fortsetzte. Zum Aufgeben der schlimmen Gewohnheit wurde sie durch die Lektüre einer Schrift, welche sie über die Folgen der Onanie aufklärte, veranlasst. Von der Sündhaftigkeit der Onanie wusste die Pat. nichts; sie machte sich deshalb weder als Kind noch später trotz ihrer streng religiösen Gesinnung wegen ihrer Verirrung irgend welche Skrupel. Die Abneigung gegen Dienstboten, welche sie vom väterlichen Hause mitgebracht hatte, führte bei der Pat. in der Ehe zu einem eigentümlichen Zwangszustande. Wenn sie sich ein Dienstmädchen hielt, musste sie vom Morgen bis zur Nacht ihre Aufmerksamkeit auf das Treiben desselben richten, immerfort horchen oder sehen, was dasselbe tat; dabei getraute sie sich nicht, irgend etwas zu rügen, wenn die Arbeit des Mädchens sie nicht befriedigte. Der Zwang war nicht mit der Idee, etwas ihren Wünschen nicht Entsprechendes zu verhüten, verknüpft. Die Pat. musste auf Alles achten, was das Mädchen vornahm, auch das Unbedeutendste, Gleichgültigste, und diese fortwährende einseitige Anspannung ihrer Aufmerksamkeit war ihr höchst peinlich. Vor 7 Jahren entwickelte sich bei der Pat. ein Zustand ausgeprägter Melancholie, hochgradige gemüthliche Depression, Präkordialangst, Reue über Alles, was sie früher getan hatte, weil sie nichts recht getan zu haben glaubte, Drang, von ihrem Hause fortzugehen etc.

Dieser Zustand hielt ungefähr 2 Jahre mit Schwankungen an und verlor sich erst allmähig, als Pat. wieder schwanger wurde. In der ersten Zeit der Melancholie engagierte ihr Mann, um ihre häusliche Arbeitslast zu verringern, ein Dienstmädchen und veranlasste sie in der Folge mit den Kindern auf das Land zu gehen. Hier wurde sie jedoch beständig von dem Gedanken gequält, dass sie das Mädchen, das nach ihrer Rückkehr eintreten sollte, nicht werde um sich haben können. Ihr Zustand besserte sich hierbei in keiner Weise. Die Pat. kam schliesslich darauf, für ihre häusliche Arbeit einen Knaben zu engagieren, wodurch sie einigermassen beruhigt wurde. Nach der Geburt des letzten Kindes vor $4\frac{3}{4}$ Jahren engagierte Pat. wieder ein Mädchen, welches $\frac{3}{4}$ Jahre bei ihr blieb. Während dieser Zeit wurde sie von dem Zwange, auf die Beschäftigung des Mädchens zu achten, nicht belästigt. Nach der Entlassung des Mädchens behalf sich Pat. wieder mit einem Knaben,

ihr Befinden war dabei zumeist gut, sie wurde nur zeitweilig von Verstimmungszuständen mit Angstgefühlen heimgesucht, die jedoch selten länger als einen Tag währten. Seit der Geburt des letzten Kindes war der eheliche Verkehr fast völlig aufgegeben worden. Zu Anfang des laufenden Jahres glaubte Pat., wahrzunehmen, dass ihrem Manne die Abstinenz schwer falle, weshalb sie ihn zur Wiederaufnahme des sexuellen Verkehrs veranlasste.

Schon vorher hatte die Aufmerksamkeit, welche die Pat. dem Verhalten ihres Mannes zuwendete (nach ihrer Angabe), bei ihr eine gewisse sexuelle Erregtheit und sexuelle Zwangsvorstellungen hervorgerufen (wahrscheinlicher ist das Umgekehrte). Mit der Wiederaufnahme des sexuellen Verkehrs steigerte sich bei der Pat. die sexuelle Erregung sehr bedeutend. Die sexuellen Zwangsvorstellungen verliessen sie den ganzen Tag nicht mehr, selbst in der Kirche blieb sie davon nicht verschont. Dabei bestand beständig ein Gefühl der Erregtheit im Unterleibe. Mit dem Aufgeben des sexuellen Verkehrs seit einem Vierteljahre verloren sich die sexuellen Zwangsgedanken und die sexuelle Hyperästhesie.

Seit etwa 2 Monaten hat Pat. eine 65jährige Frau in ihrem Dienste. Mit dem Eintritt dieser Person stellte sich wieder der Beachtungszwang ein, zu dem sich alsbald ein ausgeprägter melancholischer Zustand gesellte. Pat. muss den ganzen Tag auf das Treiben der Frau achten, dabei glaubt sie, dass Alles voll Schmutz bleibt, Alles zu Grunde geht etc. Wenn sie des Morgens aufwacht, muss sie schon rekapitulieren, was die Frau am vorhergehenden Tage bei ihrer Arbeit nicht recht gemacht oder versäumt hat. Ausserdem gegenwärtig Präkordialangst, Lebensüberdruß und Selbstmordgedanken; auch wieder Reue über alles, was sie früher getan hat. Der Schlaf mangelhaft, öfters Kopfschmerzen und Kopfeingenommenheit, der Appetit wechselnd, Neigung zu Obstipation; die Menses unregelmässig, postponierend, mit viel Blutverlust. Trotz alledem ist Pat. imstande, ihren Haushalt zu versehen.

Aussehen und Allgemeinernährung gut, seitens des Nervensystems wie der Organe der Brust- und Bauchhöhle nichts Bemerkenswerthes; auch eine vor kurzem vorgenommene gynäkologische Untersuchung hat einen negativen Befund ergeben.

Über das weitere Schicksal der Patientin bin ich nicht unterrichtet.

6. Erinnerungszwang.

Wir haben im Vorstehenden bereits gesehen, dass Erinnerungen bei manchen Gruppen von Zwangsvorstellungen eine Rolle spielen. In erster Linie kommen hier die Skrupel und Vorwürfe in Betracht, die an tatsächliche Vorkommnisse anknüpfen; die Erinnerung bildet

hier sozusagen den Stamm, um welchen Zweifel, Grübeleien und Vorwürfe sich herumranken. Auch Erinnerungen an erschütternde Erlebnisse können, wie wir zum Teil ebenfalls schon gesehen haben und des weiteren noch später zeigen werden, an der Bildung von Zwangsvorstellungen in verschiedener Weise beteiligt sein. Ebenso spielen bei einer Reihe von Phobien (Topophobien insbesondere) Erinnerungsvorgänge eine gewisse Rolle.

Die bei bestimmten Gelegenheiten, z. B. an gewissen Orten, sich einstellende Zwangserinnerung an irgend ein peinliches Erlebnis (körperliches Unwohlsein, Unfall, Angstzustand u. s. w.) führt zur Zwangsbefürchtung der Wiederkehr des betreffenden peinlichen Erlebnisses mit entsprechendem Angstzustande.

In dem Falle¹⁾, über welchen ich im Folgenden berichten werde, handelt es sich um Zwangserinnerungen anderer Art als die vorstehend erwähnten; wir werden aus demselben ersehen, dass das Zwangsvorstellen auch ausschliesslich die Form eines zwangsmässigen Sicherinnerns annehmen kann, so dass man von einem „Erinnerungszwang“ sprechen darf.

Beobachtung 88. Der Patient ist ein Cand. med. in den letzten Semestern, der auch der psychologischen Bildung nicht ermangelt und daher zur Selbstbeobachtung in besonderem Masse befähigt ist; derselbe hat mir auf meine Aufforderung hin eine selbstverfasste, ausführliche Krankengeschichte übergeben, aus welcher, wie wir sehen werden, hervorgeht, dass er seinen Zustand im wesentlichen in ganz richtiger Weise beurteilt.

Herr X., 25 Jahre alt, ist erblich in gewissem Masse belastet. Sein Vater, welcher im Alter von 64 Jahren an „komplizierter Influenza“ starb, war Hypochonder, seine noch lebende Mutter ist nervös und brustleidend, eine Schwester desselben ebenfalls nervös, war früher mit Platzangst behaftet (weitere Geschwister hat er nicht); seine Grossmutter mütterlicherseits litt auch an Nervosität. Von Erkrankungen in den Kinderjahren erwähnt Patient Ekzem im ersten Lebensjahre, Masern mit 8 Jahren, Schwindelanfälle, die im Alter von 7—12 Jahren öfters auftraten und von dem behandelnden Arzte auf „verdorbenen Magen“ zurückgeführt wurden. Diese Anfälle stellten sich gewöhnlich morgens beim Aufstehen ein und verloren sich alsbald, wenn Patient die horizontale Lage einnahm; derselbe hatte dabei das Gefühl, als ob sich alles um ihn drehe, auch Brech-

¹⁾ Die Beobachtung wurde zuerst in der Psych. Wochenschr. Jahrg. 1899, No. 10—12 veröffentlicht.

reiz, mitunter kam es auch zum Erbrechen; das Bewusstsein war nie aufgehoben oder erheblich getrübt. Die Anfälle verloren sich völlig, als Patient im Alter von 12 Jahren vom Elternhause weg und in eine fremde Stadt an das Gymnasium kam. Ferner litt Patient als Kind an Gehörshalluzinationen, die nicht als lästig oder beängstigend, sondern nur als kurios empfunden wurden; er hörte öfters halluzinatorisch Stimmen, mitunter auch Gespräche, wusste dabei jedoch, dass das Vernommene nicht auf reellen Eindrücken beruhte.

Auch war er von Jugend auf von ängstlicher Natur (fürchtete sich z. B. sehr, wenn er allein schlafen musste) und mit manchen Zwangserrscheinungen behaftet. So musste er längere Zeit mit dem rechten Beine zuerst die Treppe hinaufgehen, auf der Strasse die Trottoirsteine zählen und einen bestimmten überschreiten u. s. w. In den Osterferien 1888 — Patient war damals in Untertertia und 13 Jahre alt — erwachte er eines Nachts ohne eruerbare Ursache mit einer ungeheuren Beängstigung; die Angst hielt auch nach dem Aufstehen an; von diesem Tage an stellten sich die Zwangserienerungen bei ihm ein, auf welche wir später des Näheren zu sprechen kommen werden. Bezüglich seiner damaligen psychischen Verfassung bemerkt der Patient in seinem Berichte: „Unfähig damals mir die psychische Abnormität irgendwie zu deuten, dachte ich, ich würde „verrückt“, und litt unter diesem Gedanken unsäglich, um so mehr, als ich mich Niemandem anzuvertrauen wagte. Wenn ich allein war, weinte ich damals viel, besonders bei Nacht im Bett, zumal da ich $\frac{1}{2}$ Jahr damals sehr schlecht schlief und beim Einschlafen mir immer die Frage vorlegen musste: Wirst du schlafen können? In der Schule blieb ich trotz des gestörten psychischen Lebens nicht zurück. Ich betrachtete eben wohl die Schule als beste Ableitung für meine grässlichen Zwangszustände. Mit der Zeit besserte sich der Zustand mehr und mehr, und nach circa 2—3 Jahren war ich von diesen peinlichen Anwandlungen völlig befreit.“

Mit $19\frac{3}{4}$ Jahren bezog Patient die Universität zunächst mit der Absicht, Jus zu studieren; gleichzeitig trat er als Einjähriger bei der Infanterie ein. Er ertrug die körperlichen Anstrengungen des Dienstes in psychischer Beziehung schlecht, weshalb er viele Hänseleien seitens seiner Vorgesetzten und Kameraden zu erdulden hatte. Dies bildete für ihn mit einen Grund, zur Medizin umzusatteln, um nach $\frac{1}{2}$ Jahre vom Dienste mit der Waffe befreit zu werden. Das Tentamen physicum bestand er nach 4 Semestern sehr gut; die Vorbereitung für dieses Examen wurde jedoch durch Mangel an Konzentration und eine gewisse Gedächtnisschwäche erschwert; dieser Umstand hat Herrn X. auch in den letzten Semestern bei seinen Studien sich sehr hinderlich erwiesen, so dass er noch nicht daran denken konnte, sich dem Approbationsexamen zu unterziehen.

Etwa ein Semester nach der Ablegung des Tentamen physicum — i. e. vor etwa 2 Jahren — nach schweren, durch eine Erkrankung in der Familie verursachten gemüthlichen Erregungen stellten sich die Zwangserinnerungen wieder ein, diesesmal jedoch nicht so plötzlich in voller Stärke wie das erstemal, sondern zunächst schwächer und flüchtiger; erst allmählig erlangten dieselben die In- und Extensität wie bei der ersten Attacke, und sie haben sich seitdem auch nicht völlig verloren. Der Wiederkehr der Zwangserinnerungen gingen einige Zeit unmotivirte (inhaltlose) Angstzustände vorher.

Patient leidet, abgesehen von dem Zwangsvorstellen, noch an verschiedenen anderen neurasthenischen Erscheinungen, welche hauptsächlich das psychische Gebiet betreffen: Kopfdruck nach längerer geistiger Beschäftigung, Gedächtnisschwäche, Energielosigkeit und Scheu vor intensiver geistiger oder körperlicher Tätigkeit, Angst-anwandlungen beim Alleinsein, gewissen „Hemmungszuständen“ (er kann z. B. in Gesellschaft oft bei oberflächlicher Konversation plötzlich bei bestem Willen nicht mehr mittun und erst nach einiger Zeit sich wieder an der Unterhaltung beteiligen), Müdigkeitsgefühlen ohne vorhergehende entsprechende Anstrengung, Asthenopie bei längerem Lesen, Hyperidrosis. Hinsichtlich der *vita sexualis* ist zu bemerken, dass Patient mit 17 Jahren von einem Mitschüler zur Masturbation verleitet wurde, derselben sich jedoch nicht in excessivem Mafse ergab, und später geschlechtlichen Verkehr, jedoch nur selten, pflog; sowohl Masturbation als Kohabitation beeinflussen das Befinden in ungünstiger Weise, Pollutionen beobachtete der Patient nie. Keine Excesse in Alcoholicis oder im Rauchen; keine Infektion.

Über die Zwangserinnerungen, die uns hier in erster Linie interessieren, äussert sich Patient in seinem schriftlichen Berichte folgendermassen: „In den Bewusstseinsinhalt schiebt sich, nur manchmal angeregt durch Gesichts- oder Geruchsassoziationen, die lebendige, doch weder visionäre, noch hallucinatorische Erinnerung an eine längere Zeit zurückliegende Situation mit allen ihren Details ein. Die Erinnerung unterscheidet sich von den normalen Erinnerungen durch ihre dominierende Stellung. Mit Gewalt ist sie nicht zu unterdrücken. Bei entsprechender psychischer Ablenkung verschwindet sie langsam oder verblasst, um an demselben Tage noch öfter wiederzukehren. Die Erinnerung erweckt stets ein peinliches, beängstigendes Gefühl. Dieses Gefühl erscheint vielleicht bei Reflexion insofern begründet, als die Gegenwart durch die alte Erinnerung, durch die Vergangenheit völlig entwertet erscheint. Man verliert allen Halt und wird zum Spielball autonomer, vom Willen unabhängiger, sinnloser Ideenassoziation.“

Alle Zwangsvorstellungen sonstiger Art, mag ihr Inhalt so peinlich sein, wie er will, oder gar, wenn sie gleichgültigen Inhalts sind (Melodien), können deswegen nie an Peinlichkeit mit den beschrie-

benen Zwangserinnerungen verglichen werden. Nur bei letzteren ist die Persönlichkeit aus allem Zusammenhang herausgerissen, wenn ich so sagen darf. Beim Vergleich mit dem normalen Geistesleben erscheint dieser Zustand am verwandtesten den oft nach einem traumreichen Schlaf in die Wirklichkeit mit herübergenommenen lästigen, weil sinnlosen Bruchstücken eines lebhaften Traumes, unterscheidet sich aber insofern, als diese Traumresiduen meist rasch verblassen, während die Zwangserinnerungen fortbestehen.“

Hierzu ist nun auf Grund des Krankenexamens noch folgendes beizufügen: Die Bilder, welche in Form von Zwangserinnerungen bei dem Patienten auftauchen, haben trotz ihrer Deutlichkeit und Lebhaftigkeit nie auch nur annähernd die sinnliche Stärke der Wahrnehmung, besitzen also nie, wie Patient selbst schon andeutet, halluzinatorischen Charakter. Inhaltlich führen die Zwangserinnerungen fast ausschliesslich Szenen oder Erlebnisse aus einer weit — 10 Jahre und länger — zurückliegenden Zeit vor, und Patient hat den Eindruck, dass er zur Zeit des betreffenden Erlebnisses sich bereits in einer deprimierten Stimmung befunden habe. Dabei handelt es sich gewöhnlich nicht um von lebhaften Gefühlen begleitete, peinliche oder freudige, auch nicht um besonders interessante oder auffällige, sondern nur um gleichgültige, alltägliche Vorkommnisse. Erinnerungen aus neuerer Zeit nehmen nie den Zwangscharakter an. Bemerkenswert ist ferner, dass die Zwangserinnerungen fast ausschliesslich aus Gesichtsbildern bestehen; neben diesen stellen sich nur Geruchserinnerungen mitunter ein; akustische Erinnerungen und die gewöhnlichen Zwangsvorstellungen begrifflicher Natur sind dagegen in dem Zwangsdanken des Patienten nicht vertreten. Was die Dauer der Belästigung durch diese Zwangserinnerungen anbelangt, so hielt dieselbe früher mitunter einen halben Tag und länger, selbst den ganzen Tag, zumeist jedoch nur einige Stunden an. Dabei kam es vor, dass eine einzelne Zwangserinnerung den Patienten den halben und selbst den ganzen Tag verfolgte. So wurde z. B. voriges Jahr durch Blumen Geruch bei demselben die Erinnerung an ein Zimmer geweckt, in welchem er eine Leiche umgeben von Kränzen und Blumensträußen liegend gesehen hatte und ein ähnlicher Blumengeruch herrschte, und diese Erinnerung verliess ihn den ganzen Tag nicht. Das in Frage stehende Erlebnis fiel in sein 15. Lebensjahr. Der Anblick des Zimmers mit der aufgebahrten Leiche hatte seiner Zeit durchaus keinen besonderen Eindruck auf ihn gemacht. So hartnäckig persistieren einzelne Zwangserinnerungen jedoch nur selten; gewöhnlich findet in den einzelnen Perioden der Zwangsbelästigung ein rascherer oder langsamerer Wechsel der Bilder statt, die einzelne Erinnerung erhält sich von einer Stunde bis zu einigen Minuten und noch kürzere Zeit. In neuerer Zeit ist der Zustand wechselnd und eine gewisse Besserung nicht zu verkennen. Ganz frei von Zwangserinne-

rungen ist Patient zwar keinen Tag, doch treten dieselben im allgemeinen in kürzeren Attacken auf als früher und zwar hauptsächlich dann, wenn sich Patient besonders abgespannt fühlt, daher häufiger abends als morgens. Die einzelnen Zwangserinnerungen sind gewöhnlich von flüchtiger Natur, währen nur einige Minuten oder noch kürzer, ja sie huschen mitunter nur vorüber, ab und zu zeigen jedoch einzelne Erinnerungen grössere Hartnäckigkeit. So konnte er vor kurzem während einer ganzen Kollegstunde die Erinnerung an einen gewissen Sauerkrautgeruch nicht losbringen, der vor etwa 13 oder 14 Jahren, als bei seinen Eltern Sauerkraut gekocht wurde, das Haus erfüllte. Bei den länger beharrenden Zwangserinnerungen zeichnet sich die Reproduktion sozusagen durch photographische Treue, i. e. genaue Wiedergabe der Details der seinerzeitigen Wahrnehmungen aus. Der Patient sieht sich z. B. mitten im Frühling in eine Winterlandschaft versetzt, die er in seinen Kinderjahren gesehen hat, wobei alle die Einzelheiten jener Landschaft vor sein geistiges Auge treten; oder er sieht sich in der Kinderstube, mit bestimmten Laubsägearbeiten beschäftigt, u. s. w.

Der Patient ist im Allgemeinen auch im Stande, die einzelnen sich etwas länger erhaltenden Zwangserinnerungen in bezug auf Zeit und Ort genau zu lokalisieren; mit dem Bilde stellt sich auch die Erinnerung ein, wann und wo er das betreffende Erlebnis hatte. Die Reproduktion erstreckt sich hierbei sogar auf gewisse Nebenumstände; er erinnert sich z. B. der Witterungsverhältnisse des in Frage stehenden Tages, der Personen, welche lediglich zufällig bei dem betreffenden Vorfall anwesend waren. Die Details der einzelnen länger verweilenden Erinnerungen sind auch gewöhnlich von Anfang an schon vorhanden, sie entwickeln sich nicht erst allmähig mit der Andauer des Bildes. Patient ist von der Korrektheit seiner detaillierten Zwangserinnerungen völlig überzeugt. Bei den flüchtigen Erinnerungen ist die Reproduktion dagegen weniger genau, und Patient hat bei denselben auch nicht das volle Bewusstsein der Korrektheit.

Bei rascherem Wechsel der Zwangserinnerungen werden dieselben in der Regel durch wechselnde äussere Eindrücke hervorgerufen. Als auslösende Reize sind von äusseren Momenten nach der Ansicht des Patienten im Allgemeinen nur Gesichts- und Geruchseindrücke wirksam, während Gehörs-, Geschmacks- und Tasteindrücke keinen derartigen Einfluss äussern. Bei gleicher Umgebung kann die wechselnde Beleuchtung, auch die wechselnde Gemütslage als Reproduktionsreiz wirksam werden. Die länger verweilenden Erinnerungen treten zum Teil ohne erkennbaren Anstoss auf; doch sind die anscheinend spontan sich einstellenden Reminiscenzen viel seltener als die durch äusseren Anstoss geweckten.¹⁾

¹⁾ In diesem Punkte weicht die mündliche Angabe des Patienten von der in seinem schriftlichen Berichte enthaltenen ab.

Vor dem Wiederauftreten des Zwangsvorstellungsleidens und auch schon vor dem ersten Anfall desselben bestand bei dem Patienten eine Neigung, sich bei allen möglichen Anlässen an frühere Erlebnisse zu erinnern, wobei das Prinzip der Ähnlichkeit sowohl als das des Kontrastes sich geltend machte. Die betreffenden Reminiscenzen hatten jedoch keinen Zwangscharakter; sie liessen sich immer leicht bannen. Gegenwärtig macht sich diese Neigung nicht mehr in der Breite des Physiologischen, sondern nur mehr in Zwangsform bemerklich. Zeitweilig geben die äusseren Eindrücke fortwährend zum Auftreten von Zwangserinnerungen Anlass, deren Weckung ebenfalls den Assoziationsgesetzen der Ähnlichkeit und des Kontrastes folgt. Die durch Kontrastassoziation hervorgerufenen Zwangserinnerungen sind dem Patienten am peinlichsten, weil bei denselben der Gegensatz zur Wirklichkeit als besonders störendes Moment empfunden wird.

Was Patient als „Entwertung der Gegenwart“ bezeichnet, beruht darauf, dass durch die Zwangserinnerungen seine Aufmerksamkeit mehr minder okkupiert und dadurch der Gegenwart mit ihren Eindrücken und ihren verschiedenen Anforderungen entzogen wird. Der Zustand, in welchen Patient zeitweilig durch das fortwährende Sich-einschieben von Erinnerungen in den Verlauf seines Vorstellens versetzt wird, ist eine Art Dämmerzustand; er lebt mehr in der Vergangenheit als in der Gegenwart. Durch den Anblick einer bestimmten Gegend wird z. B. sofort die Erinnerung an eine früher gesehene Gegend erweckt und dadurch die Aufmerksamkeit von der ihn umgebenden Wirklichkeit abgelenkt, ein neuer Anblick ruft eine neue Erinnerung wach u. s. w. Patient bemüht sich gewöhnlich, gegen dieses fortgesetzte Eindringen von Reminiscenzen in sein Bewusstsein anzukämpfen, was ihn sehr anstrengt und ermüdet.

Was die Beziehungen der Zwangserinnerungen zur Gemütssphäre anbelangt, so verknüpfen sich dieselben nicht mit ausgesprochenen Angstgefühlen, aber mit Gefühlen peinlicher Verstimmung; wenn die Belästigung durch die Zwangserinnerungen länger anhält, ist die Depression sehr erheblich. Dieselbe wird lediglich durch die Wiederkehr des Zwangsvorstellens und die hierdurch bedingte Störung des normalen Gedankenablaufes verursacht, nicht durch irgend welche Erwägungen anderer Art. Der Patient wird aber mitunter auch anscheinend spontan von Verstimmungszuständen heimgesucht, welche sekundär das Auftauchen von Zwangserinnerungen nach sich ziehen.

Die Untersuchung ergab, dass der Patient mit mehrfachen Degenerationszeichen behaftet ist, auf welche ich jedoch mit Rücksicht auf den Stand des Patienten nicht weiter eingehe; ausserdem Steigerung der Sehnenreflexe. Seitens der Organe der Brust- und Bauchhöhle nichts Bemerkenswertes.

Wie wir aus dem Angeführten ersehen, ist in dem Zwangsdanken des Patienten lediglich eine Spezies von Zwangsvorstellungen vertreten, die von den bisher bekannt gewordenen sich in mehrfacher Hinsicht unterscheidet: Es handelt sich ausschliesslich um Zwangserinnerungen von ganz besonderer Art, die zu keinerlei weiteren Assoziationen Anstoss geben.

Die in Frage stehenden Erinnerungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie einer weit zurückliegenden Vergangenheit angehörige Begebenheiten betreffen, Begebenheiten, welche an sich in keinerlei Weise geeignet waren, sich dem Gedächtnis besonders einzuprägen — einfache, alltägliche Situationen und Vorkommnisse —, dass unter denselben die optischen Bilder weit prädominieren und diese die seinerzeitigen Eindrücke zum Teil mit grösster Genauigkeit wiedergeben. Das Zwangsvorstellungsleiden des Patienten beschränkt sich jedoch nicht auf das Auftreten vereinzelter Zwangserinnerungen, die mehr oder minder lang persistieren. Zeitweilig macht sich bei dem Patienten eine Tendenz des Vorstellens geltend, von der Gegenwart und der Wirklichkeit fortwährend in die Vergangenheit abzuschweifen, in dem die wechselnden Wahrnehmungen fortlaufend zur Reproduktion immer neuer Zwangserinnerungen führen. Es liegt also bei dem Patienten ein Zustand vor, der den als Zweifel-, Frage- und Grübelsucht bekannten Varietäten des Zwangsdankens entspricht und daher als „Erinnerungssucht“ oder „Erinnerungszwang“ bezeichnet werden kann. Dass dieser Zustand bisher nicht schon öfters beobachtet wurde, wird einigermaassen verständlich werden, wenn wir die Ätiologie unseres Falles in Betracht ziehen.

Der Patient erwähnt, dass der ersten Phase des Leidens eine schwere nächtliche Beängstigung vorherging, an welche sich ein länger dauernder Angstzustand anschloss. Es handelte sich offenbar um einen Anfall von Pavor nocturnus, über dessen Verursachung nichts weiteres zu eruieren ist; ebenso wenig liess sich ermitteln, dass vor dem Anfalle irgend welche Momente bei dem Patienten einwirkten, welche geeignet waren, eine Schwächung seines Nervensystems herbeizuführen. Dagegen wissen wir, dass derselbe in gewissem Maasse erblich belastet ist und sich von Jugend auf durch ein auffallendes Gedächtnis für gleichgültige Dinge auszeichnete, während sein Gedächtnis in anderer Hinsicht, speziell für Unterrichtsgegenstände, nicht hervorragend war. Daneben kommt noch

ein Umstand in Betracht. Das auffallende Erinnerungsvermögen des Patienten für gleichgültige Dinge war und ist wesentlich visueller Natur. Bei dem Patienten ist das Gedächtnis für eine gewisse Gattung optischer Wahrnehmungen in besonderem Maasse entwickelt, nämlich für die äussere Form und die zufällige Gruppierung von Gegenständen; er behält das Äussere (Physiognomie und Kleidung) von Personen, die Gestaltung und Einrichtung von Wohnräumen, die Beschaffenheit und Gruppierung von Mobilien, die Details von Landschaften u. s. w. sehr genau in Erinnerung, das topographische Gedächtnis ist dagegen bei ihm nicht sehr bedeutend. Die besondere Entwicklung einer gewissen Seite des visuellen Gedächtnisses bei dem Patienten darf nicht als ganz exzeptionell betrachtet werden. Ballet¹⁾ bemerkt in seiner Arbeit über die innerliche Sprache bei Erörterung des innerlichen Sehens: „Während gewisse Personen von den Gegenständen nur eine unbestimmte Erinnerung und ein Bild mit verschwommenen Umrissen bewahren, vermögen andere ihre Gesichtsbilder mit einer grossen Leichtigkeit neu zu beleben; diese Bilder sind bei ihnen von solcher Klarheit, dass der Gegenstand in der Vorstellung fast dieselbe Schärfe hat, wie in der Wirklichkeit.“

Ausserdem spielten die Erinnerungen unter den Assoziationen des Patienten, wie wir sahen, schon immer eine besonders bedeutende Rolle. Die erwähnten geistigen Eigentümlichkeiten des Patienten mögen eine gewisse Erklärung dafür geben, dass bei demselben die Zwangsvorstellungen lediglich in der Form von Erinnerungen und zwar ganz speziell visueller Erinnerungen auftreten.

Es ist bekannt, dass der Inhalt der Zwangsvorstellungen durch die herrschende Gedankenrichtung des Patienten sehr beeinflusst wird. Personen, welche von Haus aus von ängstlicher und skrupulöser Natur sind, werden häufig von Zwangszweifeln und Zwangsskrupeln befallen; übertriebene Liebe zur Reinlichkeit und Prüderie führen oft zur Mysophobie, Personen von sehr religiösem Gemüte werden per Kontrast von sakrilegischen Zwangsvorstellungen verfolgt u. s. w. Es ist daher begreiflich, dass bei dem Patienten gerade diejenigen Vorstellungen Zwangscharakter annahmen, deren Reproduktion durch die Eigentümlichkeiten seines Gedächtnisses und seiner assoziativen Neigungen besonders erleichtert wird.

¹⁾ G. Ballet: Die innerliche Sprache und die verschiedenen Formen der Aphasie; übersetzt von Bongers 1890, S. 49.

Ich konnte bisher weder unter meinem eigenen Beobachtungsmateriale, noch in der Literatur einen weiteren Fall finden, welcher in bezug auf das zwangsmässige Sicherinnern mit dem vorstehend mitgeteilten völlig übereinstimmt. Janet spricht von Erinnerungsmanien (*Manies de remémoration*) und erwähnt, dass dieselben verschiedene Formen annehmen können; hierher zählt nach Janet's Auffassung auch der Rekapitulationszwang.

Der Autor berichtet über folgenden Fall, der eine gewisse Verwandtschaft mit dem von mir beobachteten erkennen lässt.

Es handelt sich um eine 33jährige Kranke Cz., welche früher in ihren Erinnerungen nachgeforscht hatte, ob sie sich nichts vorzuwerfen habe. „Jetzt“, bemerkte die Kranke, „ist es eine ganz andere Sache. Ich erzähle mir beständig, was ich vor 8 oder 14 Tagen getan habe, ich komme dazu, die Dinge genau zu sehen, obwohl ich daran kein Interesse habe, das quält mich einfach, kommt aber mir zum Trotz immer wieder.“¹⁾

Auch bei einer von Warda²⁾ beobachteten Kranken, bei welcher paranoische und Zwangssymptome neben einander bestanden, machte sich zeitweilig ein gewisser Erinnerungszwang geltend, der namentlich durch den Verkehr der Patientin mit ihrer Schwester geweckt wurde: „zahllose Erlebnisse, gemeinsame Reisen, irrelevante Vorgänge drängen sich in ihrem Denken durcheinander.“

C. Mechanismus der Zwangsvorstellungen.

In der Lehre von den Zwangsvorstellungen bildet der Mechanismus dieser psychopathischen Erscheinungen das schwierigste Kapitel, und es sind auch bezüglich desselben die meisten und schroffsten Meinungsverschiedenheiten bei den Autoren zu Tage getreten. Wenn von den bisherigen Zwangstheorien keine allgemeinere Anerkennung erlangte, so ist dies darauf zurückzuführen, dass von den Autoren, welche sich mit der Erklärung des Zwangscharakters der Zwangsvorstellungen beschäftigten, immer nur ein Teil der Zwangsvorstellungen und nur ein Teil der den Zwang bedingenden Momente berücksichtigt wurde.

1) Janet l. c. S. 125.

2) Warda l. c.

Wir haben in dem die Definition behandelnden Abschnitte gesehen, dass das Grundelement der Zwangseigenschaft das von uns als „Immobilität“ bezeichnete Verhalten bildet, welchem wir sowohl bei einzelnen Vorstellungen von konstantem Inhalte, als bei Vorstellungsreihen von wechselndem Inhalte, i. e. assoziativen Tendenzen begegnen. Wir werden bei unserer Untersuchung uns zunächst mit den Zwangsvorstellungen mit konstantem Inhalte beschäftigen und dabei von den Verhältnissen des normalen psychischen Lebens ausgehen, da sich Zwangsvorstellungen auch bei Gesunden finden.

Die psychischen Elemente, welche jeweils den Inhalt unseres Bewusstseins bilden, sind, wie die Erfahrung lehrt, in weitgehendem Maasse von unserem Willen abhängig. Wir sind nicht nur in der Lage, nach unserem Belieben unsere Sinne bestimmten äusseren Eindrücken zuzuwenden und anderen gegenüber abzuschliessen, wodurch wir gewisse Wahrnehmungen erlangen, sondern auch unsere von momentanen Einwirkungen der Aussenwelt unabhängigen Denkprozesse in einer gewissen Richtung zu erhalten und einem bestimmten Ziele zuzuführen, i. e. den Verlauf der Assoziationen zu beherrschen. Wie die Reproduktion, d. h. die Einführung der psychischen Elemente in unser Bewusstsein, so ist auch deren Ausschleiden aus demselben in weitgehendem Maasse dem Willen untertan. Die Fortführung unserer Assoziationen in einer gewissen Richtung erheischt einen beständigen Wechsel der Bewusstseinsinhalte, eine Verdrängung der momentan vorhandenen Vorstellungen durch neu zufließende. Dieses Verhalten setzt gewisse Eigenschaften der Komponenten unseres Bewusstseins, der Vorstellungen, voraus. Wir müssen annehmen, dass dieselben unter normalen Verhältnissen eine gewisse Mobilität besitzen, so dass dieselben neu auftauchenden Assoziationen gegenüber ihren Platz im Bewusstsein räumen, sich in diesem nicht länger erhalten, als der durch unseren Willen geleitete Gang des Denkprozesses es erfordert. Die einfachste Selbstbeobachtung lehrt jedoch, dass auch unter normalen Verhältnissen die Vorstellungen die Eigenschaft der Mobilität oder Verdrängbarkeit in ungleichem Maasse zeigen und ein und dieselbe Vorstellung unter verschiedenen Umständen verschiedene Grade von Mobilität aufweisen kann. Wir können über eine erfreuliche oder betrübende Wahrnehmung, einen erfreulichen oder betrübenden Gedanken nicht ebenso rasch hinweggehen wie über eine gleichgiltige

Wahrnehmung oder Idee. Und selbst wenn es uns gelungen ist, eine erfreuliche oder traurige Vorstellung momentan zu verdrängen, so zeigt dieselbe doch mehr Neigung, im Bewusstsein wieder aufzutauchen, als irgend eine indifferente Idee. Selbst manche nicht deutlich mit Lust oder Unlust verknüpfte Vorstellungen, die aus irgend einem Grunde unser Interesse stark in Anspruch nehmen, lassen sich nicht ohne weiteres nach unserem Belieben bannen. Wir sehen also, dass die Mobilität der Vorstellungen im Bereiche der Norm Abstufungen zeigt, und müssen uns daher zunächst mit der Frage beschäftigen, von welchen Momenten diese abhängen.

1. Der erste Umstand, auf den wir bei Prüfung der hier in Betracht kommenden Verhältnisse stossen, ist die Intensität der Gefühlsbetonung der Vorstellungen. Erhebliche Stärke des den Vorstellungen anhaftenden Gefühlselementes, welcher Art dasselbe auch sein mag, verringert die Mobilität der Vorstellungen. Das Gefühlselement erweist sich hier, bildlich gesprochen, als ein belastender, das Gewicht der Vorstellungen vermehrender Faktor, der die Mobilität derselben herabdrückt, ihre Verdrängung erschwert. Eine ähnliche Bedeutung wie das Gefühlselement für die einzelnen Vorstellungen hat jenes psychische Verhalten, welches wir als „Stimmung“ bezeichnen, i. e. der zeitweilige Gefühlsgrundton unseres Vorstellens oder die dem jeweiligen Vorstellen vorherrschend anhaftende Gefühlsbetonung.

Wir wissen, dass bei trauriger Stimmung der Ablauf des Vorstellens verlangsamt, die Assoziation erschwert, bei heiterer der Wechsel der Vorstellungen beschleunigt, die Assoziation erleichtert ist. Luststimmung erhöht daher die Mobilität der Vorstellungen, Unluststimmung verringert dieselbe. Ähnlich verhält es sich mit den Affekten, jenen Gemütszuständen, welche durch das jähe Auftreten mächtiger Gefühle charakterisiert sind; eine Ausnahme besteht nur insofern, als sehr intensive Affekte gewöhnlich zunächst die Assoziation hemmen, d. h. die Mobilität der Vorstellungen gewaltig verringern.

2. Eine ungleich geringere Bedeutung als der Intensität des Gefühlselementes kommt in Bezug auf die Mobilität der Vorstellungen an sich, d. h. des intellektuellen Bestandteiles derselben zu. Der Einfluss dieses Momentes äussert sich auch mehr an Vorstellungskomplexen als an einzelnen Vorstellungen. Ein Vorgang,

den wir mit gespanntester Aufmerksamkeit verfolgt, ein Gegenstand, mit dem sich unser Denken eingehend und angestrengt beschäftigt hat, ist nicht so leicht aus unserem Bewusstsein zu verdrängen, als ein flüchtig beachteter Vorfall oder eine Gedankenreihe, die keine Vertiefung erheischte¹⁾.

3. Ein drittes, die Mobilität beeinflussendes Moment bilden körperliche Gefühle. Schmerzen und andere abnorme Sensationen haben die Eigenschaft, den Vorstellungen des leidenden Teiles oder der gestörten Funktion im Bewusstsein eine besondere Dauer und Stärke zu verleihen. Ähnlich wirken die Gefühle, in welchen sich körperliche Bedürfnisse kundgeben (Hunger, Durst, sexuelle Gefühle). Demjenigen, der von heftigem Hunger geplagt ist, fällt es ungleich schwerer, seine Gedanken von der Beschäftigung mit Speisen abzulenken, als dem Gesättigten.

4. Es fragt sich nun noch, ob auch der Inhalt der Vorstellungen unabhängig von anderen Momenten von Bedeutung für deren Mobilität, resp. Verdrängbarkeit ist. In Bezug auf diese Eigenschaft hat Friedmann in jüngster Zeit einer Kategorie von Vorstellungen die er als „unabgeschlossene“ bezeichnet, eine besondere Stellung zugeschrieben, und die Ansicht dieses Autors beansprucht hier eingehende Würdigung.

Die Zwangsvorstellung hat nach Friedmann wesentlich andere und ungleich stärkere Parallelen im normalen Denken als die gewöhnlich angeführten abrupten Einfälle und die harmlosen, der Erinnerung sich aufdrängenden Melodien. „Denn in jedem Denken, in dem normalen wie dem krankhaften, wohnt dieser gesamten Gruppe von unabgeschlossenen Vorstellungen der ihren Träger irritierende und ihn verfolgende Charakter des Denkwanges bei, sei es, dass der Abschluss aus einem logischen Grunde oder durch ein tatsächliches Hindernis versagt bleibt. Es sind das die 4 Kategorien der Sorge und der Befürchtung, der Erwartung, des Zweifels und endlich der ganz isoliert bleibenden und unverstandenen Vorstellungen, z. B. einer einfachen abnormen Empfindung. Allen gemeinsam ist die Ungewissheit, beim Zweifel ist sie eine logische, bei den übrigen Formen, deren Abschluss und Ausgang der Zukunft anheimsteht, eine tatsächliche.“

¹⁾ Vergl. hierzu die Ausführungen S. 277 u. f.

Die Ungewissheit ist nach Friedmann nicht nur peinlich, sondern drängt sich auch immer von neuem in das Bewusstsein. F. betont, dass die isoliert bleibende Vorstellung ein logisches Uning ist, da zwei Grundgesetze den Vorstellungsablauf beim reflektierenden Denken beherrschen: Die Notwendigkeit des Fortschreitens von Objekt zu Objekt, von Gedanke zu Gedanke und zweitens der Assoziationszwang. An jedes neue Objekt ketten sich so lange Assoziationen, bis mit einer derselben eine feste, giltige Urteilsassoziation gebildet, bis das Objekt also „verstanden“ werden kann. So lange das nicht möglich ist, besteht eine innere Unruhe, nämlich die Stufenfolge der Neugier, Spannung, Verlegenheit bis zur Furcht vor dem Unverstandenen. Dem Assoziationszwang ist nach F. analog der drängende Impuls, ein im Flusse befindliches Thema zu Ende zu denken. Stärker noch als die logische Unabgeschlossenheit wirkt die tatsächliche, die Ungewissheit über ein erwartetes Ereignis oder gar über eine als drohend vorgestellte Gefahr. Die Erwartung erregt Ungeduld, Unruhe, die Idee des Kommenden drängt sich immer wieder auf, kurz es entsteht ein typischer formaler Vorstellungszwang. „So lange nur die Erwartung möglich ist, beherrscht sie das Gedankenleben der Person, und sie drängt sich, gewaltsam andere Reflexionen durchbrechend, vor. Auf dieser Eigenschaft unseres Geistes beruht jene Spannung, welche wir schon beim Lesen eines erdichteten Romans und noch mehr beim Ansehen eines Schauspiels empfinden, und sie steigert sich nach dem Naturell der Person bis zur Unerträglichkeit im Angesichte wirklicher, subjektiv als solcher empfundener Gefahr.“

Den klassischen Typus der in Frage stehenden Denkvorgänge bildet nach F. die ganz isolierte und unverstanden bleibende Vorstellung.

Der Affekt der Spannung und Unruhe, welcher durch die Hemmung des Fortschreitens unseres Gedankenablaufes hervorgerufen wird, ist jedoch, wie der Autor hervorhebt, nicht die einzige natürliche Konsequenz der Erwartung und der Sorge. Durch die stetige Wiederkehr der gleichen Vorstellung wird das psychische Organ der identischen häufigen Wiederholung des gleichen lästigen Reizes ausgesetzt und zwar eines solchen, der die Aufmerksamkeit fesselt und angespannt hält. Das Gehirn ist aber gegen lebhaft empfundene sich folgende Reize sehr intolerant und widersetzt sich denselben

energisch. Hieraus folgt eine weitere wichtige Konsequenz. Unser Denken behandelt eine lebhaftere und drängendere Vorstellung der Sorge und des Zweifels nicht in ruhiger Reflexion, sondern fasst die Idee gerne wie einen Eindringling lästiger Art auf, gegen den man ankämpfen muss. Ja, es empört sich über den eigenen Kopf, der von der peinlichen Reflexion nicht lässt, und so resultiert schliesslich der Eindruck, als ob die Idee dem Denken selbst fremdartig sei. Dies geschieht um so eher, wenn solche Ideen abnorm gesteigert sind, d. h. wenn es sich um krankhafte Zwangsideen handelt. Auch dieses Verhalten hat man für eine primäre Eigentümlichkeit der Zwangsvorstellung, nicht für einen sekundären Umstand angesehen, und nach F's Meinung ist man auch hierdurch von der richtigen Deutung abgedrängt worden.

Die Auffassung Friedmann's enthält zweifellos einen wertvollen Kern. Gegen die Formulierung, in welcher der Autor dieselbe präsentiert, erheben sich jedoch gewichtige Bedenken. Die zwei Grundgesetze, welche nach F. den Vorstellungsablauf beim reflexiven Denken beherrschen sollen, haben tatsächlich nur eine sehr beschränkte Geltung. Die logisch unabgeschlossene, unverstandene Vorstellung drängt keineswegs immer zu weiteren Assoziationen, die auf Erreichung eines Verständnisses hinzielen, wie tausendfache alltägliche Erfahrungen lehren. Der un- und halbgebildete Zeitungsleser stösst täglich bei seiner Lektüre auf eine Anzahl von Ausdrücken, deren Bedeutung er nicht kennt und auch in gar keiner Weise zu ergründen sucht. Der Mangel dieses Verständnisses lässt ihn vollständig gleichgiltig, erregt nicht den geringsten Assoziationszwang. Auch der Gebildete nimmt täglich Erscheinungen wahr, die er nicht versteht, ohne sich weiter um dieselben zu kümmern und durch seine Unkenntnis irgendwie beunruhigt zu werden. Um nur ein Beispiel zu geben, wie viele Gebildete gebrauchen täglich das Telephon, ohne von den physikalischen Prinzipien, auf welchen die Konstruktion desselben beruht, eine Vorstellung zu haben und ohne hierdurch veranlasst zu werden, sich hierüber zu informieren. Das Aufklärungsbedürfnis und der Assoziationszwang, welche beide in unserem normalen Denken sich zweifellos geltend machen, wären ein Unglück für die Menschheit, wenn sie die von Friedmann angenommene Herrschsucht besässen. Sie werden jedoch in ihrer Wirksamkeit ganz gewaltig durch die uns inwohnende Fähigkeit

eingengt, unser Denken auf das zu beschränken, was wir für nützlich oder wünschenswert erachten, i. e. was uns interessiert. Die logische Ungewissheit, der Zweifel ist deshalb auch keineswegs immer mit der Tendenz behaftet, sich in das Bewusstsein ständig einzudrängen, und daher auch nicht immer peinlich. Ob die des Giftmordes angeklagte X. schuldig oder unschuldig ist, ob für den vakanten Ministerposten Herr von X. oder Herr von Y. gewählt wird, ob dieser oder jener Gesetzesvorschlag im Reichstag angenommen wird, beeinflusst mein Denken nicht im mindesten. Ich bin selbst in der Lage, über Zweifel, die mich direkt berühren, z. B. ob ein mir angekündigter Besuch stattfinden wird oder nicht, ob ich bei der Notwendigkeit eines Einkaufs diesen oder jenen Gegenstand wählen, eine vorliegende Arbeit in dieser oder jener Weise erledigen, in einer Familienangelegenheit diese oder jene Entscheidung treffen werde, kurzer Hand hinwegzugehen, ohne dabei irgendwie eine Beunruhigung zu fühlen.

Ebenso verhält es sich mit den tatsächlich unabgeschlossenen Vorstellungen der Ungewissheit in Betreff der Zukunft. Es ist ein Irrtum, wenn F. glaubt, dass direkt reziprok mit dem Begriffe der Erwartung derjenige der Ungeduld ist. Die Erwartung irgend eines Ereignisses muss sich bei dem normalen Menschen keineswegs mit einer peinlichen Spannung oder Ungeduld verknüpfen und auch zu keiner Art von Denkwang führen. Selbst Ereignissen von grosser Wichtigkeit kann der psychisch normale Mensch ohne gemüthliche Irritation und, ohne sich damit ständig zu beschäftigen, entgegensehen. Es sei hier nur an das Verhalten schwangerer Frauen erinnert; viele derselben sehen sicher ihrer Entbindung in voller Gemütsruhe entgegen. Sorgen und Befürchtungen in Betreff kommender Dinge sind ihrer Natur nach infolge des ihnen anhaftenden emotionellen Elementes (Angstgefühles) peinlich, müssen aber trotzdem sich nicht beständig in's Bewusstsein drängen. Bei normaler Geistesverfassung lassen sich selbst ernste Sorgen und Befürchtungen zeitweilig aus dem Kopfe scheuchen, und im allgemeinen steht die Neigung dieser Vorstellungen, das Bewusstsein zu okkupieren, im Verhältnisse zur Intensität des mit ihnen verknüpften Angstgefühls. Die Sorge, ob eine Toilette nach Wunsch ausfällt, an Stelle einer abgehenden Köchin ein geeigneter Ersatz gefunden wird, hat für eine Frau begreiflicherweise eine andere Bedeutung als die

Sorge um ein schwerkrankes Kind. Diese lässt sich wegen des anhaftenden stärkeren Angstgefühls ungleich schwerer bannen, als die Sorgen wegen der erwähnten untergeordneten Angelegenheiten.

Es lässt sich demnach wohl sagen, dass die Kategorie der un-abgeschlossenen Vorstellungen in der Breite des Normalen nicht in Folge ihrer Unabgeschlossenheit allein schon den ihren Träger irritierenden und verfolgenden Charakter des Denkwanges besitzt, den ihr F. zuschreibt. Was F. als psychologische Folge der Unabgeschlossenheit ansieht, gilt nur für einen Geisteszustand, den wir nicht mehr als normal anzuerkennen vermögen, sondern als Teilerscheinung der Nervosität betrachten müssen. Bei den Sorgen und Befürchtungen andererseits lässt sich, soweit bei denselben überhaupt von einem sekundären Denkwang die Rede ist, dieser nicht auf die Unabgeschlossenheit allein oder in erster Linie, sondern überwiegend auf das begleitende emotionelle Element (genauer gesagt dem zu Grunde liegenden andauernden emotionalen Zustand) zurückführen. Was wir zugeben können ist lediglich, dass den un-abgeschlossenen Vorstellungen in Anbetracht ihres Inhalts eine geringere Mobilität (Verdrängbarkeit) als anderen Vorstellungen zukommt und dass sie infolge dieses Umstandes eine gewisse Prädisposition für den Zwangscharakter besitzen.

Wir haben im Vorstehenden die Momente kennen gelernt, welche die Mobilität der einzelnen Vorstellungen zu verringern geeignet sind. Der normale psychische Organismus ist jedoch durch die ihm innewohnenden Willens- und Assoziationskräfte befähigt, auch mit Vorstellungen von geringerer Mobilität fertig zu werden, d. h. dieselben aus dem Bewusstsein zu verdrängen. Wir können von einer quälenden Sorge uns befreien, indem wir uns in Verhältnisse begeben, welche unsere Gedanken in eine andere Richtung lenken (uns zerstreuen), oder, indem wir direkt durch unseren Willen unsere Gedanken auf einen Gegenstand konzentrieren, welcher dem Objekt der Sorge ferne liegt. Je geringer die Mobilität der zu beseitigenden Vorstellung ist, um so grösserer Willensanstrengung bedarf es im allgemeinen, eine derselben fernliegende Gedankenkette in das Bewusstsein einzuführen und in demselben zu erhalten und dadurch die Verdrängung zu betätigen. Da die Leistungsfähigkeit unseres psychischen Organismus unter normalen Verhältnissen erheblichen Schwankungen unterliegt, von welchen der Willenseinfluss

nicht unberührt bleibt, so liegt der Gedanke nahe, dass Vorstellungen von gleich geringer Mobilität bald leichter bald schwerer sich verdrängen lassen. Die Erfahrung lehrt auch, dass in Zuständen der Ermüdung oder Erschöpfung es uns ungleich schwerer fällt, eine Sorge, eine Befürchtung zu verscheuchen, als wenn wir uns im Besitze unser vollständigen geistigen Spannkraft befinden. Eine Sorge, die wir unter Tags im Drange der Geschäfte bei normaler geistiger Energie unschwer bannen, bedrängt uns nachts, wenn uns der Schlaf flieht, in hartnäckiger Weise, und ihre definitive Verscheuchung erheischt viele Mühe. Was in Zuständen reduzierter geistiger Leistungsfähigkeit die Verdrängung der Vorstellung von geringerer Mobilität erschwert, ist nicht bloß die Abnahme des Willenseinflusses, sondern auch die Abschwächung der Assoziationstätigkeit. Die assoziativen Reize, die von den im Bewusstsein vorhandenen Vorstellungen ausgehen, sind von geringerer Intensität, Associationen, welche sich unter gewöhnlichen Verhältnissen leicht und rasch einstellen, kommen daher nur zögernd und unvollständig. Es handelt sich also um ein Zusammentreffen von 2 Faktoren, welche das Verharren wenig mobiler Vorstellungen im Bewusstsein gleich begünstigen: der Wille arbeitet mit verringerter Kraft, und der Assoziationsmechanismus reagiert auf seine Einwirkung mit verminderter Leistung.

Das Verständnis des im Vorstehenden Bemerkten erheischt es, dass wir hier noch kurz auf die Beziehungen des Willens zu den Assoziationsvorgängen eingehen, wobei wir jedoch den Streit zwischen Voluntaristen und Assoziationspsychologen unberührt lassen wollen.

Wir haben dem Sprachgebrauche und auch in gewissem Maasse der psychologischen Ausdrucksweise folgend von dem Willen als einer einfachen Potenz gesprochen, welche den Ablauf der Assoziationen in weitgehendem Maasse bestimmt. Hierzu hat uns der Umstand berechtigt, dass man gewohnt ist, den Willen als eine besondere Seite des Seelenlebens dem Intellekt (i. e. dem Vorstellen) und dem Gemüte gegenüber zu stellen. Die Trennung des Willens vom Vorstellen ist jedoch nicht darin begründet, dass das Wollen eine vom Vorstellen wesentlich verschiedene psychische Tätigkeit bildet. Was wir als Willensakte kennen, sind lediglich Vorstellungen, die sich von anderen Vorstellungen dadurch unterscheiden, dass ihr Inhalt ein durch äussere Handlung oder innere Tätigkeit zu erreichendes Ziel bildet. Die Vorstellungen, die wir als Wollen

bezeichnen, charakterisieren sich als Zielvorstellungen; es gibt kein Wollen ohne das Bewusstwerden eines Zieles. Diese Zielvorstellungen sind, soweit sich dieselben auf innere Vorgänge beziehen, für die Richtung der Assoziationsfähigkeit in besonderem Maße bestimmend und zwar in zweifacher Hinsicht: a) indem sie die für den Fortgang des Assoziationsprozesses in einer gewissen Richtung erforderlichen Assoziationen anregen, b) indem sie das Abirren des Assoziationsvorgangs auf unpassende Wege verhindern. Diese erhöhte und ausschlaggebende assoziative Bedeutung wird den Zielvorstellungen des Wollens dadurch verliehen, dass dieselben nicht wie andere Vorstellungen lediglich mit den ihnen unmittelbar im Bewusstsein vorhergehenden Vorstellungen verknüpft sind. Das „Ich will“ besagt schon, dass jede Willensvorstellung mit dem ganzen mächtigen und geschlossenen Vorstellungskomplex unseres Ego verknüpft ist und von diesem sozusagen gespeist wird. Eine Bemerkung, die ich zufällig höre, ein Gedanke, welcher zufällig in mir auftaucht, kann eine Reihe anderer Gedanken wachrufen, aber immer ist die auf diesem Wege geweckte Assoziationskette beschränkt. Eine einzige Willensvorstellung kann dagegen unserer geistigen Tätigkeit für Dezennien die Richtung geben.

Die Momente, welche unter normalen Verhältnissen die Mobilität der Vorstellungen verringern, müssen für uns den Ausgangspunkt für die Eruierung jener Faktoren bilden, welche den pathologischen Zwangscharakter sowohl einzelner Vorstellungen von konstantem Inhalte, wie gewisser assoziativer Richtungen bedingen. Wenn wir zunächst die Zwangsvorstellungen von konstantem Inhalte berücksichtigen, gelangen wir auf Grund des im Vorstehenden Dargelegten zur Unterscheidung von 3 Gruppen von Zwangsursachen;

A) inhärente Faktoren, d. h. dem intellektuellen Bestandteile der Vorstellung selbst innewohnende Eigenschaften. Als solche können lediglich Intensität und Qualität der Vorstellung in Betracht kommen;

B) adhärente Faktoren, i. e. mit dem intellektuellen Bestandteile der Vorstellung sich verknüpfende Momente;

C) unterstützende Momente, i. e. Umstände, welche nicht bei der Bildung der einzelnen bestimmten Zwangsvorstellung beteiligt sind, aber das Auftreten von Zwangsvorstellungen überhaupt begünstigen, resp. ermöglichen.

Die in- und adhärenen Faktoren bilden zusammen die essenziellen Zwangsursachen, d. h. jene Umstände, welche den Zwangscharakter einer bestimmten einzelnen Vorstellung bedingen. Die Wirksamkeit dieser Faktoren tritt jedoch nicht unter allen Verhältnissen, sondern gewöhnlich nur bei Gegenwart der unterstützenden Momente, i. e. einer gewissen Prädisposition ein.

I. Zwangsursachen der Zwangsvorstellungen von konstantem Inhalte.

A. Inhärenente Zwangsursachen.

1) *Intensität der Vorstellungen.*

Gegen die Annahme, dass der Zwangscharakter einer Vorstellung durch abnorme Intensität derselben bedingt sein mag, erheben sich a priori gewisse Bedenken. Es ist misslich, von einer Intensitätssteigerung der Vorstellungen als bewusster psychischer Elemente im allgemeinen und einer pathologischen Intensitätssteigerung derselben im besonderen zu sprechen, da wir, von den Sinnesempfindungen abgesehen, keinen Maßstab für die Unterscheidung verschiedener Intensitätsgrade der Vorstellungen besitzen. Dieser Einwand lässt sich, wie schon von Störring bemerkt wurde, dadurch hinfällig machen, dass man die Intensitätssteigerung lediglich für das physiologische Korrelat des bewussten Vorgangs in Anspruch nimmt. Für die Verursachung der Zwangseigenschaften von Vorstellungen durch abnorme Intensität derselben trat Friedmann früher am entschiedensten ein. Störring hat die Argumente, welche letzterer Autor für seine Ansicht anführte, einer eingehenden Kritik unterzogen und kam dabei zu dem Schlusse, dass eine gesteigerte Intensität der Korrelate von Vorstellungen als Ursache oder Mitursache von Zwangsvorstellungen nur für Sprachbewegungsvorstellungen, das sogenannte Gedankenlautwerden, sich annehmen lasse.¹⁾ Die Beschränkung, in

¹⁾ Auch Friedmann („Über den Wahn“ 2. Teil S. 91), betrachtet das Gedankenlautwerden als einen Beweis für die Intensitätssteigerung bei den Zwangsideen: „Die laut werdende Vorstellung“, bemerkt der Autor, „ist aber einfach identisch mit der Zwangsvorstellung, das Innervationsgefühl, welches im Kehlkopfe jedes gedachte Wort begleitet, wird hier mächtiger und da die Besinnung wohl erhalten ist, kann gar keine andere Erklärung ausgedacht werden als die, dass es mächtiger wird, weil eben die ganze Vorstellung intensiver ist.“

welcher Störring die Intensitätssteigerung als Zwangsursache gelten lassen will, ist jedoch nicht gerechtfertigt. Wir müssen bei Zwangsvorstellungen von konstantem Inhalte eine Intensitätssteigerung als Zwangsursache in allen Fällen annehmen, in welchen wir nicht andere essentielle Zwangsursachen aufzufinden vermögen. Neben dem Gedankenlautwerden lassen sich auch noch verschiedene andere Umstände anführen, welche auf eine Intensitätssteigerung der Vorstellungen als Zwangsursache hinweisen: die Art mancher Zwangsempfindungen, die Verknüpfung von Zwangsvorstellungen mit Halluzinationen, die Intensität der von vielen Zwangsvorstellungen ausgehenden Impulse.

Bezüglich der Intensitätssteigerung der Korrelate als Zwangsursache haben wir eine wichtige Unterscheidung zu treffen: Die gesteigerte Intensität kann sowohl unmittelbar bei dem ersten Auftreten der Vorstellung, als auch nachträglich, i. e. bei späterer Reproduktion der Vorstellung sich geltend machen — primäre und sekundäre Intensitätssteigerung.

a) Die primäre Intensitätssteigerung kann wiederum auf zwei Wegen zustande kommen: 1. durch abnorme Erregbarkeitsverhältnisse der in Betracht kommenden kortikalen Elemente; hierher gehören die Zwangsvorstellungen, die bei abnormer Erregbarkeit der Centren für die Sprachbewegungsvorstellungen (Gedankenlautwerden) entstehen, ferner manche Fälle, in welchen Zwangsvorstellungen zu Halluzinationen führen; 2. durch Hemmung der assoziativen Vorgänge.

Zwangsvorstellungen entstehen nicht selten unter der Einwirkung emotioneller Zustände (Angst, Schreck), in welchen die assoziative Tätigkeit gehemmt ist. Die in solchen Zuständen auftauchenden Vorstellungen gewinnen dadurch eine abnorme Intensität, dass die ihnen entsprechenden kortikalen Erregungen sich nicht wie unter normalen Verhältnissen nach allen Richtungen fortpflanzen können. Die Abflussbehinderung bedingt eine Art Stauung und damit ein Anwachsen der Intensität der in Frage stehenden kortikalen Erregungen.¹⁾ Die Bedeutung der durch Assoziationshemmung bedingten

¹⁾ Bei den Angstzuständen kommt, wie wir sehen werden, neben der Assoziationshemmung für die Bildung von Zwangsvorstellungen noch ein anderer Faktor in Betracht, die Verknüpfung auftauchender Vorstellungen mit Angstgefühlen.

Intensitätssteigerung der Vorstellungskorrelate wird uns durch den Umstand ganz besonders klar, dass wir willkürlich Vorstellungen von Zwangscharakter hervorrufen können. Bei vielen Personen gelingt es schon im gewöhnlichen Wachzustande, Zwangsvorstellungen durch verbale und andere Einwirkungen herbeizuführen, i. e. zu suggerieren. Was in anderen Fällen der emotionelle Zustand bewirkt, leistet hier in Bezug auf Assoziationshemmung die Gläubigkeit, i. e. die Neigung, von gewisser Seite eingegebene Vorstellungen ohne jede Kritik anzunehmen. Die mit vollem Glauben aufgenommene Vorstellung (Suggestion) führt zu keiner Gegenvorstellung, sie bleibt daher isoliert und erfährt hierdurch eine Intensitätssteigerung, die ihr Zwangscharakter verleiht. Bezüglich des letzteren unterscheidet sie sich von den auf anderem Wege entstandenen Zwangsvorstellungen in keiner Weise. Leichter als im Wachzustande gelingt bekanntlich die Hervorrufung von Suggestionen in jenem besonderen Zustande, den wir als Hypnose kennen. Ob es sich jedoch um Bildung von hypnotischen oder Wachsuggestionen handelt, immer ist es, wie ich schon anderweitig erklärt habe, das Verhalten der assoziativen Tätigkeit, was einer durch Suggestieren geweckten Vorstellung den Charakter der Suggestion und damit Zwangseigenschaft verleiht.¹⁾

b) Die sekundäre Intensitätssteigerung kann erstens dadurch zustande kommen, dass infolge eines momentanen Zustandes gesteigerter kortikaler Erregbarkeit die Korrelate von Vorstellungen (oder Wahrnehmungen), welche bei ihrem ersten Auftreten keine aussergewöhnliche Intensität aufwiesen, bei späterer Reproduktion eine abnorme Intensitätssteigerung erfahren. Diese Tatsache ist zwar schon von Jastrowitz in der Diskussion über den Westphal'schen Vortrag erwähnt worden, hat bisher jedoch sehr wenig Berücksichtigung gefunden. Ich habe auf dieselbe bereits bei Besprechung der musikalischen Zwangsvorstellungen, bei welchen dieselbe häufig und in besonders prägnanter Weise sich geltend macht, hingewiesen. Die bei Gesunden vorkommenden Zwangsvorstellungen sind zum grossen Teil auf dieses Moment zurückzuführen. Ich begnüge mich hierfür

¹⁾ „Wir haben“, bemerkte ich (Hypnotismus S. 38), „unter Suggestion die Vorstellung eines psychischen oder psycho-physischen Tatbestandes zu verstehen, welche infolge von Beschränkung oder Aufhebung der assoziativen Tätigkeit durch Herbeiführung dieses Tatbestandes eine aussergewöhnliche Wirkung äussert.“

ein Beispiel anzuführen. Ein mir befreundeter Herr, der noch nie von Zwangsvorstellungen belästigt worden war, las eines Tages in einer Zeitung einen Artikel über französische Zustände, welcher die paradoxe Sentenz enthielt: „plus ça change, plus ça reste la même chose“, womit gesagt werden sollte, dass bei allem scheinbaren Wandel der Dinge in Frankreich es sich doch immer um im wesentlichen gleichartige Vorgänge handle. Die erwähnte Sentenz gefiel dem Herrn, ohne ihn jedoch zu weiterem Nachdenken anzuregen; 4 oder 5 Tage später schief der Betreffende infolge von überanstrengender Tätigkeit und mancherlei Aufregungen schlecht; er erwachte sehr häufig und bei jedem Erwachen spukte in seinem Kopfe die Sentenz, an die er inzwischen nicht mehr gedacht hatte, plus ça change, plus ça reste la même chose, und es war ihm nicht möglich, sich davon zu befreien, so dass er schliesslich das Paradoxon, das ihn bei der Lektüre angenehm berührt hatte, verwünschte.

Auch häufige Reproduktion derselben Vorstellung oder Perzeption derselben Reihe von Eindrücken kann allmählig eine Intensitätssteigerung der Korrelate der betreffenden Vorstellungen, resp. Erinnerungsbilder bewirken. Hierauf ist es zurückzuführen, dass bei manchen Personen die häufige Wiederholung eines zweckmässigen oder zwecklosen Aktes demselben allmählig Zwangscharakter verleiht, die angestrebte Einübung eines Musikstückes musikalische Zwangsvorstellungen nach sich zieht. Im ersteren Falle muss die Bewegungsvorstellung des betreffenden Aktes, im letzteren Falle die Erinnerung der betreffenden Melodien eine abnorme Intensität erlangen.¹⁾

2) Qualität der Vorstellungen.

Die Qualität einer Vorstellung, i. e. der spezielle Inhalt derselben ist allein nie im Stande, derselben Zwangscharakter zu ver-

¹⁾ Nach Vaschide u. Pieron (La psychologie du rêve au point de vue medical, Paris 1902) können auch Träume bei Disponierten, besonders wenn sie lebhaft sind und hartnäckig wiederkehren, den Anlass zu Zwangsideen geben.

Auch Didier (Kleptomanie und Hypnotherapie, Halle 1896) erwähnt, dass Zwangstribe nicht selten ihren Ursprung in Träumen haben. So träumte ein von Regis beobachteter mit Kleptomanie behafteter junger Mensch stets von Diebstählen. Man darf wohl annehmen, dass bei den aus Traumvorstellungen sich entwickelnden Zwangsvorstellungen die Intensität als Zwangsursache figuriert und dass es sich hierbei meist um eine sekundäre Intensitätssteigerung handelt.

leihen. Wir haben oben gesehen, dass der Kategorie der unabhangeschlossenen Vorstellungen in Anbetracht ihres Inhalts eine geringere Mobilität als anderen Vorstellungen zukommt, dass sie jedoch infolge dieses Umstandes nur eine gewisse Prädisposition für den Zwangscharakter besitzt. Zur Ausbildung des letzteren bedarf es bei den in Frage stehenden Vorstellungen immer der Einwirkung weiterer Momente.

B. Adhärenzte Zwangsursachen.

1) *Emotionelle Momente.*

Unter den hier in Betracht kommenden Zwangsursachen spielen die emotionellen Elemente die Hauptrolle. Wir haben an früherer Stelle gesehen, dass die Intensität der Gefühlsbetonung der Vorstellung von wesentlicher Bedeutung für deren Mobilität ist. Bei erheblicher Intensität des Gefühlselementes verringert sich die Mobilität der Vorstellungen, und man kann im allgemeinen sagen, dass die Mobilität einer Vorstellung im umgekehrten Verhältnisse zur Intensität ihrer Gefühlsbetonung steht. Unter den emotionellen Elementen, die als Zwangsursachen figurieren, sind die Angstgefühle weit vorherrschend. Wir begegnen denselben nicht nur bei der grossen Klasse der Zwangsbefürchtungen, sondern auch bei zahlreichen Zwangsvorstellungen anderen Inhalts (kriminellen, suicidalen, sakrilegischen Zwangsvorstellungen, Zwangsvorwürfen etc.). Die Intensität des Zwangscharakters aller dieser Vorstellungen, d. h. ihre Fähigkeit, dem Willen zum Trotz im Bewusstsein zu verharren und nach temporärer Verdrängung in dasselbe zurückzukehren, ist proportional der Intensität der ihnen anhaftenden Angstgefühle.

Wenn wir eine Aufklärung darüber erlangen wollen, wie es kommt, dass Angstgefühle so ausserordentlich häufig in solcher Intensität mit Vorstellungen sich verknüpfen, dass sie denselben Zwangseigenschaften verleihen, müssen wir den psychischen Zustand der Kranken in Betracht ziehen, welcher dem Auftreten der Zwangsvorstellungen vorhergeht und es begleitet. Es zeigt sich dann, dass 3 verschiedene Modalitäten des Angstzustandes, die wir später näher kennen lernen werden, die Quelle der Angstgefühle bilden, die den in Frage stehenden Zwangsvorstellungen anhaften:

1. Die gewöhnlich als Ängstlichkeit bezeichnete abnorme Disposition zu Angstzuständen, infolge welcher solche

schon bei Veranlassungen auftreten, die beim Durchschnittsmenschen keine Beunruhigung hervorrufen, und bei allgemein Furcht erregenden Gelegenheiten eine aussergewöhnliche Intensität annehmen.

2. Zustände andauernder (chronischer) Angst.
3. Akut einsetzende Angstzustände von kurzer Dauer (Angst-anfälle).

Ein grosser Teil der an Zwangsvorstellungen Leidenden besteht aus Individuen, die von Haus aus von ängstlichem Naturell sind, oder unter der Einwirkung nervenschädigender Momente die Angstdisposition acquiriert haben. Bei einer geringeren Zahl von Zwangsvorstellungskranken finden wir einen chronischen, in seiner Entwicklung schwankenden Angstzustand. Wir haben Fälle dieser Art bereits kennen gelernt und werden solchen noch mehrfach begegnen. Bei beiden Gruppen von Patienten finden die Vorstellungen, welche inhaltlich geeignet sind, sich mit Angstgefühlen zu verknüpfen, immer Gelegenheit, mit solchen Verbindungen einzugehen. Bei den in Frage stehenden Kranken ist beständig ein gewisser Angstvorrat vorhanden. Bei der 1. Gruppe befindet sich die Angst nur sozusagen in latentem Zustande, der aber jederzeit in den freien übergehen kann, bei der 2. Gruppe in freiem. Je nach dem Quantum des vorhandenen Angstvorrates und der dadurch bedingten Angstspannung verknüpfen sich die dazu geeigneten Vorstellungen mit Angstgefühlen von grösserer oder geringerer Intensität. Diese Vorstellungen finden zugleich in dem vorhandenen Angstvorrat einen ergiebigen Nährboden für die einmal attrahierten Angstgefühle. Der andauernd vorhandene Angstvorrat macht auch den Wechsel des Inhaltes der Zwangsbefürchtungen und anderer mit Angst verknüpfter Zwangsvorstellungen, den wir so häufig antreffen, wohl verständlich. Die einzelne Zwangsvorstellung mag verschwinden, indem die ihr anhaftenden emotionellen Elemente sich abschwächen oder ihr Zwangscharakter auf anderem Wege beseitigt wird. Dafür fliessen aber sofort anderen geeigneten Vorstellungen aus dem vorhandenen Angstvorrat Angstgefühle zu, an Stelle der geschwundenen treten nun andere Zwangsvorstellungen auf. Die Patienten haben bei diesem Wechsel häufig selbst den Eindruck, dass ihr Grundübel, die Quelle aller ihrer Zwangsbelästigungen, ihre abnorme Ängstlichkeit, resp. die bei ihnen andauernd bestehende Angst ist.

Ähnlich den erwähnten dauernden Zuständen wirken die Angstfälle.

Die transitorisch auftretende, ursprünglich inhaltlose Angst führt häufig sekundär zum Auftreten von Erklärungsvorstellungen. Die Angst wird auf eine drohende gesundheitliche Gefahr (Bevorstehen des Irrsinnigwerdens, eines Herzschlags etc.) bezogen, und diese Vorstellung wird nunmehr zum Träger des vorhandenen Angstaffektes. Dieselbe erfährt aber zugleich infolge der Hemmung der Assoziationsfähigkeit im Angstzustande eine Intensitätssteigerung. Eine Vorstellung, die sich einmal mit einem mächtigen Affekte verknüpft hat, ist geneigt, bei der Reproduktion mit einem ähnlichen Affekte sich zu vergesellschaften. So finden wir bei den in Angstfällen entstehenden Zwangsvorstellungen eine doppelte Quelle der Zwangseigenschaft — Intensitätssteigerung und Angstgefühle. Die andauernde Verknüpfung letzterer mit der Vorstellung wird häufig durch den Umstand gefördert, dass neben den Angstfällen die erwähnte Angstdisposition oder ein chronischer Angstzustand besteht¹⁾.

Bei den Kranken mit Zwangsvorstellungen verursacht auch die durch diese bedingte Störung des Denkprozesses nicht selten mehr oder weniger erhebliche Angst, und von manchen Seiten wurde dieser sekundären Angst besondere Bedeutung für die Persistenz der Zwangsvorstellungen beigemessen.

Es unterliegt nach dem im Vorstehenden Dargelegten wohl keinem Zweifel, dass die in Frage stehende Angst nicht zu den eigentlichen Zwangsursachen zählt; es lässt sich aber auch nicht leugnen, dass dieselbe die Andauer der veranlassenden Zwangsvorstellung begünstigen mag.

Ähnlich den Angstgefühlen können auch andere emotionelle Elemente als Zwangsursachen wirksam werden. Auf diesen Umstand wird, wie wir später sehen werden, insbesondere von Freud Gewicht gelegt. Hier sei nur erwähnt, dass manche Zwangsimpulse

¹⁾ v. Krafft-Ebing erwähnte schon in dem Aufsätze „Über gewisse formale Störungen des Vorstellens und ihren Einfluss auf die Selbstbestimmungsfähigkeit“ 1870, dass, in einem ängstlichen Erwartungsaffekte aufgetauchte, plötzlich das Bewusstsein überfallende Vorstellungen, da sie eine krankhafte Stimmung und einen krankhaft gestörten Assoziationsmechanismus treffen, nun fixiert bleiben können.

(Impulse, alles zusammenzuschlagen, sich an jemand tätlich zu vergreifen etc.) mit Affekten des Zornes oder der Wut zusammenhängen.

2) *Sensible Elemente.*

Ähnlich wie emotionelle Elemente können auch abnorme Sensationen — Neuralgien, Parästhesien, abnorme Organgefühle — als Zwangsursachen wirksam werden. v. Krafft-Ebing hat diesen Momenten, deren Einfluss schon von Schüle und Griesinger¹⁾ erkannt wurde, in der Ätiologie der Zwangsvorstellungen eine sehr wichtige Rolle zugeschrieben. Die abnormen Sensationen rufen bestimmte Vorstellungen hervor oder verknüpfen sich auch mit momentan vorhandenen, auf anderem Wege geweckten. Die Andauer oder häufige Wiederkehr der Empfindungen hat die Folge, dass die mit ihnen assoziierten Vorstellungen die normale Mobilität verlieren und dadurch Zwangscharakter annehmen. Im weiteren Verlaufe kann es, wie schon v. Krafft-Ebing hervorgehoben hat, dazu kommen, dass nicht nur die abnorme Sensation die betreffende Vorstellung regelmässig hervorruft, sondern auch diese, wenn auf anderem Wege geweckt, die halluzinatorische Erregung der Sensation bewirkt, wodurch ebenfalls die Verdrängbarkeit der Vorstellung verringert wird.

Wenn ich meine eigenen Erfahrungen berücksichtige, so kommen abnorme Sensationen zunächst bei den Zwangsempfindungen in Betracht. Wir haben gesehen, dass bei dem grösseren Teil dieser Zwangsvorstellungen dieser Faktor als Auslösungsmoment figuriert; von demselben ist aber zugleich der Zwangscharakter dieser Vorstellungen abhängig. Bei den sexuellen Zwangsvorstellungen lässt sich zumeist ein Zusammenhang mit abnormen, der Genitalsphäre entstammenden Gefühlen nachweisen. Der weitaus grösste Teil der Individuen, bei welchen wir sexuelle Zwangsvorstellungen finden, ist mit sexueller Hyperästhesie behaftet. Die in diesen Fällen beständig vorhandenen Gefühle sexueller Erregtheit bedingen nicht nur ein abnormes Präponderieren des sexuellen Gebietes im Denken, sie ver-

¹⁾ Schüle: *Dysphrenia neuralgica*, Karlsruhe, 1867; Griesinger (Arch. d. Heilkunde VII S. 388) hat die in Betracht kommenden Erscheinungen wegen ihrer Analogie mit den Mitempfindungen als „Mitvorstellungen“ bezeichnet.

leihen auch den sexuellen Vorstellungen, mit denen sie sich verknüpfen, Zwangscharakter.

Einen ähnlichen Einfluss wie sexuelle Hyperästhesie können nach meiner Erfahrung bei älteren Frauen auch sogenannte Lokalneurosen des Sexualapparates (insbes. Pruritus und andere sensible Reizzustände der Vagina) äussern. Für den Zwangscharakter der nosophobischen Vorstellungen sind die auslösenden krankhaften Empfindungen im allgemeinen von untergeordneter Bedeutung. Wenn z. B. Rückenschmerzen zur Zwangsbefürchtung von Tabes, Magenbeschwerden zu solcher von Magenkrebs den Anstoss geben, wird der Zwangscharakter dieser Vorstellungen durch die mit ihnen sich verknüpfenden Angstgefühle, nicht durch die erwähnten abnormen Sensationen bedingt. Nur in den Fällen, in welchen krankhafte Organgefühle sich längere Zeit hindurch in intensiver Weise geltend machen, kann denselben ein Anteil an der Verursachung des Zwangscharakters zugeschrieben werden. Neuralgien figurieren nach meinen Beobachtungen als Zwangsursachen jedenfalls sehr selten¹⁾.

Wir haben an früherer Stelle gesehen, dass die Dauer einzelner Zwangsvorstellungen eine sehr verschiedene ist und solchen, die sich nur einige Stunden erhalten, andere gegenüberstehen, die Jahre lang persistieren. Wir müssen hieraus folgern, dass die Momente, welche

¹⁾ v. Krafft-Ebing teilte aus der Litteratur mehrere Fälle mit, welche die Bedeutung der Neuralgien für die Genese von Zwangsvorstellungen beweisen sollen, nach meiner Ansicht jedoch nur die Folgen eines zufälligen Zusammentreffens von Neuralgien und Zwangsvorstellungen darlegen. Ein Mann von dem Schüle (l. c.) berichtete, wurde in den Anfällen einer Cervico-occipitalneuralgie jedesmal von dem Drange, ein Kind zu töten, befallen. Einem nervösen, anämischen Knaben kamen mit jeder Exacerbation einer Inter-costalneuralgie abscheuliche Schimpfnamen und gemeine Gedanken in den Sinn, die auszusprechen er sich kaum zurückhalten konnte. Ein von Reil beobachteter Bauer wurde in vollem Besitze seiner Seelenkräfte zeitweilig von dem Drange heimgesucht, alle Menschen mit Steinen zu werfen, wobei er immer ein heftiges Brennen im Unterleib fühlte. In allen diesen Fällen ist es durchaus unwahrscheinlich, dass das erste Auftreten der Zwangsvorstellung von den betreffenden abnormen Sensationen ausging und der Zwangscharakter der Vorstellung primär durch diese bedingt wurde. Viel näher liegt die Annahme, dass die Zwangsvorstellungen auf anderem Wege zustande kamen und ein zufälliges Zusammentreffen derselben mit den neuralgischen Attaquen etc. ein assoziatives Band zwischen beiden schuf, welches die Folge hatte, dass die Neuralgie, resp. die Steigerung derselben die Zwangsvorstellung reproduzierte.

einer Vorstellung Zwangscharakter verschaffen, derselben nicht zugleich für lange Zeit eine pathologische Reproduktionstendenz verleihen müssen. Es erhebt sich daher die Frage, ob die andauernde Reproduktionstendenz bei Zwangsvorstellungen nicht von besonderen Umständen abhängt, welche zu den primären Zwangsursachen hinzutreten. Störring bringt die Steigerung und Andauer der Reproduktionstendenz bei Zwangsvorstellungen in Zusammenhang mit erhöhter Emotivität, infolge welcher Angstzustände tiefere Wurzeln schlagen als unter normalen Verhältnissen und daher in einen andauernden affektiven Zustand — Affektstimmung — übergehen. Diese Auffassung kann in der Hauptsache für eine grosse Anzahl von Fällen als berechtigt angesehen werden. Dieselbe emotionelle Grundlage, welche zum ersten Auftreten von Zwangsvorstellungen führt, kann auch eine andauernde abnorme Reproduktionstendenz derselben bedingen. Die Angstdisposition (Ängstlichkeit) und der chronische Angstzustand begünstigen nicht nur die Reproduktion von Vorstellungen, welche geeignet sind, sich mit Angstzuständen zu verknüpfen, sondern liefern denselben auch die Gefühlselemente, welche ihnen Zwangseseigenschaft verleihen. Es ist daher auch begreiflich, dass mit jeder Steigerung des zu Grunde liegenden emotionellen Zustandes die Zwangsvorstellungen beängstigenden Inhaltes häufiger und intensiver reproduziert werden und mit der Besserung des gemüthlichen Verhaltens wieder zurücktreten. Man begegnet jedoch einer andauernden Reproduktionstendenz auch bei Zwangsvorstellungen indifferenten Inhalts und analogen Zwangsimpulsen. Dieser Umstand weist darauf hin, dass auch andere Momente für die Andauer der Reproduktionstendenz von Bedeutung sein können. Als solche kommen in Betracht: die Intensität¹⁾ des Vorstellungskorrelates und die Persistenz unterbewusster, mit den Zwangsvorstellungen zusammenhängender Elemente (Freud's Theorie).

C. Unterstützende Momente.

Der normale psychische Organismus besitzt die Fähigkeit, Vorstellungen, die auf dem einen oder anderen Wege die normale Verdrängbarkeit verloren haben, alsbald zu überwinden. In den Fällen,

¹⁾ Besonders beweisend sind in dieser Beziehung gewisse Tics, deren hartnäckige Andauer zu der Annahme einer abnormen Erregbarkeit der kortikalen Elemente nötigt, von welchen die betreffenden Bewegungen ausgehen.

in welchen Zwangsvorstellungen sich längere Zeit erhalten oder solche in grösserer Menge produziert werden, müssen daher Umstände vorliegen, durch welche die Leistungsfähigkeit des psychischen Organismus herabgesetzt wird. Die Erfahrung lehrt auch, dass Zwangsvorstellungen ganz besonders auf der Basis angeborener oder erworbener Asthenie des Gehirns sich entwickeln und mit der Steigerung der cerebralen Erschöpfung an Zahl und Intensität zunehmen.

Von einer Anzahl von Autoren wird als die für das Auftreten von Zwangsvorstellungen wesentlich in Betracht kommende cerebrasthenische Funktionsstörung die Schwächung der Willenstätigkeit — Abulie — betrachtet, und dieser Auffassung lässt sich auch eine gewisse Berechtigung nicht absprechen. Da durch Willensakte nicht nur die Richtung unserer Denkopoperationen bestimmt, sondern auch das Abschweifen derselben hintangehalten wird, ist es ohne weiteres begreiflich, dass das Sinken der Willenstätigkeit das Sicheindrängen unerwünschter Vorstellungen in das Bewusstsein sehr begünstigt. Der cerebrasthenische Zustand bedingt aber auch eine Abschwächung in der Assoziationsstätigkeit und damit eine Art Lockerung des Assoziationsmechanismus. Wenn die assoziativen Erregungen, welche von der Zielvorstellung A ausgehen, abnorm schwach sind, sind dieselben nicht imstande, die mit A verknüpften Vorstellungen in genügender Stärke und Klarheit zu reproduzieren; es gelingt daher auf anderem Wege geweckten Vorstellungen leichter als unter normalen Verhältnissen, diese Assoziationen aus dem Bewusstsein zu verdrängen. Der cerebrasthenische Zustand hat ferner eine Abschwächung des Gedächtnisses als Fixieren der Funktion für äussere Eindrücke und Gedanken zur Folge. Die dadurch bedingte Blässe der Erinnerungsbilder wirkt in gleicher Richtung wie die Schwächung der assoziativen Reize. Es ist demnach beim cerebrasthenischen Zustande eine Mehrzahl von Störungen vorhanden, die dem Auftreten und Fortbestehen von Zwangsvorstellungen Vorschub leisten, und unter diesen kann der Verringerung des Willenseinflusses auf den Assoziationsverlauf wohl die Hauptrolle zugeschrieben werden.

Accessorische psychologische Vorgänge.

Neben den im Vorhergehenden besprochenen Momenten, welche die Zwangseigenschaften der Zwangsvorstellungen i. e. S. bedingen, kommt für die Bildung der im Einzelfalle klinisch sich präsentieren-

den Zwangsvorstellungen noch eine Reihe psychologischer Prozesse in Betracht, von welchen hier die wichtigsten angeführt werden sollen.

Die Bedeutung dieser Vorgänge leitet sich von der Tatsache her, die wir vor allem hervorheben müssen, dass jede Zwangsvorstellung in gewissem Sinne ein psychisch-infektiöses Element repräsentiert, d. h. mehr oder minder geeigenschaftet ist, die Bildung weiterer Zwangsvorstellungen anzuregen. Die psychologischen Vorgänge, welche wir hier zu berücksichtigen haben, sind folgende:

1. Verallgemeinerung: während sich die Zwangsvorstellung bei ihrem ersten Auftreten auf ein bestimmtes einzelnes Objekt bezieht, kommt es allmählig dahin, dass dieselbe sich auf alle verwandten Objekte ausdehnt, mitunter auch auf solche, welche nur eine ganz entfernte Beziehung zu dem Ausgangsobjekte besitzen. Am häufigsten beobachtet man den Verallgemeinerungsvorgang im Bereiche der Zwangsbefürchtungen. Aus der Furcht vor Grünspan, der an metallischen Gegenständen haften könnte, entwickelt sich allmählig die Furcht vor Berührung irgend welcher Objekte, weil dieselben durch gefährliche Stoffe (Infektionskeime etc.) verunreinigt sein könnten. Bei der Patientin der Beobachtung 19 erstreckte sich die Furcht vor der gefährlichen Quecksilbersalbe schliesslich bis auf Briefe, die mit den von ihrem Wohnorte abgegangenen in irgend eine Berührung gekommen sein mochten. Ähnlich verhält es sich mit einer Reihe anderer Zwangsvorstellungen, insbesondere solchen kriminellen Inhalts. Ein Patient, bei dem einmal die Vorstellung aufgetaucht ist, dass er ein ihm ganz fern liegendes Verbrechen begangen habe, kommt schliesslich dahin, sich alle möglichen und unmöglichen Verbrechen zuzuschreiben.¹⁾ Die Verallgemeinerung kann auch in der Form eines Urteils stattfinden. Bei dem von Zwangsvorstellungen, resp. Impulsen unmoralischen und kriminellen Inhalts Heimgesuchten entwickelt sich die Zwangsidee, dass er ein verworfener Mensch sei (vergl. Beobachtung 41). Bemerkenswert ist, dass die Verallgemeinerung einer Zwangsidee nicht immer die

¹⁾ So führt Freud den Fall eines Medizinstudierenden an, welcher sich aller möglichen unmoralischen Handlungen bezichtigte, seine Cousine getötet, seine Schwester defloriert, sein Haus angezündet zu haben. Er war schliesslich genötigt, in der Strasse umzukehren, um zu sehen, ob er nicht den zuletzt Vorübergangenen getötet habe.

Bedeutung einer Weiterentwicklung und Verschlimmerung besitzt, sondern auch als eine Phase in der Rückbildung einer Zwangsidee vorkommen kann. Bei dem Patienten unserer Beobachtung 32 trat in der Periode der Besserung an die Stelle der Zwangsvorstellung, dass die Leute ihn der Masturbation bezichtigen, die Idee, dass man überhaupt nur über ihn spreche. Eine ähnliche Deutung liegt in einem später mitzuteilenden Falle nahe, in welchem bei einer Frau an die Stelle der Idee, einem ihrer Kinder die Augen auszustechen, die Vorstellung trat, demselben ein Leid anzutun.

2. Ungleich seltener als der Verallgemeinerung begegnen wir der Beschränkung, resp. Spezialisierung der Zwangsvorstellungen. Die Zwangsbefürchtung, geirntleidend zu sein, spezialisiert sich z. B. zu der Vorstellung, an einem Gumma oder an Eiter im Gehirne zu leiden. Der Zwangsvorwurf, den Tod eines nahen Angehörigen verschuldet zu haben, modifiziert sich zu der Vorstellung, durch Verabsäumung einer gewissen Maßnahme zu dem schlimmen Ausgange der Erkrankung des Betreffenden beigetragen zu haben.

3. Häufig führen auch Erklärungsversuche zum Auftreten neuer Zwangsvorstellungen. Bei Zwangsideen, welche den moralischen Gefühlen des Patienten zuwiderlaufen (insbesondere sakrilegischen und sexuellen Zwangsvorstellungen) kommt es zur Entwicklung von Versündigungsideen und entsprechenden Selbstanklagen. Die den Patienten quälenden Vorstellungen werden darauf zurückgeführt, dass er seinen religiösen Pflichten nicht nachgekommen, Versuchungen erlegen sei etc. Auch bei den Beeinträchtigungsideen können, wie insbesondere unsere Beobachtung 32 zeigt, Erklärungsversuche neue Zwangsvorstellungen nach sich ziehen. Der Patient X. kam durch die Zwangsvorstellung, dass ihn die Leute auffällig ansehen, zunächst auf die Idee, dass es mit ihm eine besondere Bewandnis haben müsse, durch welche er, wie er selbst sagte, zum Grübeln veranlasst wurde. Dieses führte zu dem Zwangsgedanken, dass man für ihn eingenommen sei, ihm Günstiges nachrede, und diese Idee wurde später durch eine solche kontrastierenden Inhalts (dass man ihn der Masturbation bezichtige) abgelöst.

4. Sowohl die durch Zwangsvorstellungen verursachten Störungen des Denkens, als der Inhalt einzelner Zwangsideen veranlassen die Patienten häufig zu Abwehrbestrebungen. Diese können sich auf das psychische Gebiet beschränken, es handelt sich dann zumeist um

gewaltsame Ablenkung der Aufmerksamkeit auf Vorstellungsreihen, welche den Zwangsvorstellungen entfernt liegen: Grübeln über Probleme allgemeinsten Natur, lebhaftes Vorstellen gewisser Phantasiebilder, inneres Zählen etc. Mitunter kommt es zur Bildung gewisser Schutzideen: die Zwangsbefürchtung, dass man sich durch irgend eine Unvorsichtigkeit körperlich schädigen könnte, führt zu der Idee, dass man auf der Hut sein müsse, da und dort Schädigungen zu vermeiden (Beobachtung 86).

Die psychischen Abwehroperationen können wie die Schutzvorstellungen durch häufige Wiederholung Zwangscharakter gewinnen. Ungleich häufiger nehmen die Abwehrbestrebungen die Form von Handlungen an, auf welche wir später näher eingehen werden. Hier sei nur bemerkt, dass die Abwehrhandlungen ebenfalls in vielen Fällen Zwangseigenschaft annehmen und dann auch selbständig fortbestehen können, nachdem die veranlassende Zwangsvorstellung geschwunden ist.

5. Sehr häufig wird beobachtet, dass eine länger oder kürzere Zeit bestehende Zwangsvorstellung durch eine andere Ersatz findet. Die Substitution geschieht zumeist durch eine Vorstellung verwandten, selten durch eine solche kontrastierenden oder ganz verschiedenen Inhalts. An die Stelle einer nosophobischen Befürchtung tritt z. B. die Furcht vor moralischer Schädigung (Befürchtung, durch die äussere Erscheinung sich lächerlich zu machen). Die Zwangsidee einer günstigen Nachrede wird durch die einer ungünstigen ersetzt (Beobachtung 32). In den Fällen, in welchen Angstdisposition oder chronische Angstzustände bestehen, wechseln, wie schon früher angedeutet wurde, die Zwangsbefürchtungen sehr häufig. Eine durch augenblickliche Eindrücke angeregte Idee beängstigenden Inhalts fesselt die Aufmerksamkeit und zieht sozusagen den disponiblen Vorrat von Angstgefühlen an sich. Die bisher dominierende Zwangsbefürchtung verliert hierdurch ihre emotionelle Belastung und damit ihren Zwangscharakter, womit ihre Verdrängung durch die neue Zwangsidee vollzogen ist. Die heute gebildete Zwangsbefürchtung kann aber ihre emotionalen Elemente morgen wieder an eine neue Vorstellung oder an eine solche, die schon früher vorhanden war, abtreten.

6. Endlich ist an der Bildung von Zwangsvorstellungen ein Vorgang beteiligt, den wir als Induktion bezeichnen wollen. Die Zwangsvorstellung (Empfindung) der ungeheuren Vergrößerung des

Kopfes zieht die Vorstellung einer ausserordentlichen Verkleinerung des Körpers nach sich (vergl. hierüber den Abschnitt über Zwangsempfindungen).

II. Die Zwangsursachen der assoziativen Zwangstendenzen.

A. In erster Linie kommen hier die durch cerebrasthenische Zustände bedingten psychischen Elementarstörungen in Betracht, die wir im vorhergehenden Abschnitte unter den Zwangsursachen als unterstützende Momente kennen gelernt haben: die Herabsetzung des Willenseinflusses, der assoziativen Tätigkeit und des Gedächtnisses als fixierender Funktion. In der Mehrzahl der Fälle, aber keineswegs immer sind die angeführten Funktionsanomalien durch angeborene, resp. ererbte Mängel der Gehirnveranlagung verursacht.

B. Emotionelle Zustände spielen ebenfalls bei den assoziativen Zwangstendenzen nicht selten eine ursächliche Rolle, sofern dieselben die Denkopoperationen in eine bestimmte, ihren Gefühlselementen entsprechende Richtung zwingen und darin erhalten. So finden wir bei chronischen Angstzuständen hypochondrische Grübeleien, Zwangsskrupel verschiedenster Art und Zweifel. Auch das Zwangsgedenken an bestimmte Personen oder Geschehnisse wird häufig durch einen Affektzustand angeregt und erhalten.

In manchen Fällen führt, wie wir z. T. schon sahen, häufige willkürliche Wiederholung gewisser geistiger Operationen zur Entwicklung von assoziativen Zwangstendenzen. So können ursprünglich lediglich aus Liebhaberei vorgenommene, an sich zwecklose Berechnungen Arithmomanie zur Folge haben; das Nachdenken über dem Patienten ferne liegende Probleme, das zum Zwecke der Abwehr von Zwangsvorstellungen unternommen wird, zieht mitunter Grübelsucht nach sich.

Für die einzelnen assoziativen Zwangstendenzen kommen noch folgende Umstände in Betracht: Bei der Grübelsucht spielt wohl die Herabsetzung der den Vorstellungsablauf kontrollierenden Willensfunktion — der willkürlichen Aufmerksamkeit — die Hauptrolle. Durch die Abschwächung dieser Funktion allein wird schon das Abirren des Vorstellens in unerwünschte Bahnen ermöglicht und damit das Festhalten an einer bestimmten Gedankenrichtung erschwert, wenn nicht verhindert. Für die Erklärung der schwereren Formen der

Grübelnsucht genügt jedoch die Willensinsuffizienz nicht. Das unablässig andauernde, das normale Denken völlig verdrängende Grübeln nötigt zu der Annahme eines kortikalen Erregungszustandes; für das Vorhandensein eines solchen spricht auch der Umstand, dass in den betreffenden Fällen der Schlaf in der Regel mangelhaft ist und bei Patienten, bei welchen unter gewöhnlichen Verhältnissen sich wenig Neigung zum Grübeln zeigt, in schlaflosen Nächten der Grübelzwang mit grösster Hartnäckigkeit sich behaupten kann.

Der Mechanismus der Zweifelsucht variiert in den einzelnen Fällen. Unter den Faktoren, welche an dem Entstehen der Zwangszweifel beteiligt sind, spielen die Abschwächung der willkürlichen Aufmerksamkeit und eine damit verbundene Gedächtnisschwäche eine bedeutende Rolle. Die Gewissheit, dass wir eine bestimmte Wahrnehmung gemacht oder eine bestimmte Handlung ausgeführt haben, verschafft uns die Aufmerksamkeit, welche wir dem wahrzunehmenden äusseren Eindrücke oder der Ausführung der Handlung zuwenden. Wenn wir im Zustande sogenannter Zerstreutheit etwas sehen oder vornehmen, sind wir nachträglich im Zweifel, ob wir das Betreffende gesehen oder getan haben. Wird durch kortikale Erschöpfungszustände vorübergehender oder andauernder Art die Fähigkeit zur Anspannung und Fixierung der Aufmerksamkeit eingebüsst, so wird ein fortwährendes Sicheindrängen ungewollter Gedanken in den gewollten Verlauf des Vorstellens ermöglicht, womit die Sicherheit in Betreff vorgenommener Handlungen und gemachter Wahrnehmungen verloren geht. Hiermit ist eine Quelle von Zweifeln gegeben, welche sich namentlich auf die jüngste Vergangenheit beziehen.

In einer erheblichen Zahl von Fällen hängt die Zweifelsucht mit einem krankhaften emotionellen Zustande (habituellem Ängstlichkeit oder andauerndem Angstzustande) zusammen. Das emotionelle Substrat bedingt es, dass sich insbesondere Handlungen von einem gewissen Belange mit Angstgefühlen verknüpfen, wodurch Zweifel bezüglich der Richtigkeit derselben entstehen.¹⁾ Diese können auch infolge der Andauer der Angstgefühle durch keine Verifikationsmassnahme völlig beseitigt werden.

Ungleich seltener entstehen Zwangszweifel dadurch, dass das Assoziationsprinzip des Kontrastes im Denken in abnormer Weise

¹⁾ Diese Form von Zweifelsucht wird auch als „Irrtumsangst“ bezeichnet.

sich geltend macht. An eine Vorstellung positiven knüpft sich sofort die entsprechende Vorstellung negativen Inhalts. Die Schwäche der Aufmerksamkeit führt zu Zweifeln, ob man eine bestimmte Handlung überhaupt ausgeführt habe, der Angstzustand zu Zweifeln in betreff der Richtigkeit der Ausführung, die Kontrastassoziation dagegen zu der Vorstellung, das Gegenteil von dem getan zu haben, was man beabsichtigte, in einem Briefe z. B. statt einer Zusage eine Absage geschrieben zu haben.

In bezug auf den Einfluss, welchen die genannten Faktoren auf die In- und Extensität der Zweifel in den einzelnen Fällen äussern, ergeben meine Beobachtungen Folgendes: Durch die Abschwächung der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses wird das Auftreten von Zwangszweifeln bei allen möglichen Gelegenheiten begünstigt, wobei jedoch die einzelnen Zweifel keine besondere Hartnäckigkeit aufweisen. Die habituelle Ängstlichkeit führt vorwiegend bei einzelnen bestimmten Gelegenheiten zum Auftreten von Zweifeln, die aber grosse Hartnäckigkeit bekunden. Der Pat. der mit dem Prüfen von Rechnungen, Bucheinträgen etc. niemals fertig wird, kann im übrigen von Zweifeln wenig behelligt sein. Die Insuffizienz der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses fördert mehr die Extensität, die Ängstlichkeit die Intensität der Zweifelsucht. Die Kontrastassoziation spielt diesen beiden Faktoren gegenüber schon ihrer Natur nach eine untergeordnete Rolle; ihr Einfluss macht sich namentlich bei bereits unternommenen oder noch zu unternehmenden Handlungen geltend. Die durch die Kontrastassoziation hervorgerufenen Zweifel sind der Beeinflussung durch Verifikationsversuche ungleich zugänglicher, als die durch Angstgefühle bedingten.

Bei den Zwangsskrupeln ist in der Regel eine emotionelle Grundlage (Angstdisposition oder chronischer Angstzustand) nachweisbar.

Bei dem Zwangsgedenken indifferenten Inhalts, wie bei dem affektiven handelt es sich um einen cerebralen Erregungszustand, der im letzteren Falle von einem Affekte ausgeht. Der Erregungszustand kann transitorischer oder mehr dauernder Natur sein, beruht aber in jedem Falle nicht auf einer Steigerung der kortikalen Leistungsfähigkeit, sondern auf einer Herabsetzung der hemmenden kortikalen Funktionen.

Die Theorien Freud's, Friedmann's und Janet's.

Die Ansichten Freud's über die Ätiologie und den Mechanismus der Zwangsvorstellungen sind in einer Reihe von Aufsätzen mitgeteilt, die den Charakter von vorläufigen Mitteilungen besitzen und in den Jahren 1894—98 publiziert wurden. Wir müssen uns hier darauf beschränken, das Wichtigste von dem zum Teil sehr komplizierten Auseinandersetzungen des Autors anzuführen.

In einem Artikel der *Revue neurologique: Obsessions et phobies, leur mécanisme psychique et leur étiologie* bemerkt der Autor, dass Zwangsvorstellungen und Phobien gesonderte Neurosen sind, welche auch einen verschiedenen Mechanismus haben. Der Autor trennt von den Zwangsvorstellungen zunächst jene Klasse von Vorstellungen ab, welche lediglich Erinnerungen wichtiger Ereignisse darstellen. Die traumatischen Zwangsvorstellungen und Phobien gehören nach seiner Ansicht der Hysterie an. Nach Abtrennung dieser Gruppe unterscheidet der Autor noch echte Zwangsvorstellungen und Phobien. Bei beiden Gruppen handelt es sich um eine dem Kranken sich aufdrängende Vorstellung und einen damit zusammenhängenden emotionellen Zustand. Bei den Phobien besteht letzterer immer in Angst¹⁾, während bei den echten Zwangsvorstellungen an die Stelle der Angst auch andere emotionelle Zustände (Zweifel, Vorwurf, Zorn) treten können.

In dem Aufsätze über Abwehr-Neuropsychosen formuliert der Autor seine Theorie von dem Mechanismus der echten Zwangsvorstellungen in folgender Weise: „Wenn bei einer disponierten Person die Eignung zur Konversion nicht vorhanden ist und doch zur Abwehr einer unerträglichen Vorstellung die Trennung derselben von ihrem Affekte vorgenommen wird, dann muss dieser Affekt auf psychischem Gebiete verbleiben. Die nun geschwächte Vorstellung bleibt abseits von aller Assoziation im Bewusstsein übrig, ihr frei gewordener Affekt aber hängt sich an andere, an sich nicht uner-

¹⁾ Nach Freud's Auffassung gehören die Phobien je nach ihrer Entstehung, wie zum Teil aus dem oben Bemerkten schon hervorgeht, drei verschiedenen Neurosen, der Hysterie, der Angst- und der Zwangsneurose an.

trägliche Vorstellungen an, die durch diese „falsche Verknüpfung, zu Zwangsvorstellungen werden.“

In Bezug auf die Quelle des falsch verknüpften Affektes gelangte der Autor in den von ihm analysierten Fällen zu der Anschauung, dass derselbe von einer peinlichen, dem Sexualleben angehörigen Vorstellung stammte; er hält jedoch auch eine andere Provenienz des Affektes wenigstens theoretisch für möglich.¹⁾ Er konnte ferner bei einzelnen Kranken die auf Abwehr der peinlichen Vorstellung gerichteten Willensanstrengungen konstatieren. Die psychischen Vorgänge, welche zwischen der auf Abwehr der peinlichen Vorstellungen gerichteten Willensanstrengung und dem Auftreten der Zwangsvorstellung liegen, spielen sich nach des Autors Erklärung im Unbewussten ab und können daher nur supponirt aber nicht durch klinisch-psychologische Analyse nachgewiesen werden. Der frei gewordene Affekt kann nach Freud mit jeder Vorstellung sich verknüpfen, welche entweder ihrer Natur nach mit einem solchen vereinbar ist oder gewisse Beziehungen zu der unerträglichen Vorstellung hat, so dass sie zum Surrogat derselben geeignet ist. So können durch die freigewordene Angst gemeine Phobien (Furcht vor Tieren, Dunkelheit oder Furcht vor Harndrang, Beschmutzung oder Ansteckung etc.) entstehen.

Von den Beispielen, welche der Autor zu Gunsten seiner Theorie anführt, sei hier nur das erste erwähnt: „Ein junges Mädchen leidet an Zwangsvorwürfen. Las sie in der Zeitung von Falschmünzern, so kam ihr der Gedanke, sie habe auch falsches Geld gemacht; war irgendwo von einem unbekanntem Täter eine Mordtat geschehen, so fragte sie sich ängstlich, ob sie nicht diesen Mord begangen habe. Dabei war sie sich der Ungereimtheit dieser Zwangsvorwürfe klar bewusst. Eine Zeit lang gewann das Schuldbewusstsein solche Macht über sie, dass ihre Kritik erstickt wurde und sie sich vor ihren Verwandten und vor dem Arzte anklagte, sie habe alle diese Untaten wirklich begangen (Psychose durch einfache Steigerung-Überwältigungspsychose). Ein scharfes Verhör deckte jetzt die Quelle auf, aus der ihr Schuldbewusstsein stammte. Durch eine zufällige wohlhlüstige Empfindung angeregt, hatte sie sich von einer

¹⁾ Von dieser Annahme ist der Autor inzwischen abgekommen (briefliche Mitteilung).

Freundin zur Masturbation verleiten lassen und betrieb diese seit Jahren mit dem vollen Bewusstsein ihres Unrechtes und unter den heftigsten, aber wie gewöhnlich nutzlosen Selbstvorwürfen. Ein Exzess nach dem Besuch eines Balles hatte die Steigerung zur Psychose hervorgerufen. Das Mädchen heilte nach einigen Monaten Behandlung und strengster Überwachung.“

In einer späteren Mitteilung (Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychose) sah sich der Autor veranlasst, seine Ansicht über den sexuellen Ursprung der echten Zwangsvorstellungen (seiner Zwangsneurose) in einem Punkte zu modifizieren. Der Affekt, dessen Transposition zur Bildung von Zwangsvorstellungen führt, soll nicht, wie der Autor ursprünglich annahm, von beliebigen peinlichen Vorstellungen aus dem Gebiete des sexuellen Lebens herrühren, sondern lediglich von bestimmten Vorgängen der Kinderzeit ausgehen. Der Autor glaubt nunmehr das Wesen der Zwangsvorstellung durch folgende Formel kennzeichnen zu dürfen: „Zwangsvorstellungen sind jedesmal verwandelte aus der Verdrängung wiederkehrende Vorwürfe, die sich immer auf eine sexuelle, mit Lust ausgeführte Aktion (Aggression) der Kinderzeit beziehen.“

Der Autor nimmt dabei an, dass den Akten sexueller Aggression, welche den Keim der Zwangsneurose bilden, in der Regel eine Verführung vorherging. Ich verzichte hier darauf, auf die komplizierten Vorgänge näher einzugehen, die nach den Darlegungen des Autors zwischen dem infantilen sexuellen Ausgangsmomente und dem Auftreten der Zwangsvorstellungen liegen sollen, da Freud nach mir gemachten Mitteilungen im Laufe der Jahre seine Ansichten in manchen Punkten geändert hat und mir zur Zeit unbekannt ist, inwieweit er an den 1896 veröffentlichten Ausführungen noch festhält. Von letzteren sei hier nur erwähnt, dass nach des Autors Auffassung die in's Bewusstsein tretenden Zwangsvorstellungen und Zwangsaffekte Kompromissbildungen zwischen den verdrängten und den verdrängenden Vorstellungen darstellen, die Zwangsneurose jedoch neben diesen Kompromissymptomen noch eine Reihe von Zwangserscheinungen anderer Herkunft bildet. Das Bestreben des Ich, sich der Abkömmlinge der initial verdrängten Erinnerungen zu erwehren, führt nach Fr. zu einer Reihe von Schutzmaassnahmen. Gelingt es durch diese, die Zwangsvorstellungen zu verdrängen, so überträgt

sich der Zwang auf die Schutzmaassnahmen, wodurch dieselben den Charakter von Zwangshandlungen gewinnen ¹⁾).

Bezüglich der Modifikationen, welche die im Vorstehenden berührten Ansichten des Autors im Laufe der Jahre erfahren haben, glaube ich, hier erwähnen zu dürfen, dass er dem infantilen Sexualerlebnisse nicht mehr dieselbe Bedeutung für die Zwangsneurose, wie früher, zuschreibt. Nach der jetzigen Auffassung des Autors gehen die Symptome der Zwangsneurose nicht direkt von realen sexuellen Erlebnissen, sondern von an solche sich knüpfenden Phantasien aus, welch' letztere demnach wichtige Mittelglieder zwischen den Erinnerungen und den Krankheitserscheinungen bilden. „In der Regel sind es Pubertätserlebnisse, die als Noxe wirken und die bei der Verdrängung in's Infantile zurückphantasirt werden, unter Anlehnung an die in der Krankheit erlebten accidentellen oder aus der Konstitution fliessenden Sexualeindrücke“ (briefliche Mitteilung des Autors). An den Grundelementen der Theorie: Verdrängung einer peinlichen, dem Sexualleben angehörenden Vorstellung und Transposition des mit dieser verknüpften Affektes, wird durch diese Modifikation nichts geändert. ²⁾)

¹⁾ Unter den Abwehrmaassnahmen, welche zu Zwangshandlungen werden, führt der Autor auch psychische Prozesse von Zwangscharakter an. „Die sekundäre Abwehr der Zwangsvorstellungen kann erfolgen durch gewaltsame Ablenkung auf andere Gedanken möglichst konträren Inhalts; daher im Falle des Gelingens der Grübelzwang regelmässig über abstrakte, übersinnliche Dinge, weil die verdrängten Vorstellungen immer sich mit der Sinnlichkeit beschäftigen. Oder der Kranke versucht, jeder einzelnen Zwangsidee durch logische Arbeit und Berufung auf seine bewussten Erinnerungen Herr zu werden; dies führt zum Denk- und Prüfungszwang und zur Zweifelsucht. Der Vorzug der Wahrnehmung vor der Erinnerung bei diesen Prüfungen veranlasst den Kranken zuerst und zwingt ihn später, alle Objekte, mit denen er in Berührung getreten ist, zu sammeln und aufzubewahren. Die sekundäre Abwehr gegen die Zwangsaffekte ergibt eine noch grössere Reihe von Schutzmaassregeln, die der Verwandlung in Zwangshandlungen fähig sind.“

²⁾ Gegenwärtig fasst der Autor das Wesentliche seiner Theorie in folgende 2 Sätze:

- a) „Der psychische Zwang rührt immer von Verdrängung her.
- b) Die verdrängten Regungen und Vorstellungen, aus denen das Zwangsprodukt hervorgeht, stammen ganz allgemein aus dem Sexualleben.“

Es sei hier zugleich erwähnt, dass die Theorie des Autors nach dessen Ansicht nicht lediglich auf die Zwangsneurose, sondern auch die übrigen Psychoneurosen, sowie die psychischen Abnormitäten des Alltagslebens und den Traum anwendbar ist.

Die Ansichten Freud's betreffs der Ätiologie und des Mechanismus der Zwangsvorstellungen haben bisher in der Litteratur, so viel ich ersehen kann, nur wenig Berücksichtigung gefunden. Nur 2 Beobachter, Warda¹⁾ und Strohmayer²⁾, haben sich auf Grund eigener Beobachtungen zu Gunsten derselben ausgesprochen. Die übrigen Autoren, welche sich in den letzten Jahren mit den Zwangsvorstellungen beschäftigten, haben sich damit begnügt, dieselben zu ignorieren, als ob damit eine unbequeme Theorie beseitigt wäre. Ich selbst habe alsbald nach dem Erscheinen der bezüglichen Freud'schen Veröffentlichungen mich längere Zeit hindurch bei an Zwangsvorstellungen Leidenden bemüht, infantile Sexualerlebnisse als Ausgangspunkt der Zwangssymptome zu ermitteln. Meine Versuche führten jedoch zu keinem positiven Resultate. Wo ich auf sexuelle Erlebnisse in den Kinderjahren stieß (zumeist handelte es sich um Masturbation), fand ich, dass die Erinnerung an die betreffenden Vorgänge nie verdrängt war. Ich lege jedoch auf die Erfolglosigkeit meiner persönlichen Versuche kein Gewicht, obwohl ich mich bei denselben des von Freud geschilderten analytischen Verfahrens³⁾ bediente.

Die Technik der Freud'schen Methode erheischt jahrelanges spezielles Studium und ist durch solches von dem Autor zu einer Vollendung gebracht worden, die allein zuverlässige Resultate garantiert. Wer auf Grund unzulänglicher Technik gegen den Autor argumentieren wollte, würde zur Entscheidung der hier in Betracht kommenden Frage nichts beitragen.

Gegen die Freud'sche Theorie erheben sich mancherlei Bedenken; diese hier im Detail anzuführen, verhindert mich jedoch der Umstand, dass der Autor das Beweismaterial für seine Theorie, welches er im Laufe der Jahre sich verschaffte, noch nicht veröffentlicht hat. Ich beschränke mich daher hier darauf, den Standpunkt, den ich den Freud'schen Ansichten gegenüber einnehme, kurz zu präzisieren: In ihrer derzeitigen Fassung erscheint mir die

1) Warda: Über Zwangsvorstellungspsychosen. *Monatsschrift f. Psychiatrie und Neurologie*, Bd. XII, S. 1 ff.

2) Strohmayer: Zur Charakteristik der Zwangsvorstellungen als „Abwehrneurose“. *Centralbl. f. Nervenheilk.* 1903, 15. Mai.

3) Breuer u. Freud: Studien über Hysterie. Leipzig und Wien 1895, S. 222 u. f.

Freud'sche Theorie über den Mechanismus eines Teiles der Zwangsvorstellungen (i. e. seiner Zwangsneurose) ungleich acceptabler als in der früheren. Wenn ich auch in meinem Beobachtungsmateriale einen stringenten Beweis für die Abstammung bestimmter Zwangsvorstellungen von verdrängten Erinnerungen des Sexuallebens nicht finden kann, so halte ich doch eine derartige Provenienz von Zwangsvorstellungen in einer Anzahl von Fällen für wahrscheinlich. Die Zahl dieser Fälle kann ich jedoch nach meinen bisherigen Erfahrungen für nicht sehr beträchtlich ansehen, und ich habe den Eindruck, dass Freud in dieser Beziehung den Einfluss der Sexualität überschätzt.

Während Freud, wie wir sahen, in der Sexualität eine so überaus wichtige, ja die wichtigste Quelle der Zwangsvorstellungen erblickt, gesteht Friedmann derselben keinerlei Bedeutung für die Entstehung von Zwangsvorstellungen zu. Dieser Autor betrachtet den Denkwang bei den 4 Kategorien der unabgeschlossenen Vorstellungen, welche nach seiner Ansicht die eigentlichen Zwangsvorstellungen bilden, nicht als eine primäre, sondern eine sekundäre Erscheinung, eine Folge der Abschlussunfähigkeit. Zur Entwicklung wahrer Zwangsideen führt jedoch der Denkwang nach Friedmann nur bei Vorhandensein spezifischer pathologischer Bedingungen, welche die normale Eigentümlichkeit in's Ausserordentliche und Schrullenhafte übertreiben. Friedmann bemerkt, dass bei der früheren Annahme eines primären Zwanges es dunkel blieb, wie durch Erschöpfung und ähnliche Momente das Auftreten der Zwangsvorstellungen beeinflusst wird. Dagegen lässt seine Erklärung, wie er glaubt, ohne weiteres erkennen, dass 3 verschiedene abnorme Bildungsweisen möglich sind:

1. Kann nur die peinliche Einwirkung der abschlussunfähigen Vorstellungen auf die Psyche gesteigert sein, so dass sich eine förmliche „Erwartungsangst“ ausbildet.
2. Kann in Folge der ängstlichen oder skrupulös pedantischen Natur der Patienten eine abnorme Hemmung des Denkens sich geltend machen und so die Zahl der Zweifel wachsen.
3. Kann der ganze Gedankenablauf gehemmt, das Fortschreiten der Gedanken verlangsamt und wesentlich behindert sein, so dass der Patient von allem und jedem, was seine Reflexion beschäftigt, gleichsam festgehalten

und „gefesselt“ wird. F. glaubt, dass diese 3 aus dem Symptombegriffe abzuleitenden Hauptmöglichkeiten einer krankhaften Störung tatsächlich auch den wesentlichen Gruppen und Kategorien der Zwangsvorstellung entsprechen, wie sie sich der ärztlichen Beobachtung bereits aufgedrängt haben.

Die erste Gruppe deckt sich mit der gewöhnlichsten Form der emotiven Zwangsideen bei den allgemeinen Neurosen. F. führt als Beispiele einige Fälle von Erwartungsangst, d. h. Zwangsvorstellungen eines bevorstehenden schlimmen Ereignisses mit entsprechender Angst an und bemerkt: „Hier ist also das Wesentliche die Intoleranz der Psyche gegen eine drängende Sorge, und das kausale Moment ist eine starke und aktive nervöse Erregtheit; sodann 2. der erste starke chocartige erschütternde Eindruck eines für die Zukunft gefährlich scheinenden Ereignisses; 3. aber, was wohl selten fehlt, eine gewisse erheblichere nervöse oder neurasthenische Prädisposition, beziehungsweise eine vorhandene Tendenz zum Festkleben an peinlichen Erregungen der Phantasie, welche verwandt ist mit der an dritter Stelle zu nennenden Anlage.“ Die nervöse Überreizung wirkt nach F. nicht bloß irritierend, sondern auch lähmend. Gelähmt, d. h. erschwert wird hierdurch der Abschluss eines Denkaktes, z. B. eines richterlichen Urteils, und die Vollziehung einer Leistung oder Handlung. Richten sich dabei die Bedenken auf die Vergangenheit, das Geschehene und die möglichen Folgen desselben, so entsteht die Irrtumsangst.

Hierher gehören nach F. auch die Phobien und Impulshemmungen, welche ebenfalls gewöhnlich durch einen chocartig den Mann erschütternden starken Misserfolg eingeleitet werden. Die typische Zwangsideenpsychose beruht nach F. auf der an dritter Stelle genannten Eigenart des Denkens, welche stets angeboren zu sein scheint und degenerativen Ursprungs ist. Der Autor schliesst seine Ausführungen mit folgender Definition: „Zwangsideen sind solche Vorstellungen des Zweifels, der Sorge oder der Erwartung, welche ihrer Natur nach isoliert und eines logischen Abschlusses unfähig bleiben und deren Eigenschaft, sich ihrem Träger auch gegen dessen Willen aufzudrängen, entweder durch nervöse Erregtheit lebhaft gesteigert oder deren Bildung durch primäre Hemmungen des Denkens und Entschliessens befördert wird“.

Dass die Zwangsideen sich nicht auf die Vorstellungen des Zweifels, der Sorge und der Erwartung beschränken, geht wohl aus unseren Ausführungen an früherer Stelle und der mitgeteilten Kasuistik zur Genüge hervor. Inwieweit im übrigen den Ansichten Friedmann's über die Genese der Zwangsvorstellungen zugestimmt werden kann, dürfte sich in der Hauptsache aus unseren Darlegungen über den Mechanismus der Zwangsvorstellungen ergeben, so dass wir von einer Kritik der Theorie des genannten Autors hier absehen können.

Die Auffassung Janet's von dem Mechanismus der Zwangsvorstellungen entfernt sich in gleicher Weise von der Freud's wie der Friedmann's, nähert sich dagegen einzelnen älteren Theorien, insbesondere der von Bror Gadelius vertretenen. Janet hält es zunächst für nötig, die Zwangsvorstellungen der Psychasthenischen von denen der Hysterischen zu trennen. Bei ersteren werden die Zwangsideen viel mehr von Vorstellungen gebildet, welche sich auf die Person beziehen, als von Vorstellungen von Objekten und äusseren Ereignissen, während bei den Hysterischen die Zwangsideen von aussen kommen und entweder durch Suggestionen oder durch emotionelle Ursachen angeregt werden. Bei den Hysterischen herrschen deshalb die Vorstellungen von Objekten und Ereignissen vor (Brand, Einbrecher, Geliebter etc.). Janet hält in Anbetracht dieses Unterschiedes, der ihm sehr beachtenswert erscheint, die Annahme für gerechtfertigt, dass die psychasthenischen Zwangsvorstellungen aus dem Innern des Individuums stammen, d. h. endogenen Ursprungs sind — im Gegensatze zu dem exogenen Ursprunge der hysterischen Obsessionen — und ihre Hauptquelle in dem Gefühle der Unzulänglichkeit (*Sentiments d'incomplétude*) und der psychologischen Insuffizienz der Kranken haben.

Nach Janet ist die Zwangsvorstellung das Resultat einer intellektuellen Arbeit, die sich während psycholeptischer Krisen (Steigerungen des psychasthenischen Zustandes) vollzieht; dabei handelt es sich um eine Erklärung elementarer psychologischer Störungen, die sehr verschiedenartig sein können, unter denen jedoch das Gefühl der Unzulänglichkeit die Hauptrolle spielt. Der Autor erblickt, wie wir schon erwähnten, das Wesentliche des Zwangscharakters einer Vorstellung in dem Umstande, dass sie sich während einer äusserst langen Zeit im Geiste des Individuums erhält und

unaufhörlich und absolut bei jeder Gelegenheit wieder auftaucht. Nach Janet lassen sich diese Charaktere am besten durch die Annahme erklären, dass die Obsession Ausdruck eines zu Grunde liegenden beständig vorhandenen Zustandes ist. Wenn die Zwangsvorstellung eines Verbrechen, des Krankseins etc. im Grunde nur besagt, dass das geistige Niveau gesunken ist, dass ein Gefühl der Unzulänglichkeit besteht, so werden diese Ideen so lange wie die geistige Insuffizienz sich erhalten, und letztere kann 20 und 30 Jahre bestehen. Der Autor findet es ganz begreiflich, dass, wenn das Individuum einmal eine Art des Ausdrucks für seinen Zustand gefunden hat, es diese nicht ändert und so dieselbe Idee unbegrenzte Zeit sich erhält. Wenn die geistige Spannung (i. e. Leistungsfähigkeit) steigt, verschwindet die Obsession sofort, was nach dem Autor beweist, dass die Obsession mit dem Gefühle der Herabsetzung dieser Spannung verknüpft war.

Nach Janet bilden die Zwangsvorstellungen den Ausdruck einer allgemeinen Geisteskrankheit (*Maladie générale de l'esprit*) und nehmen daher auch an den Charakteren dieser Krankheit teil. Da der wesentliche Charakter der Krankheit ist, dass sie den Abschluss der psychologischen Operationen verhindert, kommt der Kranke auch nicht dazu, in seiner Obsession zu handeln oder zu glauben. Das Individuum behält dabei volle Krankheitseinsicht, was besagt, dass diese Obsessions unvollständig bleiben und nicht bis zur Gewissheit sich entwickeln. Die Obsessions der Psychasthenischen sind im Gegensatz zu den fixen Ideen der Hysterischen Systeme von Bildern mit unvollständiger Entwicklung. Alle Charaktere der Obsession, schliesst der Autor, sind in Summa lediglich die Charaktere des psychasthenischen Zustandes und leiten sich daher von demselben ab.

Auch der Theorie Janet's gegenüber glaube ich auf eine eingehende Kritik verzichten zu können. Es ist auffällig, dass ein Autor von dem Scharfsinne Janet's sich der Unzulänglichkeit seiner Theorie zur Erklärung des Zwangscharakters bestimmter einzelner Vorstellungen nicht bewusst wird. Die Psychasthenie ist ein Zustand, welcher die gesamte Vorstellungstätigkeit beeinflusst und daher es nicht verständlich machen kann, weshalb in einem Falle diese, im anderen Falle jene Art von Zwangsvorstellungen auftritt. Dass die Theorie Janet's für die Erklärung der assoziativen Zwangstendenzen ungleich brauchbarer ist als für die einzelner

Zwangsvorstellungen von konstantem Inhalte, bedarf hier keiner weiteren Darlegung. In dieser Beziehung bietet jedoch die Theorie Janet's trotz ihrer ungemein weitschweifigen Begründung nichts wesentlich Neues¹⁾.

Kapitel V.

Zwangerscheinungen der emotionellen Sphäre.

Zwangsaffecte und -Stimmungen.

Unter diesem Titel sollen nicht nur die isoliert auftretenden, mit den Charakteren des Zwanges behafteten emotionellen Zustände, sondern auch ein Teil der mit Vorstellungen verknüpften, resp. von solchen ausgehenden Zwangsaffecte, der Phobien, behandelt werden. Die Gründe, welche uns hierzu bestimmen, werden an späterer Stelle ersichtlich werden.

A. Die Zwangsangstzustände.

Unter den Zwangsaffecten beanspruchen in Anbetracht ihrer Häufigkeit und Folgeschwere das grösste Interesse die Angstzustände, welche bisher auch in der Literatur fast ausschliesslich Beachtung gefunden haben. Der Besprechung dieser Zustände müssen wir einige Vorbemerkungen vorausschicken.

Vorbemerkungen.

Als Angstgefühle bezeichnen wir jene spezifischen emotionellen Elemente, die sich in der Regel an die Vorstellung eines bevorstehenden oder bereits eingetretenen Geschehnisses von unheilvoller Bedeutung für unsere Person oder irgendwelche unserer

¹⁾ Man vergleiche hierzu die Ausführungen Kaan's: „Der neurasthenische Angstaffekt bei Zwangsvorstellungen“ S. 47.

Interessensphäre angehörige Menschen knüpfen. Auf diese regelmässige Verbindung der Angstgefühle mit Vorstellungen (Erwartungen) peinlichen Inhalts ist es wohl zurückzuführen, dass den in Rede stehenden emotionellen Elementen, auch wenn dieselben isoliert, d. h. unabhängig von irgendwelchen bestimmten Vorstellungen einer drohenden Gefahr oder eines bereits eingetretenen für uns verhängnisvollen Ereignisses auftreten, dennoch etwas anhaftet, was als dunkle Erwartung eines Unheils sich deuten lässt.

Wir müssen hier zunächst einige Begriffsbestimmungen folgen lassen, die notwendig sind, um im Folgenden Missverständnisse zu vermeiden.

Unter Angstgefühl verstehen wir die im Vorstehenden bezeichneten emotionellen Elemente, unter Angstzustand einen psychischen Zustand, der durch die Gegenwart von Angstgefühlen charakterisiert ist, unter Angstaffekt einen Angstzustand, in welchem stärkere Angstgefühle vorhanden sind. Angstzustand ist demnach der weitere Begriff, der sowohl die Zustände mit leichteren als die mit intensiveren Angstgefühlen umfasst.

Noch eine weitere Unterscheidung ist zu berücksichtigen. Auf pathologischem Gebiete werden sehr häufig Angst und Furcht als gleichwertige Ausdrücke benützt. Man spricht z. B. von Platzangst ebensowohl als von Platzfurcht. Die Phobien werden ebensowohl als Formen krankhafter Angstzustände wie als Formen krankhafter Furcht bezeichnet. Nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauche bedeutet jedoch Furcht einen geringeren Grad, Angst einen höheren Grad des durch Angstgefühle charakterisierten emotionellen Zustandes (des peinlichen Erwartungsaffektes). Wir werden im Folgenden uns dem in der Pathologie üblichen Sprachgebrauche anschliessen und bald von Furcht-, bald von Angstzuständen sprechen und müssen hier darauf hinweisen, dass hiermit über die Intensität der betreffenden Zustände nichts gesagt sein soll. Die Schmutzfurcht (Mysophobie) z. B. kann bezüglich der Stärke der Angstgefühle völlig die Höhe jeder anderen Zwangsangst erreichen. Wir haben hier, wo es sich um Besprechung der Zwangserrscheinungen handelt, uns nur mit gewissen Formen der krankhaften Furcht oder Angst zu befassen. Von unserer Betrachtung bleiben die psychotischen, d. h. die als Symptome ausgesprochener Psychosen wie Melancholie, zirkuläres Irrsein etc. auftretenden Angstzustände aus-

geschlossen, obwohl dieselben ihrem inneren Wesen nach den Zwangsangetzständen nahe stehen.

Die Entscheidung der Frage, ob wir es in einem gegebenen Falle mit der uns hier allein interessierenden Form krankhafter Angst zu tun haben, hängt nicht von deren psychischer Veranlassung oder Intensität ab. Eine Mutter, welche ein krankes Kind zu pflegen hat, mag sich über den Zustand desselben schwer ängstigen, auch wenn hierzu keine genügende Veranlassung vorliegt. Handelt es sich um eine im Bereiche des Normalen liegende Angst, so wird sich dieselbe durch entsprechende Vorstellungen, Darlegung des Sachverhaltes, wenn derselbe keine Gefahr in sich schliesst, beseitigen lassen. Die krankhafte, zwangsmässige Angst wird nicht in dieser Weise beeinflusst. Die Frau, bei welcher eine solche im gegebenen Falle eintritt, mag auf die ihr erteilte Aufklärung wohl erkennen, dass ihre Befürchtungen ungerechtfertigt, ja ganz und gar grundlos sind, ist aber trotzdem nicht imstande, sich derselben nachhaltig oder auch nur vorübergehend zu erwehren. Sie mag sich über ihr ängstliches Naturell ärgern oder dasselbe verwünschen, sich auch bemühen, mit Vernunftgründen gegen ihre Schwarzseherei anzukämpfen, ihr Wille bleibt machtlos, die quälende Unruhe in ihrem Innern zu überwinden, die sie peinigenden Gedanken dauernd zu bannen. Die Unbeeinflussbarkeit des Angstzustandes durch Gegenvorstellungen verleiht demselben allein den Charakter des Zwangszustandes. Wir sehen hier, dass die gleiche psychische Veranlassung, die in einem Falle eine mehr oder minder intensive, aber immerhin noch im Bereiche des Normalen liegende Angst herbeiführt, im anderen Falle das Auftreten eines Angstaffektes von Zwangscharakter bedingt. Bei den durch rein somatische Vorgänge verursachten, von Vorstellungen primär unabhängigen Angstzuständen ist der Zwangscharakter durch die Natur der Ursache gewissermassen gegeben. Es liegt ja nahe, dass Angstgefühle, die nicht an irgend welchen Vorstellungen haften, sich auch nicht durch logische Erwägungen verdrängen lassen, durch den Willen also direkt nicht zu beeinflussen sind. Die Intensität der Angst andererseits kann derselben in einem gegebenen Falle den Charakter des Krankhaften verleihen. Wer bei einer kleinen Verletzung sich wegen der Folgen unmässig ängstigt, ist jedenfalls mit abnormer Emotivität behaftet, und seine Angst muss im gegebenen Falle als krankhaft betrachtet

werden. Diese Angst mag jedoch trotz ihrer krankhaften Natur durch Aufklärung seitens des Arztes sofort beseitigt werden, in diesem Falle ermangelt sie des Zwangscharakters.

Symptomatologie des Angstzustandes.

Die Erscheinungen, mit welchen wir es in den Angstzuständen zu tun haben, lassen sich in zwei Gruppen sondern: psychische und somatische, über deren Beziehungen zu einander die Ansichten sehr differieren. Wir werden auf diesen Punkt an späterer Stelle eingehen und uns hier zunächst mit den psychischen Symptomen des Angstzustandes beschäftigen.

A. Psychische Symptome.

Wir haben hier neben den in wechselnder Intensität auftretenden Angstgefühlen die durch diese bedingte Beeinflussung der Vorstellungsassoziation und der Willensvorgänge in Betracht zu ziehen. Die Veränderungen im Vorstellungsablaufe, die sich im Angstzustande geltend machen, sind entgegengesetzter Natur. Wir haben es zum Teil mit hemmenden, zum Teil mit erregenden Wirkungen zu tun: Verlangsamung der assoziativen Vorgänge, selbst bis zum vollständigen Stillstand, und Beschleunigung des Vorstellungsablaufes bis zur wildesten Ideenflucht. Diese entgegengesetzten Modifikationen der Assoziationstätigkeit sind nicht an verschiedene Intensitätsgrade der Angstgefühle gebunden; doch lässt sich im allgemeinen sagen, dass in den leichteren Angstzuständen (von den schwächsten abgesehen) die Erregungsvorgänge, in den schwereren die Hemmungsvorgänge wenigstens primär überwiegen.

Bei den leichtesten Graden der Angst ist die Verlangsamung der Ideenassoziation vorherrschend, am deutlichsten zeigt sich dies in den Zuständen, die man als Befangenheit, Verlegenheit, Schüchternheit bezeichnet. Die Reproduktion von Vorstellungen, die unter gewöhnlichen Verhältnissen leicht gelingt, ist hier erschwert oder auch unmöglich. Bekannt sind die Nöten, die hierdurch Examinanden erwachsen. Die gemütliche Erregung, in der sich dieselben oft befinden, gestattet ihnen nicht, aus dem Gedächtnis hervorzuholen, was sie demselben mit Mühe und Fleiss eingepägt haben. Bei etwas stärker entwickelten Angstgefühlen ist Beschleunigung

des Vorstellungsablaufes das Häufigere. Die Kranken selbst bezeichnen in diesem Falle ihren Zustand als peinliche Unruhe, eine Erregtheit, die sie umhertreibt; sie sind unfähig, ihre Aufmerksamkeit auf einen Gegenstand anhaltend zu konzentrieren, irgend eine Arbeit längere Zeit fortzusetzen. Die Beschleunigung des Vorstellungsablaufes bedingt es, dass die Assoziation vorwiegend eine oberflächliche bleibt und schwierigere Gedankenverbindungen nicht zustande kommen. Unter den sich drängenden Assoziationen sind dabei die peinlichen Vorstellungen vorherrschend. Die Unruhe gibt sich auch nach aussen in dem Gebahren des Individuums kund. Es fällt demselben schwer, an einer Stelle auszuhalten; in seinen Handlungen verrät sich eine auffällige Hast, Unüberlegtheit und Hinwegsetzen über gewohnte Rücksichten. Um die innere Erregung herabzusetzen, werden auch bewusst und absichtlich verschiedene Akte unternommen, auf die wir noch zu sprechen kommen werden.

In den höheren Graden des Angstzustandes kommt es ebenfalls — zumeist nach einer vorübergehenden Verlangsamung — zu einer Beschleunigung des Vorstellungsablaufes, welche sich bis zur Ideenflucht und Verwirrtheit steigert. Ein ängstlicher Gedanke jagt den andern, die fixierende Aufmerksamkeit auf irgend ein Objekt ist nur ganz vorübergehend möglich, jede Überlegung ausgeschlossen. Es ist begreiflich, dass Personen in diesem Zustande das Nächstliegende übersehen und sich zu den lächerlichsten und unsinnigsten Handlungen fortreißen lassen. Bei den höchsten Graden des Angst-anfalles ist, namentlich wenn derselbe plötzlich einsetzt, die Assoziationstätigkeit zunächst vollständig gehemmt; das Denken kommt zum Stillstand, das Bewusstsein wird, wenn der Angstzustand von einer bestimmten Vorstellung ausgeht, vollständig von der Idee des befürchteten Unheils erfüllt. Bei primär inhaltloser Angst treten an die Stelle dieser Vorstellungen mächtige Organgefühle, ein Gefühl vollständiger physischer Ohnmacht, der Erstickung etc.¹⁾ Die

¹⁾ Störring l. c. (S. 410) hat sich gegen die Annahme, die er als die gewöhnliche betrachtet, gewendet, dass das Cessieren der Assoziationsvorgänge im Angstzustande durch eine von dem Affekt ausgehende primäre Hemmungswirkung zustande kommt. Er führt den Fall eines an epileptischen Angst-anfällen leidenden Mannes an und folgert aus demselben, dass die Hemmung des Vorstellungsablaufes in den Affekten durch 2 Umstände herbeigeführt wird: „einmal die starke Inanspruchnahme der psycho-physischen Energie durch die

Fixierung der in Rede stehenden Vorstellungen und Organgefühle, welche während ihrer Dauer jede assoziative Tätigkeit verhindert, hält jedoch in der Regel nicht lange an. Die Hemmung des Vorstellungsablaufes wird durch Beschleunigung desselben abgelöst, eine Ideenflucht, bei welcher ausschliesslich Angstvorstellungen durcheinanderschwirren. Auch dieses Verhalten währt in den hier in Betracht kommenden pathologischen Zuständen gewöhnlich nicht sehr lange, allmählig stellt sich Beruhigung ein, mit welcher gewöhnlich zunächst ein Gefühl der Erschöpfung und eine Verlangsamung des Vorstellungsablaufes verknüpft ist.

B. Somatische Symptome.

Mit den im Vorstehenden angeführten psychischen Veränderungen geht eine Reihe somatischer Störungen einher, die in den einzelnen Fällen in ihrer Lokalisation und Intensität sehr bedeutend variieren. In erster Linie kommen die Störungen seitens des Zirkulationsapparates in Betracht: Die Herzaktion ist gewöhnlich beschleunigt, dabei mitunter unregelmässig; es kann dabei zu äusserst heftigen, den Thorax erschütternden Palpitationen kommen. Janet¹⁾ fand den Blutdruck bei vielen Individuen annähernd normal, bei unbeweglichem Verharren an einer Stelle unter der Norm.²⁾ Die

abnorm stark hervortretenden Organempfindungen — man könnte also sagen die Ableitung der psycho-physischen Energie auf ein anderes Gebiet — und sodann die Änderung der Blutverteilung im Gehirn*.

Ich habe schon in meiner 1882 veröffentlichten Arbeit „Über Platzangst und verwandte Zustände“ die Hemmung des Vorstellungsablaufs in den höchsten Graden der Angst von der Beschaffenheit des momentanen Bewusstseinsinhaltes abhängig gemacht. Ich bemerkte l. c. S. 19: „In wieder anderen Fällen — und diese sind wohl die schlimmsten ihrer Art — verdrängt wenigstens vorübergehend ein Gefühl drohenden Unheils und physischer Ohnmacht allen übrigen Bewusstseinsinhalt. Es ist dies der höchste Grad der Angst, der, wie man sagt, die Besinnung völlig raubt, den Befallenen hilflos an die Stelle bannt.“ Auf den Einfluss der veränderten Blutverteilung im Gehirn habe ich ebenfalls in der fraglichen Arbeit hingewiesen (S. 29).

¹⁾ Janet, l. c., S. 225.

²⁾ Vaschide und Marchand (citiert bei Janet, S. 225) fanden den Blutdruck im Mittel um 2 cm erhöht; auch Kornfeld kam durch Studien über die Angst zu dem Ergebnisse, dass das Ansteigen des Blutdruckes eines der Hauptsymptome des Angstaffektes ist; er betrachtet die Höhe des Blutdruckes geradezu als Massstab für die Intensität des Affektes. Centralbl. f. d. gesamte Therapie 1902 No. 11 u. 12.

Änderungen der Herztätigkeit sind von verschiedenen, zum Teil höchst peinlichen Sensationen begleitet: Gefühlen von Druck oder Zusammenschnüren in der Herzgegend (Praekordialdruck) mitunter Ausbreitung der schmerzhaften Sensationen über die linke Thoraxpartie und Ausstrahlen derselben nach der linken Schulter und dem linken Arme, ähnlich wie bei Angina pectoris, Gefühlen des Aufsteigens unter dem Brustbein bis zur Kehle. Die vasomotorischen Störungen sind am Gesichte am ausgeprägtesten, meist anfänglich Blässe, seltener Röte, häufig auch wiederholter Wechsel von Blässe und Röte; öfters auch sehr lebhaft pulsation der Kopfarterien, begleitet von Gefühlen der Hitze und Schwere im Kopfe oder der Blutwallerung nach demselben, Gefühlen, als ob ein Schlaganfall drohe etc. Es handelt sich hierbei um kongestive Erscheinungen, welche vorwaltend nach vorhergehender Gefässverengerung, nicht selten aber auch primär auftreten. An den Extremitäten werden durch Vasokonstriktion Blässe und Kälte der Haut, Frostschauder, auch Parästhesien, Gefühle von Vertaubung, Eingeschlafensein etc. herbeigeführt. Bei ausgebreiteter Gefässkontraktion in der Haut, die von Kontraktion der glatten Hautmuskeln (Gänsehaut) begleitet sein mag, kommt es zu allgemeinen Frostschaudern, die mitunter als Fieberfrost gedeutet werden. Auf die anfängliche Gefässkontraktion folgt auch an den peripheren Teilen oft Gefässerschaffung mit begleitendem Hitzegefühl. Mitunter wird auch Absterben der Finger beobachtet (Hardenberg). Das Erkalten der Haut infolge der Gefässkontraktion ist häufig von Schweissausbruch begleitet, wobei der Schweiss als kalt empfunden wird.

Die Respiration ist im Angstzustande ebenfalls in der einen oder anderen Weise verändert, zum Teil beschleunigt, zum Teil verlangsamt und meist unregelmässig, so dass auf einige oberflächliche Atemzüge eine tiefe, seufzerartige Inspiration oder auch auf eine Atempause mehrere beschleunigte Atemzüge folgen. Janet fand bei Polypnoe mit dem Spirometer Verringerung der aufgenommenen Luft gegenüber der Norm. Auch die Respirationsstörungen sind von peinlichen Sensationen begleitet: Gefühlen der Schwere oder des Zusammenschnürens auf der Brust (Beklemmung), Gefühl der Atmungsbehinderung bis zum Erstickungsgefühl sich steigernd. Zweifellos sind manche Fälle von sogenanntem psychischem oder neurasthenischem Asthma im Grunde lediglich

Angstzustände mit besonders hervortretenden Respirationsstörungen. Es können aber auch durch Angst, resp. gewisse von Angst begleitete Vorstellungen ganz akut bronchiolitische Erscheinungen (sehr verbreitete Rhonchi sibilantes auf der Brust, begleitet von Atemnot) hervorgerufen werden. Auch die Störungen seitens des Verdauungsapparates sind sehr mannigfach. Die Nahrungsaufnahme ist zumeist erschwert, oder ganz unmöglich. Es ist den Kranken, wenn sie essen sollen, als wenn ihnen der Hals zugeschnürt werde; dabei handelt es sich meist nur um einen intensiven Widerwillen gegen Nahrung, seltener um Schlundkrampf. Ferner werden häufig Trockenheit im Munde infolge verminderter oder aufgehobener Speichelsekretion, Übelkeit, Brechreiz, Digestionsstörungen, Diarrhoen, mitunter auch nur häufigerer Stuhlgang mit unbedeutenden Ausleerungen beobachtet. Häufig findet sich auch ein Gefühl des Aufsteigens von der Magengegend nach dem Halse (globus adscendens); mitunter macht sich Bulimie geltend. Bei weiblichen Personen namentlich ist der Harndrang häufig erheblich vermehrt; damit verknüpft sich mitunter echte Polyurie; häufiger wird erst beim Nachlassen der Angsterscheinung eine grössere Menge wasserhellen Urins (Urina spastica) entleert. Dass auch der Sexualapparat eine Beeinflussung durch den Angstzustand erfahren kann, ist bisher wenig beachtet worden. Ich habe zuerst auf das Auftreten sexueller Erregung bei Angstanfällen in dem Aufsätze „Zur Lehre von den neurotischen Angstzuständen“ (Münchener med. Wochenschrift No. 24 u. 25, 1897) hingewiesen und in der 3. Auflage meines Werkes „Sexualleben und Nervenleiden“ Fälle angeführt, in welchen es unter dem Einflusse der Angst zu Pollutionen kam. In jüngster Zeit kam eine ältere, an Melancholie leidende Frau in meine Beobachtung, über deren Fall später noch berichtet werden wird. Bei derselben traten bei heftiger Angst unangenehme Sensationen im Unterleibe, verbunden mit einem Reizgeföhle in der Scheide und im After, und Kreuzschmerzen auf. Janet erwähnt ebenfalls, dass es bei manchen Individuen im Angstzustande zu sexueller Erregung kommt. Er erblickt in letzterer eine Art Ableitung der Angst. Auch den Abgang eines wässerigen Ausflusses aus der Vagina wurde von ihm beobachtet.

In der motorischen Sphäre wechseln und kombinieren sich Hemmungs- und Reizerscheinungen. Am häufigsten findet sich

Schwäche der Extremitäten in Verbindung mit mehr oder minder erheblichem Zittern; die Kraftabnahme kann in den Beinen bis zum völligen Versagen derselben sich steigern, so dass das Individuum zusammenbricht und hilflos liegen bleibt. Umgekehrt kann aber die Erregung unter Umständen auch die motorische Leistungsfähigkeit bedeutend steigern, so dass Akte möglich werden, die unter gewöhnlichen Verhältnissen die Kräfte des Individuums übersteigen. Nicht selten kommt es auch zu Zuckungen, die einen choreatischen Charakter annehmen können. Feinere Verrichtungen wie Schreiben, werden zum Teil durch Zittern, zum Teil durch Schwäche gestört. Die Sprache bleibt bei stärkerer Entwicklung der Angst ebenfalls nicht unbeteiligt; die Rede wird stockend, abgerissen, leise, und bei den höchsten Graden der Angst können Sprache und Stimme vorübergehend gänzlich versagen (*Vox faucibus haesit*). Andererseits kann sich aber auch die Angst in lautem Schreien, Jammern und Stöhnen äussern. Hiermit verbinden sich öfters noch andere Formen motorischer Entäusserung, planloses Umherrennen, Sichniederwerfen, -umherwälzen, Ballen der Fäuste, Zerraffen der Haare etc. Alle diese unwillkürlichen Akte sind geeignet, durch eine Art Ableitung eine Erleichterung des Zustandes herbeizuführen. In manchen Fällen begegnet man jedoch auch bei von Angstanfällen Heimgesuchten dem bewussten Bestreben, durch gewisse an sich sinnlose Handlungen sich Erleichterung zu verschaffen. So gelangte einer meiner Patienten dazu, im Anfälle zunächst die Gegenstände, welche er in den Taschen trug, zu ergreifen und bei anwachsender Angst successive wegzuschleudern, ohne Rücksicht auf den Schaden, den er sich hierdurch verursachte. Taschenmesser, Uhr etc. gingen ihm hierdurch wiederholt verloren. Bei dem gleichen Patienten stellte sich bei Angstanfällen auf der Strasse, wenn ihn entgegenkommende Personen am raschen Weitergehen verhinderten, der Impuls ein, das Messer, das er bei sich trug, zu ziehen und sie niederzustechen. Glücklicherweise besass der Patient genügende Widerstandsfähigkeit gegen diesen Impuls. In den hier in Betracht kommenden Anfällen kann sich aber auch, ähnlich wie bei den Angstzuständen der Melancholischen, ein nicht klar bewusster Selbstmorddrang geltend machen, der meist nur fruchtlose Selbstmordversuche zur Folge hat. Gelegentlich führt aber der Drang, wie einzelne von Binswanger mitgeteilte Beispiele lehren, auch dazu, dass der Patient seinem Leben ein jähes Ende bereitet.

Von den im Vorstehenden angeführten somatischen Angstsymptomen ist in den einzelnen Anfällen immer nur ein Teil vorhanden. Die Lokalisation und Intensität der Störungen variiert nicht nur bei verschiedenen Individuen, sondern auch zum Teil selbst in den Anfällen eines und desselben Kranken. Je nachdem die eine oder andere Gruppe von Erscheinungen mehr hervortritt, d. h. im Bewusstsein des Patienten sich geltend macht, wird die Angst von denselben in verschiedene umschriebene Körperteile verlegt. Am häufigsten wird die Angst wegen Vorhandenseins peinlicher Sensationen in der Herzgegend in diese lokalisiert. An die Herzangst schliessen sich in Häufigkeit die Brust- und die Kopfangst an. Zu ersterer Lokalisation geben die Beklemmungsgefühle, zu letzterer die schon erwähnten Sensationen der Kopfeingenommenheit, des drohenden Schlaganfalls etc. und die Störungen im Vorstellungsablaufe Anlass. Ungleich seltener wird die Angst in die Magengegend (epigastrische Angst) oder überhaupt den Bauch (Bauchangst) verlegt. Manche Patienten sind wegen des Hervortretens von Schwächezuständen in den Beinen geneigt, ihre Angst in diese oder speciell die Kniee zu verlegen. Daneben mangelt es auch nicht an Fällen, in welchen die somatischen Störungen recht wenig prägnant sind und die Angst daher nicht näher lokalisiert oder auch einfach als psychische Qual (Seelenangst) bezeichnet wird.

Was nun die Beziehungen der somatischen zu den psychischen Angstsymptomen anbelangt, so gehen hierüber die Ansichten der Autoren sehr erheblich auseinander, was mit der Verschiedenheit der zur Zeit noch herrschenden Affekttheorien zusammenhängt. Nach der älteren Auffassung, welche gegenwärtig in ärztlichen Kreisen noch die meisten Anhänger haben dürfte, bilden die somatischen Funktionsstörungen Folgeerscheinungen (eine Art Reflexwirkung) der primär vorhandenen Angstgefühle. Nach dieser Auffassung verknüpfen sich die durch die somatischen Funktionsstörungen ausgelösten Organempfindungen ebenfalls mit Angstgefühlen, welche zu den primär vorhandenen hinzutreten, diese dadurch verstärken und deren Dauer verlängern, während zugleich die Organempfindungen den Angstzustand in der einen oder anderen Weise modifizieren.

Wesentlich verschieden hiervon ist die Auffassung derjenigen, welche der insbesondere von James und C. Lange vertretenen Affekttheorie huldigen. Nach dieser Theorie sind die als Gefühle

bezeichneten psychischen Elemente nichts weiter als Empfindungen gewisser Körperzustände, i. e. Komplexe von Organempfindungen. Die körperlichen Phänomene, welche nach der älteren Anschauung lediglich Wirkungen des Affektes darstellen, bilden nach dieser Theorie das Primäre und zwar werden dieselben durch Änderungen in der Funktion der centralen vasomotorischen Apparate, die für jeden Affektzustand in bestimmter Weise variieren, herbeigeführt. Der Affekt entsteht einfach durch das Bewusstwerden der durch Änderung der Gefässweite der Organe erzeugten Zustände. Wir erröten nach dieser Theorie nicht, weil wir uns schämen, sondern wir schämen uns, weil wir erröten, wir zittern nicht, weil wir uns fürchten, sondern wir fürchten uns, weil wir zittern.

Ich habe a. O. (Lehrbuch der gesamten Psychotherapie S. 30) die Unhaltbarkeit dieser Theorie dargelegt. Dieselbe ist auch von anderer Seite, so von Lehmann¹⁾, Lipps²⁾ und Wundt³⁾ nachgewiesen worden. „Ein und derselbe Eindruck“, bemerkte ich angeführten Orts, „kann in uns die verschiedensten Affekte hervorrufen; wir können uns bei dem Anblick einer bestimmten Person heute freuen, morgen ärgern und ein anderes Mal fürchten, diese Verschiedenheit der Affekte bei gleichbleibenden optischen Bildern kann unmöglich von irgend etwas anderem als den Vorstellungen herrühren, welche der Gesichtseindruck jeweilig mehr oder minder deutlich wachruft oder anklingt. Wenn wir uns fürchten, so wird durch Zittern unserer Glieder zwar die Angst verstärkt, allein Zittern

¹⁾ Lehmann: Bericht über den 3. internationalen Kongress für Psychologie S. 286.

²⁾ Lipps: Das Selbstbewusstsein, Empfindung und Gefühl. (Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, Heft 9.)

³⁾ Wundt (Grundriss der Psychologie, 5. Aufl., 1902, S. 210) erklärt die James-Lange'sche Affekttheorie aus 3 Gründen für unhaltbar. Erstens treten die entscheidenden äusseren Symptome der Affekte erst in einem Momente hervor, wo die psychische Natur des Affekts schon deutlich differenziert ist; dieser geht also denjenigen Innervationswirkungen voran, die hier als seine Ursachen in Anspruch genommen werden. Zweitens ist es absolut unmöglich, die Mannigfalt der psychischen Affektzustände dem verhältnismässig einfachen Schema der Innervationsänderungen einzuordnen; die psychischen Vorgänge selbst sind um Vieles reicher als ihre spezifisch verschiedenen Ausdrucksformen. Endlich stehen drittens die physischen Begleiterscheinungen der Affekte in durchaus keiner konstanten Beziehung zu der psychologischen Qualität derselben.

muss an sich durchaus kein Angstgefühl hervorrufen, man zittert auch vor Freude, Ärger, Wut, Spannung.“

Ein sehr gewichtiges Argument gegen die James-Lange'sche Affekttheorie bilden auch die inkompletten Angstanfälle, die wir an späterer Stelle näher kennen lernen werden, d. h. das Auftreten somatischer Angstsymptome ohne begleitendes Angstgefühl, sowie der Umstand, dass selbst bedeutende Störungen der Respiration und Herztätigkeit bei akuten und chronischen Erkrankungen ohne Angst bestehen können. Die nervösen Funktionsstörungen des Herzens zeigen in Bezug auf die Kombination mit Angstgefühlen die auffälligsten Unterschiede. Während in einzelnen Fällen von mässiger Tachykardie erhebliche Angst sich geltend macht, kann dieselbe bei schweren Anfällen fehlen. Sehr bemerkenswert in dieser Beziehung ist eine Beobachtung, die ich vor Jahren machte. Eine von mir behandelte, in den 70 er Jahren stehende Frau wurde infolge schwerer gemüthlicher Erregungen von verschiedenen nervösen Beschwerden heimgesucht (Schlaf- und Appetitmangel, Anfällen von Zittern, Parästhesien an verschiedenen Körperstellen etc.). Eines Tages fand ich die Frau bei meinem Besuche auffallend blass. Bei Prüfung des Pulses zeigte dieser eine Frequenz von nahezu 200, dabei war derselbe natürlich äusserst klein. Die Patientin, die sich ganz ruhig verhielt, klagte nur über Schwäche; sie hatte weder ein Gefühl von der Veränderung ihrer Herztätigkeit, noch irgend welche Angst.

Eine Art Mittelstellung zwischen der älteren und James-Lange'schen Theorie nimmt die von Störring vertretene Ansicht ein. Störring verwirft ebenfalls die Zurückführung der emotionellen Elemente (Gefühle) auf Organempfindungen. Er unterscheidet zwischen primären und sekundären, an Organempfindungen geknüpften Gefühlselementen. Im Affekte handelt es sich nach seiner Auffassung um Verschmelzungen von emotionellen Elementen und Organempfindungen, und zwar bei künstlichen und pathologischen Affekten von Organempfindungen und Organgefühlen (sekundären Gefühlen) allein, bei normalen Affekten von Organempfindungen, Organgefühlen und primären emotionellen Elementen. Letztere sollen nach Störring den Charakter des Affektes nicht bestimmen, sonst würden die ohne primäre Gefühle entstehenden Affekte nicht den normalen Affekten gleich erscheinen.

Auch gegen die Auffassung Störrings erheben sich zum Teil wichtige Bedenken. Gegen die Annahme, dass pathologische Affekte ausschliesslich durch körperliche Veränderungen verursacht werden, welche Organempfindungen und begleitende Organgefühle auslösen, spricht der Umstand, dass die pathologischen Angstaffekte sehr häufig von Vorstellungen ausgehen, sowie das schon erwähnte Vorkommen somatischer Angstsymptome ohne begleitende Angstgefühle. Bei den von Vorstellungen ausgehenden Angstzuständen (Phobien) ist das Auftreten primärer von körperlichen Veränderungen unabhängiger Angstgefühle nicht auszuschliessen. Auch die Anschauung, dass für den Charakter der normalen Affekte die primären emotionellen Elemente nicht bestimmend sind, ist unhaltbar. Wenn der Charakter des pathologischen Affektes durch die ihm zu Grunde liegenden körperlichen Veränderungen bestimmt wird, so folgt daraus noch keineswegs, dass diese dieselbe Rolle beim normalen Affekte spielen müssen. Es ist auch gar nicht zu ersehen, wie die primären emotionellen Elemente, wenn dieselben indifferenter Natur wären, dazu gelangen sollten, verschiedenartige körperliche Veränderungen herbeizuführen.

Wenn wir den von irgend einer Vorstellung ausgehenden Angstaffekt einer Analyse unterziehen, ergibt sich uns Folgendes:

Die Angstgefühle bilden eine Species der Unlustgefühle, für welche zur Zeit eine besondere Lokalisation nicht nachgewiesen ist, und die man nach den vorliegenden Erfahrungen wohl als subjektive Begleiterscheinung eines kortikalen Allgemeinzustandes betrachten muss. Wodurch die Angstgefühle ihre spezielle Färbung erhalten, durch welche sie sich von anderen Unlustgefühlen unterscheiden, ist nicht festgestellt. Meynert¹⁾ betrachtete die peinlichen Affekte als Ausdruck eines dyspnoetischen Ernährungszustandes des Cortex, welcher durch Gefässverengung infolge von Reizung vasomotorischer Rindencentren zustande kommen soll. Gegen diese Auffassung spricht jedoch der Umstand, dass während des Angstzustandes Erscheinungen auftreten können, welche auf Fluxionsvorgänge nach dem Gehirne hinweisen, mit welchen jedoch die Angstgefühle sich nicht verlieren, sondern oft eine Steigerung erfahren. Es ist mir

¹⁾ Meynert: Psychiatrie, Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns, Wien, 1884.

daher wahrscheinlicher, dass die Angstgefühle ihre besondere Qualität dadurch erhalten, dass sich mit den kortikalen Unlustgefühlen reproduzierte Organempfindungen (Empfindungen der Funktionsstörung lebenswichtiger Organe) verknüpfen, i. e., dass sich zu dem der Unlust entsprechenden kortikalen Allgemeinzustande Erregungen gewisser Elemente der Körperfühlsphäre gesellen. Indess, wie dem auch sein mag, in jedem Falle beruhen die Angstgefühle in erster Linie auf kortikalen Vorgängen, zu welchen erst sekundär Erregungszustände bulbärer Centren (der vasomotorischen, respiratorischen, Herznervationscentren etc.) treten. Durch letztere werden zum Teil psychische, zum Teil somatische Angstsymptome (Funktionsstörungen) hervorgerufen, welche Organempfindungen und daran haftende Gefühle auslösen. Diese Empfindungen und Gefühle verschmelzen mit den primären Angstgefühlen. Man kann demnach neben der primären kortikalen eine bulbäre Angst unterscheiden. Bei den von Vorstellungen ausgehenden Angstaffekten ist die kortikale Angst das konstante Element, die bulbäre Angst ein variabler Faktor, der bei den leichtesten Graden des Affektes von ganz untergeordneter Bedeutung ist.

Hinsichtlich des bulbären Affektanteiles besteht zwischen den Zwangsangstzuständen und den unter normalen Verhältnissen auftretenden Angstvorgängen ein wichtiger Unterschied. Während bei letzteren die Intensität der bulbären Erregungen und damit auch der somatischen Angsterscheinungen (Funktionsstörungen) der Intensität der kortikalen Angstgefühle entspricht, wird bei den Zwangsangstzuständen diese Proportionalität vermisst. Wir haben es hier gewöhnlich mit abnormen Erregbarkeitsverhältnissen der bulbären Centren zu thun, infolge welcher geringfügige Reize zur Auslösung mächtiger Reaktionen genügen. Es können hier nicht nur Vorstellungen mit geringen kortikalen Angstgefühlen, mit ganz unverhältnismässig starken somatischen Angstsymptomen sich verknüpfen, sondern auch unbewusste psychische Vorgänge und Erregungen, welche nicht vom Cortex kommen, die bulbären Angstcentren in Tätigkeit versetzen. Die hierdurch herbeigeführten somatischen Funktionsstörungen verknüpfen sich zwar zumeist mit Angstgefühlen von variabler Intensität, können aber auch, wie die inkompletten Angstanfälle lehren, dieser Begleiterscheinung ermangeln. Wodurch diese Unterschiede bedingt sind, hierüber sind wir noch im Unklaren.

Die Intensität der bulbären Erregungen, resp. der durch diese herbeigeführten Funktionsstörungen lebenswichtiger Organe sind hierfür allein jedenfalls nicht bestimmend.

Die Art der Verknüpfung der psychischen mit den somatischen Angsterscheinungen zeigt in den einzelnen Anfällen Verschiedenheiten, die wir noch kurz berühren wollen. Die psychischen Symptome treten nicht immer vor oder gleichzeitig mit den somatischen auf. In manchen Fällen wird der Anfall durch somatische Symptome eingeleitet, welche zunächst von keinem Angstgeföhle begleitet sind: Geföhle des Aufsteigens vom Magen nach dem Kopfe (Globus), Zusammenschnüren in der Magengegend, Übelkeit, Eingenommenheit und Druck im Kopfe, Schweissausbruch etc. Erst nachdem diese Erscheinungen kürzere oder längere Zeit bestanden, setzt der Angst-afekt und zwar mitunter sogleich mit grosser Intensität ein, so dass man hier von Aurasymptomen sprechen kann. Wodurch diese bedingt werden, ist nicht ohne weiteres klar. Wahrscheinlich sind bei deren Auslösung unterbewusste psychische Vorgänge im Spiele, welche zunächst nur leichte somatische Folgeerscheinungen nach sich ziehen, und erst bei längerer Andauer den eigentlichen Anfall mit seinen psychischen und somatischen Symptomen herbeiföhren. Der Angstanfall kann aber auch durch Zufälle eingeleitet werden, welche nicht der Symptomatologie des Angstzustandes angehören, so z. B. durch hysterische Weinkrisen, wie folgende Beobachtung zeigt.

Beobachtung 89, Fr. Sch., 35 Jahre alt, ledig, Musiklehrerin, erblich belastet und von Jugend auf schwächlich, musste sehr frühe Unterricht erteilen und sich lange Zeit sehr anstrengen, da sie ihre Eltern zu ernähren hatte. Von ihrem 30.—33. Lebensjahre besondere Überbürdung durch Unterricht und die Pflege ihrer kranken Mutter. Seit dem Tode dieser vor 2 Jahren allmähliche Verschlechterung ihres Zustandes, häufig Weinkrisen, Zwangsvorstellungen zum Teil mit Impulsen, verschiedene Phobien (Angst im Theater, in der Kirche, überhaupt in geschlossenen Räumen etc.), Unfähigkeit, sich geistig zu beschäftigen, grosse Schwäche der Beine. Im vorigen Jahre trat um Ostern zum erstenmal ein von ihr als „Gehirnkrampf“ bezeichneter Anfall auf; zuerst ein Weinkampf; nachdem dieser einige Zeit gedauert, Wirrheit im Kopfe (fühlt sich „rappelig“), auch heftige Kopfschmerzen, daneben grosse, allmählich zunehmende Angst, so dass die Patientin nach einiger Zeit zu schreien anfängt, sie werde närrisch, und von ihrer Umgebung nur mit grösster Mühe

einigermaassen beruhigt werden kann; es währt mehr als 2 Stunden bis die Patientin wieder völlig ruhig wird. Derartige Anfälle, resp. Andeutungen solcher sind seitdem häufig (fast jede Woche 1 bis 2 mal) aufgetreten.

Bei den von der Patientin als „Gehirnkrampf“ bezeichneten Zuständen handelt es sich zweifellos lediglich um einen schweren Anfall von Kopfangst, der jedoch die Besonderheit aufweist, dass er von einem hysterischen Präludium in der Form eines Weinkrampfes eingeleitet wird.

Eine ähnliche Verknüpfung von Weinkrämpfen und Angstzuständen fand ich bei einer jüngeren, kinderlosen hysteroneurasthenischen Frau. Bei dieser Patientin mangelten im Anfall die cephalischen Symptome, welche in dem oben erwähnten Falle so hervortraten, dagegen bestand hochgradige Brustbeklemmung.

Zu erwähnen ist hier ferner der Umstand, dass Angstanfälle wie hysterische auch von einem Gähnkrampf eingeleitet werden können.

Wenn wir die Symptomatologie der Angstzustände in Betracht ziehen, müssen wir 4 Gruppen von Zuständen unterscheiden:

1. Einen chronischen Zustand unentwickelter Angst, die abnorme Angstdisposition (Ängstlichkeit).
2. Die primär oder überhaupt inhaltlosen Angstzustände.
3. Die bei bestimmten äusseren Anlässen auftretenden, oder wenigstens von gewissen Vorstellungen ausgehenden Angstzustände, die Phobien.
4. Die larvierten und inkompletten (abortiven) Angstzustände.

I. Die abnorme Angstdisposition (Ängstlichkeit).

Bei sehr vielen, aber durchaus nicht allen Personen, bei welchen wir ausgebildete Zwangsangstzustände von irgend welcher Form antreffen, finden wir jene besondere Art emotioneller Erregbarkeit, die gemeinhin als Ängstlichkeit bezeichnet wird. Es handelt sich hier um eine abnorme (erhöhte) Disposition zu Angstzuständen, infolge welcher diese schon bei Veranlassungen auftreten, die beim Durchschnittsmenschen keine Beunruhigung hervorrufen, und bei allgemein Furcht erregenden Gelegenheiten eine aussergewöhnliche Intensität

erreichen. Freud,¹⁾ welcher diesen Zustand in seinen höheren Graden als „ängstliche Erwartung“ bezeichnet und als Kernsymptom seiner Angstneurose betrachtet, ist der Ansicht, „dass hier ein Quantum Angst frei flottierend vorhanden ist, welches bei der Erwartung die Auswahl der Vorstellungen beherrscht und jederzeit bereit ist, sich mit irgend einem passenden Vorstellungsinhalte zu verbinden.“ Diese Disposition kann bei von Haus aus normal veranlagten Individuen unter dem Einflusse nervenschwächender, insbesondere emotioneller Schädlichkeiten sich entwickeln, zumeist ist dieselbe jedoch in gewissem Masse angeboren, resp. ererbt und durch während des Lebens einwirkende Noxen zur weiteren Ausbildung gelangt. Die abnorme Angstdisposition zeigt in ihrer Entwicklung erhebliche Unterschiede. In der Breite des noch Physiologischen als Furchtsamkeit oder Neigung zum Pessimismus beginnend, steigert sie sich durch eine Reihe von Nuancen bis zur beständigen, grundlosen Erwartung von allem möglichen Unheil. Man hat letzteren Zustand nach Beard als „Pantophobie“ (Furcht vor Allem und Jedem) bezeichnet. Das harmloseste Unternehmen, wie ein Ausgang bei ungünstigem Wetter, eine Spazierfahrt, führt zu den masslosesten Befürchtungen für Leib und Leben; ein flüchtiger Schmerz an irgend einer Körperstelle lässt an schwere Krankheit denken, eine geringe Verspätung der Angehörigen bei einem Ausgange ruft die schlimmsten Besorgnisse in Betreff derselben wach; ein Geräusch in der Wohnung wird sofort auf Einbrecher und Mörder bezogen, eine geschäftliche Transaktion von geringer Bedeutung führt zu Befürchtungen unübersehbarer Verwicklungen und Nachteile. Es ist begreiflich, dass diese extrem Ängstlichen ihres Lebens nur selten froh werden; sie sehen zum grossen Teil das Grundlose und selbst Lächerliche ihrer Befürchtungen ein und versuchen oft mit dem ganzen Aufgebote ihres vernünftigen Ich's sich gegen den Zwang ihrer Befürchtungen zu wehren, zumeist jedoch ohne genügenden Erfolg.

Die abnorme Angstdisposition bekundet sich nicht immer in gleicher Weise bei den einzelnen Anlässen, welche gemeinhin Furcht oder Bedenken zu erregen geeignet sind. Neben den Fällen, in welchen sich bei den verschiedenartigsten Gelegenheiten, soferne

1) Freud: Neurol. Centralbl. 1895, No. 2.

dabei nur die entfernteste Möglichkeit eines Nachteils vorliegt, Befürchtungen geringerer oder schwerer Art in gleicher Weise einstellen — allgemeine Ängstlichkeit —, begegnen wir anderen, in welchen die Angstdisposition sich vorzugsweise oder ausschliesslich auf einzelnen Gebieten der persönlichen Interessen manifestiert.

Nach unserer Erfahrung lassen sich folgende Formen spezialisierter Angstneigung unterscheiden:

a) Die Ängstlichkeit, welche speziell die eigenen Gesundheitsverhältnisse betrifft, hypochondrische Ängstlichkeit. Diese kommt sowohl als angeborene, wie als anezogene, resp. durch Einflüsse der Umgebung bedingte Eigentümlichkeit vor. Sie kann sich auch im Gefolge seelischer Erschütterungen und anderer das Nervensystem schädigender Momente entwickeln.

b) Die moralische Ängstlichkeit, welche die harmloseste Handlung oder Unterlassung zum Ausgangspunkte sittlicher oder religiöser Skrupel macht und dadurch sehr häufig zu einer überaus fruchtbaren Quelle von Zwangsvorstellungen wird. Eine Unterart dieser Spezialängstlichkeit betrifft die Wahrung der äusseren Formen der Welt gegenüber und führt zur masslosen Furcht vor Verstössen gegen Höflichkeit oder Sitte und damit zu extremer Pedanterie in der Wahrung der Formen oder in der ganzen Lebensführung.

c) Abnorme Ängstlichkeit in Bezug auf die Gesundheitsverhältnisse der nächsten Angehörigen (Kinder, Eltern, des Gatten). Man beobachtet diese Form insbesondere nach schweren gemüthlichen Erregungen, die durch Krankheit oder Todesfälle in der Familie verursacht wurden. Die mit dieser Form Behafteten geraten bei unbedeutenden Erkrankungen in ihrer Familie in die peinlichste Aufregung, während sie ihren eigenen körperlichen Leiden oft nicht einmal die nötige Beachtung schenken mögen.

d) Abnorme Ängstlichkeit in Bezug auf Vermögens- oder Berufsangelegenheiten. Hierher gehören die Schwarzseher und Pessimisten, die überall Verluste oder Nachteile anderer Art wittern, wegen geringfügiger Schwierigkeiten sich endlose Sorgen bereiten.

Was die organische Begründung der abnormen Angstdisposition anbelangt, so kommt für dieselbe wohl in erster Linie eine erhöhte

Erregbarkeit des Herz- und Gefässnervenapparates, die angeboren oder erworben sein mag, in Betracht. Dieselbe bedingt, dass emotionale Vorgänge peinlicher Natur in bedeutend intensiverer Weise die zirkulatorischen Vorgänge beeinflussen als beim normalen Menschen und dadurch zu Orgengefühlen führen, welche sich vorzugsweise mit Vorstellungen (Erwartungen) irgend eines Unheils verknüpfen. Die verminderte Leistungsfähigkeit des Gesamtnervensystems, die wir bei Neurasthenie finden, begünstigt ebenfalls die Entwicklung der Angstdisposition soferne dieselbe das Selbstvertrauen des Individuums herabsetzt und ihm damit das Bewusstsein raubt, gewissen Gefahren sich entziehen oder denselben mit Erfolg begegnen zu können.

II. Die einfachen, inhaltlosen Angstzustände.

Die Angstzustände, die wir als inhaltlose bezeichnen, sind dadurch charakterisiert, dass dieselben zunächst wenigstens nicht von der Vorstellung (Erwartung) irgend eines drohenden Unheils ausgehen. Der von dieser Angst Heimgesuchte weiss nicht, anzugeben, was den Gegenstand seiner Angst bildet. Er ängstigt sich wie ein Kind, welches im Dunkeln sich befindet, ohne zu wissen weshalb. Die inhaltlosen Angstzustände zeigen hinsichtlich ihrer zeitlichen Dauer höchst bedeutende Unterschiede. Neben transitorischen, über eine Anzahl von Minuten oder Stunden sich erstreckenden Anwendungen werden tage-, wochen- und selbst monatelang anhaltende Angstzustände beobachtet. Wir werden daher im Folgenden Anfälle inhaltloser Angst und andauernde (chronische) Angstzustände unterscheiden.

A. Anfälle inhaltloser Angst.

Die Intensität der anfallsweise auftretenden inhaltlosen Angst weist ganz ausserordentliche Schwankungen auf. Von leichter Beunruhigung, einem Unbehagen, einem Anfluge von Bangigkeit kann die Angst bis zur mächtigsten, das Bewusstsein ganz erfüllenden und damit die Besinnung völlig raubenden Emotion sich steigern, die sich tobuchtartig im Umherrennen, lautem Schreien etc. äussert. Ich habe einzelne Anfälle dieser schlimmsten Art beobachtet, welche die Angehörigen des Patienten zu dem Glauben veranlassten, derselbe sei plötzlich irrsinnig geworden. Dabei kann es vorkommen,

dass der Befallene selbst die Vorstellung äussert, er werde irrsinnig. Die primär nicht von Vorstellungen ausgehenden Angstgefühle verknüpfen sich nämlich sekundär sehr häufig mit Vorstellungen einer drohenden Gefahr, durch welche der bestehende Affekt erklärt werden soll. Je nachdem dem Bewusstsein des Kranken von den körperlichen und psychischen Begleiterscheinungen die eine oder andere sich mehr aufdrängt, variieren diese Vorstellungen. In dem einen Falle wird Herzschlag, im anderen Gehirnschlag, in einem dritten das Nahen des Todes befürchtet. Schwere kongestive Anwandlungen, Verwirrtheit, Ideenflucht und starke Kopfeingenommenheit erwecken die Idee beginnenden Irrsinns.

Die Häufigkeit der Anfälle inhaltloser Angst variiert je nach der Art und Schwere des zu Grunde liegenden Leidens ganz ausserordentlich. Neben Fällen, in welchen solche Anfälle täglich mehrfach und in längerer Dauer auftreten, begegnen wir wieder anderen, in welchen dieselben nur in Zwischenräumen von Wochen und Monaten sich einstellen. Unter den Tageszeiten wird von den Anfällen die Nacht bevorzugt. Die Angstanwandlungen können hier in doppelter Weise zu einer Schlafstörung führen; häufig treten sie während des Schlafes auf und bedingen eine Unterbrechung desselben für kürzere oder längere Zeit. Hat sich dieser nächtliche Anfall mehrfach wiederholt und ist derselbe von grösserer Intensität, so geht der Patient mit Angst vor dem Angstanfalle zu Bett, und diese Phobophobie verhindert das Einschlafen für längere Zeit oder auch gänzlich. Bei Frauen bildet die Menstrualperiode eine besonders bevorzugte Zeit.

Ein Umstand, auf den wir hier noch die Aufmerksamkeit lenken wollen, ist, dass die Anfälle inhaltloser Angst von den Patienten sehr häufig nicht richtig gedeutet, resp. bezeichnet werden. Die Patienten sprechen oft nur von Nervosität oder Aufgeregtheit, weil ihnen das Vorkommen einer gegenstandslosen Angst etwas Unbekanntes ist und die erwähnten vagen Bezeichnungen ihren Zustand genügend zu charakterisieren scheinen. Es kommt aber auch nicht selten vor, dass der Patient unter den körperlichen Begleiterscheinungen der Angst eine ihm besonders auffällige herausgreift und diese als das Wesentliche seiner Anfälle hinstellt. So berichten manche Kranke, die an nächtlichen Angstanfällen leiden, dass sie Nachts öfters von Herzklopfen befallen werden. Wenn man der

Sache auf den Grund geht, so findet man, dass es sich um Angstzustände handelt, die mit Herzklopfen verknüpft sind. Ebenso kommt es vor, dass Patienten nur von Anfällen plötzlicher Schwäche, von Übelkeiten oder Schweissausbrüchen in Fällen sprechen, in welchen diese Symptome mit bewussten Angstzuständen zusammenhängen.

Beobachtung 90. Frä. B., 22 Jahre alt, Beamtenstochter, von einer etwas nervösen Familie stammend, machte ausser Kinderkrankheiten und Gelenkrheumatismus keine erhebliche Krankheit durch. In den letzten Jahren Überanstrengung durch Klavier- und Gesangsstudien sowie durch Musikunterricht, den sie nebenbei erteilte. Im Juli l. J. wurde Pat. während einer Nacht von einem schweren Angstanfalle heimgesucht, an welchen sich länger dauernde Herzpalpitationen anschlossen. In der Folge stellten sich öfters leichtere und schwerere Anfälle inhaltloser Angst ohne äussere Veranlassung ein, hierzu gesellten sich allmählig Angst vor der Angst (Phobopobie) und verschiedenartige nosophobische Befürchtungen (Furcht vor Herzschlag, Irrsinnigwerden etc.); auch Herzklopfen beim Stiegensteigen und bei rascheren Bewegungen. Während eines Landaufenthaltes in B. trat einige Zeit hindurch Herzklopfen häufiger, selbst täglich auf; das Befinden war jedoch im übrigen befriedigend. Seit der Rückkehr vom Lande vor etwa 14 Tagen stellten sich, vielleicht infolge körperlicher Überanstrengung (Umzug) wieder Angstzustände und zwar ziemlich häufig ein. Die Angst ist dabei immer inhaltlos und mit Störungen der Herztätigkeit in wechselnder Weise verknüpft. Zum Teil zieht der Angstzustand länger oder kürzer dauerndes Herzklopfen nach sich, zum Teil gehen die Herzpalpitationen der Angst vorher. Neigung zur Obstipation besteht schon lange. Appetit und Schlaf sind gut, seit einigen Tagen jedoch Kopfeingenommenheit.

Die Untersuchung ergibt einen negativen Befund. Die eingeleitete Behandlung (Brom, Hydrotherapie etc.) führte alsbald zur Beseitigung aller Beschwerden.

Beobachtung 91. Frau X., Fabrikantens Wittwe, 32 Jahre alt, erblich nur wenig belastet (der Vater von aufbrausendem Temperament, eine Schwester neurasthenisch), litt schon in jüngeren Jahren öfters an Kopfschmerzen, war jedoch im übrigen bis zu ihrer Verheiratung von nervösen Beschwerden verschont. Sie verheiratete sich vor 14 Jahren mit einem bedeutend älteren Manne von phlegmatischem Temperamente, welcher zu sexuellem Verkehr wenig inkliniert war. Wohl infolge dieses Umstandes wurde die sehr lebenslustige Frau schon in den ersten Jahren ihres Ehestandes von Angstzuständen, insbesondere beim Besuche öffentlicher Lokale heim-

gesucht. Ihr Gatte, dessen Gesundheitsverhältnisse immer wenig günstig waren, erlag nach mehrjähriger Erkrankung einem Magenkarzinom. Das lange und qualvolle Leiden des Mannes bereitete der Patientin schwere gemüthliche Erregungen, deren nervenschädigender Einfluss jedoch erst nach dem Todesfalle sich deutlicher offenbarte. Kurze Zeit, nachdem die Pat. Wittve geworden war, traten bei ihr die Angstzustände häufiger und in verstärktem Masse auf; hierzu gesellten sich verschiedene andere neurasthenische Beschwerden, Kopfeingenommenheit und sehr heftige Kopfschmerzen, Schwindel, Herzklopfen, nervöse Verdauungsstörungen. Pat. gebrauchte deshalb im vorigen Jahre eine mehrmonatliche Kur in einer Wasserheilanstalt, welche eine wesentliche Besserung herbeiführte. Dieser Erfolg hielt jedoch nicht an. Allmählig stellten sich die Angstzustände und die übrigen neurasthenischen Beschwerden wieder in erheblicherem Masse ein und seit etwa 2 Monaten hat sich der Zustand ganz ausserordentlich verschlechtert. Die Pat. kann schon seit längerer Zeit nicht mehr allein ausgehen und selbst in Begleitung nur gewisse Wege zurücklegen; auch dies ist ihr nur in den besseren Zeiten ihres Befindens möglich. Auch in ihrer Wohnung wird sie häufig von schweren inhaltlosen Angstzuständen heimgesucht, so dass sie oft nicht imstande ist, auf einem Stuhle oder Sofa sitzend auszuhalten und ruhelos und zitternd in den Zimmern sich umhertreibt. Der Appetit ist sehr gering, der Schlaf mangelhaft, viel mit schreckhaften Träumen verknüpft; häufig Anwandlungen von Schwäche (Bulimie) zeitweilig Kopfeingenommenheit oder Kopfschmerz.

Unter der eingeleiteten Behandlung (Opium anfänglich, Hydrotherapie, systematische Gehübungen etc.) erfuhr der Zustand im Verlaufe von mehreren Monaten eine sehr bedeutende Besserung, die noch gegenwärtig, nach mehreren Jahren anhält. Die Topophobien verloren sich völlig.

Beobachtung 92. Frau X., 46 Jahre alt, Offizierswittve, erblich von mütterlicher Seite belastet (Mutter hysterisch, Morphistin), war, von Kinderkrankheiten abgesehen, bis in die 30er Jahre immer gesund. Pat. heiratete mit 21 Jahren, wurde Mutter von 5 Kindern, von welchen eines starb, und ist seit 13 Jahren verwittwet. Die $1\frac{1}{2}$ Jahre währende letzte Erkrankung ihres Mannes verursachte ihr ungemein viel Aufregung und Kummer, und nach dem Tode desselben machte sich bei ihr längere Zeit grosse Erregtheit und Schlafmangel geltend. Diese Erscheinungen verloren sich wieder. In den folgenden Jahren hatte Pat. viel gemüthliche Erregungen, veranlasst durch Familienverhältnisse, durchzumachen, wodurch ihre Gesundheit wieder litt. Dazu gesellte sich Wechselstieber und Leberentzündung (?), welche letztere Erkrankung Pat.

3 Monate an das Bett fesselte. In der Folge verschlechterte sich der Nervenzustand mehr und mehr, insbesondere wurde der Schlaf wieder sehr mangelhaft, so dass sie viel Schlafmittel gebrauchen musste. Nach ungefähr 2 Jahren besserte sich das Befinden allmählig, doch hielt diese günstige Wendung nicht sehr lange an. Unter dem Einflusse erneuter schwerer gemüthlicher Erregung trat ein Rückfall ein, von welchem sich Pat. trotz wiederholten Landaufenthaltes, Gebrauchs innerlicher Mittel etc. bisher nicht zu erholen vermochte. Seit etwa $1\frac{1}{2}$ Jahren ist die körperliche Leistungsfähigkeit so reduziert, dass Pat. kaum $\frac{1}{4}$ Stunde gehen kann; ausserdem sehr viel Kopf- und Rückenschmerzen, häufig Schwindelanwandlungen, Schlaf meist unzulänglich, grosse Vergesslichkeit und Unfähigkeit zu geistiger Anstrengung; Appetit gering, öfters Magenschmerzen, Stuhlgang unregelmässig. Pat. erwähnt ferner, dass sie seit vielen Jahren zeitweilig an hochgradiger gemüthlicher Verstimmung und Anfällen inhaltloser Angst leidet. Letztere Anfälle stellten sich in der Regel nur nach schweren seelischen Erschütterungen ein, die durch plötzliche Erkrankungen oder Todesfälle in der Familie oder Vermögensverluste verursacht wurden. Sie verloren sich in der Regel nach einiger Zeit, nachdem sich ihr Gemüt über den Vorfall beruhigt hatte, wieder. Objektiv nur hochgradige Herabsetzung der Allgemeinernährung und Anämie zu konstatieren.

Der Zustand besserte sich unter der eingeleiteten Behandlung erheblich, und das günstigere Befinden erhielt sich fast 2 Jahre. Eine schwere fieberhafte Bronchitis und traurige Familienerlebnisse, welche die Pat. wochenlang in Aufregung erhielten, führten dann zur Wiederkehr eines Theiles der eben erwähnten nervösen Beschwerden (Appetit- und Schlafmangel insbesondere). In Zusammenhang mit diesen traten auch wieder Angstanfälle bei Tag und Nacht (bei Nacht fast regelmässig) auf. Die Anfälle hielten von einer halben bis zu mehreren Stunden, mitunter selbst den ganzen Tag an. Es war der Pat. dabei, als ob ihr etwas Entsetzliches bevorstehe, aber irgend eine bestimmte Befürchtung bestand nicht. Mitunter schien es der Pat. als ob das Zimmer, in dem sie sich gerade befand, sich mehr und mehr verengere, um sie schliesslich zu erdrücken. Meist war während des Anfalls Herzklopfen und eine gewisse Brustbeklemmung vorhanden. Im Freien traten die Angstanfälle nur selten auf, und wenn Pat. sich während derselben an das offene Fenster begab, fühlte sie sich gewöhnlich erleichtert. Die Pat. erwähnte ferner, dass sie beim Zusammentreffen mit Bekannten, z. B. auf der Strasse, ein gewisses Unbehagen empfinde, auch wenn ihr die Betreffenden persönlich angenehm sind (Anthropophobie). Im Theater nahm sie am liebsten in der Nähe eines Ausgangs Platz; es beängstigte sie, wenn Leute vor ihr oder um sie herum sassen.

Abermalige Besserung.

Beobachtung 93. Der Fall betrifft einen in den 30er Jahren stehenden Beamten, welcher schon 12 Jahre früher als Student wegen schwerer Topophobien von mir behandelt worden war. Im April 1895 wurde ich gebeten, den Pat., den ich seit Jahren nicht gesehen hatte, wieder zu besuchen. Sein Befinden hatte sich in letzter Zeit unter dem Einflusse mehrerer Umstände, unter welchen der ihm immer schädliche Biergenuss die Hauptrolle spielte, verschlechtert. Der Pat. berichtete mir, dass er vor einer Woche einen schlimmen Anfall hatte und von einem solchen auch heute Mittag heimgesucht wurde. Der erste Anfall ereignete sich am Tage seines Umzuges in die gegenwärtige Wohnung, welcher mit mancher Aufregung verknüpft war. Er ging mittags zu seiner Mutter, um bei dieser zu speisen, und wurde dort plötzlich von einem so mächtigen Angstanfalle heimgesucht, dass er glaubte, es gehe mit ihm zu Ende, laut schrie, wie toll im Zimmer umherrannte, um sich schlug etc. Seine bestürzten Angehörigen glaubten, Pat. sei plötzlich irrsinnig geworden, und schickten nach einem in der Nachbarschaft wohnenden Arzte. Als dieser nach etwa 20 Minuten kam, hatte sich der Pat. bereits wieder beruhigt. Heute stellte sich der Anfall nach einem unerheblichen Ärger während des Mittagessens ein. Plötzlich machte sich ein Gefühl von starkem Drucke im Hinterkopfe bemerklich; der Kopf wurde eingenommen, wie wirr, und damit stellte sich eine rasch zunehmende Angst ein, an welche sich Gedanken von drohendem Hirnschlag knüpften. Pat. suchte zunächst sich durch verschiedene Akte Erleichterung zu verschaffen, zu welchen er früher bei Angstzuständen als einer Art Ableitung schon oft mit Erfolg seine Zuflucht genommen hatte: Zerschlagen, Wegwerfen, Zerreißen von Gegenständen etc.; doch erwiesen sich diese Manipulationen nutzlos, und als die Angst zur qualvollsten Höhe anwuchs, warf er sich auf sein Bett, schrie, dass man es im ganzen Hause hörte, und gebärdete sich nach seiner eigenen Aussage wie toll. Irgend eine Beklemmung oder ein sonstiges lästiges Gefühl auf der Brust bestand während des Zustandes nicht. Allmähig trat bei dem Pat. wieder Beruhigung ein. Nach dem Anfalle fühlte sich derselbe noch einige Stunden sehr erschöpft.

Man begegnet ähnlichen tobsuchtartigen Krisen bei verschiedenen Phobien (insbesondere Nosophobien) nicht selten. Die vorstehende Beobachtung lehrt, dass auch die primär inhaltlosen Angstzustände an Intensität die phobischen Krisen erreichen können. Wir ersehen ferner aus der Beobachtung, dass bei sehr entwickelter Disposition zu Angstzuständen geringfügige gemüthliche Erregungen genügen, um selbst schwere Angstanfälle auszulösen.

B. Die andauernden Angstzustände.

Diese unterscheiden sich von den anfallsweise auftretenden nicht nur in zeitlicher Hinsicht, sondern auch in betreff der Intensität der Angstgefühle und der hierdurch herbeigeführten Beeinflussung des psychischen Gesamtzustandes. Wie wir schon erwähnten, können Angstzustände sich über Tage, Wochen und Monate erstrecken; hierbei handelt es sich jedoch um keine kontinuierliche und gleichmässige Andauer von Angstgefühlen, sondern um ein remittierendes und zum Teil ganz intermittierendes Verhalten. Die Angstgefühle reduzieren sich hierbei für längere oder kürzere Perioden auf ein Minimum und verschwinden zeitweilig auch gänzlich. Wir haben daher unter den andauernden Angstzuständen solche zu verstehen, in welchen während einer längeren Periode täglich Angstzustände für längere Zeit auftreten und im ganzen die angstfreien Intervalle den durch Angst mehr oder minder occupierten Zeiträumen gegenüber zurückstehen. Die Intensität der Angstgefühle ist namentlich bei den über Wochen und Monate sich ausdehnenden Zuständen in der Regel eine geringe oder mässige; dabei kann es jedoch vorübergehend zu stärkerer, selbst ganz excessiver Angstentwicklung kommen, d. h. es können sich in den Verlauf des protrahierten Angstzustandes einzelne akute Anfälle inhaltloser oder von gewissen Vorstellungen ausgehender (phobischer) Angst von grösserer oder geringerer Intensität einschleichen. Ein beachtenswertes Beispiel in dieser Hinsicht bildet folgende Beobachtung:

Beobachtung 94. Herr B., Student, ohne erweisliche erbliche Belastung, machte im 4. Lebensjahre eine länger dauernde Augenentzündung durch; mit Ausnahme von öfterem Nasenbluten und periodischem Kopfschmerz, ca. alle 3—4 Wochen auftretend, später keinerlei nennenswerte Erkrankung.

Im vorigen Jahre sehr erhebliche geistige Anstrengung; im Dezember dieses Jahres Beginn des gegenwärtigen Leidens. Er fühlte anfänglich des Morgens nach dem Frühstücke, wenn er sich keine Bewegung machte, etwas Kopfschmerz und Beklemmung auf der Brust, verbunden mit einer gewissen Angst. Diese Erscheinungen verloren sich, wenn er sich in das Freie begab. Auch mittags trat öfters nach dem Essen, insbesondere wenn er studierte, eine gewisse Eingenommenheit des Kopfes, Hitzegefühl an diesem etc. ein. Er begab sich deshalb zur Erholung auf einige Tage in's Gebirg; nach der Rückkehr zeigte sich jedoch der alte Zustand.

Dies dauerte bis zum 16. Januar, an welchem Tage er sehr eifrig studierte und alsdann abends das Theater besuchte. Ca. eine Stunde nach Beginn der Vorstellung wurde er plötzlich von einer intensiven Angst befallen, einer Angst, die sich nicht auf irgend etwas Bestimmtes bezog; hierauf trat ein Gefühl von Hitze und Schwere im Kopfe ein, allerlei Gedanken durchkreuzten sein Inneres, was sich allmählig zu einem Zustande der Verwirrung gestaltete, so dass er nicht recht mehr sich zu orientieren imstande war. Dieser Umstand steigerte sekundär die Angst. Der Zustand währte etwa 10 Minuten, hierauf trat Aktschluss ein, und Pat. verliess den Zuschauerraum, um sich auf ein Sofa ausserhalb zu setzen, wo er sich etwas erholte; die Angst verliess ihn aber hier noch immer nicht völlig. In den nächsten 14 Tagen nach diesem Ereignisse wurde Pat. beständig von einer minder intensiven Angst, verbunden mit deutlicher Beklemmung auf der Brust, heimgesucht; die Angst ging auch hier nicht von irgend einer bestimmten Vorstellung aus. Am 2. Februar unternahm er einen Spaziergang nach F.; es wurde Nacht, während er auf dem Heimwege sich befand. Auf diesem erfuhr er eine Attacke, ähnlich der im Theater: Plötzlich intensives Angstgefühl, Hitze und Schwere im Kopfe, Ideenflucht, durch diese sekundär Steigerung der Angst. Der Anfall dauerte ca. eine Stunde, Pat. ging während desselben instinktartig weiter und gelangte ohne Zwischenfall nach Hause.

Während der nächsten Tage und Wochen bestand kontinuierlich eine gewisse Unruhe und Angst, zugleich Kopfschmerz und öfters ein Gefühl von Beklemmung in der Herzgegend. In der Folge trat gelegentlich einmal die Vorstellung bei ihm auf, er könnte irrsinnig werden. Diese Vorstellung stellte sich alsbald bei den verschiedensten Anlässen und scheinbar unmotiviert ein und liess sich durch Willensanstrengungen nicht verscheuchen; die Angst knüpfte sich nunmehr hauptsächlich an diese Vorstellung des Irrsinnigwerdens. Dabei glaubte Pat. keineswegs, dass ihm das Irrsinnigwerden bevorstehe; er fühlte, dass sein geistiger Zustand eine derartige Befürchtung nicht rechtfertige, und war sich daher klar darüber, dass mit der Vorstellung des Irrsinnigwerdens etwas seinem geistigen Wesen Fremdartiges sich seinem Bewusstsein aufdränge. Dieser Status währte bis Ende April; ein akuter Angstanfall trat während dieser Zeit nicht ein. Im Monate Mai trat die Idee des Irrsinnigwerdens nur selten mehr auf; dieselbe verlor sich später gegen Juli zu völlig. Die Angstzustände haben sich dagegen seit dem Anfälle auf dem Heimwege bis in die jüngste Zeit nicht mehr völlig verloren. Sie sind im allgemeinen von geringerer Intensität, doch gewöhnlich mit einer gewissen Brustbeklemmung verbunden. Häufig werden durch dieselben seltsame und zum Teil peinliche Vorstellungen herbeigeführt, wie, dass seine Eltern nicht mehr leben,

dass er blödsinnig werde, Selbstmordideen, welche alsdann die Angst verstärken. Öfters stellen sich auch primär gewisse peinliche Vorstellungen ein, welche die Angst nach sich ziehen. Aus Angst vor diesen Vorstellungen scheut er sich oft, allein auszugehen. Ausserdem öfters Anwandlungen von krankhafter Fragesucht. Seit März lf. J. fast täglich, insbesondere morgens Kopfschmerz, meist in der Stirngegend, häufig Reifgefühl am Kopfe (Kopfdruck) und ein Gefühl von Kriebeln an der Stirne; ferner eine beständige Unruhe, die namentlich beim Sitzen sehr lästig ist und ihn zu beständigen Bewegungen der Beine veranlasst; beim Gehen fühlt er sich am freiesten; ausserdem beim Sitzen eine gewisse Müdigkeit in den Beinen. In geistiger Beziehung Wechsel von Niedergedrücktheit und erhöhtem Selbstgefühle, verbunden mit besonderer Aufgelegtheit und Fähigkeit zum Arbeiten. Die Leistungsfähigkeit der Beine beim Gehen ist nicht verringert; der Appetit ausserordentlich gross. Bei leerem Magen stellt sich die Angst viel leichter ein, als nach den Mahlzeiten (mit Ausnahme des Frühstückes).

Stat. präs.: Schlankgebauete, übermittelgrosse Persönlichkeit von guter Allgemeinernährung. Das Gesicht gerötet, welche Röthe bei jeder Gemütsbewegung sich bedeutend verstärkt und ausbreitet. Im übrigen negativer Befund.

Pat. wurde durch eine etwa 2 monatliche Behandlung von seinen Beschwerden befreit.

Wir haben im vorstehenden Falle einen chronischen Angstzustand, in dessen Verlauf es wiederholt zu Entwicklung schwerer Angstanfälle kam und zwar unter dem Einflusse besonderer Umstände (Aufenthalt im Theater, Alleingehen nachts auf einsamem Wege). Wir sehen ferner, wie die Beziehung zwischen Angst und Zwangsvorstellung wechselt, wie die Vorstellung, welche der andauernde Angstzustand herbeigeführt hat, nun gleichsam zum Träger dieses Zustandes wird, aber auch wiederum sich mit der primär inhaltlosen Angst verknüpft und wie die lange Zeit dominierende Idee des Irrsinnigwerdens später durch eine Anzahl anderer Zwangsvorstellungen, zumeist ebenfalls peinlichen Inhalts, abgelöst wird. Wir begegnen einer derartigen Substitution bei den auf emotiver Basis sich entwickelnden Zwangsvorstellungen sehr häufig und haben an früherer Stelle gesehen, dass dieselbe namentlich bei den nosophobischen Vorstellungen etwas sehr Gewöhnliches ist. Hier wollen wir nur noch bemerken, dass auch die andauernden Angstzustände von den Patienten nicht immer richtig gedeutet, resp. bezeichnet werden. Nicht selten wird nur von Nervosität oder Aufgeregtheit

gesprochen; es kommt auch vor, dass der Patient nur über eine körperliche Begleiterscheinung der Angst, z. B. über anhaltenden Druck auf der Brust, klagt und in dieser das Wesentliche des ihm peinlichen Zustandes erblickt.

III. Die Phobien.

Unter der Bezeichnung „Phobien“ werden von den Autoren die bei besonderen Anlässen auftretenden oder wenigstens von gewissen Vorstellungen ausgehenden Angstzustände zusammengefasst. Über die Beziehung der Phobien zu den Zwangsvorstellungen schwankten bisher die Ansichten. Manche Autoren rechneten die Phobien einfach zu den Zwangsvorstellungen, so Friedmann, Kaan, zum Teil auch die französischen Autoren, während andere wie Thomsen und in neuerer Zeit auch v. Krafft-Ebing sich für die Abtrennung derselben von den Zwangsvorstellungen aussprachen¹⁾. Freud andererseits teilte die Phobien je nach dem von ihm angenommenen Entstehungsmodus zum Teil seiner Angstneurose, zum Teil der Zwangneurose und der Hysterie zu.

Wenn wir zunächst lediglich die psychologische Konstitution der als Phobien bezeichneten Zustände ins Auge fassen und die nosologische Stellung und den Entstehungsmechanismus derselben bei Seite lassen, so finden wir, dass es sich bei den Phobien um komplizierte Vorgänge handelt, bei welchen sich Zwangsangst mit Zwangsvorstellungen und anderen Vorstellungen in verschiedener Weise kombiniert. Wir können bei genauerer Analyse dieser Vorgänge 3 Arten von Phobien unterscheiden:

a) Phobien mit konstantem Vorstellungsinhalt. Die Vorstellung, mit welcher sich die Angst verknüpft, i. e. welche den Gegenstand der Befürchtung bildet, ist hier das primär Auftretende, sie besitzt ausgesprochenen Zwangscharakter und einen ganz

¹⁾ Krafft-Ebing hat früher die Platzangst wie die übrigen Phobien den Zwangsvorstellungen zugewiesen, indem er die Angst bei den Phobien als reaktiven Vorgang auffasste, ausgehend von der primären Zwangsvorstellung der Unmöglichkeit der in Frage stehenden Leistung und der damit verknüpften Gefahr. Später (Nervosität und neurasthenische Zustände 1895, S. 81) ist der Autor von der Einreihung der Phobien unter die Zwangsvorstellungen zurückgekommen und dahin gelangt, Phobien und Zwangsvorstellungen nur als nahe-stehende Störungen zu betrachten.

bestimmten konstanten Inhalt. Hierher gehören die verschiedenen Nosophobien, die Berührungsfurcht, die Mysophobie, gewisse Zoophobien (Furcht vor Schlangen, weidendem Rindvieh etc.) die aktive und passive Kleptophobie, die Pyrophobie etc.

b) Phobien mit flottierendem Vorstellungsinhalt, deren Typus die Platzangst (Agoraphobie) bildet. Bei den Agoraphoben stellt sich bekanntlich die Angst beim Überschreiten oder auch schon beim Ansichtigwerden eines grösseren freien Platzes ein. Wenn wir nachforschen, was den Inhalt der Angst der Agoraphoben bildet, so finden wir, dass derselbe nicht bloss bei verschiedenen Individuen, sondern selbst bei dem gleichen Individuum wechselt. Der Agoraphobe mag sich vorstellen, dass er auf dem Platze, den er überschreiten soll, zusammenbricht, weil ihn die Beine nicht mehr tragen, oder dass er so schwindlig wird, dass er umfällt, dass ihn der Herz- oder Gehirnschlag trifft, dass er durch sein Gebahren Aufsehen erregt oder dass ihm etwas ganz undefinirbares Schlimmes bevorsteht, wenn er weiter geht. Alles dies kann ihm deutlicher oder verschwommener durch den Kopf gehen, während die Angst unverändert fortbesteht.

Der Angstzustand ist hier das konstante und prädominierende Moment, während die damit verknüpften Vorstellungen wechseln.

Ebenso verhält es sich bei anderen Topophobien, der Angst beim Aufenthalt in von Menschen erfüllten Räumen, bei der Mono-Claustro-Nykto-Siderodromo-Anthropophobie und manchen anderen Phobien. Sekundär können sich im Laufe der Zeit bei den in Frage stehenden Phobien zwischen die Wahrnehmung der äusseren Veranlassung und den Angstzustand Zwangsvorstellungen einschieben, die Zwangsvorstellung der Unfähigkeit zu der in Betracht kommenden Leistung (Überschreiten des Platzes, Aushalten an einem bestimmten Orte) oder die Zwangsvorstellung, dass unter den gegebenen Verhältnissen der Angstzustand (Phobophobie) oder irgend eine schwere körperliche Störung eintreten werde.

c) Bei einer 3. Gruppe von Phobien knüpft sich die Angst an gewisse Vorstellungen, die aber nicht den Charakter von Zwangsvorstellungen besitzen, da es sich lediglich um Wahrnehmungen handelt; die Angst

ist hier auch nicht durch den Inhalt der fraglichen Vorstellungen bedingt, sondern in Wirklichkeit inhaltlos. Hierher gehören gewisse Arten von Zoophobien, Furcht vor Insekten (Spinnen, Käfern), Mäusen und anderem kleinem Getier, die Nekrophobie, gewisse Formen der Gynäkophobie, zum Teil jedenfalls auch die Nyktophobie. Die Personen, welche sich vor Mäusen, Käfern, Leichen etc. fürchten, glauben keineswegs an eine Gefährdung ihrer körperlichen oder geistigen Integrität durch die Furcht erregenden Gegenstände, sie wissen in Wirklichkeit nicht, was sie befürchten. Es handelt sich hier lediglich um eine pathologische Steigerung gewisser noch im Bereich des Psychologischen liegenden Aversionen.

Aus dem Angeführten ergibt sich, dass wir nur einen Teil der Phobien, die oben angeführte erste Gruppe derselben, den Zwangsvorstellungen zurechnen können. Diese wurde deshalb auch bereits im vorhergehenden, die Zwangsvorstellungen behandelnden Abschnitte erörtert. Hier, wo wir es mit den Zwangsaffekten zu tun haben, erübrigt uns demnach nur mehr die Besprechung der beiden letzten Gruppen der Phobien, bei welchen die Angstzustände das primär prädominierende und konstante Element bilden oder eine ganz inhaltlose Angst sich an gewisse Wahrnehmungen knüpft.

Phobien mit flottierendem Vorstellungsinhalt.

Die äusseren Veranlassungen, welche zum Auftreten der hier in Frage stehenden Angstzustände den Anstoss geben, sind ausserordentlich mannigfaltig, und man hat dieser Fülle auslösender Momente schon seit längerer Zeit durch Unterscheidung einer grossen und stetig wachsenden Anzahl von Phobien Rechnung zu tragen versucht. Charakteristisch für all diese phobischen Zustände ist, dass dieselben bei Gelegenheiten sich geltend machen, welche an sich überhaupt (i. e. für den gesunden Menschen) keinen Grund zur Beängstigung darbieten oder wenigstens für den Betreffenden früher darboten¹⁾ und dass der Kranke bei voller Kenntnis dieses Sach-

¹⁾ Die phobischen Zustände treten zum Teil bei Anlässen auf, bei welchen die Mehrzahl der Menschen eine gewisse Befangenheit zeigt, so insbesondere bei öffentlicher beruflicher Tätigkeit. Das Lampenfieber, die Befangenheit des Jungfernedners sind bekannte Erscheinungen, die wir jedoch dem Gebiete des Physiologischen noch zuweisen müssen. Manche Personen werden infolge ihres

verhalte sich derselben nicht zu erwehren imstande ist. Er mag seine Angst bei diesem oder jenem Anlasse noch so sonderbar, so einfältig, lächerlich oder ärgerlich finden, er wird von derselben bei der gleichen Gelegenheit immer wieder überfallen und erfährt immer wieder seine Machtlosigkeit dem ihn beherrschenden Affekte gegenüber, was sich aus dessen Zwangscharakter zur Genüge erklärt. An eine besonders entwickelte allgemeine Furchtsamkeit (Angstdisposition) sind, wie ich schon wiederholt a. O. betont habe, die hier in Betracht kommenden Phobien nicht gebunden; sie entwickeln sich natürlich bei von Hause aus ängstlichen, zaghaften Charakteren leichter; allein wir begegnen manchen Phobien auch bei Individuen, welche im allgemeinen keineswegs von ängstlicher Natur sind. Dieselbe Person, welche schwierige Bergpartien unternimmt, allein weit hinaus in einem See schwimmt, nachts ohne Bedenken jeden Weg zurücklegt, Furcht weder vor Tieren, noch vor Menschen kennt, kann in der Stadt am hellen Tage angesichts eines zu überschreitenden Platzes von überwältigender Angst heimgesucht werden, die sie zur Umkehr und zum Einschlagen eines anderen Weges nötigt. Ich habe sehr schwere und hartnäckige Topophobien mehrfach bei Personen beobachtet, welche sogar einen hohen Grad von persönlichem Mut besaßen. Um ein Beispiel zu geben, so befand sich vor Jahren in meiner Beobachtung ein Neurastheniker, welcher mehrere Monate seine Behausung nicht zu verlassen gewagt hatte, weil er auf der Strasse sofort von den schwersten Angstzuständen heimgesucht wurde. Während dieser Patient sich noch in Anstaltsbehandlung befand, unternahm er es mit einigen anderen Personen während mehrerer Nächte im Anstaltsgarten Dieben aufzulauern, welche unter Übersteigung einer Mauer wiederholt auf dem Anstalts-

Naturells eine gewisse Beängstigung bei öffentlichem Auftreten zeitlebens nicht los, und mitunter erreicht diese einen Grad, dass sie dem Befallenen zu einem Berufswechsel nötigt. So wurde ein verstorbener Kollege, der Jus studiert hatte, durch die Schwierigkeiten, welche ihm das öffentliche Sprechen in der Rechtspraxis verursachte, veranlasst, zur Medizin umzusatteln. Inwieweit es sich in derartigen Fällen um Zwangsaffecte handelt, soll hier nicht näher untersucht werden. Hier kommen lediglich die Fälle in Betracht, in welchen bei Ausübung einer Tätigkeit, welche jahrelang ohne gemüthliche Erregung geübt wurde Angstzustände sich einstellten (so beim Plaidieren bei Anwälten, beim Predigen bei Geistlichen, beim Reiten bei Offizieren, beim Arbeiten auf Gerüsten bei Bauarbeitern etc.).

terrain Plünderungen vorgenommen hatten. Der Patient wusste sehr wohl, dass das in Aussicht stehende Rencontre nicht ganz ohne Gefahr für ihn war; allein diese reelle Gefahr schreckte ihn nicht, sie hatte sogar einen gewissen Reiz für ihn, während er früher vor einem einfachen Spaziergange wie vor etwas Entsetzlichem zurückschreckte. Ähnlich äussert sich Gélinaeu bezüglich jener mit Zwangsangstzuständen Behafteten, die er als „Phobische“ (Phobiques) bezeichnete: „Versetzt ihn in ein Gemenge, in einen Streit, in die Reihen der Armee, unter das Feuer der Kanonen, er wird nicht zinkern und tapfer sein wie irgend einer. Mit Ausnahme seiner gewöhnlichen und unerklärbaren Schwäche ist er ein Mensch von Mut und Verstand¹⁾).

Bei der ungeheuren Mannigfalt der äusseren Momente, welche zum Auftreten phobischer Zustände den Anstoss geben, können wir nicht daran denken, dieselben sämtlich aufzuzählen; wir müssen uns begnügen, die häufigsten und wichtigsten derselben zu berücksichtigen.

I. Lokomotorische Phobien²⁾. Unter den hier in Betracht kommenden Angstzuständen sind die an lokomotorische Akte (das Überschreiten von Plätzen, Strassen, Brücken etc.) sich knüpfenden am verbreitetsten und wohl auch am bekanntesten. Eine Reihe von Autoren (Benedict, Westphal, Cordes, Legrand du Saulle, Ludw. Meyer, Loewenfeld u. a.) haben dieselben zum Gegenstande besonderer Arbeiten gemacht. Die Bezeich-

¹⁾ Gélinaeu: Des peurs malades ou Phobies, Paris 1894, S. 44.

²⁾ Von der Litteratur über Agoraphobien und verwandte Phobien sei hier Folgendes angeführt: Benedikt: Platzschwindel, Allg. Wiener med. Ztg. 1870. — Westphal: Agoraphobie, Arch. f. Psych., 3. Band, S. 138, 1871 u. l. c. 7. Band, S. 377, 1877. — Cordes, Platzangst, Arch. f. Psych., 3. Band, S. 521, 1872, u. 10. Band, S. 48, 1879. — Webber, Boston med. and. surg. Journ. Oct. 31, 1872 u. Dec. 26. 1872. — Williams, ibid. Nov. 21. 1872. — Landenberger, Agoraphobie, Württemberg. med. Korrespondenzbl. Nr. 33, 1872. — Pierroud, Note sur l'agoraphobie. Lyon méd. 1873. — Legrand du Saulle, De la peur des espaces. Annal. méd.-psychol. Nov. 1876, S. 405. Meschede, Tageblatt der Naturforscherversammlung zu Kassel S. 281, 1878. — Eyslein, Über Agora- und Nyktophobie, Vortrag, Braunschweig 1881. — Loewenfeld, Über Platzangst und verwandte Zustände, 1882. — Lud. Meyer: Intensionspsychosen. Arch. f. Psych. XX. S. 1. — A. Nieren, Über Platzangst und Gesichtsfeldbeschränkung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13, 1891. — Beard: Practical Treatise on nervous exhaustion (Neurasthenia), Newyork 1892.

nung dieser Phobien als Platzangst, Platzfurcht, Platzschwindel, Agoraphobie nach Westphal ist darauf zurückzuführen, dass bei den mit lokomotorischen Phobien Behafteten das Überschreiten freier Plätze am häufigsten zu Angstzuständen führt. Es handelt sich also um eine *Denominatio a fortiori*. In der Praxis begegnen wir zahlreichen Abstufungen und Nuancierungen dieser Angstform. Nach meiner Erfahrung lassen sich im allgemeinen 3 Gruppen von Fällen unterscheiden:

a) In den leichtesten Fällen stellt sich nur beim Überschreiten grosser freier Plätze, oft erst in der Mitte derselben, eine gewisse Unbehaglichkeit oder Beängstigung ein, die dem Patienten das Weitergehen erschwert, aber nicht ganz unmöglich macht; gelingt es dem Patienten, sich an eine des Wegs gehende Person oder einen vorüberfahrenden Wagen anzuschliessen, so vollzieht sich das Weitergehen um so leichter.

b) In den mittelschweren Fällen ist das Überschreiten von grösseren Plätzen meist ganz unausführbar; zugleich macht dann aber auch gewöhnlich das Überschreiten von Brücken und Kreuzen breiterer Strassen grosse Schwierigkeiten, zum Teil werden diese Leistungen dem allein gehenden Kranken auch ganz unmöglich. Die Angst beginnt hier gewöhnlich schon beim Anblicke des weiten, menschenleeren Raumes; versucht es der Kranke trotzdem, seinen Weg fortzusetzen, so steigert sich dieselbe dermaassen, dass er inne halten muss. Er hat das Gefühl, als müsste er hinstürzen, ohnmächtig werden, und sieht sich so genötigt, erschöpft und entmutigt umzukehren. Die Angst zeigt sich schon, wie ich selbst beobachtete, sobald der Patient einen Fuss auf den Fahrdamm der Strasse setzt. Doch genügt in diesen Fällen oft die Begleitung eines Kindes, die Annäherung an eine vorangehende Person, um doch noch das Überschreiten der Strasse zu ermöglichen.

c) In den schlimmsten Fällen kann der Patient auf der Strasse überhaupt nur in Begleitung eines Erwachsenen sich bewegen, mitunter aber auch überhaupt nicht mehr ausgehen. Die Angst befällt ihn sofort in überwältigender Weise, sobald er den Fuss auf die Strasse setzt. Ich habe mehrfach Kranke beobachtet, welche Monate lang aus diesem Grunde ihre Wohnung nicht zu verlassen wagten.

Diese Abstufungen finden sich nicht bloss bei verschiedenen Kranken, sondern durchaus nicht selten bei demselben Patienten

vertreten. Die leichtesten Formen können rascher oder allmählig in die schlimmsten übergehen. Das allgemeine Befinden, resp. der jeweilige Zustand des Nervensystems, erweist sich auch von grossem Einflusse. Demselben Patienten, der heute zur Not noch über einen Platz kommt, kann morgen nach einer grösseren Anstrengung und bei leerem Magen schon das Kreuzen einer Strasse die grössten Schwierigkeiten bereiten. Bei einer Patientin meiner Beobachtung, die von einer schweren, langjährigen Platzangst bereits einige Zeit befreit war, stellte sich dieselbe nach einer heftigen Gemütserschütterung sofort wieder ein. Manche Umstände — greller Sonnenschein, hartes, glattes Pflaster, einförmige Bauart und Menschenleere der Strassen, in einzelnen Fällen aber umgekehrt, Gegenwart vieler Leute auf dem Trottoir — begünstigen das Auftreten von Anfällen.

Es sind hier noch einige mit der Agoraphobie verknüpfte Sonderheiten zu erwähnen. Das Auftreten und die Intensität der Angstzustände beim Überschreiten eines Platzes oder einer Strasse ist nicht von der Ausdehnung der zu überschreitenden Fläche abhängig. Ein grösserer Platz, den zahlreiche Menschen passieren und auf welchem in gewissen Abständen sich irgendwelche grössere Objekte (Denkmäler, Kioske u. dergl.) befinden, macht meist weniger Schwierigkeiten als ein kleinerer, menschenleerer und kahler Platz. Das Gehen ausserhalb der Stadt über weite Wiesenflächen kann anstandslos gelingen, während in der Stadt das Überschreiten einer breiteren Strasse sehr schwer wird oder auch ohne Begleitung unmöglich ist. In den schlimmeren Fällen wächst häufig beim Gehen auf der Strasse, auch wenn dasselbe in Begleitung erfolgt, die Schwierigkeit mit der Entfernung von der Wohnung, so dass die Kranken nie über einen gewissen Rayon hinaus kommen. Manche Personen wagen es, von ihrer Behausung aus nur in einer gewissen Richtung oder durch gewisse Strassen zu gehen, und meiden andere, die in ihrer Bauart und Breite keinen wesentlichen Unterschied bieten, auf das Ängstlichste. Hierbei spielt die Gewohnheit der Patientin und ihre Furcht vor Angstanfällen (Phobophobie) eine gewisse Rolle; sie ziehen bei ihren Ausgängen Strassen vor, durch welche sie schon öfters ohne besondere Erschwernisse gekommen sind, und scheuen das Einschlagen jedes neuen Weges wie ein gefährvolles Unternehmen, ganz besonders aber Strassen und Plätze, an welchen sie von schweren Angstanfällen früher heimgesucht wurden.

In manchen Fällen sind die Schwierigkeiten beim Alleingehen überall die gleichen. Es kommt beim Passieren schmaler Strassen zu ähnlichen Angstanfällen wie beim Überschreiten von Plätzen. Der Einfluss der Dunkelheit ist verschieden; in einzelnen Fällen kommt es beim Gehen nach Eintritt der Nacht seltener zu Angstzuständen, während in anderen Fällen das Auftreten solcher eher durch die Dunkelheit begünstigt wird.

II. Situationsphobien. Die Agoraphobie bildet, wie Beard bemerkt, nur eine Spezies eines Genus von Angstzuständen, die man als Topophobien bezeichnen kann. Mit der Platz-, resp. Strassenangst ist sehr häufig eine andere Spezies der Topophobien verknüpft, die aber auch isoliert vorkommt, die Angst beim Aufenthalte in geschlossenen, menschen erfüllten Räumen, namentlich solchen, die man nicht ohne Aufsehen und Störung anderer Personen jederzeit verlassen kann. Am häufigsten gibt der Besuch von Konzertlokalen, Theatern und der Kirche Anlass zum Auftreten phobischer Zustände. Bei Personen, welchen der Aufenthalt in den erwähnten Lokalen Schwierigkeiten bereitet, stellen sich aber auch nicht selten unter ähnlichen Verhältnissen, so bei der Teilnahme an öffentlichen Versammlungen, Vereinssitzungen, Festessen, mitunter selbst bei Einladungen im engeren Familienkreise Angstzustände ein. Sehr häufig kommt es aber auch zu solchen beim Aufenthalte in Restaurationslokalen, in welchen der Patient sich jederzeit ungeniert bewegen und entfernen kann, und zwar auch bei Personen, bei welchen phobische Anfälle auch unter entgegengesetzten Verhältnissen (im Theater und Konzertlokale etc.) auftreten. Die Grösse des Lokals und die Zahl der anwesenden Gäste spielen in der Regel keine besondere Rolle. Auch Begleitung oder Zusammentreffen mit Bekannten verhütet zumeist die Anfälle nicht. Dagegen cessieren dieselben meist nach dem Genusse eines gewissen Quantums alkoholischer Getränke. Die unter den erwähnten Verhältnissen auftretenden phobischen Zustände zeigen wie die Agoraphobie die verschiedensten Abstufungen von einem leichten Unbehagen bis zum schwersten überwältigenden Angstanfalle. Sehr bemerkenswert ist, dass dieselben öfters lange Zeit bestehen, ohne dass die Patienten zu einer Erkenntnis des wirklichen Sachverhaltes gelangen. Sie wissen, die Gefühle, die sie in den fraglichen Situationen beherrschen, nicht näher zu rubrizieren und legen daher auf somatische Begleiterscheinungen des Angstzustandes das

Hauptgewicht. Sie werden nach ihrer Schilderung da und dort von kongestiven Anwandlungen oder von Herzklopfen, Übelkeiten, allgemeiner Schwäche etc. befallen¹⁾. Die Unklarheit, in welcher sich diese Patienten über die Natur des ihnen peinlichen Zustandes befinden, hat die begreifliche Folge, dass dieselben auch gar keinen Versuch machen, gegen ihre Angstanwandlungen durch ein Raisonnement anzukämpfen.

Haben sich die Angstanfälle im Theater, in der Kirche etc. öfters wiederholt, so entwickelt sich bei den Patienten entweder die Zwangsbefürchtung, dass sie beim Verweilen an den in Rede stehenden Orten wieder von einem Angstanfalle oder (je nach der Gestaltung ihrer früheren Erlebnisse und deren Auffassung) von einem körperlichen Unwohlsein befallen werden könnten, das sie zum Fortgehen nötigen würde, oder die Zwangsvorstellung, dass ihnen das Aushalten an dem betreffenden Orte wegen der dabei auftretenden Zustände unmöglich sei. Im ersteren Falle lassen sich die Patienten wenigstens vielfach nicht abhalten, Theater, Konzerte etc. weiter zu besuchen; sie trachten aber dabei in der Regel einen Platz nahe am Ausgange zu erhalten, um für alle Eventualitäten gesichert zu sein, oder durch die Mitnahme von Begleitpersonen sich eine gewisse Sicherung gegen Anfälle zu verschaffen. Im letzteren Falle verzichten die Kranken auf den Besuch der gefürchteten Lokale dauernd. Auch bei diesen phobischen Zuständen begegnen wir Besonderheiten, welche darauf hinweisen, dass die psychischen Vorgänge, welche den Angstanfall einleiten, nicht immer die gleichen sind. Beim Besuche des Theaters beginnt häufig die Erregung alsbald nach dem Einnehmen des Platzes, um einige Zeit sich zu steigern und dann wieder nachzulassen, so dass allmählig ein leidlicher Zustand eintritt und die Teilnahme an der Vorstellung nicht allzusehr gestört wird. In manchen Fällen bleibt dagegen das Befinden vor Beginn der Vorstellung und in den Zwischenakten ganz oder fast ganz unverändert. Die Misère beginnt erst, wenn der Vorhang in die Höhe geht und allgemeine Stille eintritt. Ähnlich kann es sich bei anderen Gelegenheiten verhalten. Der Patient wird z. B. bei einem Festessen, in einer Versammlung etc. von Angstzuständen nur so

¹⁾ Zum Teil handelt es sich hierbei auch um inkomplete Angstanfälle oder Äquivalente solcher, bei denen ausgesprochene Angstgefühle mangeln.

lange heimgesucht, als er auf seinem Platze ruhig aushalten muss; sobald er sich erheben, seinen Platz wechseln oder eine zwanglose Stellung einnehmen kann, schwindet die Angst. Hier spielt offenbar die Befürchtung, in der gegebenen, die freie Bewegung ausschliessenden Situation nicht ausharren zu können, eine wesentliche Rolle¹⁾. Die Nötigung zum Stillesitzen oder ruhigem Verharren in einer gewissen Situation kann auch unter anderen Verhältnissen, in welchen zum Teil die Vermeidung eines Aufsehens nicht in Frage kommt, zum Auftreten schwerster Angstzustände führen.

Ein Offizier meiner Beobachtung wurde beim Stillesitzen auf dem Pferde, wenn er vor der Front seiner Truppe halten musste (nie dagegen während des Reitens), ein Kutscher beim Sitzen auf dem Kutscherbocke, wenn die Abfahrt nicht sogleich stattfinden konnte, ein anderer meiner Patienten, wenn er auf der Strasse von einem Bekannten angehalten und in ein Gespräch verwickelt wurde, dem er sich aus Anstandsrücksichten nicht entziehen konnte, von Angstanfällen heimgesucht.

In manchen Fällen stellt sich die Angst beim Betreten enger, kleiner Räume oder beim Aufenthalte in solchen, mitunter überhaupt beim Verweilen in geschlossenen Räumen ein (Claustrophobie). Hierher gehörige Fälle wurden von Meschede, Raggi und Ball²⁾ mitgeteilt. Der von Meschede beobachtete Patient konnte im Sommer nur im Freien, im Winter nur in einem grossen luftigen Gemache schlafen³⁾.

Auch der Verkehr und das blosse Zusammensein mit Menschen an beliebigen Orten führt nicht selten zu Angstzuständen (Anthropophobie); dieser Umstand kann den Betreffenden das Leben sehr erschweren. Die Anthropophobie zeigt ebenfalls verschiedene Grade und manche Varietäten. In den leichteren Fällen besteht nur eine

1) Diese Befürchtung muss dem Kranken nicht bewusst sein, sie kann vom Unterbewusstsein aus ihren Einfluss geltend machen. Die betreffenden Patienten wussten in der Regel keine Erklärung dafür zu geben, weshalb die Angst bei ihnen auftrat, sobald sie sich einen gewissen Zwang in Bezug auf Bewegung auferlegen mussten und mit der Beseitigung dieses Zwanges wieder schwand.

2) Meschede: l. c.; Raggi: Drei Fälle von Klithro-(Claustro-)Phobie. Riv. clin. di Bologna 1878. Ball: Claustrophobie. Ann. méd. psych. Novbr. 1879.

3) Vergl. auch Cullere: Les frontières de la folie 1888, p. 61.

gewisse Abneigung gegen Gesellschaft, weil bei dem Verweilen in solcher Unbehagen oder eine lästige Befangenheit sich einstellt. In den schlimmsten Fällen, wie sie insbesondere von Beard beobachtet wurden, ist der Verkehr mit Menschen beständig von schweren Angstzuständen begleitet, so dass die Kranken zur Aufgabe ihres Berufes und zum Verzicht auf jeden geselligen Verkehr genötigt werden. Derartigen Patienten ist es mitunter unmöglich, einem Fremden auch nur kurze Zeit ins Gesicht zu sehen. In manchen Fällen treten die Angstzustände insbesondere beim Zusammentreffen mit bekannten und befreundeten Personen auf, während der Verkehr mit völlig fremden Menschen sich leichter gestaltet. Einzelnen Patienten meiner Beobachtung wurde namentlich der Verkehr mit Vorgesetzten trotz wohlwollendster Behandlung seitens dieser anhaltend durch Angstzustände erschwert; der Umgang mit anderen Personen bereitete ihnen dagegen weniger Schwierigkeiten.

Bei Hysterischen kann die Anthropophobie anfallsweise in eigenartigen Formen auftreten. Eine hysterische Lehrerin meiner Beobachtung wurde öfters in der Schule und zwar sowohl während des Unterrichts in ihrer Klasse, als während der Unterhaltung mit Kolleginnen von Angstanfällen heimgesucht. Ohne jede äussere Veranlassung bemächtigte sich ihrer plötzlich Furcht vor den in der Nähe befindlichen Kindern; es war ihr, als ob diese ihr etwas tun wollten; sie konnte ihren Anblick nicht mehr ertragen und musste das Schulzimmer verlassen. Ähnlich erging es ihr beim Verkehr mit Kolleginnen. Die Furcht vor diesen wurde im Anfall so intensiv, dass sie es in deren Nähe nicht mehr aushalten konnte und sich mitten im Gespräch entfernen musste¹⁾.

Eine Spezies der Anthropophobie, der man fast ausschliesslich bei mit sexueller Hyperästhesie behafteten männlichen Neurasthenikern begegnet, ist die Gynäkophobie. Im Grunde handelt es sich bei dieser Phobie gewöhnlich um Furcht vor sexueller Erregung, die durch den Verkehr oder auch nur den Anblick weiblicher Personen bei den betreffenden Patienten hervorgerufen wird. Mit Rücksicht auf diesen Umstand sollte diese Phobie den an früherer Stelle

¹⁾ Die Patientin wurde viel von Angstträumen heimgesucht. Wahrscheinlich gingen die in Frage stehenden Angstanfälle von unterbewussten Erinnerungen schreckhafter Traumerlebnisse aus.

besprochenen Zwangsbefürchtungen angereicht werden. In manchen Fällen von Gynäkophobie tritt jedoch die Furcht vor sexueller Erregung in den Hintergrund, so dass die Scheu vor weiblichen Personen sich auf die Furcht reduziert, dass durch dieselben Angstzustände hervorgerufen werden könnten (Phobophobie). Die Furcht vor sexueller Erregung kann auch, wie ein von O. Müller¹⁾ mitgeteilter Fall zeigt, überhaupt fehlen und die Phobie sich auf eine bestimmte weibliche Person beschränken.

Beard erwähnt unter den Phobien auch eine krankhafte Furcht vor Betrunknen, die er mehrfach bei neurasthenischen Männern beobachtete. Einer seiner Patienten, ein sehr gebildeter junger Mann, fürchtete dermaassen jede Berührung mit Betrunknen, dass er lieber zu Hause blieb, als dass er bei einem Ausgange eine Begegnung mit einem Betrunknen riskierte. Beard bemerkt, dass diese Phobie durch die Furcht vor dem tumultösen Gebahren eines Betrunknen herbeigeführt worden zu sein scheine. Es handelt sich demnach in diesen Fällen wahrscheinlich um eine Art traumatischer Phobie, ähnlich den nach Unfällen auftretenden Angstzuständen.

Wie der Verkehr und das Zusammensein mit Menschen, bildet auch die gegenteilige Situation, das Alleinsein, nicht selten den Anstoss zu phobischen Zuständen; die betreffenden Patienten werden nicht nur beim Alleinsein in ihrer Wohnung, sondern häufig auch an anderen Orten, so z. B. in der Eisenbahn, wenn sie in einem Coupé allein Platz nehmen müssen, oder beim Gebrauch eines Bades ausserhalb des Hauses, beim Warten in einem leeren Vorzimmer und ähnlichen Situationen von Angstanfällen heimgesucht.

III. Funktionsphobien. Eine sehr wichtige und häufig anzutreffende Spezies der Phobien bilden die bei beruflicher Tätigkeit auftretenden Angstzustände. Am häufigsten geben öffentlich vorzunehmende Berufshandlungen Veranlassung zu den hier in Frage stehenden phobischen Anfällen. Die hier zu besprechenden Funktionsphobien müssen wohl unterschieden werden von den an früherer Stelle erörterten mit Angst verknüpften Zwangsvorstellungen der Unfähigkeit zu gewissen Verrichtungen, den Zwangsvorstellungen des Nichtgehen-, Nichtstehen-, Nichtarbeiten- oder Nichtrichtig-arbeitenkönnens etc. In den hier in Betracht kommenden Fällen

¹⁾ O. Müller: Ein Fall von Gynäkophobie Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1882.

kommt es bei Berufshandlungen, die jahrelang ohne jede gemütliche Erregung vorgenommen wurden, infolge zufälliger Umstände zu Angstanfällen. Die Vorstellung der Unfähigkeit zu der betreffenden Funktion mangelt hier primär gänzlich; erst nachdem sich öfters bei der in Frage stehenden beruflichen Tätigkeit Angstanfälle eingestellt und deren Durchführung mehr oder minder erschwert haben, entwickelt sich bei dem Patienten die Zwangsvorstellung, dass beim Funktionieren der Angstanfall oder eine damit zusammenhängende Störung wiederkehren könnte oder, dass ihm die betreffende Leistung wegen der dadurch verursachten Beschwerden überhaupt unmöglich sei. Wir sehen dementsprechend, dass ein Teil der mit diesen Phobien Behafteten die ihnen beschwerliche Tätigkeit fortsetzt, während andere auf dieselbe verzichten. Die individuelle Willensenergie und der Drang der äusseren Umstände, die Notwendigkeit des Erwerbes, spielen hierbei neben der Intensität der Anfälle eine erhebliche Rolle.

Die hier in Frage stehenden phobischen Zustände suchen Geistliche¹⁾ beim Predigen und Messelesen heim, seltener während des Religionsunterrichts in der Schule, Professoren beim Vortrage auf dem Katheder, Anwälte beim Plaidieren vor Gericht, mitunter selbst bei Verhandlungen mit einer Mehrzahl von Personen in ihrer Kanzlei. Beamte, wenn sie öffentlich zu sprechen oder auch nur vorzulesen haben. Das Gleiche widerfährt nicht selten Musikern und Sängern bei öffentlichen Produktionen, namentlich wenn dieselben Solopartien vorzutragen haben. In einem von mir in letzterer Zeit beobachteten Falle kam es bei einem angehenden Sänger nicht nur beim öffentlichen Auftreten, sondern auch während des Gesangsunterrichtes öfters zu Angstanfällen, welche die Fortsetzung des Singens unmöglich machten; der Patient brachte plötzlich keinen Ton mehr hervor; es war ihm, als sei ihm die Kehle völlig zugeschnürt. Hierher gehören auch die bei beruflichem Reiten bei Offizieren vorkommenden Angstzustände. Unter 3 Fällen meiner Beobachtung traten die Angstanfälle zweimal nach einem Sturze vom Pferde, im 3. Falle nach schweren gemütlichen Erregungen und körperlicher Erkrankung

¹⁾ Über hierher gehörige Beobachtungen berichtete in jüngster Zeit auch v. Bechterew (Über krankhafte Angst von professionellem Charakter. „Angst des Sakramentstragens“ bei Priestern. Centralbl. f. Nervenheilk., Juni 1903).

auf. Die Angstattacken waren zum Teil so bedeutend, dass die Betroffenen oft kaum imstande waren, sich auf dem Pferde zu halten. Einer der Offiziere glaubte die Erregung, die ihn beim Reiten befiel, zum Teil auf das Verhalten seines Pferdes zurückführen zu müssen. Er verkaufte und vertauschte wiederholt seine Pferde, ohne hierdurch seine Situation zu bessern; schliesslich war er genötigt, in Pension zu gehen. In den beiden übrigen Fällen hingegen wurde die Angst beim Reiten durch Behandlung beseitigt. Arbeiter werden öfters nach Unfällen bei Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit an den Lokalitäten, in welchen sie zu Schaden kamen, von Angstzuständen heimgesucht, so z. B. Maurer und Anstreicher beim Besteigen von Gerüsten oder Arbeiten auf solchen, Kanalarbeiter, die einmal verschüttet wurden, wenn sie in einen Schacht hinabsteigen sollen, Eisenbahnbedienstete, wenn sie eine dienstliche Fahrt zu unternehmen haben. Die Angstanfälle bei diesen traumatischen Phobien können so intensiv und hartnäckig sein, dass sie die Befallenen zur Aufgabe ihrer bisherigen Beschäftigung nötigen. Auch bei anderen professionellen Tätigkeiten können Angstzustände als störendes Element auftreten. So wurde z. B. ein der Masturbation ergebener Barbier meiner Beobachtung von Angstanfällen beim Rasieren heimgesucht; seine Hand wurde hierbei so unsicher dass er Gefahr lief, seine Kunden zu verletzen, weshalb er mehr als ein halbes Jahr seinem Berufe gänzlich entsagte.

Bei den mit Topophobien Behafteten kommt es sehr häufig auch zu Angstanfällen beim Fahren auf der Eisenbahn (Siderodromophobie), in der Trambahn oder in einem Fuhrwerke. Die Siderodromophobie kann so intensiv sein, dass schon der Gedanke an eine Eisenbahnfahrt die grösste Erregung verursacht. Ein in einem kleinen Städtchen praktizierender, an verschiedenen Phobien leidender Kollege, der in seiner Praxis häufig zur Benutzung der Eisenbahn veranlasst war, musste auf dieses Beförderungsmittel ganz verzichten. Er erklärte mir, dass er nicht um eine Million es unternehmen möchte auch nur bis zur nächsten Eisenbahnstation zu fahren. Der gleiche Kollege konnte Wagenfahrten ausserhalb seines Wohnortes nur in Begleitung unternehmen. Bei einem anderen auf dem Lande praktizierenden Kollegen stellte sich die Angst nur ein, wenn er eine grössere Anzahl von Kilometern von seinem Domizile sich entfernen musste, er kam dann in der Regel ganz erschöpft nach Hause. Den

mit höheren Graden der Strassenangst Behafteten ist meist die Benutzung der Trambahn unmöglich oder wenigstens sehr erschwert.

Eine sehr bekannte Erscheinung ist die Höhenangst (Hypsophobie), auch als Höhenschwindel bezeichnet. Die Pathogenese dieser Phobie hat in der Litteratur manche Besprechungen gefunden, die jedoch zu keiner vollständigen Klärung der Ansichten führten. K a a n bringt die Hypsophobie mit Ermüdung der Augenmuskeln in Verbindung. „Sieht man“, bemerkte er, „von einem erhöhten Standpunkt herunter, so sind die Augenmuskeln, welche den Bulbus nach abwärts rollen und in Konvergenz zum anderen bringen, von vorneherein mehr innerviert als die anderen. Die Ruhelage ist also verändert und daher werden die weiteren Bewegungen des Bulbus mit mehr Anstrengung verknüpft sein; es wird sich einerseits schneller ein Ermüdungsgefühl einstellen, welches ein weiteres deutliches Sehen verhindert und die Koordination der Muskelbewegungen stört. Daher wird sich dem Beschauer das unter ihm Liegende bald als ein unruhiges, verschwommenes Bild darstellen. Diese Empfindung kollidiert mit der durch Erfahrung gewonnenen Überzeugung, dass die aussen befindlichen Objekte ruhig sind; daher wird das Schwanken der Netzhautbilder genau dieselbe Vorstellung wachrufen, als wenn der Beschauer selbst schwanken würde; dies ist aber nichts Anderes als die Vorstellung des Schwindels. Das Verschwimmen des Gesichtsfeldes ist eine Erscheinung, welche auch im Beginne einer Ohnmacht aufzutreten pflegt; daher assoziiert sich diese Empfindung mit dem Erinnerungsbild einer Ohnmacht und ist folglich geeignet, die mit dem Eintritte der Ohnmacht verbundenen ängstlichen Sensationen ins Bewusstsein zu rufen. Es erklärt sich daher der Symptomenkomplex des Höhenschwindels, bestehend aus Drehschwindel, Verschwimmen des Gesichtsfeldes und Angstgefühl, als Konsequenz der Ermüdung der Augenmuskeln.“ Gegen diese Auffassung erheben sich wichtige Bedenken. Der Höhenschwindel stellt sich sehr häufig unter Verhältnissen ein, in welchen weder von einer Ermüdung der Augenmuskeln, noch von einem Verschwimmen der Objekte die Rede sein kann, so ganz plötzlich beim Hinabsehen in bedeutende Tiefe von einem Balkon, einer Brücke, einer Turmbrüstung, einem, an einem Abhange sich hinziehenden Wege etc.

Mehr Berechtigung wenigstens für eine gewisse Anzahl von Fällen hat die Ansicht Benedict's, welcher den Höhenschwindel als eine Form des Raumschwindels betrachtet und von einer Störung der Gleichgewichtsinervation und des Gleichgewichtsbewusstseins durch ungewöhnliche Exkursionen des Auges ableitet. Hierdurch wird nach der Ansicht des Autors Angstgefühl, Schwanken und Trübung des Gesamtbewusstseins hervorgerufen. Nach meinen eigenen Beobachtungen führt beim Sehen in grössere Tiefe die ungenügende Anpassung der Augenexkursionen an die motorische Gleichgewichtsinervation zu einer Störung der Gleichgewichtsempfindung, welche von einem Gefühle blosser Unsicherheit ohne Schwanken bis zu dem überwältigenden Gefühle des Stürzens, des Sichnichthaltenkönnens sich steigern kann. Hiermit verknüpfen sich Angstgefühle von korrespondierender Intensität, welche unter Umständen die motorische Innervation derartig beeinflussen können, dass das Weitergehen und selbst das Verharren in aufrechter Stellung unmöglich wird. Die Höhenangst stellt sich aber bei Wanderung im Gebirge auch öfters unter Verhältnissen ein, welche einen Einfluss ungewohnter Augenexkursionen ausschliessen lassen, so auf Wegstellen, welche keinen Blick in grössere Tiefe gestatten. Ein mit Topophobien behafteter Neurastheniker meiner Beobachtung wurde bei einer leichten Bergpartie, wobei der Aufstieg ohne jede Störung verlaufen war, auf dem Rückwege auf einem völlig harmlosen, an einem ganz geringen Abhänge sich hinziehenden Wege plötzlich von einem Angstanfalle schwerster Art heimgesucht, so dass er 2 Stunden liegen bleiben musste und dann den Rest des Weges nur geführt zurücklegen konnte. In derartigen Fällen spielt die Erschöpfung infolge ungewohnter körperlicher Anstrengung und ungenügender Nahrungsaufnahme die Rolle des auslösenden Momentes. Ein hierdurch verursachtes Schwächegefühl ruft die Vorstellung, den Rest des Weges nicht mehr zurücklegen zu können, mit konsekutiver Angst hervor; die Angst steigert die Schwäche zur völligen Hilflosigkeit. Wie die Ermüdung und die Inanition können auch plötzlich auftauchende Vorstellungen von der Gefährlichkeit des noch zu überwindenden Weges, wenn dieser an einzelnen Stellen etwas abschüssig oder schmal wird, ohne dass dabei ein Sturz in eine erhebliche Tiefe möglich wäre, schwere Angstanfälle herbeiführen.

In manchen Fällen kommt es beim Gehen des Nachts auf un-

beleuchteten Wegen oder beim Aufenthalte in unbeleuchteten Räumen zu Angstanfällen (Nyktophobie, Eysesein). Dass hier die Auslösung der Angstanfälle durch die Dunkelheit und nicht durch andere Momente bedingt wird, erhellt aus dem Umstande, dass die betreffenden Patienten auch in Gesellschaft von der Angst nicht verschont bleiben. Bei den nyktophobischen Anfällen spielen, wenn dieselben im Freien auftreten, je nach den örtlichen Verhältnissen wechselnde dunkle oder deutlich bewusste Vorstellungen eine Rolle (dass ein gefährliches Individuum an einer Stelle auflauern, dass man unversehens auf eine Schlange, Kröte etc. treten könnte u. s. w.).

Phobien mit inhaltloser Angst.

Von den der obenerwähnten 3. Gruppe angehörigen Phobien erheischen hier nur einige wenige noch eine besondere Besprechung.

Die sehr verbreitete und im gewissen Masse natürliche Scheu vor Leichen erreicht in sehr seltenen Fällen eine Steigerung, dass man von einer Nekrophobie sprechen kann. In einem Falle meiner Beobachtung wurde diese Phobie bei einem Knaben dadurch hervorgerufen, dass in seiner Wohnung ein Verwandter plötzlich starb. Wenn er einen Leichenwagen sah oder von einem Sterbefalle sprechen hörte, wurde er von Entsetzen erfüllt.¹⁾ Bei neuropathisch disponierten Individuen verursacht nicht selten der Anblick einer geringen Menge Blutes und zwar sowohl des eigenen als fremden Blutes schwere Angstzustände, die selbst zur Ohnmacht führen können. So wurde vor kurzem ein Dienstmädchen einer mir bekannten Familie mit einem Auftrage in eine Apotheke geschickt, in welcher während ihrer Anwesenheit ein Frauenzimmer wegen eines stark blutenden Schnittes an der Hand, den sie sich aus Ungeschicklichkeit beigebracht hatte, sich einen Verband anlegen liess. Der Anblick des Blutes rief bei dem Dienstmädchen ein unheimliches Gefühl hervor; es überlief sie heiss und kalt, und eine gewisse Übelkeit stellte sich bei ihr ein; sie suchte durch Hinaustreten ins Freie sich Erleichterung zu verschaffen, bemerkte jedoch, dass sie sich kaum aufrecht erhalten konnte; sie trat deshalb in die Apotheke zurück, wo sie nach einigen Schritten völlig bewusstlos niedersank.

¹⁾ Gélinau teilt einen sehr schweren hierhergehörigen Fall mit.

Die Hämaphobie ist in manchen Familien anscheinend erblich. Die namentlich bei weiblichen Personen häufig zu beobachtende Gewitterfurcht (Astraphobie) gehört zum Teil ebenfalls der hier in Rede stehenden Gruppe der Phobien an. Bei einem Teile der mit dieser Phobie Behafteten führen Gewitter zum Auftreten einer ganz inhaltlosen Angst, die hohe Grade erreichen kann, während in anderen Fällen zweifellos Furcht vor einer möglichen Schädigung durch Blitzschlag besteht. Bemerkenswert ist, dass die Astraphobie in sehr ausgeprägter Form auch bei Männern vorkommt, welche in ihrem gewöhnlichen Verhalten keinerlei Ängstlichkeit oder Nervosität bekunden.¹⁾ Die Astraphobie machte sich schon im Altertum geltend. Wie Gélinau mitteilt, waren Augustus und Caligula mit derselben behaftet; ersterer suchte sich gegen Blitzschlag dadurch zu sichern, dass er beständig die Haut eines Seekalbs mit sich trug. Die Blitzfurcht war bei Augustus gewissermassen traumatischen Ursprungs, sofern dieselbe dadurch herbeigeführt wurde, dass bei einem nächtlichen Marsche gegen die Cantaber durch einen Blitzstrahl der vor ihm mit einer Fackel gehende Sklave getötet wurde. Auch Heinrich III. von Frankreich war, obwohl Soldat von erprobter Tapferkeit, Astraphobe. Wie Gewitter können auch Stürme, bei welchen von Blitzgefahr keine Rede ist, zum Auftreten von Angstzuständen den Anstoss geben. Über einen hierher gehörigen Fall berichtete Dr. Webster: Eine 40jährige Frau, deren Mutter in der Schwangerschaft durch einen Sturm erschreckt worden war, geriet während der Dauer eines Sturmes in masslose Angst, so dass sie sich wie toll geberdete.²⁾

Die äusseren Anlässe, an welche sich Angstanfälle knüpfen können, sind, wie wir schon an früherer Stelle bemerkten, endlos an Zahl. Wir wollen hier nur noch erwähnen, dass Angstzustände bei den verschiedensten Verrichtungen, beim Lesen, Schreiben,

¹⁾ Ähnlich sind die Erfahrungen Léveillain's. Dieser Autor beobachtete zahlreiche Fälle von Astraphobie bei erblich Belasteten, welche völlig frei von neurasthenischen Erscheinungen waren.

²⁾ S. Beard l. c. S. 53. Die Phobie dürfte in diesem Falle weniger auf erbliche Übertragung als auf eine von der Mutter ausgehende psychische Infektion zurückzuführen sein.

Sprechen, Essen, bei der Nötigung, einen Entschluss selbst in unbedeutenden Angelegenheiten zu fassen, bei der Erwartung irgend eines Ereignisses, bei der Wahrnehmung gewisser Sinneseindrücke, Gerüche, Töne, Geräusche etc. auftreten können. Hierbei handelt es sich zum Teil um völlig inhaltlose Angstzustände, zum Teil um phobische Anfälle mit flottierendem Vorstellungsinhalte, so dass über die Zugehörigkeit der hier in Betracht kommenden Angstfälle zu den beiden in diesem Abschnitte besprochenen Gruppen von Phobien kein Zweifel bestehen kann. Bevor wir zur Besprechung der Pathogenese der vorstehend angeführten Phobien übergehen, müssen wir einen gewichtigen Unterschied hervorheben, der zwischen den Phobien der dritten und der zweiten Gruppe besteht. Die Phobien der 3. Gruppe können zeitlebens isoliert bleiben und bleiben auch tatsächlich sehr häufig isoliert, während die Phobien der 2. Gruppe eine ausgesprochene Neigung besitzen, sich zu vervielfältigen.

Eine Patientin, welche an der ausgesprochensten Mäusefurcht oder Astraphobie leidet, kann zeitlebens von jeder anderen Phobie frei bleiben, während bei länger dauernder Agoraphobie sich in den weitaus meisten Fällen allmählig auch Angstanfälle bei anderen Gelegenheiten als beim Überschreiten von Strassen und Plätzen einstellen. Die Beobachtung lehrt, dass bei den Phobien mit flottierendem Vorstellungsinhalte das Assoziationsprinzip der Ähnlichkeit eine sehr ausgesprochene unheilvolle Wirkung äussert. Während die Angstanfälle ursprünglich nur bei diesem oder jenem bestimmten äusseren Anlasse auftraten, stellen sich dieselben allmählig auch bei in gewissen Beziehungen ähnlichen Gelegenheiten ein, und es kann dann so weit kommen, dass alle auch nur eine entfernte Ähnlichkeit der Verhältnisse in sich schliessenden Gelegenheiten zur Auslösung der Angstzustände führen. Die erwähnten Unterschiede sind, wie wir hier vorläufig bemerken wollen, in den ätiologischen Verhältnissen der beiden Gruppen von Phobien begründet.

Da pathologische Angstzustände zu jeder Tageszeit auftreten und daher den Patienten unter den verschiedensten Verhältnissen befallen können, ist es an sich nicht auffällig, dass die äusseren Momente, an welche sich die phobischen Anfälle knüpfen, eine solch ungeheure Mannigfaltigkeit zeigen. Das Auffällige bei den hier

in Betracht kommenden Phobien liegt in dem Umstande, dass die Angst sich regelmässig an gewisse äussere Veranlassungen knüpft, obwohl die primär veranlassenden Momente nicht weiter wirken oder bei deren Fortbestehen deren Wirksamkeit sich doch nicht auf die in Frage stehenden vorübergehenden äusseren Veranlassungen beschränken kann. Um zu einer Erklärung des Umstandes zu gelangen, dass sich bei geistesgesunden Individuen unter äusseren Verhältnissen, welche keine Gefahr in sich schliessen, regelmässig trotz voller Erkenntnis der Sachlage seitens des Patienten Angstanfälle einstellen, müssen wir zunächst die Vorgänge berücksichtigen, unter welchen der erste Anfall zustande kommt. Es lassen sich hier für die Phobien mit flottierendem Vorstellungstypus 4 Gruppen von Fällen unterscheiden.

1. In einer Reihe von Fällen stellt sich plötzlich und anscheinend spontan, d. h. ohne Vermittlung durch andere bewusste psychische Vorgänge beim Überschreiten eines Platzes, im Theater, beim Alleingehen des Nachts etc. ein intensives Angstgefühl mit seinen somatischen Folgen ein. Dieser Angstzustand mag ganz inhaltlos bleiben oder auch die Vorstellung eines möglichen Unfalles beim Verharren in der gegebenen Situation, beim Weiterschreiten etc. nach sich ziehen; unter dem Einflusse desselben erscheint der zu überschreitende Platz von einer unheimlichen, grausigen Breite und Menschenleere, der Strassendamm, auf den der Fuss sich setzen soll, wie ein gähnender Abgrund. Eine Dame, Arzteswittwe, schilderte mir den Vorgang bei ihrem ersten Anfalle folgendermassen: Sie hatte in einem Laden nicht ferne ihrer Wohnung Einkäufe gemacht und wollte, um sich nach Hause zu begeben, den Strassendamm überschreiten. In dem Momente, in welchem sie ihren Fuss vom Trottoir herabsetzte, war es ihr mit einem Male, als ob ein Abgrund sich vor ihr auftue. Sie wich verblüfft und entsetzt zurück, versuchte jedoch alsbald von neuem, ihren Weg über den Strassendamm fortzusetzen; sowie sie aber mit einem Fusse das Trottoir verliess, befiel sie wieder die gleiche grauenvolle Empfindung, und dies wiederholte sich bei jedem weiteren Versuche. So erübrigte der Dame nichts, als in den Laden zurückzukehren und den Besitzer um seine Begleitung bis zum jenseitigen Trottoir zu ersuchen. Seitdem litt die Patientin an schwerer Platzangst.

2. In einer grösseren Anzahl von Fällen wird der Patient auf der Strasse oder angesichts eines grossen Platzes, beim Alleinsein in der Wohnung, in der Kirche oder einem anderen von vielen Menschen besuchten Lokale von einem körperlichen Unwohlsein, einer Übelkeit, Schwäche- oder Schwindelanwandlung befallen. Dieser Zustand erweckt die Vorstellung der Hilflosigkeit bei einem etwaigen Unfälle, der Möglichkeit des Hinstürzens, Nichtweiterkönnens oder des Aufsehererregens, und an diese Vorstellungen knüpfen sich mehr oder minder intensive Angstgefühle. Da plötzlich auftretende Schwächezustände bei Neurasthenischen eine häufige Erscheinung bilden und besonders leicht bei Einwirkung gewisser Schädlichkeiten (geistige Überanstrengung, Alkohol- und Nikotinxexesse, Inanition etc.) sich einstellen, so ist es begreiflich, dass der hier erwähnte Entstehungsmodus des ersten phobischen Anfalls bei Neurasthenie sehr oft anzutreffen ist.

3. Ungleich seltener, und, wie es scheint, nur bei von Haus aus ängstlichen Individuen tritt bei einer der erwähnten Gelegenheiten anscheinend zufälligerweise die Vorstellung von der Möglichkeit eines plötzlichen Unwohlwerdens und damit verbundener Hilflosigkeit auf, und diese Vorstellung verbindet sich mit entsprechenden Angstgefühlen. In manchen dieser Fälle spielt die Erinnerung an ähnliche, andere Personen betreffende Vorkommnisse eine gewisse Rolle, in anderen scheinen momentane geringfügige Störungen des Befindens im Spiele zu sein.

4. In einer weiteren Gruppe von Fällen stellt sich der erste phobische Anfall im Gefolge eines Schrecken verursachenden Vorgangs ein (traumatische Phobien). In der grossen Mehrzahl der Fälle handelt es sich um Unfälle, welche den Patienten selbst betrafen, und man begegnet daher dieser Gattung von Phobien am häufigsten bei Arbeitern, welche durch ihren Beruf Unfällen in besonderem Masse ausgesetzt sind. Wenn z. B. der Maurer, der von einem Gerüste abgestürzt ist und hierbei mehr oder minder erhebliche Verletzungen erlitten hat, an einem Bau zum erstenmal wieder in einer gewissen Höhe arbeiten soll, ist es begreiflich, dass sich bei ihm die Erinnerung an den erlittenen Unfall und damit die von Angst begleitete Vorstellung von der Möglichkeit einer Wiederholung dieses Ereignisses einstellen. In den meisten Fällen ist die Angst, welche die Erinnerung an den Unfall erweckt, nicht sehr

bedeutend und gelingt es dem Individuum, dieselbe zu überwinden. Mitunter erreicht jedoch der Angstzustand beim Wiedereintritt in die Situation, in welcher der Unfall statthatte, eine derartige Intensität, dass dem Individuum das Ausharren und Weiterarbeiten in derselben unmöglich wird.

Ähnliche Wirkungen wie Unfälle können auf der Strasse oder an anderen öffentlichen Orten plötzlich sich einstellende schwere krankhafte Zustände, insbesondere epileptische Anfälle, nach sich ziehen. In 2 Fällen meiner Beobachtung wurden Epileptische, nachdem dieselben zum erstenmale auf der Strasse von einem Aufalle heimgesucht worden waren, agoraphobisch. Das Gleiche trat bei einer Patientin, die an Menière'schen Schwindel litt, ein. Selten führen schreckhafte Erlebnisse, bei welchen der Patient selbst nicht unmittelbar beteiligt war, so insbesondere die Gegenwart bei einem andere Personen betreffenden Unfälle, zur Entwicklung von Phobien. In diesen Fällen stellt sich der erste Angstanfall ein, wenn der Patient in eine Situation kommt, welche die Erinnerung an das schreckhafte Erlebnis weckt.

Peinliche Erlebnisse haben eine besondere Neigung, sich in das Gedächtnis einzugraben. Dies gilt auch für die Fälle, in welchen die peinliche Erregung in keinem logischen Zusammenhange mit den Verhältnissen steht, unter welchen dieselbe auftrat. In allen hier in Rede stehenden Fällen fixieren sich im Gedächtnis 2 Momente: einerseits die Vorstellung der Situation, in welcher der Angstzustand zum erstenmal auftrat (die Vorstellung des weiten Platzes, der Strasse, des Lokals etc.), andererseits die Summe von Angstgefühlen und Organempfindungen, die sich im Angstzustande dem Bewusstsein aufdrängten. Nun haben nach den bekannten Gesetzen der Vorstellungsassoziation, in specie nach dem Prinzip der Kontiguität — der Angrenzungen in Zeit und Raum — zwei Vorstellungen, die einmal, wenn auch nur zufällig, gleichzeitig oder in unmittelbarer Aufeinanderfolge im Bewusstsein gegeben waren, eine Neigung, einander zu reproduzieren, derart dass, wenn die eine gegeben ist, die andere leicht ebenfalls ins Bewusstsein tritt. Das Prinzip der Kontiguität ist lediglich der psychologische Ausdruck des für alle Nervencentren giltigen Satzes, dass Erregungsvorgänge bei ihrer Fortpflanzung unter einer Mehrheit ansprechbarer Bahnen diejenigen bevorzugen, auf welchen sie sich vordem am häufigsten fortpflanzten, weil in diesen Bahnen infolge

der an jede Erregungsleitung sich knüpfenden Nachwirkungen die Ausbreitung jeder neuankommenden Erregung weniger Widerstände zu überwinden hat. Es liegt in der Natur dieses Prinzips, dass das, was für die Assoziation von Vorstellungen unter einander gilt, auch für die Assoziation von Vorstellungen mit Gefühlen (Affekten), Bewegungen und sonstigen körperlichen Vorgängen zutrifft. Das zufälligerweise gleichzeitige oder unmittelbar aufeinanderfolgende Statthaben einer Vorstellung und eines solchen Vorganges (z. B. Erbrechen) schafft ein assoziatives Band, eine Art funktionellen Konnex zwischen beiden, die Vorstellung ist alsdann bei ihrem nächsten Auftreten in der Lage und geneigt, den betreffenden Vorgang zu reproduzieren, indem sie das subkortikale Centrum, von welchem der betreffende Vorgang abhängt, auf assoziativem Wege in Erregung setzt. In dem uns hier beschäftigenden Falle tritt die Vorstellung eines freien Platzes, der Strasse etc. zufälligerweise nach dem Prinzip der Kontiguität in assoziative Beziehungen zur Erregung der bei dem Angstanfalle beteiligten bulbären Centren. Die Wahrnehmung eines weiten Platzes etc. ist daher bei ihrem nächsten Eintreten geneigt, nicht nur die Erinnerung des Angstaffektes, soweit dieselbe kortikalen Sitz hat, zu erwecken, sondern auch durch assoziative Vorgänge die Erregung der beim ersten Angstanfalle beteiligten bulbären Centren mit ihren verschiedenen somatischen Folgen herbeizuführen. Mit anderen Worten: die Wiederkehr der Situation, in welcher der erste Angstanfall sich einstellte, kann auf dem Wege der Reproduktion zu einem Wiederauftauchen von Angstgefühlen führen. Ob diese von geringerer oder stärkerer Intensität sind, kürzere oder längere Zeit andauern, hängt jedoch nicht von dem in Frage stehenden Reproduktionsvorgange, sondern von dem momentanen Zustand des Nervensystems und der dadurch bedingten Disposition zu Angstzuständen ab, die ihrerseits wiederum durch sehr verschiedene Faktoren (Noxen) bedingt wird. Ist die Angstdisposition gering, so kommt es unter den gegebenen Verhältnissen nur zum Auftreten leichter und rasch vorübergehender Angstgefühle, und bei der nächsten Gelegenheit können solche nur mehr angedeutet sein oder auch ganz fehlen. Nach einiger Zeit aber, bei Verschlechterung des allgemeinen Nervenzustandes oder Einwirkung besonderer Noxen, auf die wir noch zu sprechen kommen werden, stellen sich unter den gleichen Verhältnissen wieder erheb-

lichere Angstzustände ein, die nach einiger Zeit wiederum nachlassen. So begegnen wir in einer erheblichen Anzahl von Fällen einem oft lange Zeit schwankenden Zustande der schliesslich zu dauerndem Zurücktretten der Anfälle oder zur Fixierung der Phobie führt. Ist die Angstdisposition stärker entwickelt, so fehlen die eben erwähnten erheblichen Schwankungen. Ist einmal der erste Angstanfall in einer bestimmten Situation eingetreten, so führt die Wiederkehr der Situation ebenfalls zu einem ausgeprägten Angst-anfalle, und dies wiederholt sich auch in der Folge. Spielt sich die Angstproduktion unter gewissen Verhältnissen längere Zeit hindurch regelmässig ab, so entwickelt sich häufig zwischen den angstauslösenden Vorstellungen und den beim Angstvorgange beteiligten bulbären Centren ein festerer funktioneller Konnex, es entsteht das, was ich als „phobischen Automatismus“ bezeichnet habe, eine Art von psycho-reflektorischen Mechanismus, der bei Einwirkung gewisser Vorstellungseize mit derselben Regelmässigkeit in Tätigkeit tritt, wie irgend ein Reflexapparat. Hat sich dieser Automatismus einmal gebildet, dann ist die Wiederkehr der Angstzustände bei Einwirkung auslösender Reize nicht mehr von der Fortdauer der primären Ursachen abhängig. Die Phobie kann sich auch nach Beseitigung dieser unbegrenzte Zeit erhalten, sie ist zu einer selbstständigen Störung geworden.

Mit der Entwicklung des phobischen Automatismus geht gewöhnlich eine Veränderung in den angstausslösenden psychischen Elementen Hand in Hand, auf welche wir bereits früher hingewiesen haben. Während ursprünglich die Vorstellung, resp. Wahrnehmung einer gewissen Situation allein den Angstanfall auslöste, knüpfen sich an diese nach häufiger Wiederkehr der phobischen Attacke Zwangsvorstellungen, welche dann die Rolle des auslösenden Reizes übernehmen. Der Inhalt dieser Zwangsvorstellungen variiert, wie wir bereits gesehen haben. Neben der Vorstellung der Unfähigkeit zu der im gegebenen Falle erforderlichen Leistung kommt hauptsächlich die Zwangsbefürchtung der Wiederkehr des Anfalls (Phobophobie) in Betracht. Bei grösserer Angstdisposition findet in bezug auf die angstausslösenden Reize eine weitere sehr bemerkenswerte Veränderung statt, die wir ebenfalls schon andeuteten. Es kommt allmählig dahin, dass von dem Komplex von Vorstellungselementen, welche ursprünglich den Anfall herbeiführten, schon einzelne im-

stande sind, die Angst auszulösen, und zwar auch dann, wenn sie in ganz anderen Verbindungen als bei ihrer früheren Wirksamkeit auftreten. Auf diesen Umstand ist es zurückzuführen, dass die äusseren Anlässe, welche zu phobischen Attacken führen, sich in vielen Fällen beträchtlich vermehren und schliesslich selbst bei Gelegenheiten Angstanfälle auftreten, welche nur in gewissen Beziehungen eine schwer auffindbare Übereinstimmung oder Ähnlichkeit mit der Ausgangssituation der Phobie aufweisen.

Bei der in dieser Weise statthabenden Vervielfältigung der phobischen Reize spielen deutlich bewusste Reflexionen in der Regel keine Rolle. Wenn der ursprünglich nur mit Agoraphobie Behaftete später auch von Angstzuständen im Theater, Konzerte oder in irgend einer anderen Situation heimgesucht wird, so geschieht es nicht auf Grund der Überlegung, dass die gegenwärtige Lage in dieser oder jener Beziehung etwas Übereinstimmendes mit den Verhältnissen beim Überschreiten eines freien Platzes bietet. Es sind vielmehr durch die Wahrnehmung der augenblicklichen Situation angeregte un- oder unterbewusste psychische Prozesse, welche zur Reproduktion speziell jener Vorstellungselemente führen, die bei früheren Angstanfällen in erster Linie die auslösende Rolle spielten. So allein erklärt es sich, dass an gewissen Phobien Leidende häufig scheinbar ohne jede Veranlassung, d. h. unter Verhältnissen von Angstzuständen befallen werden, die nach ihrer eigenen Ansicht keinen Anlass zu einem Angstzustande liefern konnten. Wenn man die Umstände des Falles näher prüft, so ergibt sich jedoch gewöhnlich, dass in demselben Momente figurierten, welche mit den bei der Auslösung früherer Angstatacken beteiligten eine gewisse Ähnlichkeit besitzen. Das Individuum hat jedoch von diesen Momenten keinerlei Kenntnis, zumeist nicht einmal eine Ahnung; es steht dem Angstanfalle wie einem Rätsel gegenüber, auch wenn sich derselbe in einer gewissen Situation öfters eingestellt hat. Es ist begreiflich, dass unter diessen Verhältnissen der Angstzustand auch nicht immer richtig erkannt und keineswegs selten als eine rein körperliche Störung von dem Patienten aufgefasst wird. Hierzu kann der Umstand beitragen, dass die Angstgefühle in derartigen Anfällen nur wenig ausgeprägt sind, während körperliche Angstsymptome irgend welcher Art in beträchtlicher Intensität sich geltend machen. Die Angstgefühle können aber auch gänzlich fehlen, so dass wir es

lediglich mit den im nächsten Abschnitte zu besprechenden inkompletten Angstanfällen zu tun haben, deren richtige Deutung sehr häufig selbst den Ärzten Schwierigkeiten bereitet.

Bei der Entstehung der Phobien der 3. Gruppe kommen hauptsächlich 2 Momente in Betracht: psychische Infektion und schreckhafte Erlebnisse. Wenn die Mäusefurcht, wie ich es beobachtete, bei Mutter und Tochter auftritt, so ist nicht an eine erbliche Übertragung der Phobie zu denken, wenn auch bei der Tochter eine gewisse ererbte neuropathische Disposition im Spiele sein mag. Die Phobie wird vielmehr durch eine von der Mutter ausgehende psychische Infektion bei der Tochter hervorgerufen. Ähnlich wie die Mäusefurcht lassen sich andere Phobien dieser Gruppe auf Einflüsse zurückführen, welche von der Umgebung des Patienten ausgehen (so namentlich die Haematophobie). Ein Teil der Phobien der in Rede stehenden Gruppe ist dagegen den traumatischen Phobien anzureihen, soferne dieselben von mit Schrecken verknüpften Erlebnissen ausgehen. Hierher gehört ein Teil der Fälle von Astraphobie, Nekrophobie etc.¹⁾

IV. Larvierte und inkomplete Angstanfälle (Äquivalente des Angstanfalles).

Die Symptomatologie der Angstzustände hat in den letzten Jahren wesentlich dadurch eine Erweiterung erfahren, dass man als denselben klinisch zugehörig verschiedene nervöse Störungen erkannte, mit welchen das subjektive Phänomen der Angst überhaupt nicht oder nur sekundär verknüpft ist. Sowohl die Anfälle als die andauernden Angstzustände haben ihre klinischen Äquivalente ohne Angstgefühl. Neben diesen kommt jedoch noch eine andere Anfallsvariante in Betracht.

Auf das Vorkommen von Angstanfällen ohne — als solche bewusste — Angst wurde von mir zuerst und zwar schon vor 21

¹⁾ Bemerkenswert ist, dass auch eine Übertragung von Phobien auf Tiere beobachtet wurde. Féré berichtet, dass degenerierten Rassen angehörige Luxushunde, deren Herren an Agoraphobie litten, diese ebenfalls bekamen. Sie verloren dieselbe, wenn man sie von ihren Herren (oder Herrinnen) trennte, und wurden neuerdings agoraphobisch, nachdem sie ihre Herren wieder zu sich genommen hatten. (Bullet. méd. 1893 No. 17.)

Jahren und dann wieder in meiner Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie 1893 (S. 116) die Aufmerksamkeit gelenkt. Hecker¹⁾ hat diese Spezies von Angstanfällen als „larvierte“ bezeichnet und ausserdem „inkomplete“ oder „abortive“ Angstanfälle unterschieden, bei welchen einzelne körperliche Angstattribute unbegleitet von Angstgefühlen vorübergehend auftreten. Freud hat in seiner ersten Mitteilung über die Angstneurose darauf hingewiesen, dass die Mischung der somatischen und psychischen Elemente (Angstgefühle) im Angstanfalle ungemein variiert, „dass nahezu jedes begleitende Symptom den Anfall ebensowohl allein konstituieren kann, wie die Angst selbst“. Er unterscheidet demzufolge „rudimentäre Angstanfälle und Äquivalente des Angstanfalles“, die nach seiner Ansicht wahrscheinlich alle von gleicher Bedeutung sind.

Das Verhältnis der in Frage stehenden Anfallsvarianten zu den typischen vollständigen Angstanfällen lässt sich am leichtesten verständlich machen, wenn wir von einem Schema der letzteren ausgehen, das sich in folgender Weise formulieren lässt:

A.	B.	C.
Angstaffekt.	Körperliche Folge-	Verstärkung des
(Angstgefühl mit Ver-	erscheinungen.	Angstaffektes.
änderung des Vor-	+ (Respiratorische, zirku-	
stellungsablaufes.)	latorische, sekretorische,	
	motorische etc.	
	Störungen)	

Wir können von larvierten Anfällen 3 Unterarten unterscheiden:

a) Ein Teil derselben entsteht dadurch, dass in A an Stelle ausgeprägter Angstgefühle emotionelle Elemente treten, welche eine Vorstufe der Angstgefühle bilden, Gefühle des Unbehagens, der Unruhe, der Erregtheit. Trotz des unentwickelten (abortiven) Charakters der subjektiven Angsterscheinungen können hier sehr ausgeprägte somatische Angstsymptome bestehen.

b) In einem weiteren Teile der Fälle handelt es sich um irrtümliche Deutung von A als verwandter psychischer Zustand, Verstimmung, Missmut u. dergl.

c) In einer 3. Reihe von Fällen wird A irrtümlicherweise als rein körperliche Störung gedeutet. Diese Auffassung kommt zumeist

¹⁾ Hecker, Centralbl. für Nervenheilkunde 1893, S. 565.

dadurch zustande, dass A von den damit verknüpften somatischen Symptomen (Schwindel, Asthma, Übelkeit, Herzklopfen, Heisshunger etc.) nicht gesondert wird; doch wird A mitunter auch als eine rein somatische Störung gedeutet, welche tatsächlich nicht vorhanden ist, so namentlich als Schwindel.

In den Fällen, in welchen letztere Erscheinung zweifellos vorliegt, ist es nicht immer leicht zu konstatieren, ob dieselbe ein somatisches Angstsymptom darstellt oder nicht. Wir begegnen bei Cerebrasthenischen sehr häufig Schwindelanwandlungen, welche durch sehr verschiedene Ursachen (Obstipation, Alkohol, geistige Überanstrengung etc.) hervorgerufen sein mögen und sich, wenn überhaupt, erst sekundär mit Angstgefühlen verknüpfen. Der Komplex von Störungen, welchen der ausgeprägte Schwindelanfall darstellt, ist aber dem Kranken so peinlich, dass derselbe häufig die Aufmerksamkeit allein in Anspruch nimmt und die vorhergehenden Erscheinungen sich der Beachtung entziehen. So erklärt es sich, dass mitunter erst nach einer gewissen Beobachtungszeit und bei eingehendster Erwägung der Umstände, unter welchen die Schwindelanwandlungen auftreten, sich mit Sicherheit darüber entscheiden lässt, ob es sich um Angstanfälle handelt oder nicht. Die Art der Schwindelerscheinungen allein kann in dieser Frage keinen sicheren Fingerzeig geben. Freud bemerkt, dass der Schwindel der Angstneurose weder ein Drehschwindel noch von der Art des Menièreschen Schwindels ist. „Er besteht in einem spezifischen Missbehagen, begleitet von den Empfindungen, dass der Boden wogt, die Beine versinken, dass es unmöglich ist, sich weiter aufrecht zu halten, und dabei sind die Beine bleischwer, zittern oder knicken ein.“ Neben dieser lokomotorischen, ausschliesslich beim Gehen im Freien auftretenden Form des Schwindels begegnen wir jedoch bei mit Angstzuständen behafteten Individuen, wenn auch ungleich seltener, Schwindelanwandlungen, welche mehr den Charakter des Drehschwindels aufweisen, wobei jedoch Scheinbewegungen der Objekte in der Regel fehlen.

Die Symptome, welche Äquivalente des Angstanfalles darstellen können, sind überaus mannigfaltig, entsprechend der Mannigfaltigkeit der somatischen Störungen, welche als Begleit- und Folgeerscheinungen der Angst sich geltend machen: Störungen der Herz-tätigkeit, der Respiration (Pseudoasthma, psychisches Asthma,

Asthma sexuelle etc.), Anfälle von Schwindel und sogenannten Kongestionen, Diarrhoe, Zittern, Schweissausbruch, Schlundkrämpfe, Übelkeit, Heisshunger etc. Besondere Beachtung verdienen die Störungen der Herztätigkeit. Nach meinen Beobachtungen können alle anfallsweise auftretenden Erscheinungen der nervösen Herzschwäche (Neurasthenia cordis) auch als Äquivalente des Angstanfalles vorkommen. Die sekundär bei diesen Störungen mitunter auftretende Angst kann, wie ich in einer früheren Publikation gezeigt habe, bei Individuen mit hysterischer Veranlagung zur Auslösung hysterischer Krämpfe führen. Bezüglich der Auffassung der in Frage stehenden Symptome als Angstäquivalente muss ich jedoch Hecker gegenüber eine wichtige Restriktion geltend machen. Während der genannte Autor die betreffenden Störungen bei Neurasthenischen durchgehend als abortive Angstzustände betrachtet und glaubt, dass durch diese Auffassung eine Reihe der wichtigsten Symptome der Neurasthenie unserem Verständnisse näher gebracht sind, kann ich die Berechtigung dieser Deutung nur unter gewissen Bedingungen zugeben. Meines Erachtens dürfen wir die erwähnten, anfallsweise auftretenden Symptome nur dann als Angstäquivalente auffassen, wenn dieselben a) bei Gelegenheiten auftreten, welche erfahrungsgemäss häufig Anlass zu Angstzuständen geben, b) wenn Umstände vorliegen, welche erfahrungsgemäss Angstzustände bedingen und andere ursächliche Momente für die betreffenden Störungen sich nicht nachweisen lassen. Sehen wir z. B., dass eine Person, welche an Platzangst leidet, lediglich bei gewissen Gelegenheiten, im Theater, in Gesellschaft etc. von Herzklopfen oder sogenannten Kongestionen oder Übelkeiten befallen wird, für deren jeweiliges Auftreten eine spezielle Ursache nicht nachweisbar ist, so dürfen wir nicht in Zweifel sein, dass es sich um Äquivalente des Angstanfalles handelt, da bekanntlich die an Agoraphobie Leidenden häufig auch beim Aufenthalt in von Menschen erfüllten Räumen von Angstzuständen heimgesucht werden. Ebenso dürfen wir kein Bedenken tragen, z. B. bei einem jungen sexuellen Neurastheniker mit hochgradiger Libido, welcher seit Jahren keinen sexuellen Verkehr pflegte und an sehr lästigen nächtlichen Schweissausbrüchen laboriert, obwohl bei demselben ausgesprochene Angstzustände völlig mangeln, die fraglichen Schweissausbrüche als Angstäquivalente zu deuten, weil die sexuelle Abstinenz insbesondere bei erheblicher Libido zu

Angstzuständen führt und im gegebenen Falle ausser diesem Momente eine Ursache der Schweissausbrüche nicht zu ermitteln ist. Was für die Äquivalente des Angstanfalles gilt, gilt noch mehr für die Äquivalente des chronischen Angstzustandes. Hecker führt als solche anhaltende Müdigkeit und Kraftlosigkeitsgefühl, Zittern, Benommenheit des Kopfes, gewisse Zirkulationsstörungen, chronische Verdauungsstörungen an; Freud erwähnt Diarrhoe, Schwindel und Paraesthesien. Ich muss hier insbesondere auf die anhaltende Beschleunigung der Herztätigkeit aufmerksam machen, die ich z. B. bei jugendlichen Masturbanten beobachtete, bei welchen auch ausgesprochene, zum Teil schwere Angstanfälle nicht mangelten. Anhaltende Müdigkeit und Kraftlosigkeit, Kopfeingenommenheit, Verdauungsstörungen etc. finden sich bei Neurasthenischen, welche von Angstzuständen vollkommen verschont sind, und als Folge von ursächlichen Momenten, welche, wenn sie auch in der Ätiologie der Angstzustände nicht ganz mangeln, doch in dieser nur eine untergeordnete Rolle spielen (z. B. von geistiger Überanstrengung). Es hätte nicht mehr Berechtigung, die erwähnten Erscheinungen unter diesen Verhältnissen als Angstäquivalente aufzufassen, als wenn wir den Schwindel eines Neurasthenikers, der offenbar mit Obstipation oder zu reichlichem Genusse von Spirituosen zusammenhängt, in dieser Weise deuten wollten. Nicht der Umstand, ob ein Symptom als somatische Äusserung der Angst vorkommt oder nicht, sondern die Abhängigkeit der Störung von gewissen ätiologischen Momenten muss für die klinische Äquivalenz derselben mit einem Angstzustande als massgebend erachtet werden, wenn wir durch diese Annahme einen besseren Einblick in die Genese der betreffenden Erscheinungen gewinnen wollen. So würde in dem oben erwähnten Falle das Auftreten der nächtlichen Schweissausbrüche unerklärt bleiben, wenn wir von der Annahme absehen, dass es sich um ein Angstäquivalent handelt.

Die Kasuistik, welche im Folgenden mitgeteilt wird, hat nicht nur den Zweck, die verschiedenen Umstände, welche zum Auftreten phobischer Anfälle Anlass geben, und die in den einzelnen Fällen zu beobachtenden Variationen in den Symptomen dieser Anfälle zu veranschaulichen. Sie soll ganz besonders auch die ätiologischen Verhältnisse der Phobien, auf welche wir erst später näher eingehen werden, und die Beziehungen derselben zur Neurasthenie beleuchten.

Beobachtung 95. Topophobie (Strassenangst). Herr X., Beamter, 43 Jahre alt, ledig, ohne erweisliche erbliche Belastung, litt im 9. Lebensjahre an Typhus, im 18. an Supraorbitalneuralgie, welche in späteren Jahren mehrfach recidierte (hierbei typisches Auftreten, Heilung durch Chinin). Ausserdem wurde er in jüngeren Jahren viel von Pollutionen belästigt, was in letzterer Zeit nicht mehr der Fall war. Vor 8 Jahren überraschte ihn einmal auf der Strasse ein Anfall von Übelkeit und Schwäche, der ihn zum Eintritt in ein nahes Gasthaus veranlasste. In der Folge wurde er beim Gehen auf der Strasse häufig von Angstanfällen heimgesucht, die mit Vorstellungen verknüpft waren, wie, er könnte ohnmächtig werden, umfallen, nicht mehr nach Hause kommen; hierdurch entstand bei ihm eine Abneigung gegen das Ausgehen. Die Angstanfälle verloren sich seitdem nicht mehr; das Auftreten derselben beschränkte sich aber auch in den letzten Jahren auf die Strasse und zeigte sich von mancherlei zufälligen Momenten abhängig. Das Betreten glatt gepflasterter Stellen, vorzüglich solcher, die mit Asphaltpflaster versehen sind, die Gegenwart vieler Leute auf dem Trottoir, sehr helles Tageslicht (insbesondere greller Sonnenschein) sind für ihn gefährliche Momente. Wenn er dagegen auf sehr unebenem Steinpflaster oder auf sehr weichem Grunde, z. B. im Walde, geht, kommt es nie zu einem Anfälle. Auch abends und nachts tritt nicht leicht ein solcher ein; nüchterner Magen begünstigt dagegen den Eintritt der Angst. Was den Hergang der Sache im Anfälle selbst anbelangt, so gibt Herr X. an, dass er gewöhnlich zuerst Druck oder Schwere im Kopfe fühlt, darauf Schwäche und Unsicherheit in den Beinen, alsdann soll erst das Gefühl der Angst sich seiner bemächtigen. Von sonstigen nervösen Störungen erwähnt Patient, dass er manchmal an Eingenommenheit des Kopfes und Rückenschmerzen leidet. Die Beine seien früher mitunter auffallend leicht und wiederum auffallend schwer gewesen; in neuerer Zeit seien sie nur etwas schwach. Appetit gewöhnlich gut, Stuhlgang etwas träge, im übrigen keinerlei Klagen.

Objectiv: negativer Befund.

Beobachtung 96. Topophobien. Herr von X., Gutsbesitzer, 39 Jahre alt, ledig; der Vater noch lebend und gesund, die Mutter vor längerer Zeit von einem Schlaganfälle heimgesucht. In der Jugend ausser Scharlach keine ernstere Erkrankung; vor Jahren eine langandauernde Gonorrhoe. Pat. leidet seit 11 Jahren an plötzlich auftretenden Angstanfällen. Diese stellen sich in neuerer Zeit vorzugsweise beim Zusammensein mit vielen Menschen ein, z. B. beim Gehen auf der Strasse in einem Menschengewühle, im Theater, in der Kirche, seltener und in geringerem Maasse beim Überschreiten einer Brücke, eines grossen freien Platzes, während sie früher bei diesen Anlässen regelmässig eintraten. Längere Zeit hin-

durch kamen diese Anfälle auch beim Alleinsein in der eigenen Behausung. Näheres über die Art und Weise der Entstehung des ersten oder der ersten Anfälle weiss Patient nicht mitzuteilen. Patient leidet ferner seit mehr als einem halben Jahre an wandernden Schmerzen in beiden Extremitäten, sowie zeitweilig an Taubheitsgefühlen an denselben. Die psychische Leistungsfähigkeit ist gegen früher verringert; bei geistigen Arbeiten tritt auffallend rasche Ermüdung ein, so dass Patient seit einiger Zeit nicht einmal im Stande ist, einen Brief von ein paar Seiten in einer Sitzung fertig zu stellen.

Die Untersuchung ergibt: gute allgemeine Ernährung, Gesicht und Hals gerötet, welche Röte bei leichten Gemütsbewegungen beträchtlich zunimmt. Pupillenreaktion normal, auch sonst im Bereiche der Gehirnnerven keine Anomalie; keine Sensibilitäts- und Motilitätsstörung an den Extremitäten, auch keine Veränderung bezüglich der Haut- und Sehnenreflexe an den Beinen; kein Romberg'sches Zeichen.

Ätiologisch: Excesse in baccho et venere wahrscheinlich.

Beobachtung 97. Topophobien, Funktionsphobie. Herr X., 26 Jahre alt, pensionierter Kutscher, ledig, von gesunden Eltern stammend, litt im 15. Lebensjahre an Peritonitis, im 18. an Cholera. Vor 5 Jahren beim Militär Sturz vom Pferde; hierbei kam er unter das Pferd zu liegen, war für einige Zeit bewusstlos und erlitt einen Bruch des linken Femur im oberen Drittel. Heilung in 11 Wochen. Seit 4 Jahren leidet Patient an Angstanfällen verbunden mit Übelkeit, welche anfänglich nur selten, später häufiger und in grösserer Intensität auftraten und hierdurch die Pensionierung des Patienten nötig machten. Anfänglich scheint nur der Aufenthalt unter einer grösseren Menschenmenge die Anfälle herbeigeführt zu haben. Als bald stellten sie sich jedoch auch bei verschiedenen anderen Anlässen ein. So wurde er z. B., wenn er Dienst zu machen hatte und die Pferde angespannt waren, aber nicht sogleich abgefahren werden durfte, von einer unerträglichen Unruhe verbunden mit einem Gefühl von Übelkeit befallen, welche Erscheinungen sofort schwanden, wenn der Wagen sich in Bewegung setzte. Im Laufe der Zeit hat sich die Sache folgendermaassen gestaltet: Die Angstanfälle treten bei dem Patienten niemals beim Gehen, i. e. beim Überschreiten irgend eines Platzes oder einer Strasse etc. ein; sie stellen sich nur ein, wenn derselbe physisch oder durch moralische Rücksichten genötigt ist, an einem bestimmten Orte auszuharren. Sie suchen ihn daher heim im Kaffeehause, wenn er im Kreise seiner Kameraden sich befindet, im Theater, wenn er unter der Menge im Parterre oder auf der Gallerie steht oder sitzt, in der Kirche, hier besonders, wenn er sich weit vorne befindet und weiss, dass er, ohne Aufsehen zu erregen,

nicht gut fortgehen kann; ferner beim Barbieren. Er geht zum Barbier mit einem Gefühle, als ob es sich um seine Hinrichtung handle. Die Anfälle beginnen gewöhnlich damit, dass eine Sensation von der Magengrube gegen den Kopf aufsteigt; der Kopf wird hierauf eingenommen und schwer, zugleich entsteht ein Gefühl von Übelkeit in der Magengrube; Hitze und Kälte überläuft den Körper abwechselnd. Des Weiteren stellt sich ein Drang nach aussen ein, erzeugt durch die dunkle Vorstellung eines bevorstehenden Unfalls (Umstürzens, Zusammenbrechens etc.). Beim Stehen gesellen sich hierzu: Unsicherheit in den Beinen, Gefühle von Taubsein, Abgestorbensein in denselben und schliesslich Hin- und Herwanken. Hier und da treten auch in der Magengegend Sensationen heftigen Reissens oder Auf- und Abkratzens ein (Würgebewegungen). Wenn er dem Anfalle trotzend, z. B. im Kaffeehause sitzen bleibt, so dauert das Gefühl der Übelkeit, an Ohnmacht grenzend, oft ca. eine Stunde an. Er gerät ferner in Schweiss und muss sich aufstützen und sich möglichst ruhig verhalten, um nicht umzusinken. Jede Bewegung verschlimmert die Sache. Während dieser Verlängerung des Anfalles ist ein eigentliches Angstgefühl oder die Vorstellung eines drohenden Unfalles etc. nicht mehr vorhanden. Nach dem Anfalle besteht enorme Erschöpfung; im übrigen fühlt sich jedoch Patient völlig wohl und ist alsdann imstande, noch viele Stunden in demselben Lokale ohne irgend einen unangenehmen Zwischenfall zuzubringen. Die Erschöpfung ist dagegen am anderen Morgen noch recht sehr fühlbar. Von sonstigen nervösen Erscheinungen erwähnt Patient, dass bei längerem ($\frac{1}{2}$ Stunde und darüber dauerndem) Stehen zu Hause ebenfalls eine gewisse Unsicherheit in den Beinen sich bemerklich macht, wobei jedoch Übelkeit und Angst nicht vorhanden sind, ferner, dass er seit Jahren öfters an einem Gefühle von Taubsein an der Fusssohle, besonders an der Ferse, leidet. Dagegen ist von Schwäche in den Armen oder Beinen durchaus nichts fühlbar. Er ist ein ausgezeichnete Fussgänger, der die grössten Entfernungen ohne irgendwelche Ermüdung zurücklegt, gewandt ausserdem in jeder Art körperlicher Übung und im allgemeinen keineswegs von ängstlicher Gemütsart. Näheres über die Entstehung des ersten Anfalles weiss Patient nicht mitzuteilen. Er ist kein Potator. Dagegen hat er (wie er allerdings erst später zugestand), längere Zeit Masturbation geübt und zeitweilig auch sexuelle Excesse sich gestattet. Übermässige Pollutionen bestehen nicht.

Die Untersuchung ergibt: Patient ist ein hochgewachsener, athletisch gebauter Mann, Gesicht meist gerötet, welche Errötung bei den unbedeutendsten psychischen Erregungen erheblich zunimmt. Im oberen Drittel des linken Oberschenkels eine mässige Callusmasse durchzufühlen. Im übrigen nichts Bemerkenswertes.

Bei dem Patienten trat erst nach längerer Zeit eine Besserung bezüglich seiner Phobien ein.

Beobachtung 98. Topophobien, Angst beim Stehen und Sitzen (Akathisie). Herr W., Agent, 37 Jahre alt, verheiratet, Vater von 4 Kindern, ohne erweisliche erbliche Belastung, machte als Kind Masern und Scharlach durch. Vor 15 Jahren angeblich Gehirnhautentzündung, in der Folge 2 Jahre lang Kopfschmerzen und Schwindel, vor 5 Jahren Typhus. Seit dieser Erkrankung konnte er in der Kirche nicht mehr ruhig stehen; er fühlte sich in derselben ängstlich erregt und unsicher in den Beinen, während ihm anderweitig das Ruhigstehen keine Schwierigkeiten machte. Vor 3 Jahren hatte er Unglück im Geschäfte (Konkurs). Hierüber heftige gemüthliche Alteration und in der Folge Kopfschmerz und Schwäche in den Beinen, ca. 6 Wochen dauernd, nach kurzer Pause wiederkehrend und dieses Mal 8 Wochen anhaltend. Hierauf gesund bis zum November vor 2 Jahren. Um diese Zeit erlitt er einmal auf der Strasse einen Anfall von Schwäche in den Beinen, so dass er nur sehr mühsam nach Hause kommen konnte. In der Folge musste er ca. 4 Wochen lang liegen, angeblich wegen Schwindels; hierauf abermals Besserung, nur konnte er in der Folge nicht mehr stehen, wohl aber gehen. Am 1. Mai l. Js. wieder ein „Schwindelanfall“. Seitdem Schwäche und Kribbeln in den Beinen, Kopfschmerz, namentlich im Hinterkopfe, und ein Gefühl von Schwanken im Kopfe, insbesondere bei längerem Gehen. Er kann ferner nicht sitzen, weil er hierbei ein Gefühl hat, als fiele er vom Stuhle herunter, oder als werde er vom Schlage getroffen. Auch frei zu stehen ist er nicht imstande; versucht er es, so beginnt er zu zittern und fürchtet, umzufallen. Das Lesen ist ihm wegen Augenthränens nicht möglich. Sieht er in die Höhe, so glaubt er, umfallen zu müssen. Längere Zeit war es ihm auch nicht möglich, Jemanden in das Gesicht zu sehen; unternahm er es, so fing sein Kopf zu zittern an, und es wurde ihm sehr ängstlich zu Mute. Er geht in neuerer Zeit nur in Begleitung seiner Frau aus, weil er beim Alleingehen von Angst befallen wird, er könnte umstürzen, vom Schlage getroffen werden u. s. w. Appetit seit längerer Zeit gering, Stuhlgang meist angehalten, in sexueller Beziehung seit längerer Zeit schon Abstinenz. Die erwähnten nervösen Beschwerden verschwinden zum grössten Theile für kürzere Zeit, wenn er rasch hintereinander einige Glas Bier trinkt. Alsdann ist er imstande, zu sitzen, frei zu stehen und grössere Strecken allein zu gehen. Patient will in den letzten Jahren sich im Trinken sehr mässig gehalten haben; früher scheint er ab und zu Excessen sich hingegeben zu haben.

Die Untersuchung ergibt: mittelgrosses Individuum von etwas blassem Aussehen und ziemlich guter allgemeiner Ernährung. Im Bereiche der Gehirnnerven nichts Abnormes; die Patellarreflexe beiderseits sehr lebhaft. Gang breitspurig, mit etwas steif gehaltenen Beinen, jedoch keine Andeutung von Ataxie. Aufgefordert, frei zu stehen, erklärt Patient, ohne eine Stütze in Gestalt seines

Stockes nicht stehen zu können. Wird in ihn gedrungen, es ohne Stock zu versuchen, so bittet er, man möge ihm wenigstens gestatten, den Stock in der Hand zu halten. Geht man auch hierauf nicht ein und nötigt ihn, den Stock abzugeben, so gerät er nach ein paar Sekunden Stehens in Angst. Diese steigert sich sehr rasch, trotz aller Versicherungen, dass man ihn nicht hinstürzen lassen werde; alsbald stellt sich auch Schwanken ein, so dass man von einer weiteren Fortsetzung des Stehversuches absehen muss. Dagegen gelingt es kurze Zeit später ihn in ein Gespräch zu verwickeln, das ihn lebhaft interessiert, und ihn unvermerkt zum Aufstehen zu veranlassen. Hierbei ist er längere Zeit imstande, ohne Stütze völlig ruhig und sicher zu stehen.

Unter einer im Wesentlichen psychischen Behandlung besserte sich der Zustand des Patienten sehr rasch; die Angstzustände sowie die übrigen Beschwerden verloren sich im Verlaufe eines halben Jahres fast vollständig.

Beobachtung 99. Topophobien. Herr X., Fabrikant, 35 Jahre alt, ledig, ist mütterlicherseits erblich belastet (die Mutter neurassthenisch und mit Angstzuständen behaftet). Im Kindesalter nur Masern, mit 25 Jahren Gonorrhoe. Das gegenwärtige Leiden des Patienten besteht seit etwa einem halben Jahre. Dasselbe begann mit gemüthlicher Depression, Abnahme der Arbeitskraft und einem Gefühle von Schwere im ganzen Körper, wozu sich alsbald Angstzustände gesellten, die rasch an Intensität zunahmen und bei einer Menge äusserer Anlässe auftraten. Gegenwärtig kann Patient wegen seiner Angstzustände Theater, Konzerte und grössere Versammlungen nicht mehr besuchen und auf der Strasse nicht allein gehen. Auch zu Hause und namentlich nachts wird er von Angstanfällen häufig heimgesucht, weshalb er beständig Jemand um sich haben muss. Auch nosophobische Vorstellungen (Angst vor einem Schlaganfall etc.) machen sich zeitweilig geltend. Vor dem Auftreten des Leidens hatte Patient längere Zeit viel Aufregung im Geschäfte, auch Sorgen wegen des Gesundheitszustandes seiner Mutter. Die Angst dieser steckte den Patienten nach seiner Aussage förmlich an.

Excesse in alcoholicis und Rauchen werden negiert. Masturbation vom 15.—20. Lebensjahre, angeblich nicht sehr häufig; schon vor den 20er Jahren Poll. nim., welche sich seitdem nicht mehr verloren; noch gegenwärtig 2—3 mal wöchentlich Pollutionen. Geschlechtlichen Verkehr hat Patient im ganzen wenig geübt. Derselbe äusserte auf die Pollutionen auch keinen Einfluss; solche traten mitunter nach dem C. noch in derselben Nacht auf. Potenz völlig erhalten. Seit einigen Wochen besteht Defaecationsspermatorrhoe. Die Harnröhre zeigt bei Einführung der Kühlsonde enorme Hyperästhesie. Patient hat bereits eine Anstaltskur durchgemacht, welche keinen wesentlichen Erfolg erzielte.

Beobachtung 100. Topophobien, Angst beim Lesen, Pseudoasthma. Herr X., Fabrikant, 46 Jahre alt, seit 16 Jahren verheiratet, Vater von 6 Kindern, ist erblich sehr belastet (der Vater an Paralyse gestorben, 4 Schwestern, welche sehr nervös sind). Mit 8 Jahren Masern, mit 12 Jahren Typhus, mit 32 Jahren Diphtherie, sonst keine Erkrankung. Vor der Verheiratung Masturbation, angeblich mässig. Schon im 18. Lebensjahre litt Patient an Angstanfällen, welche ihn sowohl auf der Strasse, wenn er von seiner Wohnung weit entfernt war, als auch beim Aufenthalte in Gasthäusern heimsuchten. Diese Anfälle verloren sich im Verlaufe einiger Jahre und kehrten erst vor 8 Jahren wieder. Die erste Attacke trat damals beim Besuche eines Kaffeehauses auf; in der Folge stellten sich die Anfälle sehr häufig und in verschiedenen Lokalitäten ein, vor Allem auf der Strasse, wenn er sich allein wusste, aber auch in Gasthäusern, im Theater, in der Kirche etc. In der Folge öfterer Wechsel von Besserung und Verschlimmerung des Zustandes. Vor 6 Jahren eine Wasserkur, nach welcher die Anfälle seltener und schwächer wurden. Seit 2 Monaten bedeutende Verschlimmerung des Zustandes; die Anfälle treten jetzt auch zu Hause auf, wenn er auf irgend eine Sache gespannt ist, auch beim Lesen, hierbei schon nach einigen Minuten. Er getraut sich auch schon seit Wochen nicht mehr allein auszugehen. Die Anfälle beginnen gewöhnlich damit, dass Patient gähnen muss und ein Bedürfnis empfindet, tief aufzuatmen. Dies gelingt drei- oder viermal, dann wird es schwerer und schwerer, es wird ihm zentnerschwer auf der Brust, er ringt förmlich nach Luft. Hierzu tritt ein Gefühl, als wollten ihm die Sinne vergehen, es wird ihm dunkel vor den Augen. Das Gesicht wird hierbei blass, kein Herzklopfen; die Hemmung des Atmens dauert in der Regel 12—15 Sekunden, dann tritt Erleichterung der Respiration ein, während welcher die Angst jedoch fortbesteht. Nach etwa 15—20 Minuten stellt sich die Schweratmigkeit von Neuem ein, und dies wiederholt sich, bis Patient seine Situation ändert. Sucht der Anfall den Patienten während des Gehens heim, so wird sein Gang schwankend. Bei Biergenuss trat früher rasch eine Besserung des Zustandes ein, dies ist jedoch in neuerer Zeit nicht mehr der Fall. Neben den geschilderten hat Patient auch leichtere Anfälle ohne Schweratmigkeit, in welchen nur ängstliche Erregung besteht.

Beim Lesen sistiert der Anfall in der Regel, wenn Patient dasselbe unterbricht, das Schreiben ist unbehindert. Patient erwähnt, dass er seit längerer Zeit an bedeutend gesteigerter sexueller Erregbarkeit laboriert und nachts von sehr starken Erektionen belästigt wird. Wenn er jedoch den Coitus versucht, bleiben die Erektionen aus, die Ejakulation tritt aber trotzdem ein.

Unter der eingeleiteten Behandlung erfolgt alsbald bedeutende Besserung. Patient konnte schon nach 14 Tagen wieder allein aus-

gehen. Erst nach 10 Jahren kam es zu einem Recidiv, wobei die Angstzustände wieder zum Teil den asthmaartigen Charakter zeigten.

Beobachtung 101. **Topophobien.** Herr X., Bankbeamter, 32 Jahre alt, ledig, ist erblich belastet (der Vater nervös und von sehr aufbrausendem Temperament, ein Bruder des Patienten ebenso wie dieser mit Angstzuständen behaftet). Im Kindesalter Masern und Typhus, mit 12 Jahren Asthma, welches bis zum 18. Lebensjahre ihn sehr häufig heimsuchte, und seitdem nur mehr selten und nur beim Aufenthalte in einzelnen Gegenden sich zeigt. Vom 20. bis zum 26. Lebensjahre häufig Herzklopfen; im 28. Lebensjahre luetische Infektion, wegen welcher eine Schmierkur gebraucht wurde; nach dieser noch mehrfach Ulcerationen in der Mundhöhle. Vor 2 Jahren zum erstenmal in einer Kirche ein Schwindel-, resp. Angstanfall; in der Folge regelmässige Wiederkehr solcher Anfälle beim Besuche der Kirche. Etwa $\frac{1}{4}$ Jahr später auch Angstanfälle beim Aufenthalte in Restaurants, Cafés und ähnlichen Lokalen, dabei meist ein Gefühl, als ob etwas im Kopfe springe. Seit etwa einem Jahr auch Agoraphobie und Angst beim Überschreiten von Strassen und Brücken. Letztere Phobien stehen zur Zeit im Vordergrund. Dabei zeigen sich in dem Auftreten der phobischen Zustände manche Eigentümlichkeiten. Das Überschreiten von Strassen hat für den Patienten keine Schwierigkeiten, wenn dieselben menschenleer sind, wird ihm dagegen sehr schwer, wenn in denselben Menschen in grösserer Zahl verkehren. Die Angstanfälle beim Gehen auf der Strasse stellen sich zumeist nur vormittags ein, nach dem Mittagessen kommt es zu solchen selten. Auch das Überschreiten grosser, freier Wiesenplätze gelingt dem Patienten stets ohne Beschwerden. Der Aufenthalt in Theatern, Konzerten, überhaupt in menschenerfüllten Räumen ist ihm zur Zeit ganz unmöglich. Auch beim Stehen vor Vorgesetzten machen sich Angstanfälle bemerklich. Patient ist imstande, den Anforderungen seines Dienstes völlig Genüge zu leisten, doch strengt ihn die Arbeit erheblich mehr an als früher, und im Zustande geistiger Ermüdung und Abgespanntheit treten die Angstanfälle ungleich leichter und intensiver auf, als bei frischerer geistiger Verfassung. Schlaf und Appetit gut, Stuhlgang regelmässig, eine gewisse Neigung zu Verdauungsbeschwerden, weshalb Patient öftere und kleinere Mahlzeiten zu sich nimmt. Patient hat Masturbation erst mit 17 Jahren und zwar nur in geringem Maasse geübt, später mässiger sexueller Verkehr. Seit der Infektion, über welche Patient sich gemächlich sehr alterierte, fast völlige Abstinenz, infolge dieses Umstandes Pollutionen etwas häufiger als früher. Biergenuss etwa 5 Glas täglich, keine Excesse im Rauchen.

Objektiv negativer Befund. Der obenerwähnte Bruder des Pat. litt vor seiner Verheiratung an sehr schweren Angstanfällen; nach

der Verheiratung besserte sich sein Zustand, doch haben sich bei demselben die Anfälle noch immer nicht völlig verloren. Der Betreffende ist Potator und raucht auch stark.

Beobachtung 102. Topophobien. Herr X., Redakteur, 47 Jahre alt, seit 19 Jahren verheiratet, Vater von 2 Kindern, ohne erweisliche erbliche Belastung, hat ausser Kinderkrankheiten keine erhebliche Krankheit durchgemacht. Masturbation vom 16.—21. Lebensjahre, später zeitweilig Exzesse in venere. Pat. war schon immer von ängstlichem Naturell und litt vor 15 Jahren an bedeutenden Kopfschmerzen, die sich damals ohne Behandlung wieder verloren. Seit etwa 3 Monaten wieder erhebliche Kopfbeschwerden, fast andauernd ein Gefühl von Schwere oder Völle im Kopfe, dabei Verringerung der Arbeitsfähigkeit, fast beständig ein Gefühl der Unruhe oder ausgesprochenere Angst, auch eine gewisse Unsicherheit in den Beinen, welche jedoch den Pat. nicht hindert, ausdauernd zu gehen. Pat. kann es in Gastlokalen und anderen mit Menschen gefüllten Räumen nicht lange aushalten, in verkehrsreichen Strassen nur schwer sich bewegen. Auch bei Eisenbahnfahrten wird er regelmässig von Angstanfällen heimgesucht.

Pat. hatte in letzterer Zeit viel Kummer und Verdruss wegen familiärer und geschäftlicher Verhältnisse durchzumachen. Seine Frau ist unterleibslidend, weshalb Pat. seit Monaten auf sexuellen Verkehr verzichtet hat. Die Abstinenz fällt nicht leicht, obwohl Pollutionen in letzterer Zeit nicht selten auftraten, da die Potenz noch sehr rege ist. Appetit mässig, Stuhlgang ungenügend, Schlaf wenig und sehr unruhig. Objektiv = 0.

Beobachtung 103. Topophobien. Herr X., Rentier, 43 Jahre alt, verheiratet, Vater von 2 Kindern im Alter von 13 und 10 Jahren, war abgesehen von Kinderkrankheiten bis vor 2 Jahren immer gesund. Seit 2 Jahren bemerkt Pat., dass er bei gewissen Gelegenheiten von einer ängstlichen Erregung heimgesucht wird, die in letzterer Zeit erheblich zugenommen hat. Dieser Zustand zeigt sich am häufigsten beim Aufenthalte unter vielen Menschen, so im Theater oder Konzertlokale, wenn plötzlich Ruhe eintritt, auch in Vereinssitzungen. Auf der Strasse wird er oft plötzlich von Kopfeingenommenheit und Unsicherheit in den Beinen befallen; dies kommt zuweilen auch vor, wenn Pat. in Begleitung einer Person geht. Das Befinden ist im übrigen völlig befriedigend; Schlaf und Appetit vorzüglich, Stuhlgang regelmässig. Keine Exzesse in alcoholicis oder im Rauchen. Sexueller Verkehr nur mässig, jedoch seit der Geburt des letzten Kindes andauernd in der Form des congr. interr. Urin eiweiss- und zuckerfrei, auch im übrigen negativer Befund. Aufgabe der erwähnten Art des Präventivverkehrs und hydriatische Behandlung etc. führte im Verlaufe einiger Monate zur Beseitigung der Angstzustände.

Beobachtung 104. Topophobien. Frau X., Kaufmannsgattin, 30 Jahre alt, seit 7 Jahren verheiratet, kinderlos, ist mütterlicherseits erblich belastet (die Mutter, an Krebsleiden gestorben, war sehr nervös, auch die Geschwister der Pat. nervös). Pat. hatte 2 mal Abortus mit vielen Blutverlusten, in der Folge Parametritis, Senkung des Uterus und Fluor albus; stand deshalb längere Zeit in gynäkologischer Behandlung, gebrauchte auch Badekuren in Schwalbach und Franzensbad und unterzog sich vor einigen Jahren einer Operation (wahrscheinlich Auskratzung). Seit letzterer soll die Befriedigung beim sexuellen Verkehre fehlen, ein Mangel, welcher der Pat. anscheinend sehr unangenehm ist. Längere Zeit auch Potus (Wein und Bier).

Gegenwärtig hat die Patientin über Folgendes zu klagen:

Kopfschmerzen, Geruchshyperästhesie insbesondere für Zigarrenrauch, Bulimie, Gefühle allgemeiner Schwäche, Schmerzen in den Gliedern, Gemütsdepression, häufig auftretende Angstzustände. Letztere stellen sich sowohl beim Alleinsein als in Gesellschaft, insbesondere aber beim Überschreiten von freien Plätzen und Brücken, mitunter auch beim Aufenthalt im Theater oder Konzertlokale ein.

Bei Genuss erheblicher Weinquantitäten (1 Flasche) kommt es bei der Pat. meist zu Lach- und Weinkrisen; derartige Anwendungen kommen auch bei anderen Anlässen (gemütlichen Erregungen) bei der Pat. nicht selten vor.

Beobachtung 105. Topophobien. Frau X., 28 Jahre alt, Kaufmannsgattin, seit 4 Jahren verheiratet, Mutter von 2 Kindern, mütterlicherseits erblich belastet, hat als Kind Masern und Typhlitis durchgemacht. Mit 14 Jahren Menses ohne Beschwerden. Im 15. oder 16. Lebensjahre sah die Patientin eines Tages auf der Strasse einen vor ihr gehenden Mann im epileptischen Anfalle plötzlich hinstürzen. Hierüber erschrak sie derart, dass sie von einer Schwäche befallen und genötigt wurde, in einen in der Nähe befindlichen Laden zu treten. Der Vorfall schien zunächst keine weiteren Folgen zu haben; allein alsbald nach demselben bemerkte die Pat., dass es ihr schwer wurde den freien Platz, an welchem sie wohnte zu überschreiten. Sie wurde dabei von Angst befallen, dass sie hinstürzen, ohnmächtig werden könne u. dergl. In der Folge stellten sich Angstzustände auch beim Überschreiten anderer freier Plätze und breiter Strassen regelmässig ein, und einige Zeit kam es dazu, dass die Pat. überhaupt nicht mehr das Haus verliess, weil sie sofort beim Betreten der Strasse von Angst befallen wurde. Diese Verschlimmerung wurde wieder rückgängig, dagegen wurde sie in der Folge auch beim Besuch von Theatervorstellungen und Konzerten von Angstzuständen mässigen Grades heimgesucht. Der Zustand erhielt sich ohne wesentliche Veränderung und ohne Hinzu-

treten weiterer Beschwerden bis zu ihrer Verheiratung, die mit einer Domizilveränderung verknüpft war. In der ersten Zeit des Ehestandes machte sich eine gewisse Verschlimmerung des Leidens geltend, da die Pat. sich erst an die Verhältnisse ihres neuen Wohnortes gewöhnen musste und dabei auch ihre Beschwerden ihrer Umgebung möglichst zu verheimlichen suchte. Gegenwärtig ist der Zustand ungefähr wie vor der Verheiratung. Die Pat. kann in den Strassen in der Nähe ihrer Wohnung allein gehen. Das Überschreiten weiter Plätze vermeidet sie, und weitere Ausgänge unternimmt sie nur in Begleitung. Nach Aussage des Mannes sind die sexuellen Bedürfnisse der Frau sehr gering, ebenso ist die orgasmische Fähigkeit bei derselben sehr wenig entwickelt. Dieser Mangel hatte jedoch bisher keinerlei Störungen der ehelichen Beziehungen zur Folge.

Objektiv \emptyset .

Beobachtung 106. Topophobien. Herr X., vormals Fabrikdirektor, ledig, 40 Jahre alt, ohne erweisliche erbliche Belastung, hat im Kindesalter Masern und mit 15 Jahren Gelenkrheumatismus durchgemacht; später gesund bis vor 7 Jahren. Die Stellung, welche Patient damals inne hatte, war mit einer grossen Arbeitslast und vielen geschäftlichen Aufregungen verknüpft. Unter dem Einflusse dieser Momente stellten sich bei dem Pat. Verdauungsbeschwerden ein, die ihn zu einer Änderung seiner Diät veranlassten. Er unternahm ohne ärztliche Anleitung eine Entfettungskur, durch welche er im Verlaufe eines Jahres circa 40 Pfund verlor (von 180 auf 140 Pfund). In den letzten Monaten der Entfettungskur stellten sich bei dem Patienten mehr und mehr neurasthenische Beschwerden ein, grosse Mattigkeit, Schlafmangel, Schwindel, Druck im Hinterkopfe und über den Augen, Herzklopfen, wozu sich Angstzustände (insbesondere Agoraphobie, Angst beim Aufenthalt im Theater, bei Eisenbahnfahrten etc.) sowie Zwangsvorstellungen verschiedenen Inhalts, namentlich nosophobische Vorstellungen gesellten. Dieser Zustand erhielt sich ungefähr 2 Jahre, ohne wesentliche Veränderung; dann trat allmählig eine gewisse Besserung ein. Pat. gab in der Folge seine Stellung auf, und nach diesem Schritte machte die Besserung rapide Fortschritte. Hiermit war eine Zunahme des Körpergewichtes verknüpft, welches schliesslich den früheren Stand von 180 Pfund wieder erreichte. Während der letzten $2\frac{1}{2}$ Jahre traten nur selten Angstzustände auf, das Befinden war auch im übrigen befriedigend.

Vor 4 Wochen ereignete sich ein schwerer Krankheitsfall mit tödlichem Ausgange in der Familie des Patienten, worüber dieser sich schwer alterierte. Seitdem hat sich sein Zustand wieder sehr verschlechtert: Schlaf- und Appetitmangel, Druck in der Magen-

gegend, Stuhlträchtigkeit, grosse gemüthliche Erregbarkeit, eine gewisse Abulie, die ihn zu keinem Entschlusse kommen lässt, und inhaltlose Angstzustände haben sich eingestellt. Auch wird Pat. von einzelnen Wörtern, insbesondere Namen, verfolgt; diese Belästigung setzt sich selbst im Schlafe fort. Pat. hat auch in den letzten Wochen wieder 10 Pfund an Gewicht verloren. Pat. hat nie Masturbation geübt und sexuellen Verkehr nur in bescheidenem Masse gepflogen; seine Bedürfnisse in dieser Richtung sind gering.

Exzesse in Alcoholicis und im Rauchen werden ebenfalls negiert. Ein Gebirgsaufenthalt führte alsbald Besserung herbei.

Wie im Vorstehenden habe ich auch in einigen anderen Fällen das Auftreten von Angstzuständen im Gefolge von Entfettungskuren konstatieren können. Am prägnantesten zeigte sich der Einfluss dieses ätiologischen Moments in dem Falle eines aus völlig gesunder Familie stammenden Juristen, welcher im Alter von 31 Jahren einer Entfettungskur sich unterzog, die binnen 8 Wochen eine Körpergewichtsabnahme von 30 Pfund zur Folge hatte.

Beobachtung 107. Funktionsphobie (Angst bei dienstlichen Verrichtungen). Herr X., Beamter, 32 Jahre alt, ledig, von gesunden Eltern stammend, hat ausser Masern im Kindesalter und einer Pleuritis vor 7 Jahren keine ernsthafte Krankheit durchgemacht. Pat. war schon immer Fremden gegenüber etwas befangen; er erröthete, wenn ihm Bekannte auf der Strasse begegneten, und in den letzten Klassen, die er besuchte, versagte ihm häufig die Stimme, wenn er laut vorlesen sollte. Durch seinen Dienst ist Pat. häufig genötigt, vor mehreren Personen zu sprechen oder laut vorzulesen. Dies wird ihm durch Angstzustände ausserordentlich erschwert; es versagt ihm hierbei die Stimme, starkes Herzklopfen und Zusammenschnüren im Halse stellt sich ein. Masturbation schon in sehr früher Jugend, gelegentlich auch beim Turnen Ejakulation. Seit 6 Jahren kein geschlechtlicher Verkehr; Poll. selten und gewöhnlich nur, wenn Pat. sein gewohntes Bierquantum überschreitet.

Beobachtung 108. Funktionsphobie (Angst bei öffentlichem Musizieren). Herr R., Musiker, 28 Jahre alt, verheiratet, kinderlos, ist erblich belastet (die Mutter sehr nervös und reizbar, 3 Schwestern an Zwangsvorstellungen und Phobien leidend). In der ersten Kindheit öfters Konvulsionen, später Masern, Diphtherie und Lungenentzündung. Vor 5 Jahren Gelenkrheumatismus. Onanie schon mit 6 oder 7 Jahren und bis in die 20er Jahre fortgesetzt, zum Teil sehr stark; zeitweilig auch Exzesse in venere; jahrelang auch übermässiger Biergenuss. Schon vor 10 Jahren litt Pat. an ähnlichen Zuständen wie gegenwärtig: Angstanfällen, namentlich beim Spielen

von Solostellen (Pat. ist Orchestermitglied) bei öffentlichen Produktionen und während der Nacht. Die Zufälle verloren sich damals nach einiger Zeit und kehrten nur nach Alkoholexzessen wieder. Vor etwa 2 Jahren traten die Angstanfälle wieder stärker und zwar im Gefolge von ganz sinnlosen Exzessen in Gambrino et Venere auf. Dabei bestand unregelmässige Herztätigkeit und ein Gefühl des Aufsteigens vom Herzen nach dem Halse, später kam es namentlich bei Verdauungsstörungen zu Angstzuständen. Seit längerer Zeit machen sich solche und zwar in zunehmender Stärke während des Orchesterdienstes geltend; schon während der Proben wird Pat. sehr häufig von Globus oder ausgesprochenen Angstanfällen mit Globus heimgesucht; noch schlimmer ist es bei öffentlichen Produktionen und namentlich beim Spielen von Solostellen. Die Angst erreicht hier zumeist eine Intensität, dass er nur mit Aufgebot seiner ganzen Willenskraft zur Not sein Instrument gebrauchen kann. Er ist nach der Produktion gewöhnlich ganz erschöpft und hat auch schon öfters sich genötigt gesehen, seine dienstliche Tätigkeit auszusetzen. Pat. erwähnt auch, dass er manche Gasthäuser nicht allein besuchen kann, zeitweilig auch schon einzelne Strassen meiden musste und dass er zu keinem Unternehmen mehr fähig sei, weil er befürchte, dass ihn der Herzschlag treffe. Objektiv ausser starker Schlängelung der rechten Arteria temporalis negativer Befund. —

Wir wollen hier auch über die 3 Schwestern des Pat. einige Notizen folgen lassen, welche nicht ohne Interesse sein dürften.

Die jüngste der Schwestern, 31 Jahre alt und verwitwet, war nur $\frac{3}{4}$ Jahr verheiratet, als ihr Mann an Phthisis starb. Sie leidet seit ihrer Wittwenschaft an Agoraphobie und anderen Phobien. Eines Tages wurde sie auf der Strasse von heftigem Schwindel befallen und getraute sich nach dieser Anwandlung längere Zeit nicht mehr auszugehen.

Die zweite Schwester, 33 Jahre alt, wurde schon im Alter von 10 Jahren längere Zeit von der Furcht vor dem Irrsinnigwerden gequält. Sie sah eines Tages eine Frau, welche plötzlich geistesgestört geworden war und in diesem Zustande ihre Habseligkeiten zerriss und zertrümmerte und zum Fenster hinauswarf. Seitdem wurde sie von der erwähnten Befürchtung verfolgt. In den Mädchenjahren verschiedene Zwangsvorstellungen peinlichen Inhalts (dass sie ihre Haare verlieren werde, durch ihr Aussehen auffalle etc.), vor 8 Jahren Verheiratung. Nach dieser Wiederkehr der Zwangsbefürchtung des Irrsinnigwerdens, mit welcher sich die Idee verknüpfte, sie könnte in geistesgestörtem Zustande ihre Kinder umbringen (namentlich beim Anblick eines Messers oder ähnlicher Gegenstände); ausserdem Monophobie und Neigung zum Grübeln. Vor 3 Jahren infolge länger dauernder Vereinsamung stärkeres

Hervortreten der erwähnten Zwangsvorstellung und der Neigung zum Grübeln. Im übrigen keine nervösen Beschwerden.

Die älteste Schwester, 39 Jahre, ebenfalls verheiratet, Mutter von 4 Kindern, leidet an der Zwangsvorstellung, dass ihr Mann, ein Mensch von äusserst sanftem Charakter, der sie sehr gut behandelt, sie umbringen wolle.

Sämtliche 3 Schwestern sind von Haus aus von ängstlicher Natur und konnten in der Schule auf Fragen des Lehrers kaum antworten.

Beobachtung 109. Funktionsphobie (Angst beim Messelesen). Herr X., 31 Jahre alt, kath. Priester, ist nicht ohne erbliche Belastung (Vater von hitzigem Temperament, Mutter und Schwester nervenschwach). Ausser Kinderkrankheiten keine ernsthafte Erkrankung; in den letzten Jahren öfters kongestive Zufälle, auch Nasenbluten. Im Gefolge monatelanger aussergewöhnlicher geistiger Anstrengungen, welche durch die litterarische Beschäftigung des Pat. veranlasst wurden, stellten sich bei demselben vor etwa einem halben Jahre eine Reihe neurasthenischer Beschwerden ein: Kopfschmerz, Flimmern vor den Augen, Schwindel, Gefühle von Druck und Unbehagen im Unterleib nach den Mahlzeiten, Kälte der Hände und Füsse, zeitweilig auch gemüthliche Depression. Hierzu gesellten sich in den letzten Wochen Angstzustände beim Messelesen, welche ihm diese Funktion ausserordentlich erschweren; er glaubt hierbei, hinzustürzen, vom Schlage getroffen zu werden und ähnliches. Er hatte auch schon früher mitunter Anwandlungen von ängstlicher Erregung beim Messelesen. Bei anderen Anlässen haben sich bei ihm bei dem Pat. bisher Angstzustände nicht eingestellt.

Poll. selten.

Beobachtung 110. Anthropophobie. M. D., Kleinbauer. 36 Jahre alt, verheiratet, Vater von 4 Kindern, stammt angeblich von gesunden Eltern und war, abgesehen von Kinderkrankheiten, bis vor 10 Jahren immer gesund. Damals wurde er in der dichtgefüllten Kirche von einem Übelsein befallen; trotzdem harrte er aus, bis er zusammenbrach. Er erhob sich dann wieder und verliess die Kirche. Seitdem wird er von Angstzuständen nicht nur in der Kirche, sondern bei jedem Zusammentreffen mit Menschen, gleichgiltig wo, heimgesucht. Gegenwärtig kann er in kein fremdes Haus, nicht einmal in das seines nächsten Nachbarn gehen, ohne von Angst befallen zu werden. Auf der Strasse, auf dem Felde, überall stellt sich beim Zusammentreffen mit Fremden, auch Nachbarn, bei ihm Angst ein; es fällt ihm sogar schwer, mit seinen eigenen Dienstboten zu gehen. Dagegen kann er jeden Weg allein ohne Beschwerden zurücklegen, auch überall ohne Angst allein sich aufhalten. In der Stadt, wo ihn niemand kennt, wird er wenig von

Angst belästigt. Geht Jemand einige Schritte hinter ihm, so kann er seinen Weg nicht fortsetzen, er muss den Betreffenden vorangehen lassen. Dagegen geniert es ihn nicht, wenn Jemand vor ihm geht. Im übrigen ausser ab und zu auftretendem geringem Kopfschmerz keine Beschwerden. Pat. kann jede Arbeit verrichten und fühlt sich sogar um so besser, je mehr er beschäftigt ist. Keine Exzesse in Alkohol, dagegen Congr. interr.

Objektiv negativer Befund.

Beobachtung 111. Gynäkophobie. Der Fall, über den ich hier aus äusseren Gründen nur fragmentär berichten kann, betrifft einen in den 50er Jahren stehenden, etwas erblich belasteten unverheirateten Herrn, welcher aus religiösen Motiven andauernd der sexuellen Abstinenz sich ergab. Unter dem Einflusse dieser und zeitweiliger bedeutender geistiger Überanstrengung entwickelte sich bei dem Pat. schon in den 30er Jahren eine ausgesprochene sexuelle Hyperästhesie, an welche sich allmählig eine Gynäkophobie anschloss, die mit den Jahren nicht abnahm, sondern immer beschwerlicher wurde. Zu dem 1. Anfall von Gynäkophobie kam es bei dem Pat. gelegentlich einer Eisenbahnfahrt, bei welcher derselbe genötigt war, stundenlang in einem dicht gefüllten Waggon unter jüngeren weiblichen Personen Platz zu behalten. In der Folge nahm die ängstliche Erregung beim Verkehr mit weiblichen Personen derart zu, dass er es in Gesellschaft solcher nicht mehr aushalten konnte. Indess wurde ihm im Laufe der Zeit nicht nur die unmittelbare Nähe weiblicher Personen gefährlich, schon die Wahrnehmung weiblicher Personen in einiger Entfernung, z. B. auf der Strasse, und das Hören weiblicher Stimmen genügten, um bei ihm Angstzustände auszulösen. Wenn er berufliche Geschäfte vorzunehmen hatte, bei welchen der Verkehr mit Frauen nicht zu vermeiden war, so wurde er schon am Tag vorher von schwerer Angst heimgesucht. Das Alter der Personen machte für ihn schliesslich keinen Unterschied mehr; die Nähe eines alten Weibes und eines Schulmädchens wurde ihm ebenso lästig, wie die erwachsener jüngerer weiblicher Personen. Selbst der Verkehr mit weiblichen Verwandten wurde ihm erschwert. Zur sexuellen Hyperästhesie und Gynäkophobie gesellten sich im Laufe der Jahre zunehmende cerebrasthenische Beschwerden und eine hypochondrische Verstimmung, wodurch Pat. schliesslich genötigt wurde, auf die Ausübung seines Berufes zu verzichten.

Beobachtung 112. Multiple eigenartige Phobien ausgehend von Agoraphobie. Frau X., Fabrikantensgattin, 33 Jahre alt, seit 15 Jahren verheiratet, Mutter von 2 Kindern im Alter von 12 und 9 Jahren, ist von mütterlicher Seite erblich in geringem Maasse belastet und hat als Kind Masern und Pneumonie durchgemacht. Schon vor ihrer Verheiratung litt Pat. an Agoraphobie, welche damit ihren Anfang nahm, dass sie

eines Tages beim Überschreiten eines sehr weiten leeren Platzes (Exerzierplatzes) von „Schwindel“ befallen wurde. In der Folge stellte sich bei ihr regelmässig Angst beim Überschreiten freier Plätze ein, weshalb sie solche jahrelang mied. Einige Zeit nach ihrer Verheiratung wurde sie beim Nachhausegehen in später Abendstunde von einem Angstanfalle heimgesucht. Dies gab den Anstoss zur Entwicklung einer eigenartigen Phobie, der Angst vor dem Ausgehen zur Abend-, resp. Nachtzeit, weil der Torschluss der Häuser sie verhindern könnte, bei Menschen Hilfe zu suchen, wenn ihr etwas zustossen würde. Diese Phobie, welche sie jahrelang am Ausgehen abends verhinderte, wurde im Laufe der Zeit Ausgangspunkt einer Anzahl weiterer Phobien von zum Theil höchst bizarrer Art. Zwei Jahre nach ihrer Verheiratung kam Pat. in das Wochenbett. Während dieser Zeit wurde vis-à-vis von ihrem Wohnzimmer ein Rückgebäude aufgeführt. Als sie dies nach dem Wiederaufstehen zum erstenmal erblickte, stellte sich bei ihr sofort die Idee ein, dass sie hier nun ebenso zwischen Mauern eingeschlossen sei wie abends in den Strassen bei geschlossenen Häusern, womit sich eine ungeheuerere Angst verknüpfte. In der Folge kam es dahin, dass bei ihren Ausgängen in allen Strassen die Gebäude ihr mehr und mehr Angst einflössten, sie gewissermaassen beengten und sie zu Hause beständig von dem Gedanken gequält wurde, dass ausserhalb ihrer Wohnung überall Häuser seien, die sie beim Ausgehen beengen würden. Das Rückgebäude vis-à-vis ihrem Wohnzimmer beschäftigte sie in ihren Gedanken sehr lange und rückte in ihrer Phantasie immer näher. Zufällig regnete es eines Tages, während sie diesen Ideen nachhing. Sofort tauchte bei ihr, begleitet von furchtbarer Angst, der Gedanke auf, dass der Regen sie ebenso wie die Mauern der Häuser beenge, umschliesse und ihr Denken hemme, und diese Vorstellung kehrte in der Folge bei jedem Regen wieder. Die mit Angst verknüpfte Idee des Beengt- und Umschlossenwerdens übertrug sich im Laufe der Zeit noch auf den Schnee, den Nebel, das Firmament, die Nacht, und namentlich Örtlichkeiten, welche die Idee des Umschlossenseins anzuregen geeignet sind. Diese Idee erfuhr jedoch, soweit sie sich nicht an starre Objekte knüpfte, allmählig eine bemerkenswerte Metamorphose und zwar dahin, dass an Stelle der Vorstellung des physischen Beengt- und Umschlossenseins, die vagere der geistigen Unfreiheit trat. Wenn z. B. die Vorstellung des Regens bei ihr auftaucht, knüpft sich daran die Angst, es könnte ihr der Gedanke kommen, dass es nicht regnen sollte, während der Regen fort dauert, dass sie dann von dieser Idee beherrscht und dadurch in einen Zustand geistiger Unfreiheit gelangen könnte; ähnlich bei der Nacht.

Wie sich bei diesen massenhaften und sonderbaren Phobien der Zustand der Pat. allmählig gestaltete, hierüber gibt ein von derselben verfasster schriftlicher Bericht, der zugleich von ihrer hohen

Bildung und Selbstbeobachtungsgabe Zeugnis ablegt, treffende Auskunft. Der Bericht lautet:

„Vor allen Dingen ist mir im Laufe der vielen Jahre klar geworden, dass mir all' die Autosuggestionen so durch das beständige Voraugenhaben gewohnt worden sind, dass ich mich nie mehr, auch bei anstrengendster Selbstablenkung, für immer aus dieser sklavischen, qualvollen Abhängigkeit herauswinden kann. Für Stunden, Tage, Wochen gelingt es mir mühsamst, dabei aber immer die Angst gleich einem Schwert über mir, meine eigene Inspiration könne alle Augenblicke zu Ende gehen und ich hilflos dem Wahngedühl je nach dem preisgegeben sein. Mich ganz losmachen von den Ideenverbindungen kann ich nur dann, wenn ich annehme, dass mir durch ein glaubwürdiges Heilmittel sichere Gewähr für meine Heilung geboten wird. In diesem Falle denke ich unbehindert normal und kann mich in Anlehnung an die Aussicht einer bestimmten Heilung total nach der gewohnten Richtung hin vergessen, nur bei Plätzen, an glatten Mauern entlang finde ich auch dann nicht mehr mein Gleichgewicht wieder und das Selbstvertrauen, ohne Stütze gehen zu können; hier stellt sich die qualvolle Vorstellung ein, ich könnte nicht weiter, weil ich mich nirgends anhalten könnte, zugleich das Gefühl der Verzweiflung und höchsten Angst. Ebenso hartnäckig ist bis auf die Gegenwart das Gefühl des Eingesperrtseins im Tunnel, Aufzug, geschlossenen Zimmer, kurzum, wo der Eindruck des Einschliessens stärker herantritt — sogar im Walde. Auf solche Weise habe ich scheinbar immer bei ähnlicher Veranlassung Eins aufs andere übertragen, wie auf die Häuserreihen, den Regen, den Abend, die Himmelswölbung, den Schnee, Nebel und verwandte Begriffe.

Umgekehrt habe ich allmählig das Gehen in freier Natur verlernt, so dass es mir dieselbe Angst bereitet wie das Überschreiten einer seit vielen Jahren nicht begangenen Fläche. Bei all diesen Störungen ist die momentane Verzweiflung und Angst so gross, dass ich mich töten könnte, es ist, wie wenn ich nirgends mehr einen Ausgang fände.

Die Selbsterhaltung hilft mir immer wieder hinweg, aber bei jeder Gelegenheit wiederholt sich die Qual von Neuem.

Wenn es nur eine Autosuggestion wäre oder einige, so könnte ich ihrer Herr werden, aber sobald ich eine überwinde, während die anderen noch vorhanden sind, übertrage ich von einer wieder auf die andere und so komme ich nie lange vorwärts. Durch die Erfahrungen, die mir geworden, habe ich insoferne das Vertrauen zu mir selber verloren, als ich ja überzeugt bin, inwieweit ich im Stande bin, mir Verschiedenes noch dazu zu suggerieren, wenn meine Gegensuggestion nicht überzeugend genug ist“.

Der chronische Angstzustand, an dem die Pat., wie es scheint, seit ihrer Verheiratung laboriert, hat sich im Laufe der Jahre offen-

bar erheblich verringert, und es gelang daher der Patientin mehr und mehr, zum Teil durch eigene Energie, zum Teil durch zeitweilige Inanspruchnahme des Rates eines ihr befreundeten Arztes, stärkere Angstanwandlungen hintanzuhalten. Aus ihren mündlichen Mitteilungen geht ebenso wie aus ihrem schriftlichen Berichte hervor, dass sie sich gegenwärtig sehr viel mit den Erinnerungen an ihre früheren phobischen Attacken beschäftigt und das Vorherrschende bei ihr eine gewisse Phobophobie, (Furcht vor Wiederkehr der peinlichen Zufälle), ist. Um diese in Schranken zu halten, bedarf sie keiner weiteren Hilfe, als der Überzeugung, dass ihr im Notfalle ein wirksames Mittel zur Verfügung stehe. Die Patientin war bisher imstande, ihren Pflichten als Gattin und Mutter, sowie den gesellschaftlichen Anforderungen im vollen Maasse zu genügen und sich soweit zu beherrschen, dass selbst ihre nächste Umgebung von ihrem psychischen Zustande keine rechte Vorstellung hat.

Die vorstehende Beobachtung zeigt in sehr interessanter Weise, wie weit die Vervielfältigung einer Phobie unter dem Einflusse des Assoziationsprinzips der Ähnlichkeit gehen kann. Die Idee des Umschlossenseins wurde bei der Pat. ursprünglich lediglich durch äussere, starre Objecte (Häuserreihen) hervorgerufen. Bei der Verknüpfung mit dem Regen erfuhr diese Idee eine Erweiterung, welche die Übertragung derselben auf Objecte ermöglichte, die keine Verwandtschaft mit der Ausgangsvorstellung mehr erkennen lassen, ja gewissermaassen einen Gegensatz zu derselben bilden (das Firmament, die freie Natur).

Daneben erfuhr die Idee zum Teil, wie wir sehen, eine weitere Veränderung in der Art einer Allegorisierung, sofern sich der Vorstellung des physischen Beengtseins die der geistigen Unfreiheit substituierte.

Bemerkenswert ist, dass sich daneben die Ausgangsvorstellung (des Umschlossenseins durch starre Objecte) in ihrer vollen Kraft als angstausslösendes Moment erhielt.

A n h a ṅ g.

Angstzustände und Phobien mit Krampfkomplicationen.

Wir haben gesehen, dass unter den motorischen Äusserungen des Angstzustandes auch Muskelzuckungen sich finden. Neben den irregulären motorischen Entladungen kommen jedoch bei Individuen mit hysterischer Disposition auch lokalisierte klonische und tonische

Krämpfe als Begleiterscheinungen des Angustzustandes vor, wie wir aus nachstehenden Beobachtungen ersehen werden.

Beobachtung 113. Herr X., Beamter, 24 Jahre alt, ledig ist mütterlicherseits erblich belastet (die Mutter hypochondrisch, mit Angustzuständen behaftet). Pat. hat ausser Kinderkrankheiten Meningitis mit 15 Jahren durchgemacht. Masturbation vom 16. bis 18. Lebensjahre; später mässiger sexueller Verkehr; in neuerer Zeit vollständige Abstinenz, welche sehr schwer fällt. Etwa alle 8 Tage macht sich sexueller Drang in sehr unangenehmer Weise fühlbar. Schon während der Studienzeit traten bei den Pat. Angustzustände mit sekundären nosophobischen Vorstellungen auf; in den letzten Jahren stellte sich mit den Angustzuständen in der Regel Herzklopfen ein, wozu sich meist Zuckungen des linken Armes gesellten, angeblich in gleichem Tempo mit dem Herzschlage. Nach den Mahlzeiten, besonders dem Mittagessen tritt sehr häufig Herzklopfen und Kälte der Hände und Füsse ein. Pat. macht sich jedoch schon während der Mahlzeit allerlei Gedanken, ob ihm nach derselben irgend etwas passieren werde. Er wird überhaupt viel von hypochondrischen Befürchtungen geplagt und studiert fortwährend über seinen Zustand.

Topophobien bestehen nicht, dagegen stellen sich bei ihm bei gespannter Erwartung irgend eines Ereignisses Angustzustände ein, welche zum Teil längere Zeit währen. Schlaf und Appetit gut, keine Kopfschmerzen; körperliche Leistungsfähigkeit völlig befriedigend, ebenso die geistige Arbeitskraft. Pat. fühlt sich um so leichter, je beschäftigt er ist. Eine Anstaltskur, welche Patient vor kurzem durchmachte, war von ungünstigem Erfolge.

Während der Untersuchung stellt sich bei dem Pat. Herzklopfen mit Zuckungen des linken Armes ein. Der Puls dabei nur mässig beschleunigt (86—90); die Zuckungen bestanden in ruckartigen Bewegungen des linken Armes von geringer Exkursion, die jedenfalls in ihrer Frequenz nicht dem Herzschlage entsprachen. Im übrigen negativer Befund.

Beobachtung 114. Herr B., 25 Jahre alt, Student, erblich schwer belastet, von Kindheit auf nervös; während der Universitätszeit Potus, wahrscheinlich auch sexuelle Exzesse. Seit 2 Jahren schwere Erscheinungen nervöser Herzschwäche und Angustzustände, speziell Topophobien. Letztere bestehen noch gegenwärtig (Platzangst, Angst im Theater etc.), daneben aber auch Angst vor Schlaganfällen und inhaltlose Angustzustände; ferner halbseitige vasomotorische Störungen (Kälte und Taubheitsgefühl an beiden Extremitäten einer Seite), beträchtliche Abnahme der geistigen Arbeitskraft, häufig Schlingbeschwerden in Folge von Schlundkrampf. Patient

erwähnte, während er in Beobachtung sich befand, mehrfach, dass er abends von einem Angstzustande mit Schlundkrampf befallen wurde, welcher ihm das Essen erschwerte und mitunter zeitweilig auch ganz unmöglich machte. Wenn der Schlundkrampf sehr hochgradig war, wurde auch die Zunge steif und schwer beweglich, so dass das Sprechen behindert wurde. Es handelte sich hierbei nicht lediglich um eine Parästhesie der Zunge, wie sie bei Neurasthenischen öfters vorkommt, sondern zweifellos um Krampferscheinungen.

Wir sahen in Beobachtung I, dass bei dem Patienten ein Anfall von Herzklopfen, der offenbar als Äquivalent eines Angstanfalles zu deuten ist, sich mit klonischen Zuckungen verknüpfte. Im folgenden Falle handelt es sich ebenfalls um ein Äquivalent des Angstanfalles, welches sich mit einem tonischen Krampfe kombinierte.

Beobachtung 115. Herr H., ein 33jähriger, erblich belasteter, verheirateter Beamter, verfiel nach längerer geistiger, mit vielen Aufregungen verknüpfter Überanstrengung in einen neurasthenischen Zustand, welcher sich hauptsächlich in Kopfeingenommenheit, Abnahme der geistigen Arbeitskraft, verschiedenen Phobien (Angst beim Gehen auf der Strasse etc.) und Anfällen von Herzpalpitationen äusserte. Zeichen einer organischen Herzaffektion mangeln vollständig.

Am 11. Januar 1894 stellte sich bei dem Pat. auf dem Heimwege vom Bureau folgender Anfall ein: Zunächst macht sich ein Gefühl von Beklemmung und Ziehen in der Herzgegend bemerklich, an welches sich alsbald Herzpalpitationen und ein Gefühl von Vertaubung und Hitze am linken Arme anschliessen. Während diese Gefühle andauern, erfolgt auf der gleichen Seite eine krampfartige Beugung der Finger gegen die Hohlhand. Pat., überrascht von dieser Erscheinung, bemüht sich, die Finger wieder zu strecken, was ihm auch gelingt; die Beugung kehrt jedoch mit ruckartigen Zuckungen 5—6 mal wieder. Dieser Zustand hielt etwa 2—3 Min. an. Die abnormen Sensationen am Arme und die Beklemmung auf der Brust währten dagegen länger; nach einiger Zeit machte sich ein vom Magen gegen den Hals aufsteigendes Globusgefühl geltend, womit eine gewisse Erleichterung der Beklemmung eintrat; völlig verloren sich diese und die abnormen Sensationen am Arme erst, nachdem der Patient zu Hause sich einige Zeit der Ruhe hingegeben hatte.

Im vorstehenden Falle haben wir es mit einer Attacke nervöser Angina (resp. Pseudoangina) pectoris zu tun, zu welcher sich eine transitorische Beugekontraktur der Finger gesellte.

Für die Deutung des Falles ist zu berücksichtigen, dass es sich um einen Patienten handelt, bei welchem Angstzustände unter verschiedenen Umständen, insbesondere beim Gehen auf der Strasse, auftraten. Dieser Tatsache gegenüber lässt sich der Anfall von Pseudoangina pectoris, welcher ebenfalls auf der Strasse den Pat. heimsuchte, nur als ein Äquivalent des Angstanfalles auffassen, zumal wir wissen, dass derartige Störungen nicht selten in Zusammenhang mit wohlentwickelten Angstanfällen vorkommen.

Wir ersehen aus den vorstehend angeführten Beobachtungen, dass Angstanfälle zum Auftreten von Krampferscheinungen bei Individuen führen können, welche im übrigen von solchen Störungen frei sind. Es erscheint daher um so begreiflicher, dass bei Patienten, die mit Krampffaffektionen behaftet sind, diese sich auch unter dem Einflusse von Angstzuständen, resp. von Zwangsvorstellungen, die mit solchen verknüpft sind (Phobien) sich geltend machen. Es kann dabei dahin kommen, dass die Krampferscheinungen, die ursprünglich unabhängig von irgend welchen Vorstellungen auftraten, schliesslich nur mehr durch Zwangsbefürchtungen eines Anfalls oder ähnliche Vorstellungen ausgelöst werden.

Beobachtung 116¹⁾. Krämpfe vom Typus der Jacksonschen Epilepsie, ausgelöst durch Zwangsbefürchtungen. Herr X., Chemiker, 24 Jahre alt, ledig, erblich nur wenig belastet, war, von Kinderkrankheiten abgesehen, bis zu seinem 16. oder 17. Lebensjahre immer gesund. Vom 14. Lebensjahre an Masturbation und zwar sehr häufig; während der Universitätszeit zeitweilig sexuelle Exzesse. Seit dem 16. oder 17. Lebensjahre bestehen bei dem Pat. Krampfanfälle, deren Auftreten er selbst mit der von ihm geübten excessiven Onanie in Zusammenhang bringt. Eingeleitet werden die Anfälle gewöhnlich durch ein eigenartiges Gefühl (Angstgefühl) in der Herzgegend, welches sich mit Herzklopfen vergesellschaftet; dann erfolgen krampfartige Bewegungen der Finger des linken Armes — diese nehmen eine Art Krallenstellung ein —, der Vorderarm wird gegen den Oberarm gebeugt, die linke Gesichtshälfte etwas verzogen, auch die Zunge weicht nach links ab und die Sprache ist etwas behindert. Gewöhnlich dauern die Anfälle nur einige Sekunden; bei erregterem Zustande des Pat. währen dieselben jedoch bis zu einer halben Minute und darüber. Der Krampf breitet sich dann auch auf die rechte Seite (rechten Arm und rechte

¹⁾ Die Beobachtung ist ausführlich in der deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. VII, 1895, mitgeteilt.

Gesichtshälfte) und den Rumpf aus; der Rumpf führt drehende Bewegungen aus. Das Gehen ist jedoch hierbei nie gestört, das Bewusstsein stets völlig erhalten. Nach dem Anfälle besteht in dem befallenen Arme 10—20 Minuten sehr erhebliche Schwäche. Die Entwicklung des Anfalles lässt sich durch verschiedene Akte hemmen (Beissen auf die Lippen, stampfende Trittbewegungen etc.).

Die Beobachtung des Pat. ergab, dass die geschilderten Anfälle vom Typus der Jackson'schen Epilepsie nur ausnahmsweise, i. e. in Zeiten besonders schlechten Befindens, anscheinend spontan auftraten. Gewöhnlich wurden dieselben nur durch gewisse äussere Momente, die unerwartete Begegnung eines Bekannten auf der Strasse oder Aufstehen nach längerem Sitzen im Kreise von Bekannten, hervorgerufen. Es liess sich feststellen, dass diese Momente lediglich dadurch wirksam wurden, dass sich an dieselben bei dem Pat. die mit Angst verbundene Zwangsvorstellung knüpfte, man werde an ihm etwas Auffälliges wahrnehmen. Der Zusammenhang dieser Zwangsvorstellung mit den erwähnten äusseren Veranlassungen lässt sich darauf zurückführen, dass es dem Patienten längere Zeit gelang, seine Anfälle vollständig seinen Bekannten und selbst seiner Familie gegenüber zu verheimlichen. Dieser Umstand erzeugte im Laufe der Jahre bei ihm die Befürchtung, dass bei ihm doch einmal in Gegenwart oder in der Sehweite eines Bekannten ein Anfall vorkommen und das ängstlich gewahrte Geheimnis dadurch verraten werden könnte. Diese Befürchtung nahm allmähig den Charakter einer Zwangsvorstellung an, welche sich bei den erwähnten Anlässen regelmässig einstellte. Es handelte sich demnach um eine Art Anfallsphobie, welche ähnlich anderen Zwangsbefürchtungen, z. B. der Furcht vor einem körperlichen Bedürfnisse, gerade das Befürchtete zur Folge hatte.

Abgesehen von den Anfällen bestanden bei dem Patienten nur cerebrale Erscheinungen und sexuelle Hyperästhesie. Objektiv negativer Befund.

Die Krampferscheinungen verloren sich unter einem diätetischen Regime im Verlaufe von Jahren bis auf ein Minimum; auch im übrigen wurde der Nervenzustand des Patienten ganz befriedigend. Dieses günstige Befinden hat sich auch nach den mir zugegangenen Berichten bisher völlig erhalten.

Auch in der nachstehenden Beobachtung, die a. O.¹⁾ ausführlich mitgeteilt wurde, handelt es sich um eine Art Anfallsphobie mit ähnlichen Folgen wie im vorhergehenden Falle. Die durch die Phobie ausgelösten Krämpfe waren hier von dem Charakter hysterischer Tics.

¹⁾ Loewenfeld: Wiener klinische Wochenschrift 1900, No. 23.

Beobachtung 117. Hysterischer Tic und Gehstörung, hervorgerufen durch Zwangsbefürchtungen. M. Z., 11 $\frac{1}{2}$ Jahre alt, Gymnasialschüler, erblich etwas belastet (Vater sehr nervös) hat von Kinderkrankheiten Masern, Mumps und Croup durchgemacht und wurde vor etwa 7 Wochen im Anschlusse an eine Bronchitis von Zuckungen heimgesucht, die an den Lidern beginnend, allmählig Arme, Rumpf und Beine ergriffen. Seit etwa einem Monate beschränken sich die Zuckungen in der Hauptsache auf die Beine, und seit etwa 14 Tagen treten sie auch an diesen nur unter besonderen Umständen auf. Pat. ist imstande, sich in seiner Wohnung völlig frei umherzubewegen, auch die Treppe hinauf- und hinabzulaufen. Dagegen kann er auf der Strasse nicht gehen. Sobald er das Haus verlässt, werden seine Beine von regellosen Krämpfen ergriffen, so dass sich dieselben förmlich verwickeln und er ohne Stütze sich nicht aufrecht erhalten kann. Dabei besteht ein ausgesprochener Angstzustand mit Herzklopfen und Schweissausbruch.

Die Untersuchung ergibt, dass der Gang völlig unbehindert und von keiner auffälligen Erscheinung begleitet ist. An dem entkleideten Körper sind ab und zu Zuckungen der Rücken- und Gesässmuskulatur wahrnehmbar, mitunter auch den ganzen Körper durchfahrende Rucke. Der Knabe wurde durch Suggestivbehandlung in wenigen Tagen von der Gehstörung dauernd befreit.

Dass im vorliegenden Falle dem Patienten, der zu Hause völlig ungestört gehen und laufen konnte, das Gehen auf der Strasse durch Krämpfe unmöglich gemacht wurde, ist wohl auf folgenden Umstand zurückzuführen. Die Zuckungen hatten, wie wir sahen, bei dem Knaben allmählig über den ganzen Körper sich ausgebreitet, wodurch das Gehen auf der Strasse jedenfalls erschwert wurde. Der wiederholte Eintritt dieser Gehstörung auf der Strasse erzeugte bei dem Knaben die Erwartung der Wiederkehr derselben beim Betreten der Strasse, eine Vorstellung, die sich auch erhielt, nachdem sich die Zuckungen erheblich gebessert hatten, und allmählig Zwangscharakter annahm. Die intensive Angst, welche sich mit dieser Vorstellung verknüpfte, hatte die Folge, dass die Beine von Zuckungen von einer Stärke und Dauer befallen wurden, welche dem Knaben ein Weiterkommen auf der Strasse unmöglich machten.

B. Zwangsverstimmungen und Zwangsaffekte des Zornes und der Wut.

Unter den emotionellen Zwangszuständen reihen sich an Häufigkeit an die Angstaffekte die Verstimmungszustände an, die in ihrer Intensität von dem einfachen Missmut oder Weltschmerz bis zur schwersten melancholischen Depression mit vollständigem Lebensüberdruß und Selbstmordgedanken variieren. Die Dauer dieser Zustände schwankt von einigen Stunden bis zu mehreren Tagen, und bei den protrahierteren Anwandlungen fehlt es gewöhnlich nicht an zeitweiligen Remissionen. Anfälle von kürzerer Dauer treten nicht selten längere Zeit hindurch täglich auf, während die über Tage sich erstreckenden Attacken in der Regel nur in grösseren Zwischenräumen sich geltend machen. Der transitorische Charakter der einzelnen Anfälle bildet das wichtigste differential-diagnostische Merkmal der Zwangsverstimmungen den periodischen Melancholien und Depressionszuständen gegenüber, deren Dauer sich wenigstens nach Monaten berechnet. Die Zwangsverstimmungen treten zum Teil ohne irgend welchen erkennbaren äusseren Anlass, zum Teil scheinbar infolge gewisser Erlebnisse auf, zu deren Bedeutung sie dann in ihrer Intensität und Dauer in keinem Verhältnisse stehen. Die Krankheitseinsicht fehlt während der Anfälle sehr häufig, namentlich, wenn dieselben nur in grösseren Zwischenräumen auftreten. Die Ideen traurigen Inhalts (Erinnerungen an frühere peinliche Erlebnisse, Befürchtungen für die Zukunft etc.), die unter dem Einflusse der gemüthlichen Veränderung auftauchen, werden von dem Patienten zumeist als hinreichender Grund für die Verstimmung betrachtet.

Nach meinen Beobachtungen treten die hier in Frage stehenden Verstimmungen bei Frauen ungleich häufiger als bei Männern auf; dieselben stellen sich zur Zeit der Menses nicht selten mit einer gewissen Regelmässigkeit ein. Die Verstimmungen können sowohl isoliert als neben anderen Zwangerscheinungen und im Wechsel mit solchen (namentlich Angstanfällen) auftreten.

Ungleich seltener als den Zwangsverstimmungen begegnet man Anfällen von Zorn und Wut von Zwangscharakter; auch diese Anwandlungen treten ähnlich wie die Verstimmungen zum Teil ohne

jeden äusseren Anstoss, zum Teil in Verbindung mit Vorstellungen auf, die aber nicht als Motiv oder wenigstens nicht als genügendes Motiv für den Affekt betrachtet werden können. Das Verhalten der Kranken in den Anfällen, welche in der Regel nur kurze Zeit währen, schwankt je nach den äusseren Verhältnissen und dem Grade der Selbstbeherrschung, an dem das Individuum gewöhnt ist. Ein Teil der Patienten verschliesst den Affekt sozusagen in sich oder äussert denselben nur in ganz harmlosen Akten, wie Umherrennen und dergleichen; bei anderen entlädt sich der Affekt in Invektiven, mitunter selbst in Tätlichkeiten gegen die Umgebung oder in Gewalttätigkeiten, die gegen leblose Objekte gerichtet sind. Ich habe Zwangsaffecte der Wut und des Zornes bei hereditärer Neurasthenie, Hysterie und periodischen Depressionszuständen beobachtet; dieselben treten selten isoliert, zumeist neben anderen Zwangsaffecten und Verstimmungen und im Wechsel mit diesen auf¹⁾.

Beobachtung 118. Zwangsverstimmungszustände. Frau X., Rentiersgattin, 51 Jahre alt, seit 32 Jahren verheiratet, kinderlos, ist ohne erweisliche erbliche Belastung. Pat. hat ausser Kinderkrankheiten und Typhus im 24. Lebensjahre keine ernstere Erkrankung durchgemacht. Seit etwa 4 Jahren Klimakterium; seit 2 Jahren häufig flüchtige Schmerzen an den verschiedensten Körperstellen, ferner öfters Angstzustände. Letztere treten in neuerer Zeit namentlich beim Essen auf. Dieselben sind mit ohnmachtsartigen Gefühlen verknüpft, so dass die Patientin immer glaubt, es gehe mit ihr zu Ende. Seit etwa $\frac{1}{2}$ Jahre auch häufig motivlose Verstimmungszustände mit Neigung zum Weinen, welche meist nur einige Stunden währen. Die Pat. hatte vor dem Auftreten der Angstzustände längere Zeit viel Aufregung wegen schwerer Erkrankung ihres Mannes durchzumachen.

Objektiv \emptyset .

Beobachtung 119. Zwangsverstimmungszustände. Frau X., Fabrikantensgattin, 36 Jahre alt, seit 12 Jahren verheiratet, kinderlos, aus nervöser Familie stammend, hat als Kind Masern und Scharlach durchgemacht und vor ihrer Verheiratung längere Zeit an Chlorose gelitten. Pat. stand wegen eines Uterinleidens (Endometritis, Myome) wiederholt längere Zeit in gynäkologischer Behandlung. Die Menses sind bei ihr reichlich, währen im Durchschnitt 4—5 Tage und sind am ersten Tage gewöhnlich mit dys-

¹⁾ Ob die Wutanfälle der Epileptischen hierher zu rechnen sind, erscheint mir fraglich, weshalb ich von deren Berücksichtigung hier absehe.

menorrhoeischen Beschwerden verknüpft, welche jedoch die wenig empfindliche Patientin keineswegs schwer nimmt. Was sie ungleich mehr belästigt, ist ein Verstimmungszustand, der seit Jahren bereits regelmässig mit den Menses sich einstellt und 2—3 Tage anhält. Seit etwa einem Jahre hat die Intensität dieser gemüthlichen Depression bedeutend zugenommen, so dass es dabei zu vollständigem Lebensüberdruß und Selbstmordgedanken kommt. Es bedürfte, wie die Pat. erklärt, nur eines geringen äusseren Anstosses, um sie bei dieser Gemüthsverfassung zum Suicid zu veranlassen. Die Pat., welche in den günstigsten äusseren Verhältnissen lebt und an ihrem Gatten mit Zärtlichkeit hängt, sieht das Krankhafte dieser Anwandlungen völlig ein, kann dieselben jedoch durch kein Raisonnement unterdrücken. Ihr Gemüthszustand in der Zeit zwischen den Menses ist völlig normal. Im übrigen ausser Neigung zu Obstipation keine Beschwerden. In den letzten 2 Jahren haben sich die erwähnten menstrualen Verstimmungszustände bedeutend verringert.

Beobachtung 120. Zwangsverstimmungszustände. Fräulein R., Haushälterin, 31 Jahre alt, stammt von einer nervösen Familie. Ihr Vater, der an einem Herzleiden starb, war sehr nervös, ihre Mutter, die noch lebt, ist viel mit Kopfschmerzen behaftet, auch ihre Geschwister sind zum Teil nervös. Pat. hat als Kind Diphtherie und Scharlach und vor 3 Jahren eine Pleuropneumonie durchgemacht und vom 13. oder 14. Lebensjahre bis vor etwa 2 Jahren an hysterischen Zufällen gelitten. Sie fiel anfänglich bei Schrecken oder Aufregungen jeder Art um und blieb einige Zeit regungslos liegen; später kam es bei den gleichen Veranlassungen zu Anfällen mit Krämpfen, welche von einer halben bis zu 2 Stunden anhielten. Das Bewusstsein ging hierbei nie verloren, die Pat. wusste stets, was während der Attacken um sie herum vorging.

Seit mehreren Jahren bestehen bei der Pat. Anfälle inhaltloser Angst und motivloser Verstimmung; wahrscheinlich in Verbindung mit letzteren — Patientin ist über diesen Punkt nicht ganz sicher — treten suicidale Vorstellungen auf, die jedoch gewöhnlich sich nicht lange erhalten und mit keinem ausgesprochenen Impulse verknüpft sind. Die Pat. erkennt, dass diese Ideen etwas ihrer wirklichen Gesinnung Fremdartiges, Krankhaftes sind. Sie ist auch in den Depressionsperioden ihres Lebens keineswegs überdrüssig. Die Depressionszustände stellen sich ganz regelmässig zur Zeit der Menses, aber auch häufig in der Zwischenzeit ein. Längere Zeit (Monate) sind dieselben seit ihrem Auftreten nie ausgeblieben; früher waren jedoch zum Teil grössere Intervalle zwischen den einzelnen Anwandlungen.

Auch gegenwärtig ist der Zustand noch fortwährend wechselnd, manche Tage ist die Pat. völlig frei von jeder Verstimmung und

ihr Befinden ganz befriedigend, doch überwiegen im ganzen die schlimmen Tage die guten. Keine Kopfschmerzen, mitunter Schwindelanwandlungen; Schlaf und Appetit häufig mangelhaft, Neigung zu Diarrhoen; auch öfters Herzklopfen. Menses regelmässig aber spärlich. Die Patientin kann den Anforderungen ihrer Stelle völlig Genüge leisten.

Objektiv ausser etwas blassem Aussehen und Fettleibigkeit nichts zu konstatieren.

Beobachtung 121. Traumatische Hysterie, Wutanfälle.
Fräulein R., 30 Jahre alt, Kupferschmiedstochter vom Lande, ist nicht ohne erbliche Belastung (der Vater von hitzigem Temperament, die Mutter nervenschwach, zwei Brüder begingen Suicid). Patientin war, abgesehen von Kinderkrankheiten und einer mehrmonatlichen, mit Konkrementabgang verknüpften Affektion der Harnwege (wahrscheinlich Pyelitis) vor 2 Jahren, bis vor $\frac{1}{2}$ Jahre immer gesund. Um diese Zeit wurde Pat. auf einem Gange, den sie zu machen hatte, von einem Kettenhunde angefallen, wobei sie an der Innenseite des rechten Oberarmes einen Biss erhielt. Die Wunde war ziemlich tief und eiterte etwa 5 Wochen. Die Verletzung hatte zunächst nur Schmerzen am rechten Arme und an der rechten Brustseite zur Folge; allmählig aber breiteten sich die Schmerzen über die ganze Brust und zum Teil auch über den Rücken aus, und in den letzten Monaten wurde auch der linke Arm befallen.

Bei der Aufnahme klagte Pat. über Folgendes: beständig mässige Schmerzen in beiden Armen und auf der Brust, mit zeitweiligen bedeutenden Steigerungen, Schwäche und Müdigkeit im rechten Arme, die sich nach den Schmerzexacerbationen erheblich steigern; mitunter eine gewisse Gefühllosigkeit in den 3 Ulnar-fingern der rechten Hand. Ausserdem Arbeitsunfähigkeit, weil bei Anstrengung der rechte Arm rasch ermüdet und die Schmerzen sich bedeutend steigern. Die Brustschmerzen sind von einer eigentümlichen Erscheinung begleitet. Wenn dieselben auftreten, fühlt sich Pat. von einer Art Wut ergriffen, so dass sie irgend Jemand angreifen möchte.

Appetit gering, der Schlaf sehr viel durch Schmerzen gestört.

Von dem objektiven Befunde sei hier nur erwähnt, dass sich an der Innenseite des rechten Oberarmes im untersten Viertel desselben mehrere kleine, mässig gerötete Narben und an der Hand im Ulnarisgebiete mässige objektive Sensibilitätsstörungen fanden; dagegen keine Muskelatrophie, keine Veränderung der elektrischen Erregbarkeit.

Die Patientin konnte nach mehrmonatlicher Behandlung, während welcher ihr Befinden erheblich schwankte, als genesen entlassen werden.

Beobachtung 122. Periodische Depressionszustände, Wutanfälle. Fräulein X., 32 Jahre alt, erblich belastet (die Mutter melancholisch) hat ausser Kinderkrankheiten keine erhebliche Erkrankung durchgemacht. Pat. leidet seit 5 bis 6 Jahren an periodischen Depressionszuständen, welche in unregelmässigen Zwischenräumen wiederkehren und meist mehrere Monate dauern. Das Befinden während dieser Depressionsperioden zeigt erhebliche Schwankungen; bessere und schlechtere Tage wechseln. Seit etwa 6 Wochen besteht wieder Verstimmung, und gestern war ein besonders schlimmer Tag, was die Patientin veranlasste, mich wieder aufzusuchen.

Die Kranke berichtete, dass der Verstimmung ein Gefühl vorgehend, wie wenn ein Schreck ihr durch den Körper gefahren wäre. Mit dem Eintritt der Depression schwand der Appetit sofort, ausserdem stellten sich Kopfdruck, Müdigkeit im Rücken, Schwäche in den Beinen und Neigung zum Frieren ein. Sehr häufig wird sie von der Vorstellung gequält, dass sie in eine Irrenanstalt kommen werde, und gestern hielt diese Vorstellung fast den ganzen Tag an. Dieselbe ist öfters von einer Art Wut begleitet, so dass sie glaubt, sie müsse jemand anfallen und zerreißen. Zeitweilig sind auch Angstzustände vorhanden. Die Pat. geht trotz alledem in gewohnter Weise ihren häuslichen Geschäften nach.

Der Zustand besserte sich im Verlaufe einiger Wochen erheblich. Dabei schwanden die Wutanwandlungen. In den letzten Jahren sind die Depressionszustände bei der Pat. bedeutend seltener geworden.

Beobachtung 123. Zwangsverstimmungszustände, Wutanfälle. Herr X., Ingenieur, 36 Jahre alt, ist erblich nur wenig belastet (der Vater von sehr aufbrausendem Temperament). Ausser Kinderkrankheiten keine ernstere Erkrankung, dagegen in den letzten 10 Jahren zeitweilig ganz ausserordentliche geistige Anstrengung, auch viele Aufregungen durch berufliche und familiäre Verhältnisse. Seit 6 Jahren neurasthenische Beschwerden: öfters Kopfschmerzen oder Kopfeingenommenheit, Schlafmangel, sehr lästiges Herzklopfen, mitunter auch nervös-dyspeptische Störungen. Die dem Patienten lästigsten Erscheinungen sind plötzlich auftretende Depressionszustände, welche mit erheblicher Verringerung der Arbeitskraft einhergehen und nie über einen Tag, zumeist nur eine Mehrzahl von Stunden anhalten. Die Verstimmungen stellten sich früher in unregelmässigen Zwischenräumen und zumeist nur im Gefolge von geistigen Überanstrengungen oder gemüthlichen Erregungen (freudigen ebensowohl als peinlichen) mitunter auch nach sexuellen Excessen ein. In den letzten Monaten sind die Verstimmungsanfälle fast

täglich aufgetreten, obwohl Pat. sich jeder anstrengenden Tätigkeit enthalten hat. Während der Depressionszeiten kommt es öfters bei äusserst geringfügigen Veranlassungen zu Wutanfällen, in welchen Pat. sehr an sich halten muss, um gegen seine Umgebung nicht tötlich zu werden. Neben den Verstimmungsanfällen traten in neuerer Zeit auch öfters inhaltlose Angstzustände auf.

Zweimonatliche Behandlung erzielte bedeutende Besserung.

C. Die pathologische Liebe. Zwangsliebe.

Unter den Zwangsaffekten verdient ein Zustand noch besondere Beachtung, weil derselbe geeignet ist, für das Lebensschicksal des Betroffenen eine weittragende Bedeutung zu gewinnen: die krankhafte Liebe (Zwangsliebe). Schon Joseph Frank widmet in seinem Handbuche der Nervenkrankheiten ein besonderes Kapitel der „tollen Liebe“, die er „als das heftige Verlangen, mit welchem wir uns, ohne die Vernunft zu hören, zu einer Person vom anderen Geschlechte hingezogen fühlen“, definiert. Da Frank seiner Auffassung der tollen Liebe moralische Begriffe zu Grunde legte und sich auch nicht bemühte, dieselbe von der normalen Liebe zu unterscheiden, ist es begreiflich, dass seine „tolle Liebe“ in die Werke der Psychiatrie keinen Eingang fand. In den letzten Dezennien wurde den psychopathischen Erscheinungen auf dem Gebiete des Sexuallebens von einer Anzahl von Forschern ein eingehendes Studium gewidmet, dabei jedoch lange Zeit kein Versuch gemacht, den Faden, welchen Frank mit seiner tollen Liebe aufgenommen hatte, weiter zu verfolgen. Erst Laurent hat in seiner Arbeit „L'amour morbide“ (Paris 1895) nachgewiesen, dass in der Tat eine Form der Liebe zum anderen Geschlechte vorkommt, welche als pathologisch zu betrachten ist. Der Frank'schen tollen Liebe entspricht eine Spezies der amour morbide Laurent's, „jene Leidenschaft, welche weder Mass, noch Zügel kennt und den Menschen zum Narren macht.“

Laurent betrachtet diese Liebe als einen ausgesprochenen Zwangszustand (une véritable obsession), der gleich anderen Zwangserrscheinungen zu den episodischen Syndromen der psychopathischen Entartung (dégénérescence) zählt. Zum Beweis für diese Auffassung zeigt er, dass dieselbe alle Merkmale des Zwangszustandes aufweist: „Ne s'accompagne-t-il pas de cette irrésistibilité caractéristique et en

quelque sorte fatale, de cette angoisse concomitante si pénible, de cette conscience complète de l'état, et enfin de cette satisfaction consécutive à l'acte accompli, en un mot de tous les symptômes caractéristiques de l'obsession“. Als ein Beispiel, das die Mehrzahl der hierher gehörigen Fälle repräsentirt, führt L. an: Ein erblich belasteter junger Mann von guter Familie und Erziehung, der seine Studien beendet hat, verliebt sich in irgend eine Dirne, kann sich von derselben nicht mehr losreissen und heirathet dieselbe auch, wenn die Betreffende es verlangt, obgleich er sich in seinen Jugendträumen als Gegenstand seiner Liebe ein Ideal ausgemalt hatte. Gegen die Auffassung Laurent's lässt sich geltend machen, dass unleugbar auch in der normalen oder physiologischen Liebe etwas von einem Zwangszustande steckt und die Kriterien der Obsession in gewissem Maasse für dieselbe ebenso zutreffen wie für die krankhafte Liebe.

Schon die Äusserungen der Dichter aller Zeiten und Völker, welche doch auch auf Erfahrung beruhen, lassen hierüber keinen Zweifel¹⁾. Auch die Rolle, welche bei dem Entstehen der Liebe die als Fetischzauber bezeichneten Momente spielen, weist auf einen Zwangszustand hin. Wir sind daher nicht in der Lage, nach Laurent die Grenze zwischen physiologischer und pathologischer Liebe, die ja wohl nie scharf zu ziehen sein wird, einigermaßen abzustecken, wie dies doch erforderlich und wünschenswert ist; ich glaube, dass zu den von Laurent angegebenen Kriterien noch weitere treten müssen, wenn wir mit Sicherheit die in Betracht kommenden Zustände als pathologische ansprechen wollen: 1. Aussergewöhnliches Missverhältnis zwischen der Grösse des Affektes (der Neigung) und der Qualität des auslösenden Objektes; 2. gänzliche und andauernde Unbeeinflussbarkeit des Affektes durch irgendwelche vernunftgemässe Vorstellungen; 3. vollständige Beherrschung des geistigen Lebens durch den Affekt; 4. unter Umständen auch Krankheitseinsicht.

1) Wenn der Dichter singt:

„Ich liebe Dich, weil ich Dich lieben muss“,
 „Ich liebe Dich, weil ich nicht anders kann“,
 „Ich liebe Dich durch einen Schicksalsschluss“,
 „Ich liebe Dich durch einen Zauberbann“,

so lässt sich das Zwangsmässige des Zustandes kaum deutlicher hervorheben.

Der Fall, über welchen im Folgenden berichtet werden soll, mag als ein Paradigma in Bezug auf diese Kriterien gelten. Ich will betreffs desselben dem Patienten selbst, zumal derselbe Mediziner ist, das Wort geben. Der schriftliche Bericht, welchen mir derselbe, einer Aufforderung von meiner Seite entsprechend, übergab, lautet:

Beobachtung 124. Zwangsliebe. Im Herbst vorigen Jahres, als ich mich behufs Teilnahme an den Ferienkursen in W. aufhielt, lernte ich in dem Gasthause, in welchem ich wohnte, eine Kellnerin kennen, in die ich von Anfang an sehr verliebt war. Ich machte den Versuch, mit ihr anzuknüpfen; derselbe schien auch anfangs zu gelingen, wurde dann aber durch einen anderen Herrn, der zweifellos mit ihr in näheren Beziehungen stand, vereitelt. Nach etwa 6 Tagen meines dortigen Aufenthaltes ging die Person aus dem betreffenden Hause fort, um, wie sie sagte, zu ihren Verwandten nach K. zu reisen. Kurz nachdem sie fort war, bekam ich eine unstillbare Sehnsucht nach ihr, die sich von Tag zu Tag steigerte. Alles, was ich sah und hörte, stand gewissermassen unter dem Eindrucke der Person, sodass ich nicht im Stande war, die Ferienkurse noch weiter zu besuchen; überhaupt war ich zu jeder geistigen Arbeit auf lange Zeit hin völlig unfähig. In W. konsultirte ich zunächst einen Arzt, der mir kalte Brausebäder verordnete, die ich aber nach etwa 14 Tagen wieder aussetzte, da ich eine entschiedene Verschlimmerung nach Anwendung derselben bemerkte. Nachdem ich mich etwa 5 Wochen in W. aufgehalten, reiste ich nach E. zurück. Auch hier dauerte der Zustand an, ja er wurde eher schlimmer, als besser. Nicht nur die beständige Sehnsucht nach der Person allein, als auch besonders ein unwiderstehliches Eifersuchtsgefühl war es, das mich mitnahm. Der Gedanke an das Staatsexamen, in dem ich mich damals befand, hat kaum eine Änderung in der Stimmung hervorgerufen. Im Laufe des Monats März dieses Jahres trat eine allmälige Besserung ein, ich hatte aber immerhin noch eine derartige Sehnsucht nach der Person, dass ich mich entschloss, nach W. zu reisen, um sie dort aufzusuchen. Infolge dessen traten aber wieder recht unangenehme Zustände auf, die aber nur etwa 3 Wochen anhielten. Ende März machte mich ein Bekannter auf die Suggestivtherapie aufmerksam, weswegen ich mich dieserhalb an zwei Nervenärzte in N. wandte, die ich auch schon vorher konsultirt hatte. Die Versuche, die vorgenommen wurden, waren jedoch erfolglos. Auch heute ist mir der Gedanke an die Person, den ich nicht unterdrücken kann, noch recht quälend, ausserdem werde ich häufig von heftigen Zornausbrüchen gegen die Person befallen, die ich am liebsten in die Tat umsetzen möchte. Diesen auch nur annähernd ähnliche Zustände habe ich vordem niemals gehabt. Ich habe 6 Geschwister, die sämt-

lich gesund sind, mein Vater lebt und ist gesund, meine Mutter ist vor 8 Jahren an einem Leberleiden gestorben.

Von sonstigen Krankheiten habe ich während der Monate Mai und Juni eine rechtsseitige Pleuritis haemorrhagica durchgemacht, irgendwelche ätiologische Momente konnten aber nicht nachgewiesen werden, im übrigen bin ich stets gesund gewesen.

Vorstehendem Berichte habe ich Folgendes beizufügen:

Der Patient ist ein junger Mann von 26 Jahren, der weder objektive Störungen des Nervensystems, noch Degenerationszeichen aufweist. Er macht den Eindruck einer gewissen Schüchternheit und mässiger intellektueller Begabung. Bez. erblicher Belastung, die bei ihm ja sehr wahrscheinlich ist, sind bestimmte Anhaltspunkte nicht zu eruiren. In der ersten Zeit nach dem Eintritte der krankhaften Sehnsucht übte der Patient öfters geschlechtlichen Verkehr in der Absicht, sich dadurch Erleichterung zu verschaffen; seine Erwartungen erfüllten sich jedoch nicht. Der Aktus hatte eher eine ungünstige Wirkung auf seinen Zustand. In neuerer Zeit erst äussert derselbe einen günstigeren Einfluss. Die in Frage stehende Kellnerin war keineswegs eine auffallend hübsche Erscheinung oder durch sonstige Vorzüge ausgezeichnet, und Patient sieht auch völlig ein, dass die Persönlichkeit der Betreffenden seine Sehnsucht in keiner Weise rechtfertigt und sein Denken an dieselbe ein Zwangsvorstellen ist. Patient wurde von mir nur 2mal hypnotisiert; er wurde zwar nicht amnestisch, doch wurde beide Male ein ausgesprochener Schlafzustand erzielt. Die Suggestionen, die gegeben wurden, waren auf Schwinden des Zwangsdenkens an jenes Frauenzimmer gerichtet. Schon nach der ersten Hypnose zeigte sich eine gewisse Wirkung; der Gedanke an die Person trat seltener auf als vorher und nach der 2. Hypnose blieb derselbe ganz weg. Es wurde deshalb eine weitere hypnotische Sitzung erst für mehrere Tage später anberaunt, zu welcher der Patient sich jedoch nicht mehr einfand. Ich erhielt auch von ihm keine schriftliche Mitteilung, sodass ich nicht in der Lage bin, anzugeben, ob der erwähnte Erfolg von Dauer war oder nicht.

Bei dem Kranken bestand, wie wir sehen, ein Zwangsdenken an eine bestimmte weibliche Person, welche er zufällig kennen gelernt hatte, eine Person, welche weder durch ihre geistigen, noch körperlichen Eigenschaften geeignet war, einen mehr als flüchtigen Eindruck auf einen jungen Mann von der Stellung des Patienten zu machen. Mit diesem Zwangsdenken verknüpfte sich ein Affekt liebender Sehnsucht, welcher in der ersten Zeit von solcher Gewalt war, dass er die Psyche des Patienten völlig beherrschte, ihn unfähig zu jeder geistigen Beschäftigung machte und durch die wichtigsten Berufsinteressen nicht in den Hintergrund gedrängt werden konnte.

Schon dieser Umstand erweist den pathologischen (Zwangs-) Charakter des Affektes zur Genüge. Zeitweilig vergesellschaftete sich mit der Sehnsucht ein anderer Affekt, der als Zwangsaffekt öfters beobachtet wird, intensive Eifersucht, welche den Patienten nicht minder quälte als die Sehnsucht. In den letzten Monaten stellte sich noch ein anderer Zwangsaffekt bei dem Patienten ein. Es traten bei demselben öfters anscheinend spontan Zornausbrüche ein, welche gegen die in Frage stehende Person gerichtet waren. Das Zwangsdenken an die Betreffende machte sich mit dem begleitenden Sehnsuchtsaffekte noch nach Jahresfrist, wenn auch gemildert, so doch noch immer in peinlicher Weise geltend, dabei waren die Gefühle, welche der Patient gegen die Person, abgesehen von den Perioden der Zwangssehnsucht hegte, eher die des Hasses als die liebender Zuneigung. Er betrachtete dieselbe als die Quelle eines Unheils, das über ihn hereingebrochen, und dessen er sich nicht zu erwehren vermochte.

Ich muss hier bemerken, dass ein Zwangsdenken an eine Person anderen Geschlechts sogar lange Zeit bestehen kann, ohne sich mit einem ähnlichen Affekte wie in dem uns beschäftigenden Falle zu verknüpfen. Eine in glücklicher Ehe lebende Dame meiner Beobachtung, welche auch an anderen Zwangsvorstellungen litt, wurde jahrelang durch Zwangsdenken an einen Mann belästigt, der ihr völlig gleichgiltig war und so auch während des Zwangsdenkens blieb. Dass bei unserem Patienten sich das Zwangsdenken mit einem so mächtigen und nachhaltigen Affekte der Sehnsucht vergesellschaftete, mag sich daraus erklären, dass die betreffende Person auf den jungen Mann, der bis dahin noch wenig weibliche Bekanntschaften kultiviert hatte, sofort einen gewissermassen faszinierenden Eindruck machte und ihm näherer Verkehr mit derselben nicht ermöglicht war. Dieser hätte vielleicht abkühlend gewirkt. In der ersten Zeit hat der Patient wohl seine Neigung ähnlich aufgefasst wie andere Verliebte; alsbald gelangte er jedoch zu der Erkenntnis, dass die Persönlichkeit des Mädchens und die Trennung von demselben den Bann, unter welchem sein geistiges Leben stand, nicht erklären könne, und sein Zustand daher ein krankhafter sein müsse, weshalb er auch ärztliche Hilfe in Anspruch nahm.

Auch in folgender Beobachtung, welche eine weibliche Persönlichkeit betrifft, handelt es sich um den uns hier beschäftigenden Zwangsaffekt.

Beobachtung 125. Zwangsliebe. Fräulein X., Künstlerin, 29 Jahre alt, stammt aus neuro-psychopathischer Familie. Ihr Vater, der im Alter von 54 Jahren starb, war ein Mann von exzentrischem Charakter, dabei sehr aufbrausend und unverträglich; ihre Mutter litt in jüngeren Jahren an hysterischen Anfällen und hatte auch später häufig unter nervösen Beschwerden zu leiden. Ein Bruder des Vaters war Potator und endete durch Suicid. Pat. hatte eine ziemlich freudlose Jugend, da es zwischen ihren Eltern häufig zu Dissidien kam, die schliesslich zu einer Trennung der Gatten führten. Ausser Kinderkrankheiten (Masern und Scharlach) hat Pat. von ernsteren Erkrankungen nur eine Pneumonie im 19. Lebensjahre durchgemacht. Seit dem Eintritte der Menses im 14. Lebensjahre ist sie mit Migräne behaftet. Dem männlichen Geschlechte gegenüber war sie bis ungefähr vor 2 Jahren völlig indifferent, ihre künstlerische Tätigkeit nahm ihr Interesse ausschliesslich in Anspruch. Um die angegebene Zeit machte sie in befreundetem Kreise die Bekanntschaft eines Kollegen, mit welchem sie in der Folge öfters verkehrte.

Der Kollege bekundete hierbei ein tiefer gehendes Interesse für sie, welches ihr anfänglich nur schmeichelte, alsbald jedoch auch zärtlichere Gefühle für den Betreffenden bei ihr wachrief. Diese Neigung war noch nicht sehr weit gediehen, als die Pat. erfuhr, dass der Mann, welcher sich als unverheiratet geriert hatte, bereits eine Frau besass, von welcher er nur getrennt lebte, und sie auch sonst über seine Verhältnisse getäuscht hatte. Diese peinliche Erfahrung erweckte in ihr zunächst eine hochgradige Empörung, und sie glaubte unter dem Einflusse derselben die Neigung für den Kollegen, die in ihr Wurzel gefasst hatte, alsbald überwinden zu können. In dieser Erwartung sah sie sich jedoch in der Folge sehr getäuscht. Obwohl sie jede Begegnung mit dem Betreffenden und seinen Bekannten ängstlich mied und auch sonst beflissen war, von allem sich fern zu halten, was die Erinnerung an denselben nähren konnte, musste sie sich davon überzeugen, dass ihre unglückliche Neigung, statt abzunehmen, stetig wuchs. Ihre Gedanken beschäftigten sich mehr und mehr mit dem Manne, und alles Anknüpfen dagegen, sowie die volle Erkenntnis der Unwürdigkeit des Objektes ihrer Neigung erwiesen sich nutzlos. Was die Sache noch sehr verschlimmerte war das allmälige Hervortreten eines sexuellen Erregungszustandes, welcher die Pat. zur Masturbation veranlasste (wahrscheinlich auch schon früher geübt). Unter diesen Verhältnissen verringerte sich die Arbeitsfähigkeit mehr und mehr, die Migräneanfälle wurden häufiger und die Stimmung immer düsterer.

Als die Pat. in meine Beobachtung kam, befand sie sich in einem ziemlich desolaten Zustande. Ihre Gedanken beschäftigten sich vom Morgen bis zum Abend mit dem Objekte ihrer Neigung, deren krankhafte Natur sie völlig einsah, und zwar dermassen, dass

sie völlig arbeitsunfähig geworden war. Ausserdem Schlaf und Appetit sehr mangelhaft, häufig Kopfeingenommenheit, auch nächtliche Angstzustände; die Stimmung zeitweilig ganz verzweifelt. Objektiv: Aussehen blass, mässige Allgemeinernährung, zeitweilig Unregelmässigkeit der Herzaktion.

Unter der eingeleiteten hypnotischen Behandlung, die sich in erster Linie gegen die sexuelle Erregung richtete, nahm diese als bald ab; hiermit traten auch die Zwangsneigung und das Zwangsdanken mehr und mehr zurück. Im Verlaufe von 3 Monaten wurde ein ganz befriedigendes Resultat erzielt.

Auch im vorliegenden Falle ergibt sich wie in dem vorhergehenden der pathologische Zwangscharakter des Affektes aus mehreren Umständen deutlich. Der Affekt konnte weder durch die Erkenntnis der Unwürdigkeit des Objektes, noch durch irgend welche Erwägungen beeinflusst werden; er beherrschte durch das von ihm angeregte Zwangsdanken die Psyche der Patientin so vollständig, dass dieselbe arbeitsunfähig wurde. Es bestand ferner ein Missverhältnis zwischen der Intensität des Affektes und der Qualität des männlichen Objektes, sofern dieses bezüglich seines moralischen Unwertes richtig taxiert wurde. Auch die Krankheitseinsicht mangelte nicht. Erschwert und kompliziert wurde im vorliegenden Falle der Zustand jedenfalls durch eine sexuelle Hyperaesthesie, welche durch den Liebesaffekt (wahrscheinlich infolge früher geübter Masturbation) angeregt wurde und auf diesen steigernd und unterhaltend wirkte. Die durch die sexuelle Hyperaesthesie veranlasste Masturbation mit ihren nervenerschöpfenden physischen und moralischen Folgen bildet ein Glied in einem Circulus vitiosus. Der durch den Missbrauch herbeigeführte cerebrasthenische Zustand förderte das erotische Zwangsdanken, welches hinwiederum die sexuelle Hyperaesthesie nährte.

Bei der Behandlung musste deshalb das Augenmerk in erster Linie auf die Beseitigung letzteren Momentes gerichtet werden, und der Erfolg zeigte, dass dieses Vorgehen der Sachlage entsprach.

Der Zwangsaffekt der Liebe kann auch, wie nachstehende interessante Beobachtung lehrt, in seiner Richtung homosexueller Natur sein und lediglich periodisch, analog den Zwangsverstimmungen, auftreten.

Beobachtung 126. Periodische homosexuelle Zwangsneigung. Frl. A., anfangs der 40er Jahre stehend, erblich belastet, (Mutter hysterisch), seit langem neurathenisch, mit Zwangsvorstellungen und

Verstimmungszuständen behaftet, wird seit einigen Jahren periodisch von einer ganz überschwänglichen Neigung für eine ungefähr gleichalterige, ihr befreundete Dame B. befallen, welche sich der ihr gewidmeten Verehrung gegenüber ziemlich passiv verhält. Von irgendwelchen sexuellen Intimitäten zwischen den beiden Damen ist keine Rede, es handelt sich um rein platonische Beziehungen. Die Liebesanwandlungen treten bei Frl. A. nur in Perioden besonderer nervöser Angegriffenheit auf und währen nie länger als einige Monate. Während dieser Affektphasen schwankt die Neigung nicht unerheblich. Sieht Frl. A. ihre Angebetete längere Zeit nicht, so nimmt die Verehrung für dieselbe beträchtlich ab, um jedoch bei jedem neuen Zusammentreffen wieder mächtig angefacht zu werden. Bei Letzterem fühlt sie beständig den Drang, ihrer Freundin Zärtlichkeiten zu erweisen, insbesondere aber ihr die Hand zu küssen, was sie auch soweit als tunlich ausführt. Trifft sie mit ihrer Freundin in einer Gesellschaft oder in einem öffentlichen Lokale zusammen, in welchem die Verhältnisse die Betätigung ihres Zärtlichkeitsdranges nicht gestatten, so gerät sie in eine qualvolle Aufregung.

In den Zeiten stärkerer Neigung muss sie sich in Gedanken beständig mit Frl. B. beschäftigen, und dieses Zwangsdenken setzt sich mitunter auch während der Nacht fort, sodass das Einschlafen verhindert wird. Dabei macht sich auch der Drang, ihrer Freundin die Hand zu küssen in lebhaftester Weise geltend, dem sie dadurch eine gewisse Befriedigung verschafft, dass sie sich selbst die Hand unzähligmals küsst. Die Pat. sieht das Krankhafte ihrer Neigung beständig ein; auch in den Zeiten, in welchen der Affekt sie ganz und gar beherrscht, mangelt es bei ihr an Krankheitseinsicht nicht. In den affektfreien Zeiten beurteilt sie ihre Freundin sogar mit ziemlicher Schärfe und kritisiert ihren Charakter mit geringerer Nachsicht als andere Personen. Dabei ärgert sie sich sehr häufig, dass sie von der, wie sie selbst wohl erkennt, durch die Persönlichkeit ihrer Freundin keineswegs motivierten Neigung sich nicht dauernd freimachen kann. In der affektfreien Zeit sucht sie auch den Verkehr mit Frl. B. keineswegs, ja sie vernachlässigt diese mitunter derart, dass sich dieselbe darüber beklagt.

Die Verstimmungszustände, von welchen Frl. A. schon früher zeitweilig heimgesucht wurde, sind seit dem Auftreten der homosexuellen Zwangsneigung nicht ausgeblieben, sondern nur vielleicht etwas seltener geworden. Es mangelt auch in den Affektperioden nicht an Depressionsanwandlungen von kürzerer oder längerer (tagelanger) Dauer, in welchen jedoch die Verstimmung zumeist an die bestehende Zwangsneigung und die dadurch verursachte geistige Unfreiheit anknüpft. Nur in den Zeiten stärkerer Entwicklung der Zwangsneigung bleiben die Verstimmungen völlig weg.

In Bezug auf die Sexualempfindung bei Frl. A. ist noch beizufügen, dass dieselbe auch schon früher einzelnen ihrer Freundinnen gegenüber homosexuelle Neigungen zeigte. Diese waren jedoch immer von jahrelanger Dauer und zeigten nie die auffallenden Schwankungen, die sich während der oben erwähnten Anfälle geltend machten. Auch fehlte bei diesen Neigungen jedes Bewusstsein des Krankhaften. Frl. A. glaubte, dass es sich bei ihrem schwärmerischen Empfinden für einzelne ihrer Freundinnen lediglich um ein gewöhnliches warmes Freundschaftsgefühl handelte.

Der vorstehend mitgeteilte Fall gewinnt durch mehrere Umstände ein besonderes Interesse: 1) Das rein periodische Auftreten der Zwangsneigung, 2) die homosexuelle Richtung derselben, 3) die Intensität derselben und der damit verknüpften Zwangsimpulse, 4) die vollkommene und in keiner Phase des Zustandes sich verlierende Krankheitseinsicht. Durch diese Umstände ist auch der pathologische Charakter des Affektes im vorliegenden Falle zur Genüge dargetan.

Von Hecker¹⁾ wurde der Fall eines nervösen älteren Herrn mitgeteilt, welcher nach einer Badekur in M. anfallsweise von hochgradiger Sehnsucht nach einer ungefähr gleichalterigen Dame befallen wurde, die er an dem Kurplatze kennen gelernt hatte. Da bei dem Pat. auch Angstanfälle auftraten, gelangte Hecker zu der Annahme, dass es sich bei den Sehnsuchtsanfällen des Pat. nur um vakante Angstanfälle handelte, was mir jedoch zweifelhaft erscheint, da bei dem Patienten Anfälle zwei verschiedener Affekte (Angst und Sehnsucht) nebeneinander bestehen konnten. Unsere Patientin wurde vor dem periodischen Auftreten der geschilderten Zwangsneigung seit Jahren bereits von öfters wiederkehrenden Verstimmungszuständen von tage- und wochenlanger Dauer heimgesucht. Es liegt daher die Deutung nahe, dass die Anfälle homosexueller Zwangsneigung bei ihr Äquivalente von Zwangsverstimmungen bilden. Diese Auffassung wird durch den Umstand gestützt, dass während der Affektperioden es auch nicht an Verstimmungen fehlte, die, wenn auch scheinbar motiviert, doch kaum des Zwangscharakters ermangelten.

Magnan²⁾ führt unter den Syndromen des Irrseins der Entarteten auch die krankhafte Tierliebe (Zoophilomanie) an und berichtet über mehrere Fälle, in welchen diese dem Gebiete der Zwangserscheinungen angehörige krankhafte Neigung in auffälligster

¹⁾ Hecker, Erlenmeyer's Centralbl. f. Nervenheilk., 1893. S. 566.

²⁾ Magnan, Psychiatrische Vorlesungen etc., S. 109.

Weise zu Tage trat und das Handeln der Kranken in weitestgehendem Maasse beeinflusste. Zumeist sind die mit Zoophilomanie Behafteten weibliche Entartete. Eine dieser Kranken wurde schon durch Gedanken an ein physiologisches Tierexperiment in die grösste Angst versetzt; sie wollte ihr Leben hingeben, um die Abschaffung der Vivisektion zu erreichen, und scheute vor nichts zurück, wenn sie glaubte, einem Tiere eine Strapaze oder sonst ein Übel ersparen zu können.

Sehr bemerkenswert ist, dass die Zoophilomanie nicht mit übermässiger allgemeiner Gefühlsfeinheit in Verbindung stehen muss. Eine von Magnan beobachtete Kranke mit ausgesprochener Zoophilomanie wurde durch Menschenleid sehr wenig berührt, bekundete auch für ihren Gatten und Sohn wenig Zärtlichkeit.

Kapitel VI.

Zwangerscheinungen der motorischen Sphäre.

Wir haben in den früheren Abschnitten bereits gesehen, dass die Zwangsphänomene die motorische Seite des Seelenlebens nicht unbeteiligt lassen, indem sie Bewegungen und Handlungen veranlassen und hemmen. Sowohl Zwangsvorstellungen als Zwangsaffekte können in dieser Weise die motorische Sphäre beeinflussen. Der mit der Berührungsfurcht zusammenhängende Waschzwang, die von abergläubischen Vorstellungen ausgehenden mannigfachen seltsamen Akte sind Beispiele von Handlungen, die durch Zwangsvorstellungen veranlasst werden. Die Gehunfähigkeit, die durch die Basophobie bewirkt wird, beruht auf einer durch eine Zwangsvorstellung direkt bedingten Bewegungshemmung. Wenn Zwangszweifel die Fortführung und Beendigung einer Arbeit verhindern, haben wir es mit

einer indirekten Hemmung zu tun. Die Zwangsangstzustände können, wie wir gesehen haben, einerseits zu motorischen Entäusserungen, z. B. in der Form planlosen Umherirrens, lauten Schreiens etc. führen, andererseits aber auch hemmend (lähmend) auf die motorische Innervation wirken. Daneben werden aber auch, wie wir schon erwähnten, durch Angstzustände Handlungen veranlasst, die nicht unmittelbare Entladungen des Affektzustandes bilden, sondern durch logische Erwägungen veranlasst sind, sofern dieselben Erleichterung des Zustandes herbeiführen sollen.

Mit den unmittelbaren motorischen Entäusserungen und Hemmungswirkungen des Angstzustandes haben wir uns an früherer Stelle bereits beschäftigt, und wir können daher dieselben hier zunächst ausser Betracht lassen. Dagegen müssen wir auf die Beziehungen der Handlungen und Hemmungen zu den Zwangerscheinungen in den übrigen oben genannten Fällen etwas näher eingehen.

Man bezeichnet die mit Berührungsfurcht und abergläubischen Vorstellungen zusammenhängenden Akte als Zwangshandlungen, obwohl dieselben nur indirekt mit den betreffenden Zwangsvorstellungen in Verbindung stehen. Das Gleiche gilt für die an Zwangsangstzustände sich knüpfenden Erleichterungshandlungen. Zwischen Zwangsvorstellung, resp. Zwangsaffekt und -Handlung schieben sich hier andere Vorstellungen — Motive — ein, welche die Ausführung des Aktes veranlassen. Man unterscheidet diese motivierten Zwangshandlungen als sekundäre von einer anderen Gruppe von Zwangshandlungen, welche direkt von Zwangsvorstellungen impulsiven Charakters ausgehen. Letztere werden als primäre Zwangshandlungen bezeichnet. Ebenso lassen sich primäre und sekundäre Zwangshemmungen unterscheiden. Die Unfähigkeit zu einer Leistung, welche durch die Vorstellung des Nichtkönnens verursacht wird, repräsentiert eine primäre Zwangshemmung, die durch Zwangszweifel bedingte Arbeitsbehinderung eine sekundäre Zwangshemmung.

Wir ersehen aus dem Angeführten, dass die als Zwangshandlungen bezeichneten Vorgänge nur zum Teil von Zwangsvorstellungen mit entsprechenden Impulsen ausgehen. Man könnte im Zweifel sein, ob es berechtigt ist, Handlungen, welche, wenn auch mit Zwangsvorstellungen zusammenhängend, doch die unmittelbare Folge nicht krankhafter (logischer) Vorstellungen sind, einen Zwangscharakter

zuzuschreiben. Der Einfluss des Zwanges ist jedoch bei den in Frage stehenden Handlungen ein so ausgesprochener, wenn auch nur indirekter, dass es nicht angehen dürfte, die erwähnten Handlungen aus dem Gebiete der Zwangerscheinungen auszuschneiden. Die Zwangsvorstellungen, welche sich mit sekundären Zwangshandlungen verknüpfen, sind im allgemeinen solche unangenehmen oder geradezu peinlichen Inhalts. Der Zwang dieser Vorstellung und die damit verknüpfte innere Unruhe drängen das Individuum zu einer Handlung, durch welche die Vorstellung beseitigt und das innere Gleichgewicht wieder hergestellt werden soll, und die Macht dieses Dranges kann dieselbe Intensität erreichen wie bei vielen Zwangsvorstellungen impulsiven Charakters. Der Tatsache, dass die Zwangsakte nur zum Teil durch Zwangsimpulse bedingt sind, steht die ebenso bemerkenswerte gegenüber, dass Zwangsimpulse und -Triebe nur zum Teil zu entsprechenden Handlungen führen. Wir finden bei den Zwangsvorstellungen, deren Inhalt irgend ein Akt ist, neben solchen, die sich mit keinem deutlichen Impulse verknüpfen, alle möglichen Übergänge von dem schwächsten bis zu dem mächtigsten, geradezu unwiderstehlichen Antriebe. Die Zwangsvorstellung des Suicidiums kann z. B. auftauchen ohne sich mit irgend einer Tendenz zu einer entsprechenden Handlung zu verknüpfen, weshalb wir auch diese Art von Zwangsvorstellungen schon im ersten Abschnitte angeführt haben. Auf der anderen Seite kann der suicidale Gedanke aber auch solche impulsive Gewalt erlangen, dass er die Ausführung erzwingt. Es ist heutigen Tags nicht festgestellt, dass irgendwelche Arten von Zwangsimpulsen und -Trieben vorkommen, die nicht gelegentlich sich in Handlungen umsetzen. Wir sind daher in der Lage, die Zwangsimpulse und -Triebe bei den im Folgenden zu erörternden Gruppen von Zwangshandlungen zu besprechen. Für die von uns gewählte Einteilung der Zwangshandlungen ist nicht die Art dieser, sondern die des veranlassenden psychischen Vorganges bestimmend. Ein und dieselbe Zwangshandlung kann von wesentlich verschiedenen psychischen Vorgängen abhängen. Die endlose Wiederholung einer Handlung z. B., der wir bei Zweifelsucht begegnen und welche hier eine sekundäre Zwangshandlung bildet, kann auch die direkte Folge von Zwangsimpulsen sein und somit eine primäre Zwangshandlung bilden.

A. Zwangsbewegungen und Zwangshandlungen.

I. Sekundäre Zwangshandlungen.

Die dieser Gruppe angehörenden Zwangsakte sind überaus mannigfaltig, da ein grosser Teil der Zwangsvorstellungen in irgend einer Weise das Handeln der Patienten beeinflusst. So verschiedenartig die in Frage stehenden Akte im Einzelnen sind, so lassen sich dieselben doch im Grossen und Ganzen zu mehreren Hauptgruppen zusammenfassen.

a) Zwangshandlungen, welche den Zweck haben, das Resultat einer früheren Handlung zu prüfen, zu verbessern oder zu ergänzen. Der Zweifelsüchtige wiederholt dieselbe Arbeit endlos, weil bei ihm die Zweifel bezüglich der Richtigkeit des Ausgeführten immer wieder auftreten und damit auch das Motiv, die Arbeit richtig auszuführen, immer wieder reproduziert wird. Manche Zweifelsüchtige suchen der nutzlosen Mühe, welche ihnen ihre Zwangsvorstellungen verursachen, dadurch eine gewisse Grenze zu ziehen, dass sie es sich zur Regel machen, sich mit einer gewissen Anzahl von Wiederholungen zu begnügen. Die Berührungsfurcht und die Mysophobie führen zu Waschzwang, weil nach jeder Waschung, wie gründlich sie auch gewesen sein mag, doch die Zwangsbefürchtung fortbesteht, es könnte an der Haut doch noch irgend etwas Schädliches oder von einer Verunreinigung Herührendes haften. Diese Zwangsidee verknüpft sich immer wieder mit dem Motiv, das noch nicht Erreichte anzustreben, d. h. durch eine abermalige Waschung eine gründlichere Reinigung zu erzielen.

Auch religiöse Skrupel können zu einer Wiederholung religiöser Handlungen Anlass geben. Wir haben an früherer Stelle den Fall einer Frau erwähnt, deren religiöse Skrupel in der Regel erst durch die 2. oder 3. Beichte beseitigt wurden.

In Fällen, in welchen bei gewissen Handlungen Zwangsvorstellungen auftreten, kann die zwangsmässige Wiederholung auch durch das Motiv veranlasst werden, die Handlungen ohne die peinliche Begleiterscheinung auszuführen. Zwei hierhergehörige interessante Fälle wurden von Bruns¹⁾ mitgeteilt. Beide Beobachtungen be-

¹⁾ Bruns, Neurol. Centralbl. 1891, S. 348.

trafen erblich belastete Männer, die an der Obsession durch Worte blasphemischen Charakters litten. Der eine der beiden Patienten wurde durch beständig sich aufdrängende schmutzige Worte gequält, die sich auf besonders teure Angehörige (Vater, Mutter, Frau etc.) bezogen. Bei dem zweiten Patienten handelte es sich um Gotteslästerungen, die er unaufhörlich innerlich vernahm. Bei dem ersten Kranken traten die ihn peinigenden Worte nicht nur beim Verkehr mit seinen Angehörigen oder bei direktem Denken an dieselben, sondern auch bei Wahrnehmung von Dingen auf, die in irgend welchen Beziehungen zu denselben gestanden hatten, später auch bei den trivialsten Handlungen, wie Sichankleiden, -Auskleiden etc. Letzteres war auch bei dem 2. Patienten der Fall. Diese Wortobsession führte zu Zwangshandlungen von endloser Ausdehnung; die Kranken wiederholten alle Dinge, bei denen ihnen die schmutzigen Worte aufgetaucht waren, in der Hoffnung, ohne das „Wort“ fertig zu werden. Da die Worte so ziemlich bei allen Handlungen auftauchten und sich auch bei Wiederholungen einstellten, so brachten sie den grössten Teil des Tages mit diesen Wiederholungen hin. Der 2. Kranke wiederholte nicht nur selbst alles unzählige Male, sondern zwang auch seine Angehörigen zur Wiederholung von Handlungen, bei welchen bei ihm ein blasphemisches Wort aufgetaucht war.

Durch die Zwangshandlung kann auch die Korrektur ideeller Vorgänge angestrebt werden, wie ein von Ladame mitgeteilter Fall zeigt: „Wenn ich gehe,“ bemerkte ein Patient des genannten Autors, „und die schlimmen Gedanken mich überfallen, muss ich stille stehen und einen Schritt zurückmachen, um die schlimmen Gedanken zu verbessern, es ist dies, als wenn ich einen Irrtum in einem Rechenbuche beseitigte.“

b) Schutz- oder Ausgleichsmaassnahmen. Die betreffenden Zwangshandlungen haben den Zweck, einen Schaden zu verhüten, bestimmten Gefahren für Leib und Leben des Individuums vorzubeugen oder ein unbestimmtes, dem Individuum oder auch anderen Personen drohendes Unglück abzuwenden. In diese Kategorie gehören in erster Linie alle die extremen und zum Teil geradezu lächerlichen Vorkehrungen, durch welche manche Nosophoben ihre Person oder auch ihre Angehörigen vor ansteckenden Krankheiten oder Vergiftungen bewahren wollen. In der Kasuistik der Zwangs-

vorstellungen wurde über den Fall einer Arztfrau berichtet, welche, von der Idee verfolgt, Sublimat an die Hemden ihres Mannes gebracht zu haben, einer förmlichen Reinigungsmanie verfiel. Kaan berichtet über den Fall einer 42jährigen Frau, welche durch die Zwangsidee, dass sie oder ihre Angehörigen mit Leichengift infiziert werden könnten, zu ganz extremen Schutzmaassnahmen bestimmt wurde. Die Kranke „suchte der Ansteckung durch Berührung dadurch vorzubeugen, dass sie sich und die Kinder beständig desinfizierte und jeden Gegenstand, den sie berührt, auf's gründlichste säuberte; sie gelangte endlich so weit, dass sie für jedes Kind ein eigenes Lavoir bereit hielt, dass sie jedesmal nach dem Gebrauche dreimal mit Seifenwasser wusch und dann mit einem wohl isolierten Handtuche abtrocknete. Zu ihrer eigenen Reinigung bedurfte sie 9 Handtücher, und zwar für jede Qualität der berührten Gegenstände eines, z. B. eines für Porzellan, eines für Messing, eines für Wäsche u. s. w.; da sie schliesslich mit ihren Waschungen, trotzdem sie alle anderen Obliegenheiten vernachlässigte, nicht mehr fertig wurde, geriet sie in eine hochgradige, ängstliche Erregung, die ihr sogar den Schlaf raubte.“

Bemerkenswert ist, dass die aus Nosophobien, speziell der Bazillophobie hervorgehende Reinigungsmanie einen sehr beschränkten Charakter aufweisen kann und sich keineswegs immer mit ausgeprägtem Reinlichkeitssinne verknüpft. Eine mit Bazillophobie behaftete Frau, über welche Janet berichtet, wusch sich beständig die Hände, berührte aber keinen Gegenstand ihres Zimmers und liess auch von anderer Seite nichts derartiges geschehen. Ihr Zimmer wurde nie gereinigt und ihr Bett nie in Ordnung gebracht.

Die endlosen Vorkehrungen, zu welchen die Furcht vor Stecknadeln führen kann, haben wir bereits in einem früher mitgetheilten Falle kennen gelernt. Janet erwähnt eine ähnliche Beobachtung. Eine mit Stecknadeln furcht behaftete Frau hielt sich von Milchgefässen ferne, machte beim Ausgehen Umwege, um nicht an Lebensmittelgeschäften vorüberzukommen, und ass sehr langsam, wobei sie die Speisen endlos zerteilte. Die Aichmophobie kann auch rein altruistischen Inhalts sein. Eine mir bekannte nervöse Frau litt an der Zwangsbefürchtung, dass in der Milch, die sie ihrem Säugling gab, von den Flaschen, in welchen dieselbe aufbewahrt wurde,

Glassplitter geraten sein könnten; dies veranlasste sie, die Milch endlos zu seihen, bevor sie dieselbe dem Kinde gab.

Die Schutzmaassnahmen können sich gegen alle möglichen Vorkommnisse richten. Eine Patientin meiner Beobachtung wurde, wie wir sahen, durch die Zwangsvorstellung, dass man nicht wissen könne, zu was sich dieser oder jener wertlose Gegenstand noch verwenden lasse, zu einer Art Sammelmanie für derartige Dinge gebracht. Eine Patientin Donath's, welche von der Idee verfolgt wurde, mit irgend einem Manne einen Fehltritt begehen zu müssen, liess sich beim Ausgehen von ihrem Manne begleiten und machte sich überdies zu ihrer Sicherung ein besonderes Unterkostüm mit Keuschheitsschloss.

Die Zwangsfurcht, anderen Personen durch in Briefen oder anderen Schriftstücken enthaltene Äusserungen zu schaden, führt zu der Vorkehrung, die Briefe etc. durch eine Vertrauensperson revidieren zu lassen.

Besonders mannigfaltig sind die als Schutzmaassnahmen verwerteten Zwangshandlungen, welche durch abergläubische Vorstellungen veranlasst werden. Zweck aller dieser Zwangshandlungen ist, ein Unglück zu verhüten, das bei Unterlassung der Handlung eintreten könnte. In erster Linie kommt hier die Zwangsvorstellung in Betracht, dass die Unterlassung einer an sich ganz gleichgiltigen, selbst sinnlosen Handlung anderen Personen schaden oder selbst unübersehbares Unglück bringen könnte. Diese Vorstellung führt natürlich regelmässig zur Ausführung der betreffenden Handlung. Einer meiner Patienten sah sich veranlasst, wenn er eine Person zufällig berührt hatte, die Berührung zu wiederholen, um Unglück von der betreffenden Person fernzuhalten.

Auch bei den in Beobachtung 88 erwähnten Zwangshandlungen (Zwang, mit dem rechten Beine zuerst die Treppe hinauf zu gehen, auf der Strasse die Trottoirsteine zu zählen und einen bestimmten zu überschreiten) handelte es sich wohl um Schutzmaassnahmen, die durch abergläubische Zwangsvorstellungen veranlasst wurden.

Charcot u. Magnan berichteten 1892, wie wir sahen, über eine Anzahl von Fällen, in welchen die Kranken durch den Zwang abergläubischer Vorstellungen genötigt wurden, gewisse fromme oder auch nichtssagende Worte (mots préservateurs) auszusprechen. Hier-

durch sollte ein Unglück verhütet werden. Einen besonders bemerkenswerten Fall von Zwangshandlungen abergläubischen Ursprungs teilte van Eeden mit. Ein Patient des Autors, dessen abergläubische Zwangsvorstellungen bereits an früherer Stelle erwähnt wurden, ging unter anderem 8 Jahre lang nach einem bestimmten Bahnhofs, um dort einen bestimmten Pfahl 3 mal links und 4 mal rechts mit dem Fusse zu berühren, durch den Gedanken bestimmt, dass ihm die Unterlassung dieser Prozedur den Tod bringen würde. Einmal unternahm der Patient die Fahrt nach einem Seebade, nur um ein Steinchen, das er bei einem früheren Besuche dort hatte liegen sehen, noch einmal zu berühren. Der Patient glaubte, dass die Unterlassung dieser Handlung ihm ein Unglück bestimmter Art zuziehen würde. Mit der Zunahme abergläubischer Vorstellungen bei Individuen wächst begreiflicherweise die Zahl der dadurch veranlassten, den Charakter von Schutzmaßnahmen tragenden Handlungen. In das Gebiet der Schutzmaßnahmen gehören auch die Akte, durch welche manche Kranke gegen peinliche Zwangsvorstellungen, insbesondere Zwangsimpulse zu sakrilegischen Äusserungen anzukämpfen suchen. Janet, welcher diese Akte zu einer Manie de conjurations zusammenfasst, hat eine Anzahl hierhergehöriger Fälle mitgeteilt. Die Kranken benutzen für ihre Abwehrbestrebungen zumeist Worte oder Phrasen, mitunter auch kabbalistische Formeln, die gewöhnlich der Arithmetik entnommen sind. Ein Patient Janet's wiederholte den ganzen Tag folgende Formeln: Maman, ratan, bibi, bita quo, ich werde sterben. Eine Patientin des gleichen Autors zählte den ganzen Tag innerlich: 1, 2, 4, 6. Auch durch psychische Operationen, speziell das lebhafte Sichvorstellen gewisser Phantasiebilder, wird mitunter die Verdrängung peinlicher Vorstellungen versucht.

Hierher gehört ferner auch die krankhafte Präzisionsucht, welche verschiedenen Quellen entspringen mag. Wenn ein Mensch von der Vorstellung beherrscht wird, dass sein Tun oder Lassen nicht nur für ihn selbst, sondern für die ganze Menschheit von Wichtigkeit sei, so liegt es nahe, dass er auch gleichgültige Handlungen mit Umständlichkeiten ausführt, die in keinem Verhältnisse zu der Bedeutung des Aktes stehen. Indess ist die krankhafte Präzisionsucht nicht immer in einem gesteigerten Selbstgeföhle begründet, wie Kaaan annimmt. Zwangsbefürchtungen verschiedenster Art und

Zweifel können ebenfalls dazu führen, dass den Details selbst untergeordneter Akte die übertriebenste Wichtigkeit beigelegt wird.

Bei den an nosophobischen Zwangsvorstellungen Leidenden wird nicht selten beobachtet, dass sie auf die detaillierteste Spezifizierung einer ärztlichen Verordnung drängen und nur von deren genauester Durchführung sich Heil erwarten. Derartige Individuen fühlen sich geradezu unglücklich, wenn irgendwelche Umstände sie nötigen, von den erteilten Vorschriften irgendwie abzuweichen.

Die Furcht, etwas zu übersehen, veranlasst manche an Zwangsvorstellungen Leidende, gewisse Handlungen nur in einer gewissen Reihenfolge vorzunehmen, sich die gleichgiltigsten Dinge sorgfältig zu notieren, gewisse Gebrauchsgegenstände in einer genau bestimmten Ordnung in Schubladen etc. unterzubringen u. s. w.

c) Eine 3. Gruppe von Zwangshandlungen hat im wesentlichen den Zweck, dem Individuum Erleichterung seines Zustandes zu verschaffen. Die Art dieser Erleichterungshandlung ist zum Teil rein willkürlich, zum Teil durch religiöse Motive bestimmt. Ich habe an früherer Stelle bereits erwähnt, dass ein mit schweren Phobien behafteter Patient meiner Beobachtung sich die Eigentümlichkeit angeeignet hatte, dass er beim Auftreten von Angstzuständen auf der Strasse die Gegenstände, welche er in den Taschen trug, zunächst in die Hände nahm und dann dieselben bei Steigerung oder längerer Dauer der Angst, um sich zu erleichtern, nacheinander wegwarf, ganz ohne Rücksicht auf den Schaden, den er sich dadurch verursachte.

Eine Kranke, über welche Kaa n berichtet, verbrannte sich die Finger an angezündeten Spänen und nahm noch andere sinnlose Akte vor, um Erleichterung ihrer Zwangsvorstellungen zu finden.

Ein an hypochondrischen Zwangsvorstellungen leidender Patient Janet's hatte sich in den Kopf gesetzt, durch eine kabbalistische Phrase die ihn quälenden Befürchtungen für seine Gesundheit zu verscheuchen. Die Phrase wirkte jedoch nur, wenn sie gut gesprochen wurde. Dies veranlasste den Kranken, die Phrase in den verschiedensten Tonarten und selbst im Chorus mit seiner Frau zu wiederholen, und er geriet schliesslich in Verzweiflung, weil es ihm nicht gelingen wollte, die Phrase nach Wunsch auszusprechen.

Bei hypochondrischen Befürchtungen und Zweifeln kann sich eine besondere Form des Verifikationszwangs entwickeln. So musste ein Hypochondrischer und an Zweifelsucht geringeren Grades leidender Patient meiner Beobachtung täglich verschiedene Male zu seiner Beruhigung untersuchen, ob er auf beiden Augen noch sehe, ob er auf beiden Ohren noch höre, ob er noch alle seine Zähne habe, ob dieselben nicht wackelig geworden seien etc.

In die Kategorie der Erleichterungshandlungen gehört ferner die Sucht mancher an Zwangsvorstellungen Leidender, sich über ihren Zustand Vertrauenspersonen (der Umgebung, dem Arzte) gegenüber immer wieder auszusprechen, immer wieder dieselben beruhigenden Erklärungen zu verlangen, bei gewissen nosophobischen Befürchtungen fortwährend auf Wiederholung der ärztlichen Untersuchung zu drängen und ähnliches.

Bei moralischen und religiösen Skrupeln nehmen die Erleichterungshandlungen gerne religiösen Charakter an. Hier ist in erster Linie das wiederholte Beichten zu erwähnen, welches nicht immer zu dem gewünschten Ziele führt. Von beschränkten und religiös überspannten Patienten werden öfters zur Ausgleichung vermeintlicher Verfehlungen und damit zur Erleichterung peinliche Akte, i. e. Handlungen, die den Charakter einer Selbstzüchtigung (Sühne) an sich tragen, gewählt. Eine Patientin Janet's, welche durch einen Trieb zu sakrilegischen Äusserungen belästigt wurde, wollte zur Sühne Gebete verrichten und kniete alle Augenblicke nieder. Eine andere Patienten des genannten Autors beschränkte sich anfangs darauf, ihre eigenen vermeintlichen Sünden durch Gelöbnisse, Änderungen in ihrer Lebensweise etc. zu sühnen; im Laufe der Zeit kam sie jedoch dazu, für die Verfehlungen ihrer ganzen Verwandtschaft, sowie auch ihr fernstehender Personen, ja der ganzen Welt sich Bussen aufzuerlegen. Die gleiche Sühnemanie fand sich bei der ebenfalls mit religiösen Skrupeln behafteten Schwester der Patientin.

Die durch Zwangsvorstellungen verursachte Beunruhigung kann den Patienten auch dazu treiben, durch körperliche Anstrengungen, insbesondere andauerndes Gehen, sich Erleichterung zu verschaffen. Die Patienten wandern ruhelos stundenlang in ihrem Zimmer umher oder unternehmen mehr oder minder ausgedehnte Fussmärsche, bis sie die Ermüdung zur Rückkehr zwingt. Diese Wanderungen unter-

scheiden sich von den später zu besprechenden Wandertriebanfällen dadurch, dass bei denselben die Idee einer Entfernung vom Domizile und den umgebenden Verhältnissen nicht besteht, das Gehen vielmehr als eine Art körperlicher Betätigung ohne bestimmtes Ziel unternommen wird.

Die Art der Erleichterungshandlungen kann endlich durch rein zufällige Umstände bestimmt werden.

Bernstein¹⁾ berichtet über eine 43 jährige, an Melancholie leidende Frau, bei welcher ein zufällig gekautes Stückchen Umschlagpapier eine beruhigende Wirkung ausübte. Die Patientin verwendete in der Folge dieses Mittel zur Erleichterung ihres Zustandes. Nach einem Monat wurde das Papier durch Lehm und noch später durch Sand ersetzt, von welchem letzterem Stoffe sie täglich einen Eimer zu sich nahm. Die Entziehung des Sandes in der Moskauer Klinik hatte Abstinenzerscheinungen wie bei Intoxikationen zur Folge.

Es ist hier schliesslich noch zu erwähnen, dass bei häufiger Wiederholung von Handlungen, welche indirekt durch Zwangsvorstellungen veranlasst werden, die betreffenden Handlungen allmählich selbst Zwangscharakter annehmen und dann auch nach dem Schwinden der ursprünglich veranlassenden Vorstellungen als selbstständige Zwangerscheinungen fortbestehen können.

II, Primäre Zwangshandlungen.

Die hierher gehörigen Zwangshandlungen gehen zwar ausnahmslos direkt von Zwangsvorstellungen mit Impulsen aus, doch bestehen in den einzelnen Fällen in den Beziehungen zwischen dem motorischen Akte und dem anregenden Impulse bemerkenswerte Unterschiede, welche uns gestatten, die in Frage stehenden Zwangsakte in 2 Gruppen zu sondern:

- a) Zwangsakte mit disparaten Impulsen, i. e. bedingt durch vorhergehende, kürzere oder längere Zeit bestehende Impulse;
- b) Zwangsakte mit koinzidierenden Impulsen, i. e. bedingt durch momentane, unmittelbar auslösend wirkende Impulse.

¹⁾ Bernstein, Neurol. Centralbl. 1898, S. 8, 29.

a) Zwangsakte mit disparaten Impulsen.

Bei den Zwangsakten der in Rede stehenden Kategorie geht der Impuls als deutlich bewusstes psychisches Element dem motorischen Geschehnisse vorher. Der Impuls kann sich kürzere oder längere Zeit dem Individuum aufdrängen und führt nicht regelmässig und unvermeidlich zu der betreffenden Handlung. Der Umsatz in solche lässt sich vielmehr wenigstens in den meisten Fällen durch die hemmende Wirkung von Überlegungen und Willensanstrengungen hintanhaltend. Ob der Impuls zur Ausführung gelangt oder nicht, hängt einerseits von der Intensität desselben, andererseits von der Grösse des Widerstandes ab, welchen das Individuum aufbietet. Für letzteren sind neben der Art des Impulses, die in erster Linie in Betracht kommt, der Charakter des Individuums und dessen äussere Verhältnisse bestimmend. Es ist ohne weiteres begreiflich, dass gegen Impulse zu harmlosen Handlungen weniger und seltener angekämpft wird, als gegen Antriebe zu moralisch bedenklichen oder verbrecherischen Handlungen. Eine Person von streng moralischem oder religiösem Charakter wird *ceteris paribus* gegen Antriebe zu Handlungen verwerflicher Art ungleich energischer sich widersetzen, als ein ethisch wenig hochstehendes Individuum. Ein und derselbe Impuls kann aber auch für verschiedene Individuen von verschiedener Bedeutung sein und deshalb bald stärkeren, bald schwächeren Widerstand hervorrufen. Der Kauftrieb, i. e. der Trieb Unnötiges, selbst Unnützes zu kaufen, kann einen Menschen, der über grosse Mittel verfügt, weniger leicht in Ungelegenheiten bringen, als einen unbemittelten, und es liegt daher nahe, dass letzterer dem Triebe energischer Widerstand leistet, als ersterer. Es kommt auch nicht selten vor, dass ein Individuum, welches beim Alleinsein oder im Kreise seiner Familie seinen Impulsen ohne weiteres nachgibt, in fremder Gesellschaft, um Anstoss zu vermeiden, dieselben energisch und mit Erfolg bekämpft. Eine Patientin meiner Beobachtung z. B. fühlt sich beim Alleinsein bei verschiedenen mechanischen Beschäftigungen gedrängt, gewisse sinnlose Phrasen (Guten Tag Herr X. —, in 18 Jahren, in 9 Wochen etc.) ungezählte Male auszusprechen und leistet diesem Drange unter den erwähnten Umständen keinerlei Widerstand. Wird die Patientin hingegen in Gesellschaft von derartigen Anwandlungen befallen, so bemüht sie sich energisch und immer mit Erfolg, dieselben zu unterdrücken.

Die hier zu besprechenden Zwangsimpulse und Triebe lassen sich nach ihrem Charakter in 3 Gruppen scheiden:

1. Impulse indifferenter oder wenigstens nicht direkt gefährlicher Natur. Am häufigsten begegnet man der Neigung zur Wiederholung zufällig vorgenommener Akte, wie der Berührung von Gegenständen¹⁾, dem Aussprechen einzelner Wörter oder Silben, der zweck- und motivlosen Fortsetzung resp. Wiederholung primär zweckmässiger Handlungen: Waschen, Kämmen, An- und Auskleiden, Türenöffnen und -schliessen etc. Hierher gehört ferner der von musikalischen Zwangsvorstellungen ausgehende Trieb, das innerlich Gehörte fortgesetzt zu pfeifen, zu summen oder auch laut zu singen. In manchen Fällen werden läppische Handlungen wie das Kriechen auf allen Vieren, sonderbare Gestikulationen²⁾, Festhalten der Glieder in gewissen Positionen, Anfassen gewisser Gegenstände etc. durch Impulse veranlasst.

Die Antriebe können aber auch auf kompliziertere, in ihrer Art nicht auffällige Handlungen gerichtet sein: Den käuflichen Erwerb von unnötigen oder selbst unnützen Gegenständen (Oniomanie), die Ausführung zweckloser Wanderungen oder ausgedehnter Reisen, die Vornahme bestimmter Arbeiten etc. Der wenig bemittelte Pat. der Beobachtung 42 wusste den sich ihm aufdrängenden Kaufimpulsen in der Regel mit Erfolg Widerstand zu leisten und beschränkte sich, wenn er denselben ausnahmsweise nachgeben musste, auf den Ankauf einer Kleinigkeit. Ein anderer junger Patient meiner Beobachtung, der Sohn eines reichen Bankiers, liess sich dagegen durch seinen Kauftrieb öfters bestimmen, grosse Bücherkollektionen und Kunstgegenstände auf Borg zu erwerben. Da sein

1) Eine Patientin meiner Beobachtung musste, wenn sie mit der Zunge die Zähne berührt hatte, wiederholt mit der Zunge nach den Zähnen stossen. Über ähnliche Vorkommnisse siehe in der Kasuistik.

2) Ein Kranker, über welchen Magnan (Vorlesungen, übersetzt von Möbius, S. 20) berichtet, unterbrach als Lehrling in einer Buchdruckerei von Zeit zu Zeit die Arbeit, um sonderbare Bewegungen auszuführen. „Er bewegte den Daumen oder den kleinen Finger der linken Hand so, dass eine Art Subluxation entstand. Manchmal zog er den Arm zurück und stiess dann mit der Faust ins Leere.“ Der Kranke berichtete, dass ihm der Gedanke kam, die erwähnten Bewegungen auszuführen, und ihn die Sonderbarkeit dieses Wunsches befremdete, dem er aber trotzdem nicht Widerstand zu leisten vermochte. Nach der Ausführung der Bewegung fühlte er sich erleichtert.

Vater sich zur Zahlung der betreffenden Schulden nicht ohne weiteres verstand, geriet er mehrfach in erhebliche Ungelegenheiten.

Die als Wandertrieb (Dromomanie, Fugues, Poriomanie, Automatismus ambulatorius) bezeichnete Erscheinung findet sich bei verschiedenen Psychosen, besonders häufig jedoch bei Epilepsie, Hysterie und hereditären psychopathischen Zuständen, die keiner wohldefinierten Krankheitsform entsprechen (fugues des dégénéres). Für uns können hier nur diejenigen Fälle von pathologischem Wandertriebe in Betracht kommen, in welchen das Wandern durch deutlich bewusste Vorstellungen impulsiven Charakters veranlasst ist, und der Akt selbst weder von einer Trübung des Bewusstseins begleitet, noch von Amnesie gefolgt ist. Die Fälle dieser Art gehören vorwiegend dem Gebiete der Epilepsie und der erwähnten hereditären psychopathischen Zustände (Degeneration) an. Heilbronner hat jüngst in einer sehr eingehenden Arbeit nachgewiesen, dass die früher sehr verbreitete Annahme, nach welcher die grosse Mehrzahl der Wandertriebanfälle als psychisch-epileptische Äquivalente zu deuten sein sollten, in den bisher vorliegenden Tatsachen keine Stütze findet und sich unter den Fugues-Kranken erheblich mehr Hysterische als Epileptische finden. Die Wanderanfälle Epileptischer unterscheiden sich, da bei denselben Trübung des Bewusstseins und folgende Amnesie fehlen kann, wie von mir schon anderen Orts¹⁾ hervorgehoben wurde und auch Heilbronner betont, nicht konstant von denen Nichtepileptischer, spez. von den Fugues der Degenerierten. Nach Heilbronner sind die Fugueszustände in der grossen Mehrzahl der Fälle als die krankhafte Reaktion degenerativer Individuen auf Verstimmungszustände aufzufassen, welche sowohl anscheinend spontan (auch bei nicht epileptischem Ursprung) auftreten, als durch an sich unbedeutende äussere Momente ausgelöst werden. Diese Reaktion besteht aber in der Regel in dem Auftreten des dunklen oder deutlich bewussten Dranges, fortzugehen, die bisherige Beschäftigung und Umgebung zu verlassen. Dieser Drang kann sich in grösserer oder geringerer Intensität geltend machen, und, wenn er klar bewusst auftritt, wie wir an einem später mitzuteilenden Falle sehen werden,

¹⁾ Loewenfeld: Über einen Fall von pathologischem Wandertrieb. Centralbl. f. Nervenheilk., Juli-August-Heft 1101.

auch längere Zeit bekämpft und unter Umständen gleich anderen Zwangstrieben überwunden werden. Die Art der Ausführung des Triebes und zum Teil auch die Dauer der einzelnen Attacken hängt von den äusseren Verhältnissen des Patienten, dessen Gewohnheiten und früheren Erlebnissen ab.

Ein Kranker, welcher beruflich öfters Fahrten mit der Eisenbahn zu unternehmen genötigt ist und über Geldmittel verfügt, bedient sich in seinen Anfällen in der Regel der Bahn zur Entfernung von seinem Domizile, während mittellose jugendliche Individuen, die nur geringe oder keine Barmittel besitzen, bei ihren Entweichungen sich zumeist auf Fusswanderungen beschränken. Der Abgang vom Domizile kann in ganz abrupter Weise oder auch nach gewissen Vorbereitungen erfolgen, ohne dass derselbe im letzteren Falle, wie wir später sehen werden, das Gepräge des impulsiven Ursprungs verliert.

Die Anfälle von Wandertrieb kombinieren sich nicht selten mit solchen von Dipsomanie, welch letzterer Zustand von Magnan und anderen französischen Autoren zu den Syndromen der Degenerierten gerechnet und damit dem Gebiete der Zwangstriebe einverleibt wurde.

Nach neueren Ermittlungen, insbesondere den Untersuchungen Gaupp's, unterliegt es jedoch keinem Zweifel, dass es sich bei den echten Dipsomanen (den Quartalsäufern) nicht um einen selbstständigen Zwangstrieb, sondern um eine dem Gebiete der Epilepsie angehörende Störung, i. e. eine Form des psychisch-epileptischen Äquivalents handelt. Das Primäre bei den dipsomanischen Anfällen bildet nach Gaupp¹⁾ ein Verstimmungszustand, durch welchen erst der Trieb nach übermässigem Genusse geistiger Getränke geweckt wird. Die Anfälle gehen mit mehr oder minder erheblicher Bewusstseinstrübung einher oder führen allmähig zu solcher und enden nach Tagen oder Wochen spontan; letzteres Verhalten nötigt die echte Dipsomanie aus dem Gebiete der hier zu besprechenden Zwangstriebe auszuschalten²⁾. Es ist jedoch nicht unwahrscheinlich, dass bei zu Abusus spirituosorum neigenden Individuen auch unabhängig von Verstimmungszuständen und epileptischer Grundlage

¹⁾ Gaupp: Dipsomanie. Centralbl. f. Nervenheilk. 1902, S. 43.

²⁾ Smith Marbach hat die dipsomanischen Anfälle ebenfalls als eine Form epileptischer Anfälle gedeutet, glaubt dieselben jedoch mit periodischen Herzerweiterungen in ursächlichen Zusammenhang bringen zu können.

Zwangsimpulse zum Trinken auftreten, welche ebenfalls zu Exzessen in alcoholicis führen. Der Zwangsimpuls zu trinken kann auch auf andere als geistige Getränke gerichtet sein. Eine Patientin Janet's litt an dem Triebe, Milchkaffee zu trinken und kleine gestohlene Brote zu verzehren. Dieselbe kam schliesslich dahin, 20—30 Tassen Kaffee täglich zu sich zu nehmen.

Auch das Verlangen nach Speise kann, wie Magnan berichtet, den Charakter eines Zwangstriebes annehmen (Sitiomanie), welcher mit Angst einhergeht und den Kranken trotz seines Widerstandes überwältigt. Eine von diesem Triebe heimgesuchte Frau begab sich aus Verzweiflung über die Nötigung, fortwährend zu essen, freiwillig in Anstaltsbehandlung.

Die Zwangstriebe können auch im Gebiete der Beschäftigungen sich geltend machen und zwar der körperlichen wie der geistigen. Die Leidenschaft, mit der manche Individuen dem Glücksspiele ergeben sind, hat einen geradezu impulsiven Charakter, und Magnan hat nicht mit Unrecht deshalb die Spielsucht unter den Zwangszuständen der Degenerierten angeführt. Dass auch das so viel Ruin herbeiführende Börsenspiel mitunter auf einem Zwangstriebe beruht, halte ich wenigstens für sehr wahrscheinlich; das Gleiche dürfte für das maass- und ruhelose Spekulieren auf anderen Gebieten gelten. Unter den körperlichen Beschäftigungen nehmen die sportlichen zuweilen einen impulsiven Charakter an. Tissié¹⁾ hat einen unwiderstehlichen Drang zum Rudern bei jungen Leuten beobachtet, wodurch dieselben zu Überanstrengungen veranlasst wurden. Öfters nimmt der Arbeitsdrang bei weiblichen Personen, namentlich soweit es sich um die Vollendung angefangener Arbeiten handelt, einen entschieden impulsiven Charakter an. Die betreffenden Personen fühlen sich, auch wenn keinerlei äussere Veranlassung dazu vorliegt, trotz Ermüdung und Unbehagen getrieben, die begonnene Arbeit fortzusetzen, um darüber selbst andere, wichtigere Geschäfte zu vernachlässigen. Die Arbeit beschäftigt beständig ihre Gedanken und sie finden keine Ruhe, bis sie zu Ende geführt ist. In einzelnen Fällen meiner Beobachtung machte sich selbst nachts beim zufälligen Erwachen aus dem Schlafe der Arbeitszwang mitunter so mächtig

¹⁾ Tissié (Bordeaux): Un cas d'impulsion sportive ou ludomanie. Journ. de médecine de Bordeaux, 26. janv. 1896. p. 35.

geltend, dass die Betreffenden aufstehen und einige Zeit an einer Handarbeit weiterarbeiten mussten, deren Vollendung in gar keiner Weise drängte. Dass auch auf dem Gebiete litterarischer Produktionen Zwangstriebe sich geltend machen können, zeigt recht deutlich eine von Paul Heyse mitgeteilte Selbstbeobachtung, auf die ich schon a. O.¹⁾ hingewiesen habe.

Hierher gehört ferner der krankhafte Ordnungstrieb, der bei manchen neuropathischen Individuen sich geltend macht. Den Betreffenden erregt der Anblick irgend einer Unordnung den Drang, dieselbe sofort zu beseitigen, herumliegende Gegenstände z. B. sofort an Ort und Stelle zu bringen, ein schief hängendes Bild gerade zu richten, unsymmetrisch placierte oder ungleich geschichtete Gegenstände zurecht zu rücken, zufällig entdeckten Unrat zu beseitigen etc. Dieser Drang macht sich in gleicher Weise geltend, ob die wahrgenommene Unordnung in der eigenen Häuslichkeit oder in einer fremden Wohnung, oder selbst in einem öffentlichen Lokale sich findet, und die Betreffenden fühlen sich geradezu unglücklich, wenn die äusseren Verhältnisse es ihnen nicht gestatten, ihren Ordnungsdrang zu befriedigen. Der Ordnungsdrang kann auch, wie ein von Magnan berichteter Fall zeigt, eine ganz spezialisierte Form annehmen. Ein Patient des genannten Autors beseitigte schon als Kind jedes Krümchen, das in der Nähe seines Tellers lag, mit der Hand oder mit dem Messer. Der Anblick von Krümeln peinigte ihn geradezu, und er fühlte sich zur Entfernung derselben unwiderstehlich getrieben. Gestatteten ihm die äusseren Verhältnisse, z. B. eine Gesellschaft, nicht die sofortige Befriedigung seines Dranges, so geriet er in Angst, bis es ihm gelungen war, in einem unbewachten Augenblicke das Tischtuch in Eile zu reinigen. Der Patient hatte wegen seines sonderbaren Triebes den Spitznamen „Tischkehrer“ erhalten.

Den Übergang zu den kriminellen Zwangsakten, resp. Impulsen bildet eine Reihe von Antrieben mehr oder minder gewalttätiger oder wenigstens anstössiger Natur. Hierher gehören die Impulse, einen wertvollen Gegenstand zu zerbrechen oder zu vernichten, alles.

¹⁾ Loewenfeld: Über die geniale Geistestätigkeit, mit besonderer Berücksichtigung des Genies für bildende Kunst. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, Heft 21, S. 74, 1903.

was unter die Hände kommt, zu zerreißen und zu zerschlagen, sich an irgend jemand tätlich zu vergreifen, zu beißen, zu kratzen, aus Leibeskräften hinauszuschreien, zu fluchen, zu wettern, Schimpfworte auszustossen etc. Öfters, doch nicht immer, hängen diese Impulse mit Zwangsaffekten des Zornes und der Wut zusammen. Es ist begreiflich, dass die Impulse zu Gewalttätigkeiten gegen Andere meist energischer bekämpft werden als die gegen leblose Objekte gerichteten. In den Fällen, in welchen die Unterdrückung letzterer nicht gelingt, beobachtet man öfters, dass ihre Umsetzung in Handlungen nicht in ganz rücksichtsloser Weise, sondern nur in einer sozusagen zahmen Form geschieht. Es werden z. B. nur Taschentücher, Zeitungen etc. zerrissen oder Gegenstände von nicht erheblichem Werte umhergeworfen.

2. Kriminelle und suicidale Impulse.¹⁾ Unter den kriminellen Impulsen kommt den Zwangsvorstellungen, welche körperliche Schädigung oder Tötung anderer Personen betreffen, nicht nur wegen ihrer möglichen Folgeschwere, sondern auch wegen ihrer Häufigkeit die grösste Bedeutung zu. Das Bemerkenswerteste an dem Inhalte dieser Vorstellungen ist, dass dieselben ganz vorwiegend auf nahe Angehörige und selbst auf Familienmitglieder sich beziehen, an welchen der Patient mit besonderer Zärtlichkeit hängt. Die Art des Aktes, den die Vorstellung betrifft und die Form, welche diese annimmt, variirt in den einzelnen Fällen. In einem Teile der Fälle taucht die Vorstellung in Form einer Befürchtung auf, der Kranke könnte gegen irgend jemand von seinen Angehörigen einen homicidalen Akt unternehmen. Mendel²⁾ äusserte die Ansicht, dass in derartigen Fällen der homicidale Gedanke durch eine nosophobische Vorstellung geweckt wird. Die Kranken befürchten, dass sie plötzlich irrsinnig werden und im Zustande geistiger Verwirrung einen homicidalen Akt. begehen könnten. Nach meinen Beobachtungen tritt jedoch die erwähnte Befürchtung auch unabhängig von nosophobischen Vorstellungen auf. In einer weiteren Reihe von Fällen taucht die homicidale Idee nicht in der Form einer Befürchtung, sondern ähnlich anderen abrupten,

¹⁾ Die kriminellen Impulse sexuellen Charakters werden erst im folgenden Abschnitte zur Besprechung gelangen.

²⁾ Mendel, Neur. Centralbl. 1898, S. 9.

sonderbaren Einfällen, in positiver Form aber ohne ausgesprochenen Impuls auf. Die Bekämpfung des Zwangsgedankens erheischt hier keine besondere Anstrengung; wenn die Kranken durch denselben namentlich bei öfterer Wiederkehr erschreckt und geängstigt werden, so ist dies nur auf den ungeheuerlichen Inhalt der Idee, nicht aber auf die Furcht zurückzuführen, dass dieselbe sich in eine Tat umsetzen könnte.¹⁾ In einer dritten Reihe von Fällen endlich verknüpft sich der homicidale Gedanke entweder sofort, oder (bei öfterer Wiederkehr) allmählig mit einem mehr oder weniger erheblichen Impulse. In diesen Fällen hängt der homicidale Gedanke mitunter mit einem Zwangsaffecte des Zornes oder der Wut zusammen. Der Inhalt der homicidalen Zwangsvorstellungen betrifft meist einen bestimmten Akt: Halsabschneiden, Erschiessen, Vergiften, in's Wasser Stossen, Erdrosseln etc. In einzelnen Fällen betrifft der Gedanke sogar Handlungen von ausgesuchter Grausamkeit (siehe Beob. 128 Impuls den einzigen, geliebten Sohn mit Petroleum zu begiessen und anzuzünden). Mitunter ist der Inhalt der Zwangsidee auch unbestimmt. Es besteht nur der Gedanke oder die Befürchtung, einem Familienmitgliede etwas zu Leide zu tun. Die Art des Auftretens homicidaler Ideen zeigt ebenfalls bemerkenswerte Verschiedenheiten. Häufig werden dieselben durch den Anblick eines gefährlichen Gegenstandes, wie einer Schusswaffe, eines Messers, eines Gift enthaltenden Arzneifläschchens geweckt; mitunter bildet der Anblick einer bestimmten Person, oder auch nur eines entblössten Körperteils derselben (des Halses z. B., siehe die von Tuzek mitgeteilte Beobachtung) das auslösende Moment. In gleicher Weise kann die Lektüre und das Hören von Mordaffären wirksam werden. In einem Teil der Fälle treten die homicidalen Ideen, ähnlich anderen Zwangsgedanken unabhängig von irgend welchen äusseren Anlässen auf. Im Vergleiche zu der Häufigkeit der homicidalen Ideen sind die Fälle selten, in welchen dieselben sich mit erheblicheren Impulsen verknüpfen, deren

¹⁾ So wurde eine in den 30er Jahren stehende Patientin meiner Beobachtung längere Zeit von dem Gedanken verfolgt, ihren zärtlich geliebten Gatten zu töten; der Gedanke führte bei der Pat., obwohl sich mit demselben kein ausgesprochener Impuls verknüpfte, erhebliche gemüthliche Depression herbei. Neben den homicidalen machten sich bei der Pat. zeitweilig auch suicidale und religiöse Zwangsideen (die Vorstellung, dass sich der Teufel in ihrer Nähe befinde) geltend. Letztere Idee ist wohl als Erklärungsversuch für die homicidalen Ideen aufzufassen.

Bekämpfung dem Kranken ernsthaft zu schaffen macht. Mitunter erreicht jedoch der Impuls eine solche Gewalt, dass der Kranke nicht nur die grössten Willensanstrengungen zu dessen Niederhaltung machen, sondern auch zu seiner Sicherung besondere Vorsichtsmassregeln treffen muss. Doch gelingt es den Kranken glücklicherweise selbst bei grosser Intensität des homicidalen Dranges in den weitaus meisten Fällen, denselben zu überwinden. Die Literatur weist vergleichsweise nur wenige Fälle auf, in welchen homicidale Impulse zu entsprechenden Gewalttaten führten.

Bei der geringen Anzahl durch Zwangsimpulse bedingter homicidaler Akte verdient der Umstand noch besondere Berücksichtigung, dass in einzelnen dieser Fälle der Impuls keinen längeren inneren Kampf veranlasste und sozusagen kurzerhand befriedigt wurde.

Die Dauer der homicidalen und verwandten Zwangsideen variiert in den einzelnen Fällen ausserordentlich. Zumeist sind dieselben mehr transitorischer Natur; sie tauchen während kürzerer Zeit häufiger oder seltener auf, wobei das Objekt der Zwangsidee das gleiche bleiben oder auch wechseln kann.

Auf der anderen Seite mangelt es aber auch nicht an Fällen, in welchen diese Zwangsvorstellungen jahrelang sich erhalten und dabei stets die gleiche Persönlichkeit betreffen. Zwei hierher gehörige Fälle meiner Beobachtung werden wir später kennen lernen. Manning¹⁾ berichtete über einen Patienten, welcher 17 Jahre lang von homicidalen Impulsen mit wechselnden Objekten verfolgt wurde und sich durch dieselben genötigt sah, entfernt von seiner Familie zu leben. Bemerkenswert ist ferner der Umstand, welcher insbesondere von Garnier²⁾ hervorgehoben wurde, dass homicidale Impulse bereits im frühen Kindesalter auftauchen können.

An die gegen das Leben schliessen sich die gegen die körperliche Integrität Anderer gerichteten Impulse an. Auch diese Impulse beziehen sich vorwiegend auf nahe Angehörige und werden häufig durch den Anblick gewisser, zu Verletzung geeigneter Gegenstände geweckt. Die Patientin, über deren Fall Donath³⁾ berichtete, hatte

1) Manning: *Annales médico-psychologiques*, 1885.

2) Garnier: *La folie à Paris* 1890.

3) Donath l. c.

einige Zeit beim Anblicke eines Messers den Trieb, jemand ein Stück Fleisch aus dem Leibe zu schneiden. Zeitweilig wurde sie auch von dem Zwangsimpulse verfolgt, einem Kinde eine Nadel in den Kopf zu treiben. Bei einer Patientin meiner Beobachtung, über deren Fall später berichtet werden wird, bestand der Impuls, ihrem Kinde die Augen auszustechen; bei einer anderen Patientin meiner Beobachtung wurden durch den Anblick von Messer, Schere, Hammer etc. Impulse, ihren Sohn damit zu verletzen, geweckt.

Mit den suicidalen Zwangsideen verhält es sich in fast allen Beziehungen ähnlich wie mit den homicidalen. Zum Teil werden dieselben durch äussere Anlässe (Anblick einer Waffe, eines Messers, Hinabsehen von einem Fenster, Aufenthalt an einem Gewässer etc.) geweckt, zum Teil tauchen sie aber auch unabhängig von irgendwelchen okkasionellen Momenten auf. Sie können längere Zeit bestehen, ohne sich mit irgend einem merklichen Impulse zu einer entsprechenden Handlung zu verknüpfen — einen hierhergehörigen Fall haben wir deshalb schon an früherer Stelle angeführt — und trotzdem den Kranken schwer ängstigen, selbst andauernde Verstimmungszustände herbeiführen. Ungleich seltener als suicidalen Ideen ohne impulsiven Charakter begegnen wir solchen, die sich mit dem ausgesprochenen Drange der Selbstvernichtung verknüpfen, dessen Bekämpfung grössere oder geringere Willensanstrengung seitens des Kranken erheischt. Da suicidalen Impulsen weniger ethische Bedenken entgegenstehen als homicidalen, ist es begreiflich, dass dieselben bei gleicher Intensität leichter zu einer Handlung führen als die homicidalen Ideen. Meines Erachtens kommen daher Selbstmorde infolge von Zwangsimpulsen ungleich häufiger vor als homicidale Akte. Homi- wie suicidale Zwangsideen können, wie wir schon gesehen haben, bei grosser Intensität des Impulses sich mit entsprechenden Halluzinationen verknüpfen. In den von Kelp mitgeteilten Falle handelte es sich um ein 20 jähriges chlorotisches Mädchen, bei welchem der Zwangsimpuls, die Schwester zu erstechen, mitunter mit der Vision eines blutigen Messers vergesellschaftet war. Bei der Patientin meiner Beobachtung 59 verknüpfte sich die gleiche Vision mit suicidalen Impulsen.

Die Tötung oder Verletzung anderer Personen betreffende Zwangsvorstellungen können, wie wir schon oben gesehen haben, neben solchen mit suicidalen Inhalte bestehen oder mit solchen wechseln.

Hierher gehörige Beobachtungen wurden auch von Magnan und Saury¹⁾ mitgeteilt. Ein Patient des letztgenannten Autors fühlte z. B. beim Anblick einer Waffe einen Drang, dieselbe gegen sich selbst oder gegen eine andere Person zu gebrauchen.

Was die Beziehungen der homi- und suicidalen Zwangsideen zu anderen Zwangsvorstellungen anbelangt, so werden dieselben zwar vorwiegend bei Individuen angetroffen, welche noch an anderen Zwangsvorstellungen laborieren oder wenigstens an solchen früher litten; doch können dieselben auch ganz isoliert, ohne Vorhergang irgend welcher anderer Zwangsvorstellungen, auftauchen. Soweit suicidale Vorstellungen in Betracht kommen, so finden sich hierfür in unserer Kasuistik mehrere Belege. Ein Umstand, der hier noch Erwähnung verdient, ist, dass suicidale Zwangsvorstellungen in einer Art logischer Verbindung mit anderen Zwangsideen auftreten können.

Ich habe in einer vor Jahren publizierten Arbeit²⁾ den Fall eines älteren an leichter Melancholie und Schlafmangel leidenden Herrn mitgeteilt, bei welchem sich infolge allmäligen Versagens des lange Jahre gebrauchten Chlorals die Zwangsidee entwickelt hatte, dass das Chloral das einzige für ihn vorhandene Schlafmittel sei, dass dieses jetzt seine Wirkung versage und ihm deshalb bevorstehe, an Schlaflosigkeit und Entkräftung jammervoll zu Grunde zu gehen; um dem vorzubeugen, müsse er seinem Leben ein Ende machen. Diese Vorstellungen beherrschten sein Denken derart, dass es unmöglich war, ein Gespräch über irgend einen anderen Gegenstand mit ihm zu führen. Der Gedanke des Suicids wurde allmählich als etwas Selbstverständliches behandelt, nur über das Wie noch deliberriert. Der Patient erkundigte sich z. B., wie viel Chloral zur Herbeiführung des Exitus letalis nötig sei, ob eine vorgezeigte Schlinge geeignet sei, um sich damit zu erhängen, und schlug einen Nagel in das Gebälke auf dem Speicher, „für alle Fälle“, wie er meinte. Aus dem Angeführten ist ersichtlich, dass die suicidale Zwangsidee, obwohl sie den Kranken völlig beherrschte, doch des

¹⁾ Saury, *Les dégénérés* 1886.

²⁾ Loewenfeld, *Ueber die Behandlung von Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten vermittelst des Induktionsstromes* 1881, S. 13.

eigentlich impulsiven Charakters ermangelte. Es kam auch bei dem Patienten zu keinem Tentamen suicidii.

Auch der Zwangstrieb zur Selbstbeschädigung wird beobachtet, bildet jedoch ein seltenes Vorkommnis. Über 2 hierher gehörige Fälle, welche beide Individuen mit schweren Degenerationserscheinungen betrafen, berichtete Camuset (Congrès international de méd. ment. 5—10. Aug. 1889).

Ungleich seltener als homicidalen Impulsen begegnen wir den Zwangstrieben zu stehlen und Feuer anzulegen (Kleptomanie und Pyromanie). Was zunächst die Kleptomanie anbelangt, so bildet dieselbe nach meinen persönlichen Erfahrungen und den Mitteilungen der Litteratur bei Angehörigen deutscher Nationalität ein höchst seltenes Vorkommnis, während sie in Frankreich und namentlich in Paris sich häufiger finden mag. In Paris scheinen nach den Mitteilungen Dubuisson's¹⁾ die grossen Verkaufsbazare das Auftreten kleptomanischer Impulse und deren Befriedigung in besonderem Maasse zu begünstigen.

Auf der anderen Seite ist jedoch zu berücksichtigen, dass Magnan die Kleptomanie zu den seltenen Syndromen der Degeneration zählt und Lasègue deren Vorkommen sogar bezweifelt hat.

Magnan (3^{me} congrès d'anthropologie criminelle. Bruxelles 1892) bezeichnet als das Charakteristische derselben eine unwiderstehliche, zum Diebstahl treibende Zwangsvorstellung, welche einen inneren Kampf verursacht, von Angst begleitet ist und nach Ausführung der Tat zunächst ein Gefühl der Erleichterung nach sich zieht. Die Feststellung dieser Momente stösst jedoch aus Gründen, die wir später kennen lernen werden, häufig auf Schwierigkeiten. Bemerkenswert ist, dass die echte Kleptomanie weit vorherrschend bei Personen weiblichen Geschlechtes und ganz vorwaltend bei Angehörigen der begüterten, z. T. selbst der reichen Klasse vorkommt.

In den meisten Fällen finden sich neben der Kleptomanie noch andere psychische Anomalien, insbesondere Zwangsercheinungen. In ihrem intellektuellen Verhalten zeigen die Kleptomanen auffällige

¹⁾ Dubuisson: Les voleuses des grands magasins. Étude clinique et médico-legale. Archives d'Anthropologie criminelle etc. 16. Bd. 1901. S. 1 u. f.

Unterschiede; unter denselben finden sich geistig hochstehende ebensowohl als schwachsinnige Individuen vertreten.¹⁾

Der Zwangstrieb, Feuer anzulegen, bildet ein noch selteneres Vorkommnis als die Kleptomanie, und unter den pathologischen Brandstiftern bilden die echten Pyromanen einen sehr geringen Prozentteil. Einen hierher gehörigen Fall teilte Pick²⁾ mit. Derselbe betraf einen 18jährigen erblich belasteten, schwachsinnigen und mit Petit Mal behafteten Wirtschaftsgehilfen, der wiederholt ohne jedes Motiv Brandstiftung verübte. Auf Befragen erklärte der Kranke, dass ihm der Gedanke gekommen sei und er es tun musste. Magnan berichtet über 3 Fälle von Pyromanie: Ein Degenerierter von 55 Jahren ergreift eines Tages ohne jedes Motiv einen Leuchter mit brennender Kerze und zündet, nachdem er vergeblich gegen den sich aufdrängenden Impuls angekämpft hatte, mehrere Wäschestücke an. Eine 44jährige Frau wird durch die sich ihr beständig aufdrängende Zwangsidee, Feuer anzulegen, genötigt, aus ihrem Hause zu fliehen. Ein 12jähriger Junge stiftete ohne jedes Motiv einen Kellerbrand an und erklärte, dass er dem Drange, Feuer anzulegen, lang Widerstand geleistet habe, aber er habe denselben nicht überwinden können. Nach Marandon de Montiel³⁾ sind die mit pyromanischen Zwangsimpulsen Behafteten zumeist Schwachsinnige.

3. Sexuelle Impulse. Die dem sexuellen Gebiete angehörenden Zwangsimpulse und -Triebe sind mannigfacher Art und bilden im ganzen ein schwer abzugrenzendes Gebiet, da ein und

¹⁾ Es sei hier noch an den an früherer Stelle S. 280 erwähnten Fall eines jugendlichen Kleptomanen erinnert, welcher beständig von Diebstählen träumte. Der Fall betrifft einen schwachsinnigen Entarteten, bei welchem sich der Stehtrieb bereits im 4. Jahre zeigte und nach der Pubertät erheblich zunahm. Der Kranke stahl, was ihm unter die Hände kam, und wusste mit dem Entwendeten nichts anzufangen. Ein innerer Kampf ging den Diebstählen nicht vorher. Der Patient gab den bei ihm auftauchenden Impulsen, offenbar in Folge seiner geistigen Schwäche, ohne Widerstand nach und fühlte nach der Tat trotzdem Befriedigung. Er übersetzte gelegentlich seine kleptomanischen Traumerlebnisse in die Wirklichkeit, indem er Diebstähle in der Weise ausführte, wie er von ihnen geträumt hatte.

²⁾ Pick, Befund und Gutachten über den der Brandlegung angeklagten L. F., 18jährigen Wirtschaftsgehilfen aus M. Prager med. Wochenschrift 1887. N. 50.

³⁾ Marandon de Montiel, Du diagnostic médico-légal de la pyromanie par l'examen indirect. Arch. de Neur. 1887 N. XIII., p. 19.

derselbe Akt mit verschiedenen psychischen Vorgängen zusammenhängen kann und fließende Übergänge zwischen dem ausgesprochen Krankhaften und dem Normalen im Bereiche des Sexuallebens sich überall finden. Anfälle exzessiver sexueller Erregung (Satyriasis und Nymphomanie), in welchen ohne jede Rücksicht, mit blindem, wutartigem Drange nach Befriedigung auf normaler oder perverser Weise getrachtet wird, bilden nicht ganz seltene Vorkommnisse. Der impulsive Charakter des Vorgangs lässt sich hier nicht bestreiten, sofern das Individuum zweifellos einem unwiderstehlichen Drange unterliegt, allein um einen Zwangstrieb in dem uns hier beschäftigenden Sinne handelt es sich hierbei meines Erachtens nicht. Das Bewusstsein ist in den in Frage stehenden Anfällen gewöhnlich nicht ganz ungetrübt; es handelt sich um einen Zustand rauschartiger Erregung, der von Amnesie gefolgt sein kann. In der grossen Mehrzahl der Fälle bildet die paroxysmale, blind nach Befriedigung drängende sexuelle Erregung lediglich Teilerscheinung einer transitorischen psychischen Störung, eines psychisch-epileptischen Äquivalents oder andauernder Geisteskrankheiten (Manie, manische Periode des zirkulären Irrseins, Paralyse). Auch nach Kopftraumen, bei cerebralen Herderkrankungen und Idiotie sind Anfälle der in Frage stehenden Art beobachtet worden. Während in den erwähnten Fällen der sexuelle Drang, wie wir bemerkten, blind, d. h. überhaupt nur auf Befriedigung irgend welcher Art und nicht auf ein bestimmtes Objekt gerichtet ist, begegnen wir anderen Fällen, in welchen ein krankhaft gesteigertes sexuelles Begehren lediglich gegenüber einem bestimmten Objekte (Individuum) besteht, das aber seiner Natur nach nicht geeignet ist, unter normalen Verhältnissen sexuelles Verlangen zu erwecken. Derartige abnorme sexuelle Neigungen, die sowohl periodisch als andauernd sich geltend machen können, müssen zu den Zwangstrieben gezählt werden. Einen sehr bemerkenswerten Fall der letzteren Kategorie teilt Magnan mit.¹⁾ Eine 29jährige, erblich belastete Frau, welche an Kleptomanie, Aichmophobie, Zwangsskrupeln etc. gelitten hatte, wurde seit 8 Jahren von einem unüberwindlichen Verlangen nach geschlechtlichem Verkehre mit einem ihrer 5 Neffen, die sich im Alter von 3—13 Jahren befanden, gequält. Zuerst bildete der älteste, damals 13jährige das Objekt

¹⁾ Magnan l. c. S. 41.

ihres abnormen Begehrens; sein Anblick genügte, sie schon in die ausgesprochenste sexuelle Erregung (mit Orgasmus) zu versetzen, und die Patientin fühlte sich getrieben, den Knaben zu erfassen und an sich zu ziehen. Als dieser Neffe älter wurde, übertrug sich die Neigung successive auf die jüngeren, und zuletzt nahm sie der jüngste 3jährige ganz in Anspruch. Die Kranke war in Verzweiflung über ihre krankhafte Neigung, die sie stets zu beherrschen wusste. Von Zeit zu Zeit kam sie in die Familie um ihre Kraft zu erproben. Dabei machte sich das abnorme Verlangen immer wieder geltend, und die Bekämpfung verursachte ihr erhebliche Beschwerden. Andere kleine Knaben liessen sie gleichgiltig, doch vermied sie die nähere Berührung mit denselben.

Über einen Fall mit periodischem Auftreten des hier in Rede stehenden Zwangstriebes berichtete Anjél.¹⁾ Eine erblich stark belastete, dem Klimakterium nahe stehende Frau, welche in jungen Jahren an Petit Mal gelitten hatte und stets excentrisch, dabei jedoch streng sittlich war, wurde vor mehreren Jahren nach gemüthlichen Erregungen von einem hystero-epileptischen Anfalle mit folgendem mehrwöchentlichem Irrsein heimgesucht. Daran schloss sich mehrmonatlicher Schlafmangel. In der Folge machte sich während der Menses neben Insomnie ein Drang geltend, Knaben unter 10 Jahren an sich zu locken, zu küssen und ihre Genitalien zu betasten. Drang zu sexuellem Verkehr mit Erwachsenen bestand dabei nicht. Die Frau, welche intervallär keinerlei geschlechtliche Begehrlichkeit zeigte, verlangte während der kritischen Zeit Überwachung, da sie sich ihrem Drange gegenüber nicht sicher fühlte.²⁾

Der Hang zur Masturbation nimmt, wie ich schon anderen Orts erwähnt habe, in seltenen Fällen bei erblich Belasteten periodisch die Form eines Zwangstriebes an, der unwiderstehlich zur Befriedigung drängt. Der onanistische Zwangsimpuls kann sich ähnlich anderen Zwangsimpulsen mit Herzklopfen, Zusammenschnüren im Halse und lebhaften Angstgefühlen verknüpfen und momentan eine solche Gewalt erreichen, dass das Individuum demselben ohne Rück-

¹⁾ Anjél (Arch. f. Psych. XV. Hft. 2.).

²⁾ In einem weiteren von Anjél mitgetheilten Falle von periodisch wiederkehrendem sexuellem Drange kleinen Mädchen gegenüber, der bei einem den höheren Ständen angehörenden Herrn auftrat, handelt es sich offenbar um psychisch-epileptische Äquivalente.

sicht auf seine Umgebung und die etwaigen Folgen befriedigt. Zwei hieher gehörige Fälle meiner Beobachtung werden in der Kasuistik mitgeteilt werden.

Die sexuellen Zwangsimpulse können auch die Ausführung perverser Akte betreffen. Einen typischen Fall impulsiver Sodomie teilt z. B. Boeteau¹⁾ mit. Der Kranke, ein 16 Jahre alter, erblich belasteter Gärtnerjunge, welcher insbesondere an weiblichen Kaninchen Sodomie beging, wurde von dem Impulse zu dieser Handlung anfallsweise etwa alle 8 Wochen heimgesucht. Das Auftreten des Zwangsgedankens war von einer Reihe anderer Störungen begleitet, Unbehagen, Kopfschmerzen, Gefühl, als ob er den Verstand verliere. Mit dem Ankämpfen gegen den Zwangsgedanken machte sich zunehmende Angst und Steigerung des Kopfschmerzes bis zur Unerträglichkeit geltend. Auf der Höhe des Anfalles kam es zu Gehörshalluzinationen (Glockenläuten), Ausbruch kalten Schweißes, Zittern der Kniee. Die Ausführung des Aktes geschah in impulsiver Weise und war nach Aussage des Patienten nicht mit einem Wollustgefühle, sondern nur mit Befriedigung über die Beendigung des durch den Zwangstrieb verursachten qualvollen Zustandes verknüpft.

Über einen ähnlichen Fall, wobei der sodomitische Zwangsimpuls plötzlich und von steigender, bis zur Unerträglichkeit anwachsender Angst begleitet auftrat, berichteten Boissier und Lachaux.²⁾ Die gleichen Beobachter teilten einen Fall von Exhibitionismus bei einem Degenerirten mit, bei welchem die perversen Akte ebenfalls auf Zwangsimpulse zurückzuführen waren.

Magnan, welcher dem Exhibitionismus eine besondere Vorlesung widmete, führt ebenfalls einen Fall von exhibitionistischem Zwangstrieb an, wobei er bemerkt, dass die wahren Exhibitionisten, deren perversen Akten ein krankhafter zwingender Trieb zu Grunde liegt, selten sind.

Endlich ist hier noch zu berücksichtigen, dass auch bei manchen Akten, welche in das Gebiet des Sadismus und Fetischismus fallen, Zwangsimpulse im Spiele sind. Der Grundzug der sadistischen Anomalie, die Erregung sexueller Lustgefühle durch die Wahr-

¹⁾ Boeteau, *La France medicale*, 38. Jahrg. No. 38.

²⁾ Boissier et Lachaux, *Perversions sexuelles à forme obsédante*. (*Arch. de Neurol.* Vol. XXVI. 1893. No. 81.)

nehmung oder Vorstellung von Leiden anderer Individuen, muss wie ich schon andern Orts¹⁾ betont habe, nicht immer mit einem Drange, sich sexuelle Lustgefühle durch Grausamkeitsakte zu verschaffen, verbunden sein. Wo die sadistische Perversion sich in entsprechenden Akten äussert, müssen die moralischen Widerstände bei dem Individuum sehr gering sein oder auch ganz fehlen (moral insanity), oder Antriebe von Zwangscharakter vorliegen.

Unter den Fetischisten suchen insbesondere die Haar- und Kleiderfetischisten sich häufig auf widerrechtlichem Wege in den Besitz des sie sexuell erregenden Gegenstandes (Fetisch) zu setzen. Die Haarfetischisten werden Zopfabschneider und die Kleiderfetischisten eignen sich durch Diebstahl die für sie attraktiven Teile der weiblichen Toilette, insbesondere Wäschegegenstände, an. So wurden in der Behausung eines in Paris festgenommenen Zopfabschneiders 65 Zöpfe und Haarflechten vorgefunden. Es liegt nahe, dass in derartigen Fällen die criminellen Handlungen wenigstens zum Teil durch Zwangstrieb bedingt sind, wie dies Magnan für einzelne Fälle seiner Beobachtungen annahm.

b) Zwangsakte mit coincidierenden Impulsen.

Ein weiterer Teil der primären Zwangsbewegungen wird durch Zwangsvorstellungen impulsiver Natur herbeigeführt, welche sich sofort und unwiderstehlich in den entsprechenden motorischen Akt umsetzen; Impuls und Handlung fällt hier sozusagen zusammen. Der Kranke hat zwar Bewusstsein von dem Akte, den er ausführt, er ist aber wegen der unmittelbaren Aufeinanderfolge von Impuls und Bewegung nicht imstande, letztere zu verhindern, und es kann bei ihm der Eindruck entstehen, dass die ausgeführte Bewegung ein völlig unwillkürlicher, krampfartiger Vorgang sei. Wir müssen hier jedoch sogleich bemerken, dass bei den gleichen Bewegungsvorstellungen die Intensität des Impulses schwanken kann, so dass zeitweilig der Impuls unmittelbar und unaufhaltsam in Bewegung sich umsetzt, zeitweilig dagegen sich unterdrücken lässt.

Die grosse Mehrzahl der hierher gehörigen Zwangsbewegungen gehört den sogenannten „Tics“ an; bei diesen handelt es sich um eine Kombination von Bewegungen, welche ursprünglich willkürlich

¹⁾ Loewenfeld: Sexualleben u. Nervenleiden. III. Aufl. 1903. S. 254 u. f.

zu einem bestimmten Zwecke ausgeführt wurden, in Folge häufiger Wiederholung sich jedoch mehr und mehr dem Einflusse des Willens entziehen. Der Impuls wird dann nicht mehr durch associative Vorgänge — Motive — geweckt, sondern er tritt unabhängig von solchen und unter Umständen auf, unter welchen die Ausführung der Bewegung nicht nur zwecklos, sondern für das Individuum mehr oder weniger störend ist. Häufig lässt die Intensität des Impulses dem Individuum keine Zeit, dessen Umsetzung in Bewegung durch Willensanstrengung zu verhindern, während in anderen Fällen zeitweilig wenigstens die Unterdrückung des Tics möglich ist. Bei länger bestehenden Tics kommt es nicht selten dahin, dass, wenn die Aufmerksamkeit des Individuums durch irgend einen Gegenstand in Anspruch genommen ist, sich die betreffenden Bewegungen der Kenntnis des Individuums ganz entziehen, d. h. sich rein automatisch abspielen. Die Bewegungskombination, welche zum Tic sich gestaltete, erfährt ferner vielfach im Laufe der Zeit eine solche Reduktion, dass die Deutung derselben schwierig wird.

Nach meinen Beobachtungen finden sich Tics als Komplikation bei verschiedenen neuro- und psychopathischen Zuständen (Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie, Melancholie etc.), ferner als Teilerscheinung der Zwangsvorstellungskrankheit, häufig aber auch und zwar namentlich bei jugendlichen, erblich neuro- und psychopathisch disponierten Individuen als selbständige Affektion. In diesen Fällen handelt es sich zumeist um einen einzelnen oder einige, auf bestimmte Körperteile sich beschränkende Tics. Daneben finden sich auch Fälle, in welchen die Tics grössere Ausbreitung und Intensität erlangen und sich mit Zwangsbewegungen anderer Art vergesellschaften. Diese Zustände bilden die von Gilles de la Tourette¹⁾ zuerst beschriebene und als *Maladie des Tics* bezeichnete Erkrankungsform. Nach der Schilderung des genannten Autors beginnt das Leiden, welches zumeist bei erblich belasteten Individuen und zwar schon im Kindesalter auftritt, mit geringfügigen unwillkürlichen und inkoordinierten Bewegungen im Gesichte und an den oberen Extremitäten. Die Bewegungen werden allmählig umfänglicher, bizarrer

¹⁾ Gilles de la Tourette: *Étude sur une affection nerveuse, caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'Echolalie et de Coprolalie.* (Arch. de Neurol. 1885. No. 25, 26, 27).

und rascher und verbreiten sich auch auf die unteren Extremitäten. In einem Teile der Fälle beschränkt sich das Leiden auf die angeführten Symptome, während in einem anderem Teile sich zu denselben Erscheinungen seitens des Sprachapparates (Ausstossen von unartikulierten Lauten oder Worten, Echolalie, Coprolalie) und Echo-kinese gesellen. Nach Gilles de la Tourette soll das geistige Verhalten der Kranken im übrigen keine Anomalien aufweisen und es sich um ein wesentlich motorisches Leiden handeln, welches chronisch mit Remissionen und Exacerbationen verläuft und fast nie in Genesung ausgeht.

Von den Beobachtern, welche sich in der Folge mit der Maladie des Tics beschäftigten, Charcot, Guinon, Roubinowitsch, Oppenheim, Stembo, Jolly, Bresler, Remonchamps u. a.¹⁾ wurde nicht nur die Unrichtigkeit der Gilles de la Tourette'schen Annahme, dass es sich bei den Tics um inkoordinierte Bewegungen handle, nachgewiesen, sondern auch das Vorkommen von Zwangsvorstellungen neben den Tics erwähnt. So litt eine mit Maladie des tics behaftete Patientin, über welche Roubinowitsch berichtete, an dem Zwange, sich selbst oder die zerbrechlichen Dinge in ihrer Nähe, durch Stoss zu beschädigen und fortwährend an dünnen Stoffen und Geweben zu zupfen. Diese Impulse verknüpften sich mit heftiger Angst und führten zu einem mehr oder weniger langem Kampfe, der mit Ausführung des Aktes endete, worauf Erleichterung eintrat. Auch Oppenheim beobachtete bei einzelnen mit Maladie des tics behafteten Patienten Zwangshandlungen von nicht ticartigem Charakter, zwangsmässig wiederholte Berührung von Gegenständen, Zwang, beim Gehen nach einer bestimmten Anzahl von Schritten rückwärts zu schreiten etc.

¹⁾ Guinon: La maladie des tics. *Revue de médecine* 1886. — Roubinowitsch: Un cas de maladie des tics. *Annales méd. psych.* 1892. — Oppenheim: Berliner klin. Wochenschr. 1889, S. 515. — Stembo: Ein Fall von Tourette'scher Krankheit. *Berl. klin. Wochenschr.* 1891. — Jolly: Über die sog. Maladie des tics. *Charité-Annalen* XVII. Bd. — Bresler: Beitrag zur Lehre von der Maladie des tics convulsifs. *Neur. Centr. Bl.* 1896, S. 965. — Remonchamps: Sur les troubles mentaux dans la maladie des tics convulsifs. *Bulletin de la société de méd. ment. de Belgique* 1895, Mars. — Köster: Über die Maladie des tics impulsifs. *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde* 1899, XV.

Die Zwangsbewegungen, mit welchen wir uns hier zu beschäftigen haben, lassen sich in 4 Gruppen sondern:

1. Zwangsakte, welche vereinzelt und in unregelmässigen Zwischenräumen auftreten. Eine interessante hieher gehörige Beobachtung teilte Magnan mit.

Beobachtung 127. Bei einer 28jährigen schwachsinnigen Frau machte sich von Zeit zu Zeit der Trieb geltend, das, was sie in der Hand hatte oder was ihr zunächst lag, zur Erde zu werfen. Die Zwangsvorstellung trat plötzlich, ohne nachweisbaren Anlass auf. Die vorher ganz ruhige Kranke warf mit einem Male irgend einen Gegenstand auf die Erde. Dann war es vorüber. Die Kranke war während ihrer Handlung bei Bewusstsein und war selbst erstaunt und beunruhigt. Während des Aktes blieb sie kühl, gab kein Zeichen von Zorn. Sie erklärte, es sei ihr ganz unmöglich, das Werfen zu unterlassen. Zuweilen leistete sie Widerstand, aber der Trieb war stärker, sie musste werfen. Während ihres Widerstandes traten die bekannten Symptome auf: Blässe, Magendruck. Sobald die Handlung ausgeführt war, fühlte sich die Kranke erleichtert. Seit 3 Jahren hatte sie alles Mögliche zerbrochen, besonders Küchengeräte und Geschirr. Während des Essens kam ihr plötzlich der Gedanke, eine Weinflasche oder einen Teller auf die Erde zu werfen: sofort geschah es. Andere Male warf sie Gegenstände nach den Ihrigen, ohne dabei diese schädigen zu wollen. Einmal warf sie eine Weinflasche einer Dame an den Kopf, die ihr in guter Absicht in der Wirtschaft half und ihr Geld geliehen hatte. Sie wusste nicht, warum sie es getan hatte, und bereute es sehr. Sie weinte und sagte, sie sei nicht Schuld, sie wolle nichts Böses, aber es sei stärker als sie. Vor einem Jahre ass sie mit ihrem Manne auf der Terrasse einer Gastwirtschaft zu Mittag. Während des Essens ergriff sie die Weinflasche und warf sie ohne Weiteres unter den Tisch. Sie war vollkommen ruhig und nüchtern, es war kein Zank vorausgegangen. Sie ging eines Tages mit ihrem Kinde auf dem Arme spazieren, plötzlich warf sie es auf den Rasen. Auch in der Anstalt wurden die Zwangshandlungen beobachtet: sie warf ihren Becher, ihren Löffel, eine Ölflasche, die in der Nähe stand, auf die Erde. Jedesmal entschuldigte sie sich hinterher. Auch versuchte sie einige Male vergebens, an sich zu halten.

Ein von Bresler¹⁾ mitgeteilter Fall zeigt, dass auch ein andauernd bestehender Zwangstrieb unter dem Einflusse von Affekten

¹⁾ Bresler: Beitrag zur Lehre von der Maladie des tics convulsifs. Neurol. Centr. Bl. 1896. S. 965.

und anderen Umständen plötzlich eine Steigerung erfahren kann, welche die Ausführung der betreffenden Handlung unmittelbar nach sich zieht. Bei dem Kranken, über welchen Bresler berichtet, bestand ein Trieb, Fenster einzuschlagen, der bei günstiger Gelegenheit mit blitzartiger Geschwindigkeit befriedigt wurde. Mitunter wurden die Attacken auf die Fenster bei dem Kranken durch Zerreißen von Kleidern ersetzt.

2. Zwangsakte vom Charakter der Tics, die sich in gleicher Form, in kleineren oder grösseren Intervallen wiederholen oder auch abwechselnd in verschiedenen Muskelgebieten auftreten. Die dieser Gruppe angehörenden Zwangsbewegungen variiren in's Unendliche. Am häufigsten sind die Gesichts-, Hals- und Schultermuskeln beteiligt: Stirnrunzeln, Augenzwinkern, Verziehen und Aufreißen des Mundes und andere Grimassirungen; schüttelnde und drehende Bewegungen, auch Zurückwerfen des Kopfes, ruckartige Bewegungen einer oder beider Schultern. Ferner sind als häufig zu erwähnen: Greifen nach verschiedenen Teilen des Gesichtes oder Zupfen an solchen, Bewegungen des Mückenfangens oder der Abwehr von Fliegen, Zusammenschlagen und Reiben der Hände, Hinausstossen der geballten Faust, stampfende, scharrende oder schleudernde Bewegungen mit den Beinen, Aufschnellen vom Sitze etc.

3. Zwangsbewegungen seitens des Respirations-, Stimm- und Sprachapparates. Zwangsmässiges Ausstossen verschiedenartiger unarticulierter Laute (Schnauben, Schmatzen, Schnalzen), Produktion von Lauten, die mehr oder minder Ähnlichkeit mit Tierstimmen haben (Grunzen, Heulen, Bellen, Miauen). Häufig begegnet man auch dem Hervorstossen schmutziger Worte, besonders gemeiner Schimpfworte und Redensarten (Coprolalie), seltener der Äusserung sinnloser Wörter und Phrasen. Der Impuls zur Coprolalie kann in manchen Fällen zeitweilig unterdrückt werden, während er zu anderen Zeiten unwiderstehlich ist. Mitunter wird auch der Zwang, gehörte Laute oder Worte zu wiederholen (Echolalie) beobachtet. Hieher gehört auch der Zwang, bei ernster oder selbst trauriger Stimmung zu lachen, durch welchen für den Patienten und seine Umgebung mitunter sehr peinliche Situationen herbeigeführt werden. Ich habe diese Erscheinung mehrfach bei Neurasthenischen als vorübergehendes Vorkommnis beobachtet. Dieselbe kann jedoch, wie

ein von Magnan mitgeteilter Fall zeigt, auch andauernd bei allen möglichen Gelegenheiten auftreten.¹⁾

4. Zwangsmässige Nachahmung bei Anderen wahrgenommener Bewegungen (Echokinese). Diese Erscheinung findet sich wie die Echolalie bei der *Maladie des tics* und Psychosen auf degenerativer Basis, in besonders ausgeprägter Form jedoch bei einem eigenartigen, bei einzelnen asiatischen Völkern vorkommenden pathologischen Zustände, der als Copirkrankheit, Latah, Sakit Latah, Myriachit etc. bezeichnet wird und wahrscheinlich mit dem von Beard als Jumping beschriebenen, in dem nordamerikanischen Staate Maine beobachteten Krankheitszustande identisch ist. Der Nachahmungszwang bildet die Haupterscheinung des genannten Leidens. Nach Tokarski,²⁾ dem wir die erste genaue Schilderung desselben verdanken, sind die Befallenen genötigt, gegen ihren eigenen Willen nicht nur Bewegungen nachzuahmen, die man vor ihren Augen ausführt, und vorgesprochene Worte zu wiederholen, sondern auch ganz sinnlose, selbst verbrecherische Handlungen vorzunehmen, wenn ihnen dieselben befohlen werden.

Mitunter tritt das Leiden in epidemischer Form auf. Über einen interessanten Fall dieser Art berichtet Dr. Kuschin: Eine Truppenabteilung wiederholte während der Übungen die Befehle des Kommandirenden, statt sie auszuführen, und als dieser, darüber aufgebracht, begann, die Soldaten zu schelten und ihnen zu drohen, wiederholten sie die Scheltworte und Drohungen. Von französischen Autoren (Charcot, Guinon, Gilles de la Tourette) wurde das Leiden mit der *Maladie des tics* identifiziert, von anderer Seite dagegen (Sommer-Allenberg) als hypnotischer Zustand aufgefasst. Erstere Ansicht wurde von Tokarski mit Recht als irrtümlich bezeichnet; dagegen lässt sich nicht verkennen, dass der Zustand der Hypnose, speziell der sogenannten Faszination, sehr nahe steht und daher jedenfalls als ein hypnoider zu deuten ist.

¹⁾ Magnan: Vorlesungen S. 31. Der Fall betrifft eine schwachsinnige, mit Verfolgungsideen etc. behaftete Kranke, welche bez. ihres Lachens Folgendes angab: „Das ist immer mein Fehler gewesen, man hat mich oft deshalb getadelt. An manchen Tagen muss ich immer an mich halten, um nicht laut zu lachen. . . . Ich lache, aber es kommt mir nicht von Herzen, ich weiss nicht warum. Ich lache, aber ich will nicht lachen, ich weiss nicht weshalb ich lache.“

²⁾ Tokarski: Meriatschenje und *maladie des tics convulsifs*. Moskau 1890. Ref. Neurol. Centralblatt 1890. S. 662

B. Zwangshemmungen.

Die Zwangshemmungen lassen sich ebenfalls in zwei Gruppen sondern: sekundäre, d. h. indirekt durch andere Zwangsercheinungen (Zwangsvorstellungen, Zwangsaffekte, Zwangsakte) bedingte und primäre, d. h. direkt von Zwangsvorstellungen abhängige ¹⁾. Zwangsvorstellungen jeder Art können bei grösserer Intensität und hartnäckiger Widerkehr die Fortführung irgend einer körperlichen oder geistigen Beschäftigung erschweren und zum Teil selbst verhindern, sohin sekundäre Zwangshemmungen nach sich ziehen. Besonders auffällig ist der Einfluss, welchen einzelne Zwangsvorstellungen in dieser Richtung äussern. In erster Linie kommt hier die Zweifelsucht in Betracht, die bei stärkerer Entwicklung die Erledigung der einfachsten Verrichtungen endlos verzögern und jede berufliche Tätigkeit unmöglich machen kann. Beginnen die Zweifel schon des Morgens beim Aufstehen, so kann das Toilettmachen schon eine Anzahl von Stunden beanspruchen, wie wir gesehen haben; ebenso verhält es sich bei anderen Beschäftigungen. Einen ähnlichen, doch im ganzen minder erheblichen Einfluss bekunden Zwangsgrübeleien; es ist begreiflich, dass ein Individuum, dessen Gedanken nicht bei der vorzunehmenden Arbeit bleiben, sondern fortwährend nach den verschiedensten Richtungen abirren, ungleich weniger zu leisten vermag, als ein Mensch, dessen Aufmerksamkeit stetig der Arbeit zugewandt bleibt. Von den übrigen Zwangsvorstellungen sei hier nur an die Berührungsfurcht und die Mysophobie mit ihrem Waschzwang erinnert, welche in ihren höheren Graden die Kranken zur Erledigung ihrer häuslichen oder beruflichen Geschäfte unfähig machen können.

Unter den Zwangsaffekten werden insbesondere die Angstzustände eine überaus häufige Quelle von Zwangshemmungen. Der Topophobe, welcher nicht imstande ist, einen Platz oder eine Strasse zu überschreiten, einen Trambahnwagen zu besteigen, oder es nicht einmal wagt, sein Haus zu verlassen, leidet an einer Zwangshemmung, wie der Kranke, der durch eine Funktionsphobie verhindert wird, irgend welche berufliche Verrichtungen öffentlich vorzunehmen. Auch durch

¹⁾ Die durch Angstzustände unmittelbar herbeigeführten motorischen Hemmungsvorgänge lassen wir, weil schon früher berührt, hier ausser Betracht.

Zwangsbewegungen können Zwangshemmungen bedingt werden. Der Zwang, bei einer Beschäftigung eine anfänglich intendierte und zweckmässige Handlung oder einen nur zufällig vorgenommenen Akt (Berührung eines Gegenstandes) öfters zu wiederholen, wirkt begreiflicherweise hemmend auf den Fortgang der betreffenden Tätigkeit. Den gleichen Einfluss können Bewegungen ausüben, welche durch Kontrastvorstellungen angeregt werden. Ein Patient Janet's wurde, wenn er eine feinere Bewegung auszuführen hatte, durch den Gedanken, dass er eine Ungeschicklichkeit begehen werde, belästigt. Er glaubte, dass er z. B. das Glas, das er ergreifen wollte, fallen lassen werde; sein Daumen beugte sich infolge dieser Vorstellung, statt das Objekt festzuhalten, stark gegen die Hohlhand. Allmählig wiederholte sich diese Zwangsbewegung fast ohne jede Überlegung, so dass er keine feinere Bewegung mehr ausführen konnte. Er war z. B. nicht mehr imstande, zu schreiben, da sich der Daumen gegen die Hohlhand bewegte, bevor er die Feder berührte. Janet glaubt, dass manche Fälle von Schreibkrampf auf diesem Wege entstehen.

Auch selbständige Zwangsbewegungen können vorübergehend als Hemmnisse bei der Ausführung irgend eines Aktes sich geltend machen, wie wir aus dem in der Kasuistik mitzuteilenden Falle eines 7jährigen Knaben ersehen werden.

Die direkten oder primären Zwangshemmungen gehen zumeist von der Zwangsvorstellung des Nichtkönnens, der Unfähigkeit zu einer bestimmten Leistung oder zum Aushalten in einer gewissen Situation, seltener von der Zwangsvorstellung des Nichtsollens aus. Die Zwangsvorstellung des Nichtkönnens knüpft sich, wie wir gesehen haben, sehr häufig an gewisse Phobien, kann aber auch selbständig auftreten und die betreffende Leistung hochgradig erschweren oder auch ganz verhindern. Wir haben in früheren Abschnitten verschiedene hierher gehörige Fälle kennen gelernt. Die Zwangsidee des Nichtsollens kann mit abergläubischen Zwangsvorstellungen oder Zwangsskrupeln zusammenhängen, aber auch als Kontrastassoziation auftreten. Eine an Melancholie leidende ältere Dame meiner Beobachtung, welcher reichliche Ernährung dringend anempfohlen war, wurde öfters, wenn sie sich mit der besten Absicht, ergiebig zu speisen, zu Tische gesetzt hatte, von dem Gedanken belästigt: „Du sollst nicht essen.“ Es war ihr, als ob in ihrem Innern etwas gegen

ihre Absicht zu essen sich empörte und sie vom Essen zurückzuhalten suchte. In der Tat wurde ihr dadurch auch die Nahrungsaufnahme sehr erschwert. Die von Zwangsvorstellungen ausgehenden Hemmungen beschränken sich nicht auf das Gebiet der willkürlichen Bewegung; die Zwangsvorstellung des Nichtschlafenkönnens zieht Schlaflosigkeit, die Zwangsvorstellung des Nichtessenkönnens Appetitmangel und Schlingkrampf beim Essen nach sich, die Zwangsvorstellung des Nichtatmenkönnens erschwert die Atmung¹⁾, die Zwangsvorstellung, impotent oder geschlechtlich nicht normal zu sein, hat Impotenz (Ausbleiben der Erektion) zur Folge.

Beobachtung 127. **Homicidale und Zerstörungsimpulse. Zwangsverstimmungen.** Herr X., Lehrer, 42 Jahre alt, seit 16 Jahren verheiratet, ist erblich belastet. Seine noch lebende Mutter leidet an einem Hange zum Grübeln, ein Bruder derselben beging Suicidium, 2 Geschwister des Pat. sind nervös. Pat. war, abgesehen von Kinderkrankheiten, nie erheblich krank, dagegen dienstlich immer sehr angestrengt. Seit etwa 3 Jahren bestehen bei ihm nervöse Beschwerden, die sich allmählig steigerten. Gegenwärtig hat Pat. über Folgendes zu klagen:

Kopfschmerzen, welche häufig sehr heftig werden, zeitweiligem Schlafmangel, Unfähigkeit zu geistiger Arbeit, grosse Aufregtheit und Reizbarkeit und zeitweilig auftretende Verstimmungszustände. Letztere halten zuweilen nur einige Stunden, mitunter aber auch Tage und Wochen an, so dass sich Suicidiumsgedanken einstellen. Dazwischen finden sich auch Tage relativen Wohlbefindens, in welchen er auch seine dienstlichen Geschäfte ohne Schwierigkeiten erledigen kann. Die Verstimmungszustände waren früher seltener und hielten damals nur stundenlang an. In den letzten Monaten haben jedoch die schlimmen Tage die guten bedeutend überwogen; die letzten Tage waren jedoch wieder besser. Der Pat. erwähnt ferner: wenn er auf der Strasse einem Bekannten begegnet, oder einem solchen in einem Lokale gegenüber sitzt, auch während des Gespräches mit einzelnen Personen stellt sich bei ihm plötzlich der Impuls ein, den

1) Brügelmann bemerkt in betreff einer Anzahl an sogenannten „neurasthenischen Asthma“ Leidender: „Die Kranken haben die fixe Idee, nicht atmen zu können, und so lange diese Idee sie nicht verlässt, können sie in der Tat nicht atmen, keuchen vollständig und malträtieren ihre Lungen so lange, bis sich ein akuter Bronchialkatarrh entwickelt. Bekanntlich kann man einen solchen bei ganz gesunder Brust durch forcierte Atmung sehr schnell erzeugen, und dann wird der Effekt allemal zur Ursache gestempelt, indem die Kranken allen Belehrungen immer wieder den Katarrh entgegenhalten, als etwas Greifbares, Pathologisches.“

Betreffenden am Halse zu packen, zu drosseln und zu würgen, genauer gesagt, zu erwürgen. Der Drang, dies zu tun, ist zeitweilig so mächtig, dass Pat. denselben mit all seiner Willensenergie bekämpfen muss, und oft schon befürchtete, er möchte die Herrschaft über sich verlieren und den Impuls ausführen. Bisher ist es jedoch noch nie zu irgend einer in dieser Richtung liegenden Handlung gekommen. Der Impuls macht sich auch oft den Schulkindern gegenüber geltend. Besondere Stärke erreicht derselbe nur an Tagen, an welchen Verstimmung besteht; an besseren Tagen ist er in der Regel schwächer, oft nur angedeutet. Mit den Würgimpulsen, die schon seit Jahren sich bemerklich machen, ist immer ein Gefühl des Zornes oder Ingrimms verbunden, dabem kommen bei dem Pat. auch öfters Impulse, alles zusammenzuschlagen, vor, infolge welcher er schon verschiedene Gegenstände ruiniert, z. B. seine Uhr an die Wand geworfen hat. Ferner zeitweilig inhaltlose Angstzustände, Zwangsbefürchtungen, dass seiner Familie irgend ein Unglück zustossen könnte, auch hypochondrische Grübeleien. Exzesse in alcoholicis und im sexuellen Verkehre werden negiert. Stuhlgang in den Verstimmungszeiten etwas angehalten, zum Teil auch etwas diarrhoeisch.

Patient ist ein mittelgrosser, kräftig gebauter Mann von ziemlichem Embonpoint und ängstlichem Gesichtsausdruck.

Von Seiten der Organe der Brust- und Bauchhöhle nichts Bemerkenswerthes.

Urin etwas eiweisshaltig.

Beobachtung 128. Periodische Melancholie, homicidale und andere Impulse. Frau X., Wittve eines Subalternbeamten, 68 Jahre alt, ohne erweisliche erbliche Belastung, litt als Kind viel an Erbrechen. Mit 32 Jahren zog sich Pat. durch Heben eines Fasses eine Senkung des Uterus zu. In den folgenden Jahren Migräne, welche namentlich zur Zeit der Menses auftrat. Im 42. Lebensjahre mehrfach Ohnmachtsanwandlungen, im Anschlusse an diese Angstzustände, in welchen sie zu sterben fürchtete. Einige Zeit später gemüthliche Alteration über den Tod ihrer Mutter und in der Folge Melancholie, welche mit Remissionen bis zu ihrem 50. Lebensjahre anhielt. Nach einjährigem Wohlbefinden infolge von Erkrankung ihrer Tochter an Phthise mit tödlichem Ausgange Rezidiv der Melancholie, welche diesmal 8 Jahre anhielt. Nach einem freien Intervall von ungefähr 4 Jahren abermals ein Rezidiv von der Dauer eines Jahres, welchem wieder ein Intervall von einem Jahre folgte. Das letzte, noch gegenwärtig bestehende Rezidiv der Melancholie trat vor 3 Jahren auf und hat seitdem ohne irgendwelche Unterbrechung sich erhalten. Der Zustand der Pat. hat sich sogar in letzter Zeit verschlechtert. Die Migräne hat seit dem Auftreten der melancholischen Zustände sehr bemerkenswerte Schwankungen

gezeigt; während der freien Intervalle traten die Migräneanfälle in grosser Heftigkeit und fast jede Woche auf; während der melancholischen Perioden wurden dieselben seltener und schwächer, um beim Zurücktreten der Melancholie wieder an Heftigkeit und Häufigkeit zuzunehmen. Schon während der zweiten melancholischen Periode wurde die Pat. von der Idee verfolgt, jemand am Halse zu fassen, aber nicht mit der Absicht, denselben zu erdrosseln. Diese Idee konnte durch beliebige in ihrer Nähe befindliche Personen geweckt werden, z. B. während eines Gespräches, und verknüpfte sich gewöhnlich mit der Vorstellung, dass sie sich schämen müsse. Beim Beginne der gegenwärtigen melancholischen Periode machte sich zunächst der erwähnte Impuls wieder geltend, jedoch nur ihrem Sohne gegenüber. Als bald trat jedoch die Idee auf, wenn sie nur mit einem Messer ihrem Sohne an den Hals fahren könnte; diese Idee war mit einem ausgesprochenen Impulse verknüpft, so dass sie, wenn sie ein Messer in Gegenwart ihres Sohnes in die Hand nahm, von Angst befallen wurde, sie könnte ihn damit verletzen. Ähnliche Impulse ihrem Sohne gegenüber wurden auch durch andere Objekte angeregt, so durch einen Hammer der Impuls, ihn auf den Kopf zu schlagen, durch Gabel und Schere, ihn zu stechen. Diese Impulse waren mit der Vorstellung verknüpft, ihrem Sohne nicht wehe zu tun. Mitunter erlangten diese Impulse eine grosse Intensität, so dass sie dieselben mit Anstrengung bekämpfen musste. Sie wünschte sich dann, ihr Sohn möchte sich wenigstens mit dem Rücken eines Messers oder einer Gabel berühren lassen, doch gelang es ihr auch, diesen relativ harmlosen Ideen Widerstand zu leisten. Mitunter kam ihr auch der Gedanke, ihren Sohn umzubringen, der sie in grosse Angst versetzte. Diese Idee hat sich in den letzten 2 Jahren beständig erhalten und dabei verschiedene Modifikationen angenommen. Vorübergehend drängte sich ihr die Vorstellung auf, ihren Sohn zu vergiften, z. B. durch Morphiumtropfen, die sie eben in Gebrauch hatte. Damit verknüpfte sich aber zugleich der Gedanke, dass eine derartige Tat etwas Furchtbares sei. Um sich gegen ihre Vergiftungsidee zu sichern, schüttete die Pat. die Morphiumlösung, welche sie hatte, weg und gab das Rezept für diese ihrer Nachbarin. Später kam ihr die noch grausamere Idee, die sich bis in die jüngste Zeit erhalten hat, Petroleum auf die Kleider ihres Sohnes zu schütten und dieselben anzuzünden. Dabei liebt sie ihren Sohn, der ihr von mehreren Kindern allein verblieben ist und mit ihr zusammen lebt, aufs zärtlichste. Die homicidalen Impulse schiessen ihr mitunter ganz plötzlich durch den Kopf; dabei hat sie oft ein Gefühl, als ob ihr ein Dolch in das Herz fahre.

Verstimmung ist nicht jeden Tag vorhanden, von Angstzuständen ist sie jedoch keinen Tag frei. Schlaf im allgemeinen befriedigend, Appetit gering, Stuhlgang angehalten (gebraucht täglich Abführ-

mittel). Im Unterleibe ein Gefühl von Spannung, mitunter auch, namentlich bei Angstzuständen, in den Sexualorganen, speziell der Scheide, ein Gefühl von Erregtheit, oft auch ein ähnliches Gefühl im After; ausserdem Kreuzschmerzen. Patientin unterzog sich im 52. Lebensjahre in H. wegen ihrer Uterussenkung und ihres Gemütszustandes einer Operation, welche auf letzteren keinen Einfluss äusserte. Bei einer in jüngster Zeit von einem Gynäkologen vorgenommenen Untersuchung wurde der Uterus normal befunden. Der Puls soll früher häufig unregelmässig gewesen sein. Objektiv ausser dürftiger Allgemeinernährung und geringer Pulsbeschleunigung negativer Befund.

Während einer etwa 3 monatlichen Beobachtung der Pat. erfuhr deren Zustand trotz mannigfacher Schwankungen keine wesentliche Veränderung. Manche Tage stand die Verstimmung mit fortwährender Neigung zum Weinen im Vordergrund; die homicidalen Ideen ihrem Sohne gegenüber waren dabei geringer, so dass sie leichter darüber hinwegkam; an anderen Tagen wurde sie vom Aufstehen bis zum Zubettegehen von diesen Ideen gequält, wobei sie von der Angst nicht frei wurde, dass sie doch einmal ihren Impulsen nachgeben könnte. Wenn die Angst erheblicher wurde, kam es häufig zu den schon erwähnten Sensationen im Unterleibe und den Sexualorganen. Die Pat. besass in Bezug auf ihre Zwangsimpulse volle Krankheitseinsicht, war auch imstande, trotz ihres leidenden Zustandes ihre Wirtschaft zu versehen. Die ihren Sohn betreffenden Zwangsideen verloren sich bemerkenswerter Weise auch während wochenlanger Abwesenheit desselben nicht.

Beobachtung 129. Homicidale und andere Zwangsvorstellungen. Frau X., Beamtenfrau, 33 Jahre alt, seit 8 Jahren verheiratet, Mutter von 2 gesunden Kindern, ist erblich mütterlicherseits belastet (die Mutter nervös, in deren Familie Epilepsie und Geisteskrankheiten). In den ersten Kinderjahren immer kränzlich, später gesünder; mit 8 oder 9 Jahren skrophulöse Augenentzündung; Menses mit 15 Jahren ohne Beschwerden. Mit 18 Jahren Facialislähmung, die alsbald sich wieder verlor, im folgenden Jahre jedoch wiederkehrte.

Patientin ergab sich, durch eine Freundin verführt, mehrere Jahre vor ihrer Verheiratung der Masturbation, worüber sie sich immer heftige Vorwürfe machte, trotzdem war sie nicht imstande, den onanistischen Hang zu unterdrücken. Als Folge der Masturbation stellte sich bei ihr nach der Verheiratung Vaginismus ein, wodurch der eheliche Verkehr für sie sehr peinlich wurde. Das Übel erwies sich sehr hartnäckig; verschiedene von gynäkologischer Seite unternommene Kurversuche hatten nur vorübergehende Erleichterung zur Folge.

Die erste Niederkunft fand im dritten Jahre ihrer Ehe statt (schwierige Entbindung, Zangengeburt). Während des Wochenbettes erhebliche ängstliche Erregtheit, die sich erst im Verlaufe einiger Monate verlor; ferner im Anschlusse an das Wochenbett Coccigodynie und angeblich Oophoritis, welche lange gynäkologisch behandelt wurde.

Zu Anfang der zweiten Schwangerschaft stellte sich die ängstliche Erregtheit wieder ein. Eines Tages war ihr Dienstmädchen mit der Zubereitung eines Gansjungs beschäftigt, wobei sie dem Ganskopfe die Augen austach. Zufälligerweise war das Kind der Pat. in der Nähe, und diesem gegenüber erlaubte sich das Mädchen die törichte Drohung, dass sie ihm ein gleiches tun werde. Die Pat., welche diese Drohung hörte, erschrak darüber so heftig, dass sie sich zu Bett begeben musste. In der Folge drängte sich ihr die sie sehr beängstigende Idee auf, ihrem Kinde die Augen auszustechen, welche sich später zur Vorstellung, ihrem Kinde überhaupt ein Leid anzutun, verallgemeinerte. Daneben wurde sie von Zwangsbefürchtungen, dass dem Kinde ein Unglück zustossen könnte, heimgesucht. Diese Zwangsideen verloren sich während des weiteren Fortgangs der Schwangerschaft völlig. Das zweite Wochenbett vor 2 $\frac{1}{2}$ Jahren verlief gut. Nach demselben wieder grosse Ängstlichkeit, Kopfdruck, auch Furcht, dass sie irrsinnig werde und in diesem Zustande ihren Kindern etwas antun könnte. Pat. konnte deshalb Messer und Gabeln nicht mehr sehen und trachtete immer, dieselben aus dem Wege zu räumen. Allmählig Besserung des Zustandes; gegenwärtig besteht noch grosse Ängstlichkeit wegen der Kinder. Wenn sie zufällig in den Zeitungen von Unglücksfällen liest, glaubt sie, dass dasselbe ihren Kindern zustossen werde, worüber sie sich ungemein aufregt. Die Idee, dass sie ihren Kindern etwas antun könnte, kehrt noch immer wieder. Dieselbe wird offenbar durch den Umstand genährt, dass sie in Folge ihres hitzigen Temperaments sich schon mehrfach zu Misshandlungen ihrer Kinder hinreissen liess, die sie nachträglich sehr bedauerte. Seit einem Jahre kann sie die Kirche nicht mehr besuchen, weil ihr in derselben sehr unheimlich zu Mute wird. Bei längerem Sitzen wird sie ebenfalls von Angstzuständen heimgesucht. Häufig wird sie von schweren Träumen belästigt, nach welchen sie am folgenden Tage gewöhnlich sehr verstimmt ist. Auch vor dem Eintritte der Menses und nach dem Cessieren derselben wird sie regelmässig von Verstimmungszuständen heimgesucht, welche meist nur einen Tag anhalten. Längere Zeit betrieb die Pat. als Sport das Anschauen der Toten in den Leichenhäusern, bis sie eines Tages zu bemerken glaubte, dass eine am Fenster liegende weibliche Person die Augen öffne und bewege, worüber sie heftig erschrak. In der Folge wurde sie längere Zeit von Zwangsvorwürfen gequält, dass sie den Vorfall nicht zur Anzeige

gebracht habe, da es sich möglicherweise um einen Fall von Scheintod handelte.

Durch hypnotische Behandlung wurden der Vaginismus und die Zwangsideen beseitigt.

Beobachtung 130. Homicidale und suicidale Impulse. Herr X., Kaufmann, 53 Jahre alt, verheiratet, Vater von 3 gesunden Kindern, ohne erweisliche erbliche Belastung, litt schon als Kind viel an Kopfschmerzen und wurde von solchen bis in die jüngste Zeit, namentlich wenn er längere Zeit nichts zu sich genommen hatte, heimgesucht. Vor 20 Jahren Pleuritis. Seit einigen Wochen auffällige Abnahme der geistigen Arbeitskraft, beständig ein Gefühl von Schwere im Kopfe, öfters blitzartig den Kopf durchfahrende Schmerzen; er muss immer mit der Hand nach dem Kopfe greifen. Das Lesen eines Briefes oder eines Zeitungsartikels muss er mehrere Male wiederholen, um den Inhalt zu erfassen, im Gespräche findet er oft das richtige Wort nicht, auch das Briefschreiben macht ihm gewisse Schwierigkeiten, es entfällt ihm dabei momentan, was er zu schreiben beabsichtigt. Auch das Gedächtnis hat erheblich abgenommen. Das Lesen von Schmierblättern mit den bekannten, auf Sensation berechneten Abbildungen erweckt in ihm homicidale oder suicidale Impulse; erstere richten sich vorwaltend gegen seine nächsten Angehörigen.

Appetit und Stuhlgang befriedigend, der Schlaf im allgemeinen genügend, trotzdem beim Aufstehen schon oft Müdigkeit und Kopfeingenommenheit.

Ätiologisch: Seit vielen Jahren Congr. interr.; in den letzten Monaten wegen geschäftlicher Veränderungen viel Aufregung und geistige Überanstrengung.

Unter der eingeleiteten Behandlung verloren sich die erwähnten Erscheinungen im Verlaufe von ungefähr 2 Monaten in der Hauptsache.

Beobachtung 131. Suicidale Impulse. Frau S., 42 Jahre alt, Mutter von 7 Kindern, erblich belastet und von Jugend auf nervös, kam mit den Erscheinungen eines schweren Rückenmarksleidens (Gliomatosis centralis), auf welches hier nicht näher eingegangen werden soll, in meine Beobachtung. Die Pat. berichtete kurze Zeit nach der Aufnahme u. a., dass sie schon seit längerer Zeit von der furchtbaren Vorstellung gequält werde, sie müsse Selbstmord begehen und zwar speziell sich den Hals abschneiden. Ursprünglich wurde diese Zwangsvorstellung durch die Befürchtung des Irrsinnigwerdens geweckt, später trat dagegen die Vorstellung der Notwendigkeit des Suicids ganz selbständig auf. Pat. kämpfte gegen diese Vorstellung mit aller Macht an, doch gelang es ihr nicht, dieselbe auf längere Zeit zu bannen. Im weiteren Verlaufe

der Beobachtung stellten sich die suicidalen Impulse fast ausschliesslich bei gewissen äusseren Veranlassungen ein; wenn sie an ein Fenster trat, drängte sich ihr die Idee auf, sich hinabzustürzen; sah sie ein Messer, so erfasste sie der Gedanke, sich den Hals abzuschneiden. Sie getraute sich daher nicht mehr, sich an ein Fenster zu setzen, und war beständig bemüht, Messer und andere gefährliche Werkzeuge von ihrem Gesichtskreise fern zu halten. Diese Impulse beängstigten die Pat. sehr und steigerten die gemüthliche Depression, welche durch ihr Rückenmarksleiden bedingt war. Zu einem conamen suicidii kam es bei der Pat. nicht; sie erlag ihrer Rückenmarkserkrankung.

Beobachtung 132. Kleptomanie und andere Zwangstriebe (mitgeteilt von Magnan).¹⁾ Der 18jährige Albert C. ist während der Belagerung von Paris geboren. Seine Mutter hat während der Schwangerschaft grosse Not ausgestanden. Sie war schon vorher nervös gewesen und hatte als Kind bis zum 7. Jahre an Krämpfen gelitten. Sie war von ungewöhnlicher Reizbarkeit, hatte eine krankhafte Abneigung gegen Saures, besonders gegen Essig. Der Vater ergab sich von Zeit zu Zeit Trunkausschweifungen. Zwei Brüder und eine Schwester sind früh gestorben. Eine 21 jährige Schwester ist gesund, eine 14 jährige ist reizbar, wunderlich und hat Zuckungen des Gesichts.

Albert hat bis zum achten Jahre an Krämpfen gelitten. Von der frühesten Kindheit an war er unstet, verschmitzt, ja bössartig. Er bemächtigte sich der Schachteln, die seine Mutter gewerbsmässig herstellte, und zerriss sie. Er fasste die Katzen am Schwanz und warf sie in die Luft. Er schlug seine Kameraden. Von der Schule wurde er weggeschickt. Doch konnte er mit neun Jahren lesen und schreiben. Früh empfand er einen Trieb zum Stehlen; er versuchte Widerstand zu leisten, fühlte sich dann aber niedergedrückt. während er sich erleichtert fühlte, sobald er den Gegenstand seines Begehrens an sich genommen hatte. Mit 14 Jahren wurde der Trieb unwiderstehlich. Er hatte ein Bewusstsein von seinem Zustande, kämpfte gegen sein Verlangen an, aber sobald er Geldstücke sah, überwältigte ihn der Gedanke, sie zu nehmen, und er konnte an nichts anders mehr denken. Wenn das Vorhandensein eines Zeugen oder sonst irgend ein Umstand ihn hinderte zu stehlen, wurde er aufgeregt,

¹⁾ Magnan, Vorlesungen etc. S. 122.

ängstlich, beklemmt, er konnte nicht mehr arbeiten, der Kopf wurde ihm schwer, er antwortete auf Fragen nicht und zog sich zurück. Konnte er sich dagegen des Geldes bemächtigen, so fühlte er sich sofort sehr erleichtert. Bald kamen dann die Gewissensbisse. Er behielt nicht, was er genommen hatte, er sammelte das Gestohlene nicht, wie andere Kleptomanischen tun, sondern suchte sich seiner rasch zu entledigen, kaufte allerhand Tand, den er seinen Kameraden schenkte, brachte zuweilen betrübt und beschämt das gestohlene Geld zurück. Oft, besonders in der Kindheit, brach er grundlos in lautes Lachen aus, das er nicht unterdrücken konnte. Zuweilen musste er auch singen oder tanzen, obwohl ihm nicht danach zu Mute war. Endlich fühlte er zuweilen das unwiderstehliche Bedürfnis, den Ort zu wechseln, auszureissen. Er lief vom Esstische, von der Arbeit fort, es war ihm alles ganz gleich. War er draussen, so gesellte er sich manchmal zu einem Kameraden, manchmal lief er ohne Ziel geradeaus, bis er nicht mehr konnte. Er getraute sich dann nicht nach Hause zu kommen und blieb zuweilen zwei Tage weg.

In der Anstalt ist unter dem Einflusse der Hausordnung und einer Wasserbehandlung eine wesentliche Besserung eingetreten.

Beobachtung 133. Impulse zu indecenten Berührungen von Kindern. Herr X., Pharmazeut, 28 Jahre alt, von mütterlicher Seite erblich belastet, hat als Kind Masern und Scharlach durchgemacht und später mehrfach an Neuralgien gelitten. In der letzten Zeit des Gymnasialstudiums öfters Atembeschwerden (?). Während der Lehrlingszeit gutes Befinden; einige Jahre später (im 21. Lebensjahre) geringe Haemoptoe, ging deshalb nach Reichenhall, wo er sich erholte. Während des Universitätsstudiums fühlte sich Pat. immer sehr schwach; er nahm deshalb in der Folge eine sehr leichte Stelle in R. an, wo er alsbald von Verdauungsstörungen belästigt wurde. Er ging deshalb wieder nach M. Seit dieser Zeit besteht auch eine Reihe nervöser Beschwerden, Kopfdruck, namentlich nach dem Essen, Herzklopfen, Müdigkeit nach geringer Anstrengung, ferner Zwangsbefürchtung, dass er nicht mehr ganz gesund werde, seinem Berufe nicht mehr vorstehen könne. In den letzten 3 Monaten Schlafmangel, geringer Appetit, Neigung zu Obstipation.

Pat. leidet ferner an der Zwangsbefürchtung, dass er sittlich fallen könnte; diese Vorstellung tritt namentlich in Gegenwart von Kindern auf und ist dann mit einem gewissen Drange zu sexuellen Berührungen verknüpft. Pat. hat bisher keinen sexuellen Verkehr

gepflogen und nach seiner Angabe im vorigen Jahre zum erstenmale und inzwischen nur ganz selten Masturbation geübt.

Objektiv: ausser etwas dürftiger Allgemeinernährung negativer Befund.

Die Zwangsbefürchtung sittlichen Falles und die sexuellen Zwangsimpulse gehen im vorstehenden Falle offenbar von einer sexuellen Hyperaesthesie aus, deren Quelle in der von dem Pat. geübten sexuellen Abstinenz zu suchen ist.

Beobachtung 134. Zwangstrieb zur Masturbation. Herr X., 33 Jahre alt, den gebildeten Ständen angehörig, seit 11 Jahren verheiratet, Vater eines gesunden Kindes, ist erblich von beiden Seiten belastet. Sein Vater war nervenleidend und von sehr hitzigem Temperament, mehrere Geschwister seiner Mutter starben in Irrenanstalten, auch seine Grossmutter mütterlicherseits war vor ihrem Tode geisteskrank. Pat. hat mit 10 Jahren Typhus durchgemacht, mit 16 Jahren erlitt er durch einen Sprung von Stockwerkshöhe, wobei er bewusstlos liegen blieb, eine Gehirnerschütterung, und vor 8 Jahren wurde er mit Lues infiziert. Pat. ist seit vielen Jahren der Onanie ergeben und setzte diese Gewohnheit auch nach seiner Verheiratung fort, obwohl er an der Befriedigung seiner sexuellen Bedürfnisse durch den ehelichen Verkehr in keiner Weise gehindert ist. Es machte sich bei ihm auch bei regelmässiger Ausübung des Congressus bis in die jüngste Zeit der Drang zur Masturbation zeitweilig in überaus mächtiger Weise geltend. Mitunter überfällt ihn der onanistische Impuls sogar mit solcher Gewalt, dass er demselben sofort, ohne Rücksicht auf die augenblickliche Umgebung und die etwaigen Folgen, nachgeben muss; diese Anwendungen sind von Kopfschmerzen, Zusammenschnüren im Halse, Herzklopfen und lebhaften Angstgefühlen begleitet. Pat. ist durch seinen Zwangstrieb auch bereits in gerichtliche Fatalitäten geraten. Ausserdem leidet er infolge seiner onanistischen Exzesse an einer Reihe neurasthenischer Beschwerden, Kopfschmerzen, Schwindel, Kreuzschmerzen, Ziehen in den Beinen etc.

Hypnotische Behandlung äusserte einen sehr günstigen Einfluss auf den onanistischen Drang, doch blieb der Pat. nicht lange genug in Beobachtung, dass ein dauernder Erfolg konstatiert werden konnte.

Beobachtung 135. Zwangstrieb zur Masturbation. Herr X., Privatier, 69 Jahre alt, ist erblich von mütterlicher Seite belastet. Seine Mutter litt an periodischer Melancholie und Anthropophobie; Patient hat ausser einer Lungenentzündung vor vielen Jahren keine schwere Erkrankung durchgemacht. Mit 30 Jahren übte er zum erstenmale Masturbation und befriedigte dann etwa 20 Jahre auf

diesem Wege seine geschlechtlichen Bedürfnisse, ohne dabei besondere Exzesse zu begehen. Mit 50 Jahren hatte er zum erstenmale geschlechtlichen Verkehr, mit 51 Jahren verheiratete er sich. Er vertrug sich jedoch mit seiner Frau nicht und liess sich deshalb nach einigen Jahren von derselben scheiden. In der Folge ergab er sich wieder der Masturbation und konnte von dieser sich auch nicht losmachen, als er in die 60er Jahre kam und mit Rücksicht auf sein Alter und die möglichen gesundheitlichen Nachteile ernsthaft gegen seine onanistische Neigung anzukämpfen versuchte. Bromkali, längere Zeit gebraucht, und eine Wasserkur hatten keinen Erfolg. Noch gegenwärtig im 69. Lebensjahre macht sich periodisch, etwa alle 11--12 Tage, der Drang zur Masturbation mit solcher Vehemenz geltend, dass Pat. trotz aller Bemühungen demselben in der Regel unterliegt.

Beobachtung 136. Wandertrieb (Dromomanie).¹⁾ Die erste Kenntnis von nachstehendem Falle erhielt ich zufälliger Weise gelegentlich eines Krankenbesuches. Ein in meiner Behandlung stehendes älteres Fräulein teilte mir eines Tages mit, dass sie vor kurzem eine sehr heftige Aufregung gehabt habe, die ihr durch einen Neffen, einen 16jährigen Gymnasialschüler namens B., verursacht worden sei. Dieser habe ihr und seiner Familie schon früher viel Kummer dadurch bereitet, dass er öfters ohne ersichtlichen Grund entwich, wobei er sich regelmässig an denselben Ort G. bei O., einem oberbayerischen Gebirgsdorfe, begab; vor kurzem habe er jedoch Andeutungen fallen lassen, dass er mit einem Kameraden zu den Buren zu gehen beabsichtige, er sei jedoch von dieser Idee offenbar wieder abgekommen.

Die Dame sowohl als die übrigen Familienangehörigen des jungen Menschen betrachteten die Entweichungsversuche desselben als Dummejungenstreiche, veranlasst durch eine Überreizung der Phantasie, die man auf die Lektüre gewisser Jugendschriften, namentlich die Werke Karl May's, zurückführte. In mir erweckte speziell der Umstand, dass der junge Mensch bei der Entfernung von seinem Domizil sich stets nach dem gleichen Orte wandte, die Überzeugung, dass seine Exkursionen durch einen krankhaften Zustand veranlasst sein müssten. Dies bestimmte mich, die Aufklärung des Sachverhaltes zu unternehmen. Es geschah dies dadurch, dass ich zunächst die erwähnte Dame, die Tante des jungen Menschen, bezüglich dessen, was sie von den Antezedentien des jungen Menschen wusste, einem eingehenden Examen unterwarf, dann an die auswärts lebenden Eltern desselben einen ausführlichen Fragebogen zur Beantwortung sandte und schliesslich den jungen Menschen selbst einer Unter-

¹⁾ Die Beobachtung wurde zuerst im Centralbl. f. Nervenheilkunde Juli-August Heft 1901 mitgeteilt.

suchung unterzog. Das ziemlich umfängliche Material, das ich auf diese Weise gewann, wird im folgenden, nicht nach den einzelnen Quellen gesondert, mitgeteilt werden.

In Bezug auf die hereditären Verhältnisse des Falles konnte ich ermitteln, dass der Vater des jungen Menschen, Lehrer in einer kleineren Stadt, nervös, etwas exzentrisch und von aufbrausendem Naturell ist; der Grossvater von väterlicher Seite lebt noch gegenwärtig, in den 80er Jahren stehend, und soll von ähnlichem Temperament wie sein Sohn sein. Die Mutter des Patienten ist gesund und in ihrer Familie sind, so weit bekannt, Nerven- und Geisteskrankheiten nicht vorgekommen. Patient, das einzige Kind seiner Eltern, kam völlig ausgetragen und ohne Kunsthilfe zur Welt; seine Mutter erfreute sich während der Schwangerschaft eines völlig normalen Befindens. Die körperliche und geistige Entwicklung des kleinen B. war in den ersten 10 Lebensjahren eine sehr günstige; er lernte sehr früh laufen und sprechen und war in der Volksschule immer der Erste seiner Klasse. Von Kinderkrankheiten hatte er Masern und Scharlach, jedoch nur in leichtem Maasse. Krämpfe wurden bei ihm nie beobachtet, obwohl er im Alter von 5 oder 6 Monaten vom Sofa herab auf den Kopf gefallen war, „was“, wie sein Vater mitteilt, „eine ziemlich grosse Beule an der Stirne zur Folge hatte, deren Spur bis in sein 10. oder 11. Lebensjahr in Form einer kreisrunden Hautverdickung im Durchmesser von etwa 1½ cm noch wahrnehmbar war“. In den zwei ersten Klassen des Gymnasiums erwarb er sich ebenfalls noch durchgehends sehr gute Noten; im 3. Jahre des Gymnasialbesuches wurde der Knabe, wie dessen Vater berichtet, mit den Schriften Karl May's bekannt und gestaltete sich der bis dahin schon sehr rege Leseeifer desselben zur förmlichen Lesewut; dementsprechend nahm der häusliche Fleiss und das Interesse an den Unterrichtsgegenständen bei dem Patienten ab; er musste zum Lernen beständig angetrieben werden, auch veränderte sich sein Benehmen seinen Eltern gegenüber. Er zeigte sich launenhaft, störrisch und erwies sich den Aneiferungen zum Lernen wenig zugänglich. Zum Teil mag dies auf die von dem Vater, der lediglich durch Strenge auf seinen Sohn einzuwirken suchte, geübte Behandlungsmethode zurückzuführen sein.

„In diese Zeit“, so berichtet der Vater des Patienten, dessen Mitteilung ich hier mit Weglassung unwesentlicher Details wörtlich folgen lasse, „fallen auch die ersten misslungenen Fluchtversuche. Einige Wochen nach Ostern entweicht er nach G. bei O., ein Ort, der ihm seit Jahren bekannt war, weil seine Familie und er selbst mehrere Jahre nacheinander einen mehrwöchentlichen Sommeraufenthalt dort genommen hatten. Hier möchte ich gleich einschalten, dass alle seine späteren Fluchtversuche diesen Ort zum Zielpunkt hatten. Von dort schreibt er (auf Anraten der Hausfrau),

er möge nicht mehr studieren, er möchte Müllerbursche oder Förster werden. Zurückgebracht, wird ihm die Unterbringung in eine Waldbauschule in Aussicht gestellt. Er kommt durch die 3. Lateinklasse mit der Note III in fast sämtlichen Fächern. Nun erklärt er, doch weiterstudieren zu wollen. Im 4. Jahre dieselbe Erscheinung wie im 3. Er arbeitet für die Schule fast gar nicht, entweicht aber auch nicht in diesem Jahre. Er erhält im Griechischen und Latein die Note IV und muss die Klasse repetieren. Im Wiederholungsjahre hat er im Osterzeugnis im Griechischen die Note I, im Latein die Note III; die letztere Note regt ihn sehr auf. Nachhilfeunterricht im Latein bringt kein besseres Resultat. 14 Tage nach Ostern entweicht er wieder nach G. und schreibt, dass er Waldläufer oder Westmann (?) werden wolle. Nun tritt er aus der Anstalt und kommt auf sein persönliches Verlangen in ein Privatinstitut in München behufs Vorbereitung zur Ablegung der Prüfung in die 5. Klasse. Er entweicht auch dort nach G., kauft sich ein Beil, Säge, Nägel und will im Walde eine Hütte bauen und als Wilderer hausen. Nach seiner Zurückbringung beendet er seine Vorbereitungsstudien, wozu auch der grösste Teil der Ferien, nach einer 3 wöchentlichen Gebirgstour, benützt werden. Er besteht die Prüfung nicht, was ihn seelisch sehr erschüttert. Er tritt in die unterste (IV.) Klasse des Realgymnasiums, entweicht aber anfangs November wieder nach G., angeblich wegen einer schlechten Note (III) im Deutschen. Wieder zurückgebracht, verlegt er sich ernstlich auf's Lernen und erhält ein gutes Weihnachtszeugnis, ebenso zu Ostern. Gleich nach Ostern macht er sich wieder nach G. auf, sucht aber auf dem Wege dorthin einen Bekannten auf, und bittet denselben, er möchte ihn zurückbringen. Von da ab lässt sein Schulfleiss nichts mehr zu wünschen übrig. Er absolviert die Klasse als Erster und erhält die Erlaubnis (mit Übersprungung der 5. Klasse), sich für die Aufnahmeprüfung in die 6. Klasse vorzubereiten. Er hat von Ostern ab zu diesem Zwecke bereits ausser der Schule noch Privatunterricht, welcher während der Ferien, von einem 3 wöchentlichen Landaufenthalte unterbrochen, fortgesetzt wird. Er besteht die Prüfung und lernt bis Weihnachten sehr fleissig. Die Weihnachtsferien werden von der ganzen Familie bei den Grosseltern zugebracht (auf dem Lande). Fritz war während derselben sehr heiter und aufgeräumt, brachte den Vormittag mit Lernen (freiwillig), den Nachmittag mit Spaziergängen und viel Bewegung im Freien zu. Nach München zurückgekehrt, ergreift ihn nach Aussage seiner Hausleute ein starkes Heimweh, er war dann einige Tage unwohl, gleichzeitig trat starkes Nasenbluten auf. Vor 8 Tagen gab er bei seinen Hausleuten an, er müsse als Krankenpfleger zu seiner Tante und könne erst am anderen Tage zurückkehren. Sein Benehmen fiel auf. Im Zimmer hinterliess er einen Brief des ungefähren Inhalts: „Warum bin denn gerade ich verurteilt, einen Tag wie den anderen zu verleben? Warum

kann ich nicht ein Leben wie Alexander der Grosse führen? Ist denn ein solches Leben zu leben wert?“ Auf dem Tische lag eine Lebensbeschreibung Alexander's des Grossen, daneben ein Zettel mit den Worten: „Wie viele, die am Wege unverblüht verdorren und sterben, könnten durch die Liebe gerettet werden?“ Er kam aber nicht aus München hinaus und kehrte freiwillig zu meiner Schwester zurück. Auf Befragen antwortet er: „Es kommen manchmal Stimmungen über mich, gegen welche ich vergebens ankämpfe. Ich kann mir dann nicht mehr helfen“.

Soweit der väterliche Bericht bezüglich der Entweichungen des jungen B. und eines äquivalenten Vorkommnisses, auf das wir noch einzugehen haben werden. Nach den Mitteilungen der Tante des Patienten, welche mehrfach die Zurückbringung des Flüchtlings von G. übernommen hatte, wusste dieser in der Regel für sein Ausreissen keinen Grund anzugeben. Die Tante sowohl, als der Vater des Patienten blieben über die Umstände, welche den Einzelentweichungen zu Grunde lagen, im Unklaren. Dies hatte auch ein durchaus unpassendes Vorgehen des Vaters insbesondere bei den ersten Entweichungen zur Folge. Von mir über die Veranlassung seiner Entweichungen gefragt, gab der junge B. an, dass denselben gewöhnlich ein Verstimmungszustand vorherging, in welchem ihm das Lernen erheblich erschwert und darum auch zum Ekel wurde. Unter diesen Verhältnissen stellte sich früher oder später ein impulsives Verlangen ein, fortzugehen und etwas Neues zu sehen, um von der Verstimmung sich zu befreien. Während dieser ist ein ausgesprochener Angstzustand nicht vorhanden, der Appetit gering und der Schlaf mangelhaft. Der Entweichungsgedanke bestand in der Regel einige Zeit, bevor es zur Ausführung desselben kam. Während dieser Zwischenzeit machten sich naheliegende Gegenstellungen mehr oder minder entschieden geltend, die B. veranlassten, den Wanderimpuls zu bekämpfen. Der hierdurch verursachte innere Zwiespalt führte zu einer bedeutenden Steigerung der gemütlichen Erregung des Patienten; in den hier in Betracht kommenden Fällen erwiesen sich die Gegenstellungen, wie lebhaft dieselben auch sein mochten, der Macht des Zwangsimpulses gegenüber unzulänglich. So wusste B. z. B. bei den ersten Entweichungen, die er von seinem elterlichen Hause aus unternahm, sehr wohl, dass er von seinem Vater wegen der unerlaubten Entfernung eine sehr ergiebige Strafe (körperliche Züchtigung) zu erwarten habe, und diese Aussicht war ihm durchaus nicht gleichgültig, vermochte ihn jedoch nicht zurückzuhalten. Für die Details der einzelnen Entweichungsvorfälle, auf die ich nicht näher eingehen will, besteht bei B. keinerlei Amnesie. Er erinnert sich genau an die Einzelheiten, welche sich bei der Abreise von seinem Heimatsorte, resp. München, sowie bei seiner Ankunft in G. in den einzelnen Fällen zutragen, auch an sein Verhalten während des Aufenthaltes daselbst, sowie bei seiner Zurückbringung. Seine Angaben stimmen

in diesem Punkte mit dem von anderer Seite ermittelten gut überein. B. blieb gewöhnlich 3—4 Tage in G.; sobald er dort angekommen war, fühlte er sich wohl, die Verstimmung war geschwunden. Wegen dieses Wohlbefindens blieb er auch dort, und erst nach etwa 2 Tagen stellte sich das Verlangen ein, zu seinen Eltern, resp. in sein Institut zurückzukehren. Er liess sich auch in der Regel von den Angehörigen, die auf Benachrichtigung durch ihn selbst oder auf anderem Wege nach G. kamen, um ihn abzuholen, ohne Widerreden nach Hause bringen. Die fünf von dem Patienten unternommenen Entweichungen verteilten sich auf die Jahre 1896—1899 in folgender Weise:

1. Entweichung einige Wochen vor Ostern 1896,
2. " 14 Tage nach Ostern,
3. " 21. August 1898,
4. " 16. November 1898,
5. " nach den Osterferien 1899.

Patient wurde in den letzten Jahren, bevor er nach München kam, von seinem Vater, wie schon bemerkt wurde, sehr strenge behandelt und auch öfters kräftig körperlich gezüchtigt. Trotzdem hat Patient, wie er ausdrücklich erklärt, nie im Gefolge einer Strafe oder aus Furcht vor einer solchen sich von zu Hause entfernt. Den Entweichungen lagen immer die gleichen Veranlassungen zu Grunde: Verstimmung, Drang fortzugehen. Das Fahrgeld für die Reise nach O. wusste er sich zumeist unter dem Vorwande, dass er Geld für Bücher benötige, zu beschaffen. Dass er sich immer wieder nach G. wandte, erklärt sich einfach daraus, dass er dort ohne Anstand bei seiner Bekanntschaft mit den Wirtsleuten Unterkunft und Verpflegung fand. In betreff des Beiles, das er wiederholt bei seiner Entfernung nach G. mitnahm, erklärt B., dass er dort im Walde Holz fällte und dergleichen Dinge vornahm; es geschah nur zu seiner Unterhaltung, der Mitnahme des Beiles lag durchaus keine bedenkliche Absicht zu Grunde. Zustände, ähnlich denjenigen, die zu den Entweichungen führten, kamen bei B. auch 4—5 Mal vor, ohne diese Folge nach sich zu ziehen. Der Trieb, fortzugehen, war hier offenbar von geringerer Macht, so dass es B. gelang, denselben glücklich zu überwinden.

Um eine derartige abortive Anwendung handelte es sich im Januar 1900, als ich durch die Tante des jungen Menschen veranlasst wurde, mich mit demselben zu beschäftigen. Anscheinend wurde in diesem Falle der Impuls, fortzugehen, von aussen angeregt. Ein älterer Mitschüler des jungen B., welcher die Klasse, in der er sich befand, bereits mehreremale ohne Erfolg durchgemacht hatte, kam auf die Idee, nach Afrika zu den Buren zu gehen, und suchte den jungen B. zu bereden, sich ihm anzuschliessen. Die Einwirkung fiel in eine Zeit, in der der junge B. sich nicht in seiner gewöhn-

lichen geistigen Verfassung befand. Er hatte vom 9.—12. Januar wegen Kopfschmerzen und wohl auch schon bestehender Verstimmung die Klasse nicht besucht. Die bestehende Depression machte ihm die Idee, durchzubrennen und zu den Buren zu gehen, in gewissem Maasse sympathisch, sie konnte ihn aber auch der Einsicht nicht berauben, dass das vorgeschlagene Unternehmen ein Unsinn gewesen wäre. Diese Einsicht behielt denn auch schliesslich die Oberhand. Am Freitag (19. Januar) kam der junge B. zu seiner Tante, die ihn sehr aufgeregt und verdriesslich fand; die Nacht vom Freitag auf Samstag verbrachte er, wie er nachträglich zugestand, mit dem in Frage stehenden Kameraden zum grössten Teil in den Anlagen des englischen Gartens umherwandelnd und die Burenangelegenheit besprechend. Am folgenden Sonntag zeigte er sich, als er zu seiner Tante zum Mittagessen kam, wieder ruhig und ausserordentlich ermüdet. Auf Befragen gab er an, dass er einen schweren inneren Kampf durchgemacht habe.

Bei Erhebung der Anamnese erwähnt B. ferner, dass er seit einem Jahre mitunter an Kopfschmerzen, insbesondere am Hinterkopf, leide, die gewöhnlich längere Zeit anhalten. Er hat nie viel Bier getrunken und raucht erst seit einem halben Jahre Cigarren, doch nur selten. Masturbation stellt er mit Entschiedenheit in Abrede. Zu Weihnachten erhielt er als Durchschnittsnote in den einzelnen Fächern 2,45; das Studieren strengt ihn nicht übermässig an.

Status praesens. B. (geb. 29. Mai 1883) ist ein schlank gebautes, übermittelgrosses Individuum von etwas älterem als seinen Jahren entsprechendem Aussehen und guter Allgemeinernährung. Schädelkonfiguration normal. Cirkumferenz 58 cm, Umfang von Ohr zu Ohr 32, von der Nasenwurzel zur Protuberantia occipitalis 34 cm. Von den Ohren das linke etwas mehr abstehend als das rechte, der Anthelix links entwickelter als rechts; Zahnstellung und -Bildung völlig regelmässig. An der oberen Partie des rechten Stirnbeines, in der Nähe der Sutura coronaria, etwa 6 cm von der Mittellinie entfernt, eine seichte, unregelmässig gestaltete, etwa $2\frac{1}{2}$ cm lange und 1 cm breite Impression, die hauptsächlich in der Längsrichtung verläuft und über welche die Kopfhaut völlig verschiebbar ist. Die Impressionsstelle ist weder für Druck noch für Perkussion besonders empfindlich. Objektive Störungen seitens des Nervensystems nicht nachweisbar. In psychischer Hinsicht ist nur der auffallend ernste Gesichtsausdruck und eine gewisse, aus den Umständen übrigens sich erklärende Zurückhaltung bemerkenswert. Patient hat noch nie mit einem Arzte über seinen Zustand gesprochen und ist offenbar selbst über den krankhaften Ursprung seiner Entweichungen nicht im Klaren, weshalb er sich über dieselben nur zurückhaltend äussert, doch antwortet er auf alle Fragen ohne Zögern und mit Bestimmtheit und

macht im ganzen den Eindruck eines gutbegabten und durchaus gutmütigen Menschen.

Ich behielt B. mehrere Monate in Beobachtung; während dieser Zeit wurde er mehrfach von tagelang andauernden, allem Anscheine nach jedoch nicht sehr erheblichen Kopfschmerzen heimgesucht, die nie eine Beziehung zur Impressionsstelle zeigten. Andere pathologische Vorkommnisse waren bei ihm jedoch nicht zu konstatieren.

Wie aus dem vorstehend Mitgeteilten ersichtlich ist, handelt es sich in unserem Falle um einen jungen Menschen mit geringer erblicher neuropathischer Belastung, der im ersten Lebensjahre eine erhebliche, anscheinend jedoch keine ernsteren Folgen nach sich ziehende Kopfverletzung erlitt und in späteren Jahren von Infektionskrankheiten Masern und Scharlach durchmachte. Im 12. Lebensjahre trat in dem psychischen Verhalten des jungen B. eine gewisse Veränderung ein, die sich hauptsächlich in einer auffallenden Abnahme des Lerneifers (vielleicht auch der Lernfähigkeit) und Entwicklung einer förmlichen Lesewut für eine gewisse Sorte von Jugendschriften kundgab.¹⁾ Im Alter von 13—16 Jahren entwich B. 5 mal, anscheinend ohne jedes Motiv und zum Teil während der Schulzeit, nach einem von seinem Domizil erheblich entfernten Gebirgsorte. Während von den Eltern diese Fugues auf durch Lektüre überreizte Phantasie zurückgeführt wurden, hat das Krankenexamen als Veranlassung derselben einen krankhaften Zustand ergeben, welcher sich der Kenntnis der Umgebung des Patienten entzog. Der Überreizung der Phantasie durch Lektüre gewisser Jugendschriften kann im vorliegenden Falle höchstens die Rolle eines prädisponierenden Momentes zugeschrieben werden. Den Entweichungen ging in der Regel längere oder kürzere Zeit ein Verstimmungszustand vorher, der mit Appetit- und Schlafmangel, sowie Abnahme der geistigen Arbeitsfähigkeit verknüpft war und in dessen Verlauf sich der Zwangsimpuls einstellte, fortzugehen, um neue Eindrücke zu gewinnen und dadurch aus der peinlichen Gemütsverfassung herauszukommen. Der Zwangsimpuls blieb gewöhnlich nicht unbekämpft, und der durch die Gegenvorstellungen (Furcht vor Strafe etc.) hervorgerufene innere Zwispalt steigerte die gemütlliche Erregung des Patienten erheblich. In 5 Anfällen erwiesen sich die Gegenvorstellungen dem mächtigen Entweichungsimpulse gegenüber wirkungslos, während in fast der gleichen Anzahl anderer Anfälle die Erwägung der Folgen den Sieg über den Zwangstrieb davontrug. Bemerkenswert ist bei den Entweichungen, dass die Ausführung der Handlungen, die durch den Zwangsimpuls angeregt wurden, nicht in überstürzter, sinnloser Weise, sondern offenbar mit grösster Überlegung geschah: Der junge B.

¹⁾ Der Knabe hatte übrigens schon früher ein sehr bedeutendes Interesse für Märchen, Indianergeschichten und dergleichen gezeigt.

lief nicht auf's Geradewohl weg, sondern er verschaffte sich in ganz unauffälliger Weise das Fahrgehd zur Reise nach O. Er begab sich stets nach G., weil er dort wegen seiner Bekanntschaft mit den Wirtsleuten auf Unterkunft und Verpflegung ohne Baarzahlung rechnen konnte. Dabei war er aber auch zum Teil darauf bedacht, den abenteuerlichen Ideen, welche die Lektüre der May'schen und ähnlicher Jugendschriften bei ihm angeregt hatten, Rechnung zu tragen. Er verschaffte sich bei einer seiner Exkursionen ein Beil, das er später wiederholt nach G. mitnahm, um im Walde Holz zu fällen, vielleicht auch eine Hütte sich zu bauen und dergleichen mehr. Er legte auch wiederholt kurze Beinkleider, wie sie die Gebirgsbewohner der fraglichen Gegend zu tragen pflegen, bei der Reise nach G. an. Sehr bemerkenswert ist ferner, dass der Verstimmungszustand, an welchen sich der Wanderimpuls knüpfte, nach der Ankunft in G. in der Regel alsbald schwand. Ob die Beseitigung der gemüthlichen Depression die des Wandertriebes zur Folge hatte oder die Befriedigung dieses Triebes die gemüthliche Depression aufhob, ist nicht mit Sicherheit zu sagen. Jedenfalls fand bei unserem Patienten durch die Reise nach G. schon der Wandertrieb eine vollständige Befriedigung im Gegensatze zu zahlreichen anderen Fällen dieser Art, in welchen der fragliche Trieb den Patienten von Ort zu Ort führt. Der Umstand, dass der junge B. sich stets bei seinen Entweichungen nach G. begab, darf übrigens nicht zu der Annahme verleiten, dass bei demselben die Fugues in photographischer Gleichheit sich abspielten; die Modalitäten, unter welchen er die Reise antrat, wie sein Verhalten in G. und bei der Rückkehr, zeigen nach den Berichten seiner Angehörigen und seinen eigenen Angaben manche Verschiedenheiten. Ich will hier nur auf die brieflichen Äusserungen des Patienten bei seiner ersten Exkursion nach G. verweisen und erwähnen, dass er einmal beim Weggehen von G. einen dem ihm befreundeten Sohne des dortigen Wirtes gehörenden Revolver mitnahm, den er jedoch auf Verlangen sofort zurückgab. Auf mein Befragen, was er mit dem Revolver eigentlich gewollt habe, wurde B. etwas verlegen und erklärte, das sei nur eine Spielerei gewesen. Bei den übrigen Entweichungen kam es nicht vor, dass er in G. einen ihm nicht gehörigen Gegenstand einsteckte, und die Mitnahme des Revolvers darf wohl auch nicht mit irgendwelchen unehrlichen Absichten, sondern nur mit den in seinem Kopfe spukenden abenteuerlichen Ideen in Zusammenhang gebracht werden.

In der Epikrise des Falles kam ich l. c. zu dem Schlusse, dass zur Zeit ein sicherer Entscheid darüber nicht möglich ist, ob die Entweichungen unseres Patienten als psychisch-epileptische Äquivalente zu deuten oder einfach als Folgen eines mit einem periodischen Depressionszustande zusammenhängenden Zwangszustandes

auf hereditärer psychopathischer Grundlage zu betrachten und sohin den Fugues der Degenerierten anzureihen sind. Das weitere Schicksal des Patienten kann erst hierüber die erforderliche Aufklärung liefern.

Beobachtung 137. Angstzustände, Zwangsaffecte der Wut, Coprolalie. Frä. X., Beamtenstochter, 20 Jahre alt, ist erblich belastet; beide Eltern sind nervös, ihr Grossvater von mütterlicher Seite starb in einer Irrenanstalt, eine Schwester derselben ist mit Agoraphobie und anderen Topophobien behaftet. Pat. ist von Jugend auf nervös und reizbar und leidet seit 5 Jahren an Kopfschmerzen. Sie befand sich als Pensionärin in einem Institute, als der Kopfschmerz begann und wurde deshalb, zumal ausserdem Erscheinungen von Chlorose sich zeigten, von ihren Eltern nach Hause genommen. Hier verlor sich der Kopfschmerz zwar nicht, doch trat derselbe in den ersten Jahren nicht sehr häufig und anhaltend auf; allmählig stellte er sich jedoch häufiger ein, zugleich nahm er an Intensität, Dauer und Ausbreitung zu, so dass schliesslich auch das Gesicht, die Zähne und die rechte Halsseite befallen wurden. Hierzu gesellten sich in den letzten Jahren weitere Störungen, ungenügender Schlaf, Angstzustände und motivlose Wutanfälle, auch Anfälle von Verwirrtheit und zwangsmässiges Ausstossen von Schimpfwörtern (Coprolalie). Den Angehörigen wurde der Verkehr mit der Pat. immer schwerer, da der geringste Widerspruch bei ihr die heftigsten Ausbrüche, die mitunter bis zu Gewalttätigkeiten gingen, herbeiführte. Die Pat. hat in den beiden letzten Jahren mehrmonatliche Kuren in Wasserheilanstalten gebraucht; die zuletzt besuchte Anstalt verliess sie in verschlechtertem Zustande.

St. pr.: Pat. ist eine schlank gebaute, übermittelgrosse Persönlichkeit von guter Gesichtsfarbe und guter Allgemeinernährung, die jedoch verschiedene Degenerationszeichen aufweist. (Asymmetrie des Gesichtes und schwächere Innervation der linken Gesichtshälfte etc.). In ihrem Benehmen macht sie den Eindruck eines bescheidenen, völlig wohlherzogenen Mädchens. Bezüglich ihres augenblicklichen Befindens gibt sie Folgendes an: Kopfschmerz ist nicht beständig vorhanden, doch wenn derselbe fehlt, macht sich dafür gewöhnlich umsomehr ein Zustand innerer Erregung — Angst — geltend, der auch sonst zumeist vorhanden ist. Beim Aufenthalt in menschen-erfüllten Räumen steigert sich diese Angst gewöhnlich vorübergehend in sehr bedeutendem Maasse. Der Schlaf ist sehr mangelhaft, auch wenn Beschwerden, die denselben verhindern könnten, fehlen. Öfters macht sich eine gewisse Unruhe in den Armen und Beinen bemerklich. Der Appetit ist wechselnd, Stuhlgang in Ordnung, die körperliche Leistungsfähigkeit nicht herabgesetzt; im Bereiche der Sexualorgane ausser nicht sehr erheblichem Pruritus vulvae keine Beschwerden. Pat. gesteht zu, eine Anzahl von Jahren Masturbation

getrieben zu haben, sie will jedoch von der üblen Gepflogenheit wieder abgekommen sein. Die Beobachtung der Kranken in der folgenden Zeit ergab jedoch, dass diese Angabe nicht ganz richtig war, die Pat. vielmehr sich von ihrem unglücklichen Hange noch nicht völlig befreit hatte.

Unter hypnotischer Behandlung, die in erster Linie auf Beseitigung des onanistischen Hanges gerichtet war, stellte sich nach mehrfachen Schwankungen sehr bedeutende Besserung ein, die auch, soweit ich unterrichtet bin, lange Zeit anhielt.

Beobachtung 138. Zwangsvorstellungen diversen Inhalts, anfallsweise auftretende Zwangshandlungen (Zwangsanfälle). Frä. X., Beamtenstochter, 30 Jahre alt, ledig, seit 7 Jahren verlobt, ist väterlicherseits erblich belastet (der Vater sehr nervös, an Apoplexie gest., eine Schwester desselben hysterisch; eine Schwester der Pat. von mir früher wegen Neurasthenie mit Zwangsvorstellungen behandelt). Die Pat., welche ausser Kinderkrankheiten keine erhebliche Krankheit durchgemacht hat, ist seit etwa 4 Jahren sehr aufgeregt und geberdet sich nach Aussage ihrer Mutter zeitweilig wie toll. Sie tobt im Zimmer umher, wirft die Stühle um, kriecht auf allen Vieren, versteckt sich unter dem Bette, schlägt sich mit den Fäusten, zerrauft sich die Haare etc. Dieses Gebahren tritt in kürzeren oder grösseren Zwischenräumen in Form von Anfällen auf, die $\frac{1}{2}$ Stunde und auch länger währen. Dabei weiss die Pat. sehr wohl, was um sie vorgeht und was sie treibt. Sie führt ihr Verhalten auf einen Drang zurück, dem sie nicht widerstehen kann. Sie fühlt sich in diesen Anfällen wie von einer Besessenheit ergriffen; ihr Zustand gleicht mitunter nach Aussagen ihrer Umgebung einem Rausche. In einem der Anfälle hat sie auch ihre Mutter am Halse gepackt, jedoch auf Remonstration sofort wieder losgelassen. Die Pat. berichtet ferner, dass sie im Unterleibe an der linken Seite eine Stelle hat (Ovarialgegend), an welcher mehreremal des Tags ein Hitzegefühl auftritt; dieses Gefühl verursacht ihr Unruhe und Zwangsgedanken, die sie beherrschen. Wenn sie sich wohler befindet, sind die Zwangsgedanken des Inhalts, dass sich ihr Zustand wieder verschlimmern, sie nicht gesund werden könne oder sie nicht im stande sei, dies oder jenes zu tun, z. B. eine gewisse Arbeit zu verrichten. Sie läuft deshalb oft von der Arbeit, die sie begonnen hat, fort. Manchmal ist die Zwangsvorstellung des Inhalts, dass sie sich selbst auf irgend eine Weise erschrecken solle, und diese Idee quält sie, bis sie derselben nachgegeben hat. In neuerer Zeit wird sie von der Vorstellung verfolgt, sie müsse in eine Irrenanstalt, um dort Hilfe zu suchen.

Schlaf meist gut, Appetit wechselnd, mitunter Störung der Nahrungsaufnahme durch die Anfälle; zuweilen auch Schlingbe-

schwerden und Brechreiz; Stuhlgang in Ordnung, Menses ziemlich regelmässig und im allgemeinen ohne Beschwerden.

Der Zustand der Pat. zeigte in den letzten 4 Jahren erhebliche Schwankungen; Besserungen und Verschlimmerungen wechselten. In den letzten Wochen hat sich ihr Befinden erheblich verschlimmert, und zwar, wie es scheint unter dem Einflusse eines Besuches ihres auswärts domizilierenden Bräutigams, obwohl dieser von ihrem Leiden Kenntnis hat und an demselben keinen Anstoss nimmt. Nach Mitteilungen der Angehörigen unterhält die lange Dauer des Brautstandes bei der Pat. eine gewisse gemüthliche Erregung, welche sich während der Anwesenheit des Bräutigams steigerte. Der mit dem Besuche verknüpfte Austausch von Zärtlichkeiten hat wahrscheinlich zugleich eine gewisse sexuelle Erregtheit bei der Pat. hervorgerufen. Hieraus dürfte sich erklären, dass in letzterer Zeit die eingangs geschilderten Anfälle täglich auftraten.

Die Untersuchung ergibt neuropathisches Aussehen, mässige Allgemeinernährung; ab und zu Zuckungen an der linken Bauchseite und den ganzen Körper durchfahrende Rucke; Druckempfindlichkeit der linken Ovarialgegend.

Die im Vorstehenden mitgeteilte Beobachtung ist in mehrfacher Hinsicht von Interesse. Die Anfälle der Pat. zeigen eine ausgesprochene Ähnlichkeit mit hysterischen Attacken. Der psychische Zustand während derselben lässt jedoch keinen Zweifel darüber, dass wir es mit einem Zwangszustande, nicht mit Hysterie zu tun haben. Wir wollen nicht behaupten, dass das Bewusstsein der Pat. während der Anfälle vollkommen unverändert ist; allein die Pat. ist über ihre Umgebung jedenfalls völlig orientirt und weiss, was sie tut, so dass von einer erheblichen Trübung des Bewusstseins keine Rede sein kann; es besteht auch keinerlei Amnesie für die Anfallsvorgänge. Das Bezeichnendste ist aber, dass die Pat. selbst ihr sonderbares Benehmen auf einen Zwang zurückführt, der so mächtig ist, dass sie sich förmlich besessen fühlt. Bemerkenswert ist ferner der Umstand, dass die Pat. selbst ihr Zwangsvorstellen mit einem in die Ovarialgegend lokalisirten Gefühle in Verbindung brachte.

Unsere Beobachtung erinnert in dieser Hinsicht an den an früherer Stelle erwähnten, von Reil mitgetheilten Fall eines Bauern, bei welchem Zwangsimpulse zusammen mit einem Gefühle von Brennen im Unterleibe auftraten. Bei unserer Patientin ist jedoch eine direkte Anregung der Zwangsvorstellungen durch das Hitzegefühl im Unterleibe nicht anzunehmen. Der vorliegende Causalnexus

ist vielmehr darauf zurückzuführen, dass durch Erregungsvorgänge in der Sexualsphäre neben dem fraglichen Hitzegeföhle ein Angstzustand (Unruhe) ausgelöst wurde und letztere zum Auftreten von Zwangsvorstellungen führte. Wir werden an späterer Stelle sehen, dass sexuelle Erregungsvorgänge eine wichtige Quelle von Angstzuständen bilden.

Beobachtung 139. Zwangsbewegungen. F. G., Funktionär an einem Gerichte, 18 Jahre alt, gibt an, dass er seit etwa 6 Wochen mit folgenden Störungen behaftet ist. Er kann seinem Dienste als Schreiber nicht mehr nachkommen, da er nur wenige Zeilen ohne Unterbrechung zu schreiben vermag. Versucht er das Schreiben länger fortzusetzen, so muss er mit der Feder immer dieselben Stellen des Papiers wieder beröhren; ein unwiderstehlicher Zwang nötigt ihn hiezu; dabei befällt ihn eine heftige Beklemmung auf der Brust, Hitze und Druck im Kopfe, und er wird so erschöpft, dass er erst nach einer halben Stunde imstande ist, die Arbeit wieder aufzunehmen. Beröhrt er mit einem Beine zufälligerweise einen Gegenstand, so muss er nach demselben wiederholt mit dem Beine stossen. Bei Tische ist er nicht imstande, sich von seinem Teller, beim Morgenkaffee von seiner Tasse zu trennen. Ähnliche Zwangshandlungen existieren in Menge bei dem Patienten; die verschiedensten Anlässe geben den Anstoss zu deren Auftreten. So erwähnt die Mutter des G., dass derselbe nie nachts vor 2 Uhr zu Bette geht, dass er stundenlang nachts in der Wohnung sich herumtreibt, fortwährend damit beschäftigt, Türen und Türschlösser zu untersuchen, und durch kein Zureden bestimmt werden kann, von diesem Gebahren abzustehen. G. sieht das Krankhafte seines Zustandes völlig ein und wünscht sehnlichst von demselben befreit zu werden. Seine Gemütsstimmung ist sowohl wegen des Leidens an sich, als wegen drohenden Verlustes seiner Stellung eine sehr deprimierte; er äussert gelegentlich sogar Selbstmordgedanken, die jedoch kaum ernst zu nehmen sind. Die Geschwister des Pat. sind gesund (Eltern?); er selbst litt in seiner Jugend an Krampfanfällen, ist also jedenfalls von neuropathischer Konstitution und gesteht zu, erheblich Onanie getrieben zu haben.

Da eine Behandlung des Pat. in häuslichen Verhältnissen keinen Erfolg versprach und demselben in Anbetracht seiner Mittellosigkeit der Eintritt in eine Nervenheilanstalt unmöglich war, wurde er mit seiner vollen Zustimmung für die Aufnahme in die Kreisirrenanstalt begutachtet.

Beobachtung 140. Zwangsbewegungen. „Herr X., 19 Jahre alt. Vater nervös. Patient machte mit 2 Jahren schwere Scarlatina durch, entwickelte sich geistig abnorm früh, studierte mit ausge-

zeichnetem Erfolge. — Vor 6 Jahren Magen- und Lungencartarrh. Seit dem 15. Jahre zunehmende Neurasthenie mit Angstgefühl, wahrscheinlich in Folge (später konstaterter) Onanie. Daneben entwickelten sich allerlei Zwangsbewegungen, musste mit den Fingern auf dem Tische trommeln, die Türe zumachen, beim Spaziergang sprang er ohne ersichtliches Motiv von einem Baum bis zum andern, nahm wiederholt den Hut ab, hob das eine Bein auf, und produzierte ähnliche Manöver später fast bei jeder Schwelle, die er zu überschreiten hatte. Seine Toilette erforderte schliesslich mehrere Stunden, weil er jedes Kleidungsstück x-mal an- und auszog, bis er es endgiltig anbehielt; ähnlich ging es beim Auskleiden. Er machte sich dabei gleichsam Notizen, indem er nach jedem Stück, welches er absolvierte, Banknoten in bestimmter Ordnung auf den Tisch legte. Als Patient in Folge seiner Zwangsvorstellungen sich auch mit Urin verunreinigte, weil er sich nicht entschliessen konnte, rechtzeitig den Abort aufzusuchen, wurde er in Anstaltsbehandlung übergeben. Er zeigte sich körperlich sehr herabgekommen, ohne besondere Degenerationszeichen und ohne Intelligenzstörung. Zerstreuung und Studium wirkte ablenkend. Pat. wurde nach 10 monatlicher Behandlung — Halbbäder und Syrup Fellow's — geheilt entlassen“. (Mitgeteilt von Kaan, l. c. S. 114).

Beobachtung 141. **Maladie des Tics.** A. H., Schreinergehilfe, 21 Jahre alt, ledig, stammt von gesunden, noch lebenden Eltern, seine Grossmutter mütterlicherseits war jedoch geisteskrank. Pat. hat ausser Masern und Lungenentzündung im Kindesalter keine erhebliche Krankheit durchgemacht. Seit einer Reihe von Jahren werden bei ihm sowohl beim Aufenthalte zu Hause, als während der Arbeit sonderbare Bewegungen und Ausstossen eigentümlicher Laute beobachtet. Diese Bewegungen (Zuckungen) treten besonders stark bei gemüthlichen Erregungen und bei Verrichtung schwerer Arbeit auf. Die Mutter des Pat. berichtet, dass derselbe sofort nach seinem Nachhausekommen bei Mangel jeder Beschäftigung durch die Unruhe seines Körpers, Umherwerfen der Glieder, ruckartige Bewegungen des ganzen Körpers sich seiner Umgebung auffällig und lästig macht. Sein Eintritt in die Wohnung kündigt sich schon durch die Laute an, die er ausstösst (tierische Laute, meist dem Gurren ähnlich, mitunter aber auch nur A-Laute). Seine Arbeit konnte Pat. bisher in der Hauptsache verrichten, doch soll er schon manches infolge seiner Unruhe verdorben haben. In den letzten Wochen hat sich sein Zustand verschlechtert.

Die Untersuchung ergibt: übermittelgrosser, kräftig gebauter, muskulöser junger Mann; rechtes Ohr dunkelrot, das linke von normaler Injektion. Im Bereiche der Gehirnnerven nur die Schnelligkeit und Intensität der Lichtreaktion der Pupillen auffällig;

diese verengern sich bei Einwirkung mittlerer Lichtreize bis zu Stecknadelkopfgrösse. Die abnormen Bewegungen, von welchen Pat. heimgesucht ist, wechseln fortwährend ihren Sitz. Bald ruckartige Bewegung (Hinausschleudern) eines Armes, bald eines Beines, dann wieder Gegeneinanderschlagen der Hände, den ganzen Körper durchfahrende Risse, schüttelnde Bewegungen der Arme, Hebung einer Schulter; beim Gehen mitunter schüttelnde und stampfende Bewegungen der Beine. Die Bewegungen sind nach Aussage des Pat. nie so anhaltend und heftig, dass sie ihn ermüden; er ist nicht imstande, auch wenn er sich ernsthaft bemüht, dieselben zu unterdrücken. Während des Sitzens sind die Beine fortwährend unruhig.

Über die Verursachung des Leidens ist weder von dem Pat. noch dessen Angehörigen Näheres zu erfahren. Der Pat. weiss auch über die psychischen Vorgänge, die mit seinen Tics zusammenhängen, nichts weiter anzugeben, als dass alle an ihm zu beobachtenden abnormen Bewegungen wider seinen Willen vor sich gehen. Zwangsvorstellungen sind bei ihm nicht zu konstatieren, auch machte sich bei ihm nie Coprolalie geltend.

Beobachtung 142. Imbecillität mit Sprachstörung, Zwangsbewegungen. B. S., Beamtensohn, 7 Jahre alt, stammt von gesunden Eltern, in deren Familie Nerven- und Geisteskrankheiten angeblich nicht vorkamen. Der Vater ist 43, die Mutter 33 Jahre alt; Pat. hat 2 Geschwister im Alter von 3 und 10 Jahren, welche gesund und geistig normal entwickelt sind. Die Mutter litt in den ersten Monaten der Schwangerschaft mit dem Pat. viel an Blutungen; Pat. kam ohne Kunsthilfe zur Welt und zeigte sich von Geburt an sehr unruhig. Erster Zahn mit 13 Monaten, die ersten Geh- und Sprechversuche mit etwa $1\frac{1}{2}$ Jahren, die Sprache von Anfang an sehr undeutlich. Masern mit 3, Keuchhusten mit 4 Jahren. In der geistigen Entwicklung machte der Knabe nicht die seinem Alter entsprechenden Fortschritte, wenn er auch stets Interesse für das um ihn her Vorgehende zeigte und ein ziemlich gutes Gedächtnis bekundete. Die Mutter glaubt, dass die Intelligenz des Kleinen gegenwärtig etwa der eines 5jährigen Kindes entsprechen dürfte. In den letzten Jahren ist die Undeutlichkeit der Sprache bei dem Pat. stärker hervorgetreten; die Eltern sind zwar imstande, ihn zu verstehen, für Fremde sind jedoch seine Äusserungen unverständlich. Es hat sich herausgestellt, dass dieser Mangel hauptsächlich auf das Unvermögen des Knaben zurückzuführen ist, einzelne Buchstaben richtig auszusprechen. Ausserdem machen sich bei dem Knaben seit längerer Zeit Grimassieren, Zähneknirschen und ausgesprochene Zwangsbewegungen bemerklich. Wenn er z. B. einen Auftrag auszuführen hat und dabei noch so eilig ist, berührt er zuerst mit den Händen eine Reihe in der Nähe befindlicher Gegenstände oder er

scharrt mehrfach mit den Füßen auf dem Boden. Rügen und Strafen haben bisher gegen diese Zwangsbewegungen nichts vermocht; der Knabe erklärt stets, er könne nicht anders, er müsse es so machen.

St. pr.: Zartgebauter, für sein Alter etwas kleiner Knabe von etwas blassem Aussehen und beschränktem, aber nicht blödem Gesichtsausdruck. Schädelkonfiguration normal, Schädelumfang 49, Umfang von Ohr zu Ohr 28, von der Nasenwurzel bis zur protub. occip. 29; Zahnstellung zum Teil unregelmässig, die Zahnränder zum Teil gekerbt. Linke Lidspalte etwas enger als die rechte, der linke Mundwinkel etwas tieferstehender als der rechte; die Innervation der linken Gesichtshälfte überhaupt etwas schwächer als die der rechten; Hebung des Gaumensegels beiderseits mangelhaft. Die faradische Erregbarkeit im linken Facialisgebiete, besonders im mittleren und unteren Aste deutlich herabgesetzt. Das Nachahmen vorgemachter Gesichtsbewegungen gelingt nur sehr wenig und zwar in erster Linie wegen mangelnder Aufmerksamkeit. Der Knabe ist trotz aller Bemühungen nicht dazu zu bringen, dem Untersucher ins Gesicht zu sehen. Bei der Aufforderung, die Lippen vorzuwölben oder zu spitzen, zieht er umgekehrt die Lippen ein, so dass er auf dieselben beisst. Pfeifen und Blasen unmöglich. Bei Prüfung der Sprache zeigt sich, dass Pat. von den Vokalen O und U, von den Konsonanten H und R nicht aussprechen kann (o = ö, u = i, au = ai), daneben aber eine Anzahl weiterer Konsonanten und die meisten Konsonantverbindungen nur undeutlich zu Stande bringt.

Bei der Wiedervorstellung, etwa 1 $\frac{1}{2}$ Jahre später, berichtet die Mutter, dass bei dem Knaben in der Zwischenzeit ein gewisser geistiger Fortschritt sich gezeigt habe, dass aber auch die Zwangsbewegungen sehr bedeutend zunahmen. Bei denselben handelt es sich in der Hauptsache um einige wenige Bewegungen, die bei den verschiedensten Gelegenheiten und unter den verschiedensten Verhältnissen ausgeführt werden: Berührung des Gesichts, des Fussbodens oder in der Nähe befindlicher Objekte, mehrfaches Sichherumdrehen um sich selbst und Bewegungen mit den Armen, ähnlich denen eines Priesters beim Segenspenden. Nichts ist imstande, ihn davon zurückzuhalten. Mitten im Spiele mit Kameraden, während er einem derselben nachläuft, hält er plötzlich inne, dreht sich mehrfach im Kreise oder berührt den Boden mit den Händen, um dann das Laufen fortzusetzen. Wenn ihm ein Geschenk dargereicht wird, das ihn sehr erfreut, führt er eine der erwähnten Bewegungen aus, bevor er das Dargebotene nimmt. Während der Unterhaltung mit seinen Geschwistern gleitet er mitunter plötzlich vom Stuhle, bloss um den Boden mehrfach zu berühren. Stösst er zufällig an einen Gegenstand, so muss er denselben ebenfalls mehrfach berühren; auf der Strasse hält er plötzlich inne, um die Bewegung des Segnens auszuführen oder sich mehrmals um sich selbst zu drehen. Wenn

man ihn in seinem Treiben zurückhalten will, weint er und leistet energischen Widerstand; freigelassen führt er sofort die eine oder andere seiner Bewegungen aus. Der Ort und die augenblickliche Umgebung sind ihm dabei völlig gleichgiltig. In Bezug auf die Häufigkeit der Zwangsbewegungen zeigen sich bei dem Pat. auffällige Unterschiede; an manchen Tagen nehmen dieselben von morgens bis zur Nacht kein Ende. Bei jeder Beschäftigung, selbst während des Essens stellen sich dieselben in Intervallen von einigen Minuten ein. Es fehlt aber auch nicht an ruhigeren Zeiten, in welchen sich die Zwangsbewegungen nur in grösseren Zwischenräumen einstellen. Bezüglich der Sprachstörung ergab sich keine Veränderung gegenüber dem früheren Status. In psychischer Beziehung war noch immer das Auffälligste die Unstetheit; es gelang nicht, die Aufmerksamkeit des Pat. auch nur für einige Sekunden zu fesseln.

Kapitel VII.

Anfälle von Zwangsercheinungen.

Die im Vorstehenden besprochenen Zwangsphänomene können, wie wir zum Teil schon gesehen haben, in der Form von Anfällen (Krisen) auftreten. Diese kommen dadurch zustande, dass Zwangsercheinungen, welche dauernd vorhanden sind, für kürzere Zeit eine bedeutende Steigerung erfahren oder gewisse Zwangssymptome lediglich vorübergehend in grösserer oder geringerer Intensität sich geltend machen. Die einzelnen Zwangsercheinungen zeigen in Bezug auf die Neigung zur Bildung von Anfällen beachtenswerte Unterschiede. Von den selbständigen Zwangsvorstellungen sind es insbesondere die Zwangsbefürchtungen, welche gelegentlich zu einer Höhe anwachsen, dass man von Anfällen sprechen kann. Hierbei handelt es sich jedoch nicht lediglich um Intensitätssteigerung der mit den Zwangsvorstellungen verknüpften Angstgefühle. Die hiermit einhergehende

Erregung führt nicht selten zu Verzweigungsausbrüchen und Äusserungen des Lebensüberdresses.

Zwangsempfindungen und Zwangshalluzinationen treten immer nur anfallsweise auf. Unter den assoziativen Zwangstendenzen zeigen insbesondere die Zwangsvorwürfe eine Neigung zu paroxismaler Steigerung, die mit den schwersten Angstzuständen einhergehen kann. Die Grübelsucht erfährt selten durch Zunahme eine Gestaltung zu Anfällen; etwas häufiger tritt dieselbe lediglich vorübergehend und dann zumeist in grosser Intensität auf.

Von den Zwangsaffekten zeigen die Angstzustände sehr häufig Anfallsform; andere Zwangsaffekte: Zorn, Wut, Missmut treten nur in dieser Form auf, auch die Zwangsverstimmungen bilden in der Regel transitorische Zustände. Unter den Zwangsimpulsen und Trieben finden sich einzelne, welche lediglich anfallsweise in kürzeren oder längeren Zwischenräumen sich geltend machen und dabei grosse Intensität erreichen können. Hierher gehören Anfälle von Kauftrieb, Kleptomanie, Dromomanie, Zerstörungssucht, von sexuellen Impulsen.

Die Anfälle, welche durch jähe Steigerung andauernd vorhandener Zwangsvorstellungen entstehen, zeichnen sich durch mehrere Umstände aus. Die Besinnung geht während derselben, wie schon Thomsen hervorgehoben hat, nicht völlig verloren, sofern der Kranke über seine Umgebung immer orientiert bleibt; allein das Bewusstsein wird völlig von dem Zwangsgedanken und den damit zusammenhängenden Assoziationen okkupiert. Hiermit schwindet nicht nur die Krankheitseinsicht, sondern auch jede Überlegung, zum Teil auch die Rücksicht auf die augenblickliche Umgebung und die persönlichen Verhältnisse des Kranken ¹⁾).

Die peinliche gemüthliche Erregung, welche hiermit verbunden ist, führt auch zu mannigfachen somatischen Symptomen: Schweissausbruch, Herzklopfen, vasomotorischen Störungen und Parästhesien an den Extremitäten, vermehrtem Urindrang, Diarrhoen etc.

Bei den Anfällen, welche dadurch entstehen, dass gewisse Zwangsercheinungen plötzlich und mit grosser Intensität auftreten, verhält es sich, wie wir zum Teil schon gesehen haben, ähnlich. In den schweren Angstfällen kommt es sofort oder nach vorüber-

¹⁾ Séglas bemerkte, dass durch die Zwangsvorstellung das Persönlichkeitsbewusstsein unnebelt oder sogar ausgelöscht wird.

gehender Hemmung der Assoziationstätigkeit zur wildesten Ideenflucht, welche den Kranken jede Rücksicht bei Seite setzen lässt und ihn mitunter zu den lächerlichsten und unsinnigsten Handlungen fortreisst. Bei den plötzlich auftauchenden mächtigen Zwangsimpulsen steigert sich die damit verknüpfte innere Qual (Angst) oft derart, dass der Kranke zu keiner Überlegung mehr fähig, ohne Rücksicht auf Zeit und Ort und seine persönlichen Verhältnisse Befreiung von seinem Zustande dadurch sucht, dass er dem Impulse nachgibt. Auch diese Zustände sind, wie wir im Vorhergehenden schon gesehen haben, zumeist von auffälligen somatischen Erscheinungen (Kopfschmerzen, Verdunkelung des Gesichts, Zusammenschnüren im Halse, Herzklopfen, Schweissausbruch, Zittern etc.) begleitet. Nach den Anfällen, in welchen Zwangsercheinungen sich geltend machen, stellt sich häufig ein Zustand der Erschöpfung ein, welcher kürzere oder längere Zeit anhält. Man begegnet dieser Erschöpfung insbesondere nach schweren Angstzuständen, nach welchen sich dieselbe mitunter noch am folgenden Tage fühlbar macht. Mit der Erschöpfung verknüpft sich häufig mehr oder minder erhebliche gemüthliche Verstimmung. Dass bei den Angstanfällen es auch an Aurasymptomen nicht fehlt, wurde an früherer Stelle bereits erwähnt.

Kapitel VIII.

Ätiologie.

Vorbemerkungen.

Eine zusammenfassende Darstellung der Ätiologie der Zwangsercheinungen stösst primo loco auf erhebliche Schwierigkeiten. Die Zwangsercheinungen bilden nicht Symptome eines einheitlichen, wohl abgrenzbaren Krankheitszustandes, sondern gehören verschiedenen Krankheitsformen an, deren ätiologische Bedingungen im Detail zu untersuchen uns hier zu weit führen müsste. Diese Schwierigkeit lässt sich in gewissem Maasse dadurch beseitigen, dass wir lediglich

das Gros der Fälle berücksichtigen, welches der Neurasthenie, Hysterie, Zwangs- und Angstneurose angehört, und zusehen, mit welchen Faktoren sich die Zwangsercheinungen in diesen Fällen in ursächlichen Zusammenhang bringen lassen.

Eine weitere Schwierigkeit liegt in der a priori sich präsentierenden Möglichkeit, dass verschiedenen Zwangsercheinungen eine verschiedene Ätiologie zukommt. Die Annahme Freud's, welcher die Zwangsercheinungen zum Teil seiner Zwangs- und Angstneurose zuweist und jeder dieser Neurosen eine besondere spezifische, im Sexualleben liegende Ursache zuschreibt, nötigt uns, wenigstens zunächst die Frage in Erwägung zu ziehen, ob sich nicht eine besondere Betrachtung der Ätiologie der Angstzustände neben der der Zwangsvorstellungen empfiehlt. Dagegen spricht der Umstand, dass eine durchgreifende Sonderung der Angstzustände von den Zwangsvorstellungen undurchführbar ist, da erstere, wie wir sahen, häufig eine fruchtbare Quelle von Zwangsvorstellungen bilden und sich mit solchen auch verknüpfen. Dafür lässt sich der Umstand geltend machen, dass Angstzustände nicht nur bei einer grossen und sehr wichtigen Gruppe von Zwangsercheinungen (Phobien) das prädominierende Moment bilden, sondern auch sehr häufig ganz selbstständig auftreten.

Letztere Erwägung bestimmt uns, zunächst die ätiologischen Bedingungen der Zwangsvorstellungen im allgemeinen zu untersuchen und daran anschliessend die Ätiologie der Angstzustände (Phobien der II. und III. Gruppe und der inhaltlosen Angstzustände) zu behandeln. Es wird uns auf diesem Wege auch allein möglich, die Berechtigung der Freud'schen Theorie von der Ätiologie seiner Angstneurose einer Prüfung zu unterziehen.

Ätiologie der Zwangsvorstellungen.

A. Prädisponierende Momente.

I. Erbllichkeit.

Von allen Autoren, welche sich bisher mit der Genese der Zwangsvorstellungen beschäftigten, wurde hereditären Momenten eine grosse Bedeutung zuerkannt. Am weitesten sind in dieser Beziehung

Magnan und seine Schüler gegangen, welche die obsessions und impulsions schlechtweg als Stigmata hereditatis bezeichnen. Gegen diese Auffassung ist, wie wir sahen, von verschiedenen Seiten, auch von mir, Einspruch erhoben worden. Die neueren, mit voller Unbefangenheit durchgeführten statistischen Erhebungen von Pitres u. Régis und Janet und meine eigenen Erfahrungen zeigen mit voller Bestimmtheit, dass sich eine erbliche Belastung bei an Zwangsvorstellungen Leidenden zwar in einem sehr grossen Prozentteil der Fälle, doch nicht konstant, ermitteln lässt.

Pitres und Régis¹⁾ konnten nur bei $\frac{4}{6}$ der Zwangsvorstellungskranken eine erbliche Belastung konstatieren.

Janet fand in seinen Fällen allerdings nur 8 % frei von hereditärer Prädisposition; er zählt jedoch Tuberkulose, Gicht und chronischen Rheumatismus zu den eine erbliche Belastung bedingenden Momenten.

Die Nachforschungen in Betreff der Hereditätsverhältnisse bei meinem eigenen Beobachtungsmateriale haben Folgendes ergeben:

Unter 200 Fällen von Erkrankung mit Zwangsvorstellungen (mit Ausschluss der erwähnten Phobien und der inhaltlosen Angstzustände) liess sich erbliche Belastung 138 mal = 69 % der Fälle konstatieren; in 62 Fällen = 31 % war eine Belastung nicht nachweisbar. Diese Fälle zerfallen in 2 Gruppen: In 32 Fällen = 16 % waren die Angaben der Patienten bezüglich ihrer Abstammungs- und Familienverhältnisse genügend, um die Annahme zu begründen, dass bei ihnen keine erbliche Belastung vorlag. In 30 Fällen = 15 % konnte aus den von den Patienten erhaltenen Auskünften ein sicherer Schluss über Bestehen oder Mangel erblicher Belastung nicht gezogen werden. Wenn wir in der Hälfte dieser Fälle erbliche Belastung annehmen, so kommen wir zu dem Resultate, dass in 76—77 % unserer Fälle erbliche Belastung vorlag, ein Prozentsatz, der sich den Ergebnissen von Pitres und Régis sehr nähert.

In Bezug auf die Art der Belastung haben die Nachforschungen bei meinem Beobachtungsmateriale Folgendes ergeben:

¹⁾ Pitres und Régis: *Séméiologie des obsessions et des idées fixes; Rapport au congrès de médecine de Moscou, 1897.*

Einseitige Belastung fand sich 120 mal = 60%, doppelseitige Belastung 18 mal = 9%.

Bei einseitiger Belastung waren vertreten:

Nervosität, Neurasthenie, Hysterie, leichtere Verstimmungszustände in 77 Fällen = 38 $\frac{1}{2}$ %.

Psychopathische Minderwertigkeiten (abnorme gemüthliche Reizbarkeit, Jähzorn, Ängstlichkeit, Exzentrizität etc.) 14 mal = 7%.

Geisteskrankheiten	9 mal = 4 $\frac{1}{2}$ %
Epilepsie	1 mal = $\frac{1}{2}$ %
Potatorium	1 mal = $\frac{1}{2}$ %
Suicid	2 mal = 1%

In den Fällen doppelseitiger Belastung handelt es sich zumeist um Nervosität bei beiden Eltern oder Nervosität bei dem einen, psychopathische Minderwertigkeiten bei dem andern Teile. Geisteskrankheiten sind in dieser Gruppe nicht vertreten.

In einer Reihe von Fällen liessen sich zwar Erkrankungen der Eltern, von welchen eine Belastung ausgehen konnte, nicht ermitteln, dafür fanden sich für das Bestehen einer Belastung genügende Anhaltspunkte in den Gesundheitsverhältnissen anderer Familienmitglieder (Grosseltern, Onkel, Tanten, Geschwister).

II. Geschlecht und Alter.

In Bezug auf das Geschlecht bei Zwangsvorstellungsleiden weichen meine Beobachtungen erheblich von denen Janet's ab. In dem Beobachtungsmateriale des genannten Autors, welches auch die von mir hier nicht mit berücksichtigten Phobien umfasst, betrafen 71% der Fälle Frauen, 29% Männer, während unter den von mir verwerteten 200 Fällen meiner Beobachtung sich 59% Männer und 41% Frauen finden. Ich kann demnach dem Geschlechte eine prädisponierende Bedeutung nicht zugestehen. Was den Einfluss des Alters betrifft, so ist für die Eruierung desselben das Alter der Kranken zur Zeit ihres Eintritts in die Behandlung nur im beschränktem Maasse verwertbar. Die Zwangsvorstellungen zählen nicht zu jenen Störungen, welche die Patienten nötigen, sofort oder wenigstens alsbald ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. In vielen

Fällen nehmen die Patienten erst nach längerem Bestehen der Zwangsvorstellungen, beunruhigt durch die Hartnäckigkeit dieser Erscheinungen oder eine Steigerung derselben, ärztlichen Rat in Anspruch. Häufig werden auch die Kranken nicht, oder wenigstens nicht in erster Linie durch die bei ihnen bestehenden Zwangsvorstellungen, sondern durch andere neuro- und psychopathische Erscheinungen veranlasst, den Arzt zu konsultieren, und dieser erfährt hierbei von Zwangszuständen, die jahrelang zurückreichen. Pitres und Régis sowie Janet haben Tabellen mitgeteilt, aus welchen das Alter der Patienten beim Eintritt in die Beobachtung ersichtlich ist. Aus diesen Tabellen geht hervor, dass die grosse Mehrzahl der Fälle auf das Alter vom 20. bis zum 50. Lebensjahre trifft, und in der Kindheit sowie nach dem 50. Lebensjahre Zwangsvorstellungen selten zur Behandlung gelangen. Das Maximum der Fälle findet sich sowohl bei Pitres und Régis als bei Janet vom 26. bis zum 30. Lebensjahre.

Die genannten Autoren haben sich auch bemüht, in einer grösseren Anzahl von Fällen das Alter bei Beginn der Erkrankung festzustellen. Bei dem von Pitres und Régis verwerteten Materiale entfällt der Beginn des Leidens am häufigsten auf das 11. bis 15., bei Janet's Kranken auf das 16. bis 20. Lebensjahr. Pitres und Régis schliessen aus ihren Beobachtungen, dass in der Hälfte der Fälle das Leiden in der Kindheit vor dem 15. und in mehr als $\frac{3}{4}$ der Fälle vor dem 30. Lebensjahre seinen Anfang nimmt. Nach Janet's Zusammenstellung entfällt der Beginn der Erkrankung in der Hälfte der Fälle auf das Alter vor dem 20., in $\frac{3}{4}$ der Fälle vor dem 30. Lebensjahre.

Unter den von mir zusammengestellten 200 Fällen standen im Alter

von 10—20 Jahren	6 Patienten	= 3%
„ 20—30 „	72 „	= 36 „
„ 30—40 „	70 „	= 35 „
„ 40—50 „	28 „	= 14 „
„ 50—60 „	17 „	= 8 $\frac{1}{2}$ %
„ 60—70 „	7 „	= 3 $\frac{1}{2}$ „

Wie wir sehen, fällt auch bei meinem Beobachtungsmateriale das Hauptkontingent der Kranken auf das Alter vom 20. bis 50. Lebens-

jahre und sind die Patienten unter 20 und über 50 Jahre nur mit einem kleinen Prozentsatze vertreten. Die Altersklassen zwischen dem 20. und 30. und 30. und 40. Lebensjahre zeigen dagegen keinen wesentlichen Unterschied. In Bezug auf den Beginn der Erkrankung ergibt sich, wie schon die mitgeteilte Kasuistik zeigt, auch aus meinen Beobachtungen, dass derselbe häufig in das Kindesalter zurückreicht. Von genaueren Feststellungen in Bezug auf diesen Punkt habe ich jedoch abgesehen, zum Teil, weil in vielen Fällen nicht sicher zu entscheiden ist, ob es sich bei den in Betracht kommenden Erscheinungen, die vor der Pubertätsperiode sich geltend machten (Neigung zu Skrupeln, Zweifeln, Befürchtungen etc.), bereits um ausgesprochene pathologische Vorkommnisse handelt, zum Teil auch, weil die Angaben der Patienten über ihre Antezedentien mir nicht genügend erschien.

III. Pubertätsentwicklung, Menstruation, Lactation.

Wenn der Einfluss des jugendlichen Alters aus den bisherigen Beobachtungen in so prägnanter Weise hervortritt, so hängt dies mit dem Umstande zusammen, dass die Pubertätsentwicklung in die kritische Zeit fällt. Auf die Bedeutung der Pubertätsperiode als praedisponierendes Moment wurde schon von einer Reihe von Autoren von Krafft-Ebing, Legrand du Saulle, Marro und in neuerer Zeit von Janet hingewiesen. Die Reifung des Geschlechtsapparates geht mit einer Steigerung der nervösen Erregbarkeit und Änderungen in der Stimmungslage einher, welche bei normalen Individuen keine pathogenetische Bedeutung erlangen, bei neuro- und psychopathisch Veranlagten dagegen entschieden ins Gewicht fallen. Hierzu kommt noch der bisher wenig beachtete Umstand, dass die Übung der Masturbation mit ihren nervös und psychisch schädigenden Folgen in sehr vielen Fällen in der Pubertätszeit beginnt und häufig sich auch auf diese beschränkt. Bei Frauen bekunden auch andere Vorgänge im Sexualleben einen praedisponierenden Einfluss; hierher gehören die Menses und die Laktation. Manche zählen auch das Klimakterium hierher, dessen Einfluss mir aber sehr zweifelhaft erscheint.

Auch der Menstruationsvorgang ist mit einer Steigerung der nervösen Erregbarkeit verknüpft, welche namentlich bei neuropathisch

disponierten Personen zu mannigfachen Beschwerden führt, und begünstigt besonders das Auftreten von Angst- und Verstimmungszuständen, welche ihrerseits wiederum zu einer Quelle von Zwangsvorstellungen werden können. Die Laktation andererseits äussert ihren Einfluss in der Hauptsache als körperlich schwächendes Moment.¹⁾

B. Determinierende Momente.

Unter diesem Titel fassen wir alle jene Momente zusammen, welche dem Auftreten von Zwangsvorstellungen vorhergehen und sich in irgend einen ursächlichen Konnex mit denselben bringen lassen. Von den praedisponierenden Momenten lassen sich die determinierenden nicht strenge sondern, soferne dieselbe Noxe, welche in dem einen Falle eine determinierende Rolle spielt, in einem anderen Falle bei geringerem Ausmaasse lediglich einen praedisponierenden Einfluss äussert. Die in Betracht kommenden Momente sind z. T. somatischer, z. T. psychischer Natur. Die somatischen fallen mit jenen zusammen, welche als Ursachen der Neurathenie bekannt sind und deshalb hier keine ausführliche Besprechung erheischen. Es sei hier nur erwähnt: körperliche Überanstrengung, mangelhafte Allgemeinernährung infolge von Blut- und Säfteverlusten, Chlorose, Infektionskrankheiten, Intoxikationen (Exzesse in alcoholicis, im Rauchen, Kaffeegenuss), Magen- und Darmleiden, sexuelle Schädlichkeiten. Von letzteren sind hier anzuführen: sexuelle Abstinenz bei erheblicher Libido, Masturbation, Exzesse im normalen Geschlechtsverkehr und Congr. interruptus, gehäufte Pollutionen und lokale Irritationszustände.

¹⁾ von Krafft-Ebing (Über gewisse formale Störungen des Vorstellens etc., Vierteljahrsschrift für gerichtliche und öffentliche Medizin 1870, Januar) führt als Beweis dafür, dass die Zeit der Laktation eine erhöhte Disposition zu Zwangsvorstellungen und gesteigerte Impressionabilität mit sich bringt, einen von Schubert 1858 mitgetheilten Fall an. Eine Patientin dieses Beobachters wurde seit 4 Monaten unablässig von dem Triebe gequält, ihrem geliebten Kinde den Hals abzuschneiden. Der Taufe des Kindes hatte ein Hausfreund angewohnt, welcher kurze Zeit später sich den Hals abschnitt. Gleich nach Empfang der Nachricht von diesem Ereignisse wurde die Pat. von dem Drange befallen, ihrem Kinde ein Gleiches zu tun. Es handelte sich hier offenbar um die Einwirkung eines psychischen Traumas bei einer durch die vorhergehende Entbindung wohl noch geschwächten Frau.

Der Einfluss der Laktation bleibt hier fraglich.

Unter den Zwangsvorstellungen sind es besonders einzelne Varietäten, bei welchen sich ein Zusammenhang mit von der Sexualsphäre ausgehenden Einflüssen häufig nachweisen läßt. Hierher gehören in erster Linie die sexuellen (obscönen) Zwangsvorstellungen, dann aber auch die religiösen, sakrilegischen, ferner gewisse Zwangsvorwürfe und Skrupel und manche Zwangsimpulse. Der vermittelnde Faktor ist häufig sexuelle Hyperaesthesie, namentlich bei sexueller Abstinenz. Ein anderer Modus der Wirksamkeit der meisten erwähnten sexuellen Noxen ist dadurch gegeben, dass dieselben zu Angstzuständen führen oder das Auftreten solcher begünstigen. Bei einzelnen der fraglichen sexuellen Schädlichkeiten, (Masturbation, Exzesse in venere, Poll. nim.) kommt ferner der erschöpfende Einfluss auf das Gesamtnervensystem wesentlich in Betracht.

Dass sexuelle Vorgänge endlich auch dadurch eine ätiologische Bedeutung erlangen können, dass sie den Anstoss zu Vorwürfen geben (Freud'sche Theorie) haben wir an früherer Stelle bereits gesehen.

Die der psychischen Sphäre angehörenden determinierenden Momente sind ebenfalls sehr verschiedenartig. Der Einfluss geistiger Überanstrengung ist häufig nachzuweisen. Bei Studenten spielt die Vorbereitung für ein Examen, bei Gelehrten, Beamten und Kaufleuten eine vorübergehende oder auch länger dauernde erhebliche Steigerung der beruflichen Anforderungen in vielen Fällen eine Rolle. Von den emotionellen Schädlichkeiten, welche häufig die geistige Überarbeit begleiten, unterscheiden sich die andauernd oder wenigstens längere Zeit einwirkenden — Sorgen, Kummer, Ärger, Reue etc. — bezüglich ihrer Folgen von der plötzlich und mit Macht hereinbrechenden seelischen Erschütterung, dem Schrecken, dem wir in erster Linie die Qualität eines psychischen Traumas zuerkennen müssen.

Andauernde emotionelle peinliche Erregungen wirken auf das Nervensystem ähnlich erschöpfend wie rein intellektuelle Überanstrengung, können aber auch direkt zur Produktion von Zwangsvorstellungen führen. Die Sorge wegen eines erkrankten Kindes, wegen drohender geschäftlicher Verluste, kann nach kürzerem oder längerem Bestehen die Form einer Zwangsbefürchtung annehmen, welche dann unabhängig von äusseren Verhältnissen weiter besteht: die mit Er-

innerung an eine gewisse Unterlassung verknüpfte Reue wird zur Quelle von Zwangsvorwürfen, der durch eine schwere Enttäuschung verursachte Kummer gibt den Anstoss zu Zwangsgrübeleien. Die Zwangsvorstellungen, welche unter dem Einflusse gemüthlicher Erregungen sich bilden, können aber auch inhaltlich jeden Zusammenhang mit diesen entbehren. Ein Beispiel dieser Art haben wir in der Zwangsvorstellung der Beobachtung 43 kennen gelernt, die unter der Einwirkung eifersüchtiger Erregung entstand.

Die im Anschlusse an mit Schrecken verknüpften Erlebnisse auftretenden Zwangsvorstellungen variiren in ihrer Art erheblich.

Der Affekt des Schreckens ist ein Moment, welches die mit ihm zusammenhängenden Vorgänge ausserordentlich stark im Gedächtnis fixirt, so dass die betreffenden Erinnerungen jederzeit leicht reproduziert werden; diese nehmen mitunter direkt die Form von Zwangsvorstellungen (resp. Zwangsempfindungen) an. Ein Beispiel dieser Art bildet die von Freud erwähnte Zwangsvorstellung, von welcher Pascal verfolgt wurde, nachdem er in Gefahr geraten war, mit seinem Wagen in die Seine zu stürzen; er glaubte immer, zu seiner Linken einen Abgrund zu sehen. Ähnlich wie hier trat in 2 von uns früher mitgetheilten Fällen die Erinnerung an ein schreckliches Erlebnis als Zwangsempfindung auf.

Zuweilen wird die Erinnerung an den schreckhaften Vorgang in einen inhaltlich entsprechenden Zwangsimpuls umgewandelt. Wir sahen, dass bei einer meiner Patientinnen der Schrecken über die scherzhafte Drohung ihres Dienstmädchens, ihrem Kinde die Augen auszustechen, den Zwangsimpuls zu dieser Handlung nach sich zog. In dem oben erwähnten Falle Schubert's hatte bei einer Patientin die Nachricht von der Selbstentleibung eines befreundeten Herrn durch Halsabschneiden eine ähnliche Folge.

Wir haben ferner gesehen, dass bei disponierten Personen durch Schrecken auch Grübelzwang hervorgerufen werden kann. In der grossen Mehrzahl der Fälle führen jedoch erschütternde Ereignisse zum Auftreten von Zwangsbefürchtungen. Inhalt dieser ist die Möglichkeit der Wiederkehr des erlebten peinlichen Ereignisses, welche auf die eigene Person bezogen werden kann, auch wenn diese von dem Vorfalle nicht direkt betroffen war. Der durch einen Feuerlärm in der Nachbarschaft verursachte Schrecken führte in einem früher erwähnten Falle zur Entwicklung einer Pyrophobie. Eine

Patientin meiner Beobachtung, welche durch einen Stickenfall ihres Kindes erschreckt wurde, dem ein Stückchen eines Strohhalms in den Kehlkopf geraten war, wurde in der Folge bei jeder möglichen oder unmöglichen Gelegenheit von der Befürchtung heimgesucht, dass einem ihrer Angehörigen ein ähnlicher Zufall passiren könnte. Eine andere Pat. meiner Beobachtung wurde, wie wir sahen, nachdem sie durch einen Anfall ihres Bruders erschreckt worden war, längere Zeit von der Befürchtung gequält, dass sie selbst einen Anfall bekommen könnte. Bei einem Studierenden der Medizin, über den wir berichteten, trat die Zwangsbefürchtung des Ohnmächtigwerdens auf, nachdem er durch das plötzliche Umsinken eines neben ihm Sitzenden erschreckt worden war. Die Zwangsbefürchtung muss in derartigen Fällen nicht unmittelbar nach dem veranlassenden Ereignisse sich geltend machen. Zumeist ist eine gewisse Inkubationszeit von kürzerer oder längerer Dauer vorhanden.

Auch suggestive Einflüsse spielen häufig bei der Entwicklung von Zwangsvorstellungen eine Rolle. Zwangsvorstellungen können direkt durch verbale Suggestion hervorgerufen werden. Nicht selten sind auf diesem Wege unbedachte ärztliche Aussprüche wirksam. Einem mit einem hartnäckigen Blasenleiden behafteten Patienten, der mich vor einiger Zeit konsultierte, war von einem Arzte gesagt worden, dass er wahrscheinlich an Blasentuberkulose leide; diese Eröffnung brachte Pat. nicht mehr aus dem Kopfe. Monatelang wurde er von der Idee, an einem tuberkulösen Leiden zu laborieren, unaufhörlich verfolgt. Er büsste hierdurch den Schlaf ein und wurde ganz unfähig, seiner Beschäftigung nachzugehen.

Mehrere Male sah ich ähnliche Folgen von der irrtümlichen Diagnose eines Herzleidens, die dem Patienten ohne zwingende Veranlassung mitgeteilt worden war. Ungleich häufiger handelt es sich bei den Verursachungen von Zwangsvorstellungen um indirekt wirkende suggestive Momente. Die Bedeutung solcher können Äusserungen, die dem Patienten gegenüber gemacht werden oder von denen er nur hört, in Zeitungen enthaltene oder mündlich übermittelte Nachrichten, sowie Wahrnehmungen verschiedenster Art gewinnen. Es sind, wie aus unseren früheren Darlegungen sich ergibt, insbesondere zwei Klassen von Zwangsvorstellungen, welche auf diesem Wege geweckt werden: nosophobische und kriminelle. Bei Patienten, bei welchen die Neigung zu Zwangsvorstellungen sehr entwickelt ist,

können aber auch an die harmlosesten Bemerkungen des Arztes sich Zwangsvorstellungen knüpfen, was den Verkehr mit den Betreffenden und deren Behandlung unter Umständen sehr erschwert. Es sei hier nur ein Beispiel angeführt. Eine Kranke meiner Beobachtung wurde nach dem Befragen über ihre Familienverhältnisse, welche in Bezug auf Belastung nichts Bestimmtes ergaben, tagelang durch die Idee in Aufregung versetzt, dass bei einem ihrer Familienmitglieder eine Krankheit bestanden haben mochte, von der sie nichts wusste. Dieselbe Patientin wurde, nachdem der erste Hypnotisierungsversuch resultatlos verlaufen war, von der Idee verfolgt, dass sie nunmehr auch nachts nicht mehr werde schlafen können. Als sie zufällig davon hörte, dass eine ihr befreundete Dame geisteskrank geworden sei, wurde sie die Idee nicht los, dass ihr ein ähnliches Schicksal beschieden sei. Als sie eines Tages bemerkte, dass am Rande eines Kompotglases, von dessen Inhalt sie genossen hatte, ein Splitterchen fehlte, stellte sich bei ihr sofort die Idee ein, dass sie diesen Glassplitter wahrscheinlich verschluckt habe, womit sich auch Schmerzempfindung im Halse verband. Diese Idee und die Halsschmerzen erhielten sich mehrere Tage lang, obwohl wiederholte Untersuchung des Rachens einen durchaus negativen Befund ergab, und ihr nachdrücklichst die Unbegründetheit ihrer Befürchtung dargelegt worden war.

Ätiologie der Angstzustände.

In dem 1895 veröffentlichten Aufsatz: „Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als „Angstneurose“ abzutrennen¹⁾, trat Freud dafür ein, dass den Angstzuständen und ihren Äquivalenten, die man bis dahin als dem Gebiete der Neurasthenie zugehörig betrachtet hatte, eine einheitliche und spezifische sexuelle Verursachung zukomme, was zu deren Abtrennung von der Neurasthenie und Zusammenfassung zu einer Neurose sui generis, einer „Angstneurose“ berechtige. Als Ursache dieser figurieren nach Fr. hauptsächlich *Congress. interruptus*, Abstinenz bei erhöhter Libido und frustrane Erregung. Das spezifische Moment, das allen bei der Angstneurose in Betracht kommenden

¹⁾ Freud: Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 2.

sexuellen Einflüssen gemeinsam ist, liegt nach dem Autor in dem Umstände, dass die Entladung der aufgespeicherten somatischen (beim Manne von den Nervenendigungen der Samenblasenwandungen ausgehenden) Sexualerregung ohne entsprechende psychische Entlastung, i. e. Befriedigung vor sich geht. „Die Erscheinungen der Angstneurose kommen zu stande, indem die von der Psyche abgelenkte somatische Sexualerregung sich subkortikal in ganz und gar nicht adäquaten Reaktionen ausgibt.“

Gegen diese Auffassung erhob ich alsbald nach dem Erscheinen der erwähnten Freud'schen Mitteilung eine Reihe von Bedenken,¹⁾ welche den Autor zu einer Entgegnung in der Wiener klinischen Rundschau 1895 veranlassten.

In dieser bemühte sich der Autor, nicht nur meine Einwände gegen seine Theorie zu entkräften, sondern auch seine Ansichten über die Ätiologie seiner Angstneurose (und der Neurosen überhaupt) schärfer zu formulieren, als dies früher geschehen war. Für die Ätiologie der Angstneurose stellte er folgendes Schema auf:

Bedingung: Heredität; spezifische Ursache: Ein sexuelles Moment, im Sinne einer Ablenkung der Sexualspannung vom Psychischen; Hilfsursachen: alle banalen Schädigungen, Gemütsbewegung, Schreck wie psychische Erschöpfung durch Krankheit oder Überleistung. Indes konnte ich auch dieses Schema mit meinen Erfahrungen nicht in Einklang bringen. Diese Discrepanz bildete für mich eine Aufforderung, nunmehr die Ätiologie der neurotischen Angstzustände eingehender und an einem grösseren Materiale zu studieren, bei welchem neben den übrigen in Betracht kommenden Momenten die Verhältnisse der vita sexualis in sorgfältigster Weise berücksichtigt wurden. Über die Ergebnisse dieser Untersuchung, für welche 210 Fälle von Neurasthenie, Hysterie, resp. Hysteroneurasthenie und Angstneurose in dem von mir angenommenen engeren Sinne verwertet wurden, soll im Folgenden berichtet werden.

Was das Geschlecht der Patienten betrifft, so findet sich in meinem Krankenmateriale ein auffallendes Überwiegen der Männer; das Verhältnis der beiden Geschlechter ist fast 2 : 1. Zum Teil ist

1) Löwenfeld: Über die Verknüpfung neurasthenischer und hysterischer Symptome in Anfallsform, nebst Bemerkungen über die Freud'sche „Angstneurose“. Münchener med. Wochenschr. Nr. 13, 1895.

dies wohl auf Zufälligkeiten des Materials zurückzuführen, i. e. den Umstand, dass sich Männer mit Angstzuständen aus verschiedenen Gründen häufiger an den Nervenarzt wenden als Frauen, zum Teil mag aber auch dieses Missverhältnis darin begründet sein, dass bei Männern sich gewisse ursächliche Momente der Angstzustände (speziell sexuelle Noxen) häufiger geltend machen als bei den Angehörigen des weiblichen Geschlechts.

Die Beteiligung der einzelnen Altersklassen zeigt bemerkenswerte Verschiedenheiten. Das Hauptkontingent kommt auf die Zeit vom 20. bis 50. Lebensjahre, und die Altersklasse vom 30. bis 40. Jahre ist bei beiden Geschlechtern am stärksten vertreten. Bei Frauen zeigt sich schon vom 40. Lebensjahre an ein sehr erheblicher Rückgang in der Zahl der Fälle, bei Männern erst vom 50. Jahre an; das höhere Lebensalter ist nur in sehr geringem Maasse beteiligt.

Kinder kommen nach meinen Erfahrungen wegen Angstzustände, abgesehen vom Pavor nocturnus, relativ selten zur Behandlung und damit zur ärztlichen Beobachtung; dagegen begegnet man öfters mit Angstzuständen behafteten Erwachsenen, welche an solchen bereits in den Kinderjahren litten.

Hereditäre Belastung bestand sicher in 80 % der Fälle, in 10 % der Fälle liess sich solche ausschliessen, soweit dies überhaupt möglich ist, und in weiteren 10 % konnte aus dem einen oder anderen Grunde ein sicheres Urteil über Vorhandensein oder Mangel einer erbten Veranlagung nicht gewonnen werden. Rechnen wir die Hälfte dieser Fälle zu den Belasteten, so haben wir in 85 % der Fälle eine hereditäre Disposition.

Was die Beziehung der erblichen Belastung zur Intensität und Hartnäckigkeit der Angsterscheinungen anbelangt, so ist zwar nicht in Abrede zu stellen, dass die schlimmen phobischen Zustände sich vorwiegend bei Hereditariern finden, doch kommen auch bei Nichtbelasteten intensive und hartnäckige Phobien und die schwersten inhaltlosen Angstzustände vor. Ferner ist bemerkenswert, dass die Schwere der erblichen Belastung in keinem bestimmten Verhältnisse zur Schwere der Angstsymptome steht.

In manchen Fällen meiner Beobachtung, in welchen Geisteskrankheiten bei den Ascendenten sich fanden, waren die Angstzustände weder in intensiver noch in extensiver Hinsicht besonders

hervortretend, und in anderen Fällen, in welchen bei den Ascendenten nur Nervosität oder leichtere nervöse Affektionen bestanden, handelte es sich um die schlimmsten phobischen Zustände.

Es dürfte sich dies aus einem Umstande erklären, auf welchen meine Beobachtungen hinweisen. Es scheint, dass in manchen Fällen mit erblicher Belastung neben einer geringen, zum Teil sogar sehr geringen allgemeinen neuropathischen Anlage (vielleicht auch ohne solche) eine spezielle Disposition zu Angstzuständen vererbt wird.

Hierfür spricht der Umstand, dass wir nicht selten bei einer Mehrzahl von Gliedern einer Familie, deren allgemeiner Nervenzustand keineswegs besonders ungünstig ist (nach meinen Beobachtungen bei 2, 3, 4 Geschwistern oder Mutter und Kindern), Angstzuständen begegnen, an deren Entstehung psychische Infektion offenbar keinen Anteil hat¹⁾.

Eine sexuelle Ätiologie fand sich nur in annähernd 75% der Fälle, d. h. in diesem Prozentsatze der Fälle liessen sich irgendwelche als Schädlichkeiten anzusprechende Verhältnisse im Bereiche der Vita sexualis eruieren, welche bereits vor dem Eintreten der Angstzustände ihren Einfluss geltend machten. Ich muss hier betonen, dass für die Feststellung dieses Prozentverhältnisses selbstverständlich nur ein Material von Einzelbeobachtungen verwertet wurde, bei welchen die Anamnese bezw. der Vita sexualis mit der erforderlichen Gründlichkeit erhoben wurde.

In ihrer Art waren die sexuellen Schädlichkeiten, die sich in den einzelnen Fällen ermitteln liessen, sehr verschieden und ein einheitliches spezifisches Moment bei denselben nicht zu erkennen²⁾. Bei Männern fand sich: absolute und relative Abstinenz (frustrane Erregung), Congressus interruptus, Masturbation mit folgender Abstinenz und ohne solche, Exzesse im normalen geschlechtlichen Ver-

¹⁾ Ich habe hier nur Fälle im Auge, in welchen die Angstzustände bei verschiedenen Gliedern einer Familie zu ganz verschiedenen Zeiten auftraten und zum Teil bei den Erstbefallenen schon lange wieder geschwunden waren, als sie bei anderen Familiengliedern sich entwickelten.

²⁾ Die Erfahrungen P. Hartenberg's (*La névrose d'angoisse*, Paris 1902) stimmen im wesentlichen mit den meinigen überein. Dieser Autor betont, dass er bei sorgfältigem Krankenexamen in einer Anzahl von Fällen von Angstneurose eine sexuelle Ursache nicht ermitteln konnte, und eine spezifische sexuelle Ätiologie dieser Neurose nicht anzuerkennen vermag.

kehre und übermässige Pollutionen; bei Frauen: Congressus interr. und mangelnde sexuelle Befriedigung aus anderen Ursachen (sexuelle Anästhesie etc.), künstlicher Klimax, Abstinenz (absolute und relative), Masturbation. Die Bedeutung der sexuellen Schädlichkeiten schwankt jedoch in den einzelnen Fällen sehr; auf der einen Seite haben wir eine allerdings nur sehr geringe Zahl von Fällen, in welchen keine Ursache ausser der sexuellen Noxe nachweisbar ist, auf der andern Fälle, in welchen das sexuelle Moment jedenfalls nur eine ganz untergeordnete (wenn überhaupt irgend eine) Rolle gegenüber den übrigen ätiologischen Faktoren spielt.

Zwischen diesen Grenzfällen liegt die grösste Mehrzahl der Fälle mit sexueller Ätiologie. Bezüglich der ganzen Gruppe ergaben meine Nachforschungen, dass die Zahl der Fälle, in welchen neben den sexuellen Schädlichkeiten nur erbliche Belastung sich findet nahezu ebenso gross ist (etwa $\frac{2}{5}$) als die derjenigen, in welchen noch ausserdem Hilfsursachen sich nachweisen lassen, während die Zahl der Fälle, in welchen erbliche Belastung mangelt und neben den sexuellen Schädlichkeiten nur andere ätiologische Momente wirksam sind, oder solche auch mangeln, erheblich geringer ist (etwa $\frac{1}{5}$). Der Mangel hereditärer Belastung wird bei Männern zum grössten Teil durch einen äquivalenten Umstand ausgeglichen, die in früher Jugend, i. e. schon vor der Pubertät geübte, oder wenn auch später erst begonnene, so doch exzessiv betriebene Masturbation.

Bei einer Prüfung der im Vorstehenden mitgeteilten Untersuchungsergebnisse lässt sich nicht verkennen, dass dieselben der Freud'schen Theorie (Aufspeicherung somatischer Sexualerregung, Ablenkung vom Psychischen und subkortikale Entladung derselben) keine Stütze gewähren. Auf der einen Seite haben wir Fälle mit sexueller Ätiologie, in welchen eine Aufspeicherung somatischer Sexualerregung auszuschliessen ist (Exzesse im normalen geschlechtlichen Verkehre, Masturbation ohne Abstinenz, gehäufte Pollutionen), auf der andern Seite Fälle, in welchen zwar eine Aufspeicherung von Sexualerregung sich annehmen lässt, die Ablenkung vom Psychischen jedoch fehlt. Als Zeichen letzterer betrachtet Freud Abnahme oder Schwinden der Libido. Unter den Fällen meiner Beobachtung mit sexueller Abstinenz finden sich jedoch solche mit sehr erheblicher Libido ebensowol vertreten als solche mit gesunkener

Libido. In einzelnen Fällen bestanden sogar zeitweilig Zustände hochgradiger sexueller Erregung¹⁾. Hierzu kommt der Umstand, dass die Theorie Freud's, wie der Autor selbst zugesteht, für die Erklärung des Auftretens und Ausbleibens der Angstfälle bei den Phobien sich unzulänglich erweist. Der Agoraphobe z. B. kann sich, wie immer es mit seiner Vita sexualis bestellt sein mag, von Angstfällen frei halten, wenn er die ihm gefährlichen Plätze meidet oder sich beim Ausgehen begleiten lässt. Auch eine konstante Abhängigkeit der spontanen inhaltlosen Angstzustände von sexuellen Momenten ist nicht erweislich. Diese Spezies von Angstzuständen mangelt auch in den Fällen ohne sexuelle Ätiologie nicht.

Wenn wir nach dem eben Dargelegten uns der Theorie Freud's bezüglich der Genese der Angstzustände auch nicht anschliessen können, so müssen wir es doch als ein grosses und dauerndes Verdienst des Autors anerkennen, dass er in nachdrücklicher Weise die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung sexueller Noxen in der Ätiologie der Angstzustände gelenkt hat.

Die Frage, in welcher Weise die erwähnten sexuellen Noxen Angstzustände herbeiführen oder bei der Produktion solcher mitwirken, ist heutzutage noch von erheblichen Schwierigkeiten umgeben. Wir haben zwei Möglichkeiten in Rechnung zu ziehen: eine chemisch toxische und eine nervöse Verursachung. Die nach der Kastration bei Frauen im künstlichen Klimax auftretenden Angstzustände sind wie die übrigen klimakterischen Beschwerden, wie ich anderen Orts²⁾ gezeigt habe, auf chemisch toxische Vorgänge allem Anscheine nach zurückzuführen. Auch die Angstzustände bei Männern, die im Gefolge sexueller Abstinenz und frustraner Erregung vorkommen, könnte man durch eine Art Auto-intoxikation erklären. Es liesse sich denken, dass bei sexueller Abstinenz Stoffe im Blute sich anhäufen, die unter normalen Verhält-

¹⁾ Die Erfahrungen Beard's bei Männern stimmen hiermit überein. Dieser Autor bemerkt: „Sexuelle Exzesse, in natürlicher oder widernatürlicher Weise begangen, ebenso langandauernde und quälende Enthaltensamkeit mit sexueller Erregung beim männlichen Geschlecht, und mannigfache leichte Erosionen oder Dislocationen und Risse des Uterus beim weiblichen Geschlechte sind die gewöhnlichen Ursachen dieser krankhaften Furcht, insbesondere bei Konstitutionen, in denen die nervöse Diathese vorherrscht. (Die Nervenschwäche, deutsch von Neisser, S. 46).

²⁾ Löwenfeld: Sexualeben und Nervenleiden, 3. Auflage S. 32.

nissen zwar wirkungslos bleiben, bei erhöhter Erregbarkeit des Nervensystems aber einen pathogenen Einfluss äussern. Für die Folgen der Abstinenz beim Weibe lässt sich jedoch bei dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse eine derartige Annahme nicht heranziehen; ebenso wenig sind wir in der Lage, bei den übrigen in Betracht kommenden sexuellen Noxen auf eine Autointoxikation zu rekurrieren. Wir müssen daher zur Zeit noch uns in der Hauptsache an die nervöse Verursachung halten. Durch Tierversuche¹⁾ ist die Existenz eines umschriebenen kortikalen Centrums für den Geschlechtssinn beim Menschen wenigstens sehr wahrscheinlich gemacht. Die sexuellen Noxen, die hier in Frage kommen, sind sämtlich geeignet, eine abnorme Erregbarkeit oder Erregungszustände dieses Centrums herbeizuführen. Dasselbe steht, wie sich aus verschiedenen Erfahrungen²⁾ ergibt, in enger Beziehung zu den kortikalen und subkortikalen Apparaten, die bei dem Angstzustande beteiligt sind. Diese können daher durch die Schädigungen, welche die kortikalen Geschlechtssinncentren treffen, in verschiedener Weise in Mitleidenschaft gezogen werden. Es liegt auch nahe, dass eine übermässige Erregungsspannung in den kortikalen Sexualcentren (Abstinenz) durch ein Abströmen nach den bei dem Angstzustande beteiligten Apparaten sich andauernd oder periodisch ausgleicht. Auch eine direkte Beeinflussung der bulbären Angstcentren durch einen Teil der in Frage stehenden sexuellen Noxen (Masturbation insbesondere) ist wahrscheinlich.

Wie wir sahen, figurieren sexuelle Noxen relativ selten als ausschliessliche Ursache von Angstzuständen. In der grössten Mehrzahl der Fälle mit sexueller Ätiologie finden wir erbliche Belastung

¹⁾ L. Pussep: (Über die Gehirncentren der Erektion des Penis und der Samenabsonderung. Dissertation 1902, S. Petersburg). Pussep fand bei Hunden eine unmittelbar hinter dem Sulcus cruciatus gelegene kleine Rindenstelle, deren elektrische Reizung Erektion und Ejakulation und deren Exstirpation Schwinden der Libido zur Folge hatte.

²⁾ Es sei hier auf zwei Reihen von Tatsachen hingewiesen: das Auftreten von Angstzuständen im Anschlusse an sexuelle Vorgänge (Menses bei Frauen, Pollutionen bei Männern) und die Hervorrufung sexueller Erregung durch Angstzustände. Für die Erklärung letzterer Tatsache mag der Umstand in Betracht kommen, dass Pussep in der Rautengrube unmittelbar neben den Vaguskernen eine Stelle fand, deren Reizung Erektion und Ejakulation herbeiführte.

und neben dieser bei einem sehr erheblichen Teile der Patienten noch weitere ätiologische Momente. In ihrer Art unterscheiden sich letztere nicht von jenen, welchen wir in den Fällen ohne sexuelle Noxen begegnen, und wir werden daher ihrer Bedeutung am besten bei Besprechung der Ätiologie dieser Fälle gerecht werden.

Was zunächst die erbliche Belastung betrifft, so ist dieselbe nicht in allen Fällen der hier in Frage stehenden Gruppe nachweisbar; sie wird jedoch bei denselben entschieden seltener vermisst als in den Fällen mit sexueller Ätiologie, so dass man behaupten kann, die nicht in das Gebiet der sexuellen Schädlichkeiten fallenden Noxen äussern eine angsterzeugende Wirkung fast ausschliesslich bei hereditär Belasteten. Unter den hier in Betracht kommenden ätiologischen Faktoren beanspruchen nach meinen Zusammenstellungen emotionelle Vorgänge die erste Stelle: Schrecken und andere schwere gemüthliche Erregungen. Diese Umstände sind in fast $\frac{3}{4}$ der uns hier beschäftigenden Fälle nachweisbar, während geistige Überanstrengung sich ungleich seltener findet (etwa bei $\frac{1}{5}$ der Fälle). Ein Vergleich mit den Fällen mit sexueller Ätiologie ergibt, dass bei diesen emotionelle Schädlichkeiten viel seltener vorkommen (etwa bei $\frac{1}{7}$ der Fälle), so dass man zu der Annahme gedrängt wird, dass an ätiologischer Bedeutung für die Entstehung von Angstzuständen die emotionellen Noxen den sexuellen gleichwertig sind.

Auffällig häufig begegnet man bei weiblichen Personen als emotioneller Ursache dem Schrecken, und in einzelnen Fällen wird bei solchen die Wirksamkeit dieses Momentes durch den Umstand verstärkt, dass das psychische Trauma zur Zeit der Menses statt hatte. Der Einfluss des Schreckens äussert sich mitunter schon nach wenigen Stunden in dem Auftreten von Angstzuständen, mitunter aber erst nach einer längeren Inkubationszeit.

In den Fällen, in welchen wir geistige Überanstrengung als ätiologischen Faktor ermitteln, lassen sich, abgesehen von hereditärer Disposition, zumeist noch andere Schädlichkeiten nachweisen, insbesondere solche emotioneller Natur. Nur in ganz vereinzelt Beobachtungen fungiert neben der Heredität als einzige Noxe geistige Überanstrengung; doch muss ich das Vorkommen solcher Fälle ausdrücklich betonen.

Bei der Entstehung mancher Phobien spielt ferner allem Anschein nach psychische Infektion eine gewisse Rolle. Dass die Angst ansteckend wirkt, ist bekannt, und das Verhalten weiter Bevölkerungskreise bei Epidemien und anderen Kalamitäten zeigt diese Kontagiosität recht deutlich. Das Auftreten gleichartiger Phobien bei De- und Ascendenten (insbesondere Mutter und Tochter) habe ich mehrfach beobachtet, Gélinau berichtet ebenfalls über das Vorkommen der gleichen Phobie bei einer Mehrzahl von Gliedern einer Familie. Ich habe auch öfters von Personen in der Umgebung von Agoraphoben gehört, dass sie nahe daran wären, ebenfalls agoraphobisch zu werden; auch die Übertragung der Agoraphobie auf Tiere ist beobachtet.

Unter den somatischen Schädlichkeiten, welche für die Entstehung von Angstzuständen noch von Bedeutung sind, stehen Allgemeinerkrankungen (speziell Infektionskrankheiten) und Lokal-leiden mit ungünstiger Rückwirkung auf den Gesamtorganismus oder speziell das Nervensystem obenan.

Sexualkrankheiten bei Frauen äussern ihren Einfluss besonders zur Zeit der Menses oder vor dem Eintritt derselben. An diese Faktoren reihen sich toxische Einfüsse (Potus in erster Linie, Exzesse im Rauchen und Kaffeegenüsse, Nasen-Rachenaffektionen, welche die nasale Atmung behindern) und allgemeine Ernährungsstörungen (Entfettungskuren, Diabetes etc.) an. Körperliche Überanstrengung fand ich bei Frauen mehrfach und zwar insbesondere als Ursache des Wiederauftretens von Angstzuständen, welche früher durch andere Umstände herbeigeführt worden waren; beim Manne konnte ich dieses ätiologische Moment nur in einem Falle (neben gemüthlicher Erregung und sexueller Abstinenz) konstatieren. Bezüglich der hier erwähnten somatischen Noxen erscheint mir besonders bemerkenswert, dass dieselben im ganzen jedenfalls nur selten neben der hereditären Veranlagung sich als genügende ätiologische Momente für die Herbeiführung von Angstzuständen erweisen. Zumeist wird ihre Wirksamkeit durch sexuelle oder psychische Schädlichkeiten (oder Noxen beider Arten) vorbereitet und unterstützt, Schädlichkeiten, die häufig für irrelevant gehalten werden und unbeachtet bleiben, weil sie für sich allein keine auffälligen

Störungen verursachen¹⁾. In einem grossen Teile der Fälle fehlen die fraglichen somatischen Noxen überhaupt und ihre ätiologische Bedeutung muss daher gegenüber der der sexuellen und emotionellen Schädlichkeiten als weit zurückstehend erklärt werden.

Die in dem Vorstehenden angeführten Momente bilden die notwendigen oder essentiellen Ursachen der uns hier beschäftigenden Angstzustände, i. e. die Faktoren, welche zum Entstehen der betreffenden Angstzustände unerlässlich sind. Das Auftreten des einzelnen Angstanfalles erheischt jedoch noch die Einwirkung besonderer Umstände, welche zum Teil begünstigend, i. e. die Disposition zu Angstanfällen steigern, zum Teil direkt auslösend wirken. Begünstigt wird das Auftreten von Angstanfällen durch grelle Sinneseindrücke (Töne, Farben, Gerüche), schlechte Luft und Hitze in menschenüberfüllten Räumen, gemüthliche Erregungen, Inanition, intestinale Störungen, sexuelle Vorgänge (Menses insbesondere), gewisse Witterungsverhältnisse (grosse Kälte oder Hitze), Trinken kohlen säurereicher und heisser Mineralwässer, endlich das häufige Vorhergehen von Angstanfällen. Speziell bei Topophoben lässt sich konstatieren, dass, wenn durch irgendwelche zufällige Umstände Anfälle öfters während einer kurzen Frist provoziert wurden, solche für einige Zeit überhaupt leichter und häufiger eintreten als früher, dass Veranlassungen, welche solche vordem nicht auszulösen vermochten, sich nun wirksam zeigen.

Manche der erwähnten Umstände können Angstanfälle auch direkt provozieren, so gastrische Störungen, sexuelle Vorgänge, gemüthliche Erregungen; hierbei handelt es sich zumeist um inhaltlose oder larvierte Angstzustände; die Angst der Phobien wird gewöhnlich durch psychische, zum Teil unterbewusste Vorgänge ausgelöst. Durch unterbewusste Vorgänge werden aber auch sehr häufig inhaltlose und larvierte Angstzustände hervorgerufen.

Wenn wir das im Vorstehenden über die Ätiologie der neurotischen Angstzustände Mitgeteilte zusammenfassen, so ergibt sich Folgendes:

1) So kommt es, dass das Auftreten von Angstzuständen z. B. auf eine überstandene Influenza öfters zurückgeführt wird. Die Influenza hat jedoch nur die bis dahin latent gebliebenen, durch andere Noxen (Congressus interr. z. B.) herbeigeführten Veränderungen im Nervensystem gesteigert und dadurch manifest gemacht.

1. Hereditäre Veranlagung findet sich zwar nicht konstant, jedoch in der grössten Mehrzahl der Fälle, sie fungiert aber bei Erwachsenen jedenfalls nur sehr selten als ausschliessliche Ursache von Angstzuständen; im allgemeinen beschränkt sich ihre Rolle darauf, dass sie die pathogene Wirksamkeit anderer ätiologischer Momente, der essentiellen Ursachen, erhöht.

2. Als essentielle Ursachen i. e. ätiologische Faktoren, welche zur Herbeiführung von Angstzuständen gewöhnlich notwendig und bei entsprechender Intensität auch für sich genügend sind, haben wir eine Reihe somatischer und psychischer Schädlichkeiten kennen gelernt. Unter den somatischen prävalieren die sexuellen, unter den psychischen die emotionellen Noxen, dagegen waren wir nicht imstande, eine spezifische Ursache, i. e. ein konstant in allen Fällen wiederkehrendes, gleichartiges ätiologisches Moment zu ermitteln. Neben den essentiellen finden wir noch

3. Accessorische Ursachen, Umstände, welche lediglich temporär die durch die essentiellen Ursachen veranlassten Veränderungen im Nervensysteme steigern und dadurch die Auslösung des Angstanfalles begünstigen, und

4. Auslösende Momente, welche zum Teil mit den accessorischen Ursachen zusammenfallen, Momente, deren Einwirkung den Anfall unmittelbar nach sich zieht.

Kapitel IX.

Nosologie.

Die Ansichten der Autoren über die nosologische Stellung der Zwangsercheinungen gehen bis zur Stunde weit aneinander, und man kann an denselben 3 Richtungen unterscheiden: eine generalisierende, eine spezialisierende und eine symptomatisierende. Die

generalisierende Richtung fasst die Zwangerscheinungen unter einem einheitlichen Gesichtspunkte zusammen, indem sie dieselben bei aller Mannigfalt als gleichwertige Erscheinungen eines und desselben Grundzustandes betrachtet. Hauptvertreter dieser Richtung ist bekanntlich Magnan, welcher die Zwangerscheinungen, wie wir sie sahen, als Stigmata der Entartung, d. h. als Äusserungen eines ererbten (eventuell auch durch Krankheit in utero oder in frühester Kindheit verursachten) abnormen Gehirnzustandes betrachtet und als anderen Erscheinungen des hereditären Irrseins völlig gleichwertig auffasst. Diese Anschauung ist bereits von zahlreichen Autoren bekämpft worden und kann den statistischen Tatsachen gegenüber, welche von Pitres und Régis, Janet und mir in betreff der Erblichkeitsverhältnisse der an Zwangerscheinungen Leidenden festgestellt wurden, als definitiv abgetan erachtet werden.

Vertreter einer beschränkteren generalisierenden Richtung ist Janet. Die von ihm als Psychasthenie bezeichnete und als Psychoneurose gedeutete Krankheitsform, welcher das Gros der Zwangerscheinungen zufällt, umfasst die Neurasthenie der Autoren mit Zwangsvorstellungen und Phobien (speziell die sogenannte psychische Neurasthenie), die Zwangsvorstellungskrankheit im engeren Sinne (das Zwangsirrsein), die Angstneurose in dem von mir definierten Sinne und die Maladie des Tics. Von der Hysterie unterscheidet sich die Psychasthenie nach Janet's Darstellung durch eine Reihe von Merkmalen, dagegen glaubt er, dass eine schärfere Abgrenzung derselben von der Epilepsie sich nicht durchführen lasse. Die Psychasthenie ist im Grunde nach Janet lediglich eine abgeschwächte und chronische Epilepsie. Es würde uns hier zu weit führen, wenn wir auf diese Anschauung, für welche der Autor eine lange Reihe, zum Teil sehr beachtenswerte Argumente anführt, näher eingehen wollten. Die bisher unterschiedenen Krankheitsformen, welche Janet zu seiner Psychasthenie zusammenschweisst, haben zweifellos viele Berührungspunkte und Übergänge, die eine strengere Sonderung derselben nicht zulassen. Allein auf der anderen Seite sprechen, wie wir alsbald sehen werden, gewichtige Momente gegen die von Janet vertretene Auffassung.

Repräsentant der spezialisierenden Richtung ist Freud, nach dessen Ansicht die Zwangerscheinungen, wie wir bereits erwähnten, soweit dieselben nicht dem Gebiete der Hysterie angehören, sich

auf zwei völlig selbständige Neurosen, die Zwangs- und Angstneurose, verteilen. Die Zwangsneurose Freud's umfasst nicht nur das von den Autoren als selbständige Zwangsvorstellungs-krankheit bezeichnete Leiden, sondern auch den grössten Teil der von anderen als Symptome der Neurasthenie aufgefassten Zwangsvorstellungen. Der Angstneurose des Autors gehören sowohl die in Verbindung mit neurasthenischen Symptomen, als die unabhängig von solchen auftretenden Angstzustände (Phobien) und manche damit zusammenhängende Zwangsvorstellungen an. Für die Abtrennung der Zwangserrscheinungen von der Neurasthenie und ihre Zusammenfassung in zwei besondere Neurosen waren für den Autor ätiologische Gesichtspunkte maassgebend, mit welchen wir uns bereits an früherer Stelle befasst haben. Da wir die von Freud angenommene einheitliche spezifische Ätiologie der beiden Neurosen auf Grund unserer eigenen Beobachtung nicht zu bestätigen vermochten, sind wir auch nicht in der Lage, der Auffassung des Autors bezüglich des Umfanges der beiden Neurosen beizutreten.

Die symptomatisierende Richtung vertritt die Anschauung, dass die Zwangsercheinungen sowohl als Symptome verschiedener Erkrankungen, insbesondere der Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie und Melancholie, als auch in der Form eines selbständigen Leidens (Zwangsvorstellungs-krankheit, Zwangsvorstellungsirrsein, Paranoia rudimentaria, primordialer Grübelzwang etc.) auftreten. Die grosse Mehrzahl der Autoren, welche sich bisher mit den Zwangsercheinungen beschäftigten (v. Krafft-Ebing, Kaan, Thomsen, Rehm, Mendel, Tucek, Friedenreich, Bror Gadelius, Donath, Régis, Séglas, Morselli, u. a.) gehört dieser Richtung an, zu welcher ich mich ebenfalls schon in früheren Arbeiten bekannt habe und an deren Berechtigung ich noch festhalten muss.

Wenn ich meine Erfahrungen zu Rate ziehe, so finden sich Zwangsercheinungen am häufigsten bei Neurasthenie und bei dieser nicht lediglich in jenen Fällen, bei welchen hereditäre Belastung für die Entwicklung des Leidens von wesentlicher Bedeutung ist (der hereditären Form). Für die Beurteilung der Frage, ob die Zwangsercheinungen bei Neurasthenischen lediglich eine Komplikation hereditären oder anderen Ursprungs bilden, wie die Annahmen von Magnan und Freud es postulieren, oder direkt durch den

neurasthenischen Grundzustand bedingt sind, kommen folgende Umstände in Betracht:

Zwangerscheinungen, speziell Zwangsvorstellungen und Phobien, finden sich wie dies auch schon von anderer Seite hervorgehoben wurde, auch bei Neurasthenikern, bei denen jede erbliche Belastung mangelt. Wir sehen hier oft, dass die Zwangerscheinungen sich in Zusammenhang mit anderen neurasthenischen, insbesondere cerebrasthenischen Symptomen entwickeln und mit der Besserung dieser wieder zurücktreten. Ein ähnliches Verhalten beobachten wir aber auch bei einem erheblichen Teile der erblich Belasteten. Auch bei diesen stellen sich Zwangerscheinungen sehr häufig erst im Gefolge nervenerschöpfender Momente, die auch bei Unbelasteten nicht ohne Einfluss bleiben, in Verbindung mit anderen neurasthenischen Symptomen ein, um mit diesen sich zu bessern und zu schwinden, bei Einwirkung ungünstiger Verhältnisse aber auch zu rezidivieren.¹⁾ Nur bei einem kleineren Teile der belasteten Neurasthenischen, bei welchen die hereditäre Veranlagung für die Entstehung des Leidens von wesentlichem Einflusse ist, begegnen wir dem Umstande, dass sich die Zwangerscheinungen in ihrem zeitlichen Auftreten, ihrer Intensität und Dauer von den damit verknüpften neurasthenischen Symptomen in auffälliger Weise unterscheiden. Zwangerscheinungen, insbesondere Phobien, können hier als Vorläufer von anderen neurasthenischen Beschwerden auftreten; häufig erreichen dieselben früher oder später eine derartige Entwicklung, dass sie zeitweilig wenigstens das ganze geistige Leben des Patienten beherrschen und alle übrigen Krankheitserscheinungen in den Schatten stellen. Sie verbleiben auch, wie ich schon anderen Orts²⁾ bemerkt habe, als Nachzügler bei Besserung des neurasthenischen Zustandes nach dem Verschwinden der anderen Symptome öfters noch hartnäckig längere Zeit und stellen bei jeder Exacerbation des Leidens sich in erster Linie wieder ein. Auch in diesen Fällen, in welchen der Einfluss der Heredität deutlich zu Tage tritt, lassen sich die Zwangerscheinungen nicht als einfache und unmittelbare Äusserungen der Entartung, und sohin

¹⁾ Eine Ausnahme in dieser Beziehung machen nur zum Teil die Phobien, welche, wie wir schon erwähnten den veranlassenden Momenten gegenüber eine gewisse Selbständigkeit erlangen können.

²⁾ Loewenfeld, Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie 1894, S. 257.

lediglich als Komplikation der Neurasthenie betrachten. Die Zwangserrscheinungen treten in manchen Fällen erst in relativ spätem Lebensalter auf; sie entwickeln sich auch hier zumeist erst im Anschlusse an die Einwirkung gewisser Noxen und zeigen sich, wie wir schon andeuteten, keineswegs unveränderlich; sie können zeitweilig und selbst für lange Zeit völlig oder nahezu völlig zurücktreten. Dies Alles ist mit der Annahme nicht wohl vereinbar, dass es sich hierbei lediglich um Symptome eines angeborenen, unveränderlichen Zustandes, wie ihn die Entartung darstellt, handelt. Die vorliegenden Erfahrungen sprechen vielmehr dafür, dass die Heredität lediglich eine Prädisposition für die Zwangserrscheinungen bedingt, wie dies auch Janet in jüngster Zeit hervorgehoben hat. Diese Prädisposition weist die verschiedensten Grade auf; sie kann sehr gering, aber auch sehr bedeutend sein, und je nach ihrer Entwicklung bedarf es zur Hervorrufung von Zwangserrscheinungen sehr starker oder lange Zeit einwirkender, oder auch nur sehr geringfügiger okkasioneller Momente. Diese Auffassung der hereditären Veranlagung macht uns die Schwankungen in dem zeitlichen Auftreten, der Dauer und Intensität der Zwangserrscheinungen verständlich, welche die Magnan'sche Stigmentheorie völlig unerklärt lässt.

Wir können bei Berücksichtigung des eben Angeführten uns nicht dazu entschliessen, die Zwangserrscheinungen von der Neurasthenie in dem Sinne Freud's oder Janet's abzutrennen. Gegen die Auffassung Janet's spricht noch der Umstand, dass von den Neurastheniefällen, in welchen Zwangserrscheinungen nur rudimentär vertreten sind, sich alle möglichen Übergänge zu jenen Fällen finden, in welchen diese Symptome das Krankheitsbild beherrschen. Die Auffassung Janet's lässt uns ganz und gar im Unklaren darüber, wo das Gebiet der Neurasthenie aufhören und das der Psychasthenie beginnen soll.

Das Verhältnis der Phobien zur Neurasthenie erheischt hier noch einige besondere Bemerkungen, da manche Autoren sich für eine partielle Abtrennung derselben von der Neurasthenie aussprachen. Charcot betrachtete die bei Neurasthenischen auftretenden schweren Phobien als eine durch hereditäre Belastung bedingte Komplikation, während er die leichteren Angstzustände der Symptomatologie der Neurasthenie zuteilte. Der Neurastheniker kann nach Charcot in Folge seiner nervösen Erschöpfung beim

Überschreiten eines Platzes z. B. von einem Zweifel an seiner Leistungsfähigkeit, einer Furcht befallen werden, die ihn zur Umkehr veranlasst; aber nur wenn derselbe zugleich Hereditärer ist, kommt es zu dem überwältigenden Angstanfalle der echten Agoraphobie. Dieser Auffassung huldigt auch Mathieu.¹⁾ Gélinau²⁾ fasst eine Gruppe von Phobien, die er als „essentielle“ bezeichnet, als einen Morbus sui generis auf, welchen er von der Neurasthenie wohl unterschieden wissen will, weil bei den mit diesen Phobien Behafteten die Stigmata der Neurasthenie mangeln; die bei Neurasthenischen vorkommenden Phobien bezeichnet er als Pseudophobien und sekundäre Phobien. Levillain³⁾ nimmt einen ähnlichen Standpunkt ein; er trennt von der Neurasthenie eine Gruppe von Fällen, in welchen psychopathische Störungen vorherrschen, zuweilen vergesellschaftet mit einigen hysterischen oder neurastheniformen Erscheinungen, ein anderes Mal dagegen frei von jeder derartigen Assoziation und dann zumeist den als „episodische hereditäre Syndrome der psychischen Degeneration“ beschriebenen Zuständen angehörig. Es handelt sich hier lediglich um Fälle mit Phobien und Zwangsvorstellungen. v. Krafft-Ebing⁴⁾ und Binswanger⁵⁾ andererseits führen einfache Angstzustände und Phobien ohne weitere Unterscheidung unter den Symptomen der Neurasthenie an. Binswanger äussert sich sogar dahin, dass die Angsteffekte in ihren verschiedenen Intensitätsgraden der Neurasthenie fast niemals fehlen, und Hecker⁶⁾ ist im Gegensatz zu Freud geneigt, die Neurasthenie in eine Art Angstneurose umzuwandeln, indem er die Symptome der Neurasthenie zum grössten Teile als Angstphänomene deutet. Über die nosologische Stellung, welche den isoliert auftretenden, von Gélinau als „essentielle“ bezeichneten Phobien zuzuweisen ist, können wir uns erst an späterer Stelle äussern. Hier müssen wir uns auf die Bemerkung beschränken,

1) Mathieu, Neurasthénie (épuisement nerveux), Paris 1892.

2) Gélinau, Des peurs malades ou Phobies, Paris 1894, S. 32 u. f.

3) Levillain, Essais de Neurologie clinique, Neurasthenie de Beard et états neurastheniformes; Paris 1896, S. 181.

4) v. Krafft-Ebing, Nervosität und neurasthenische Zustände; Wien 1895, S. 73 u. f.

5) Binswanger, die Pathologie und Therapie der Neurasthenie; Jena 1896. S. 97, 129 u. f.

6) Hecker, Centralblatt für Nervenheilkunde 1898, S. 565.

dass es auch bei unbelasteten Neurasthenischen nicht an schweren phobischen Zuständen mangelt und daher solche bei Neurasthenie nicht lediglich als eine durch Heredität bedingte Komplikation sich betrachten lassen, wie von Charcot und Mathieu angenommen wurde.

Zwangerscheinungen bilden auch bei Hysterischen ein häufiges Vorkommnis. Nach Janet soll, wie wir sahen, zwischen den Zwangsvorstellungen der Hysterischen und denen der Psychasthenischen ein bemerkenswerter Unterschied bestehen. Während erstere exogenen Ursprungs, d. h. durch emotionelle oder suggestive Momente angeregt sind, kommt letzteren nach Janet's Auffassung ein endogener Ursprung zu. Nach meinen Beobachtungen ist ein durchgreifender Unterschied zwischen den Zwangerscheinungen Hysterischer und Nichthysterischer (Neurasthenischer an Zwangsvorstellungs-krankheit Leidender) nicht zu konstatieren. Die emotionelle Erregbarkeit und Suggestibilität der Hysterischen machen es begreiflich, dass bei denselben Zwangerscheinungen traumatisch-emotionellen und suggestiven Ursprungs besonders häufig vorkommen. Daneben finden sich jedoch Zwangsvorstellungen anderer Art, insbesondere nosophobische Zwangsbefürchtungen nicht selten. Wir müssen hier zunächst die Frage berühren, ob die Zwangsvorstellungen, die aus Erinnerungen an erschütternde Erlebnisse hervorgehen (die sogenannten traumatischen Zwangsvorstellungen), und die auf die gleiche Quelle zurückzuführenden Phobien ausschliesslich der Hysterie zuzuweisen sind, wie das Freud annimmt. Der Umstand, dass durch mächtige emotionelle Vorgänge bei Disponierten häufig hysterische Zufälle hervorgerufen werden, verleiht dieser Annahme keine genügende Stütze, da Schrecken, wie zahlreiche Unfallsneurosen zeigen, auch unter den Ursachen der Neurasthenie figuriert. Meines Erachtens lassen sich daher die traumatischen Zwangsvorstellungen nicht ohne weiteres und ausnahmslos der Hysterie zuteilen. Man wird vielmehr die nosologische Klassifikation derselben von dem Gesamtzustande abhängig machen müssen und sie je nach diesem der Hysterie oder der Neurasthenie zuweisen.

Inhaltlose Angstzustände finden sich bei Hysterischen sowohl isoliert als in Zusammenhang mit konvulsivischen Anfällen als Aura derselben. Die isoliert auftretenden Angstanfälle bilden zum Teil Äquivalente hysterischer Attacken und bekunden diesen Charakter

durch einzelne, in den Anfall sich einflechtende hysterische Elemente (konvulsivischen Tremor, Zuckungen einzelner Extremitäten etc.). Auch die Äquivalente des Angstanfalles sind unter den Erscheinungen der Hysterie vertreten (hysterisches Asthma, auch als Asthma uterinum bezeichnet, Herzpalpitationen, hysterische Pseudo-angina pectoris etc.) Die Phobien der Hysterischen zeigen zum Teil ebenfalls Eigentümlichkeiten, die ihnen einen spezifischen Charakter verleihen. So haben wir an früherer Stelle eine eigenartige Form von Anthropophobie bei einer Hysterischen kennen gelernt. Auch an anderen Zwangsaffekten, Anfällen von Zorn oder Missmut, Zwangsverstimmungen und Zwangsimpulsen verschiedenster Art mangelt es bei Hysterischen nicht.¹⁾

Auch bei Epilepsie finden wir Zwangserscheinungen verschiedener Art und zwar zum Teil als Symptome des Grundleidens, zum Teil lediglich als Komplikationen. Zwei hierhergehörige Beobachtungen sind in unserer Kasuistik mitgeteilt. In dem einen Falle handelt es sich um Angstzustände, die als Äquivalente epileptischer Anfälle auftraten, in dem anderen um sakrilegische Zwangsvorstellungen, welche als Komplikation der Epilepsie zu betrachten sind. Cullerre hat, wie wir sahen, auf das öftere Vorkommen von Arithmomanie bei Epileptischen die Aufmerksamkeit gelenkt. Mendel²⁾ erwähnt, dass in manchen Fällen von Epilepsie als Äquivalente typischer Anfälle Zwangsvorstellungen, zuweilen mit Ausstossen stereotyp wiederkehrender, insbesondere unanständiger Wörter auftreten. Ähnliche Erscheinungen können nach dem Autor als Aura dem epileptischen Anfälle vorausgehen oder sich postepileptisch demselben anschliessen. Ferner können Angstzustände nach meinen Beobachtungen nicht nur als Äquivalente epileptischer Anfälle, sondern auch als Aura solcher und Teilerscheinung nicht mit Bewusstseinsverlust einhergehender Anfälle von Petit mal auftreten. Phobien bilden andererseits eine nicht seltene Komplikation der Epilepsie. Mehrere Epileptische meiner Beobachtung wurden agoraphobisch, nachdem sie auf der Strasse einen Anfall erlitten hatten.

¹⁾ Raymond und P. Janet (*Névroses et Idées fixes* II. S. 143; Paris 1898) berichteten über den Fall einer Hysterischen, bei welcher Kontraktionen und kataléptische Zustände mit Zwangsvorstellungen, die zum Teil von Halluzinationen begleitet waren, und Zwangsimpulsen alternierten.

²⁾ Mendel: Über Zwangsvorstellungen, *Neurol. Centr. Bl.* 1898, Hft. 1.

Angstzustände können auch eine Teilerscheinung des Migräneanfalles bilden und insbesondere als Aura, meist in Verbindung mit Schwindel, den Kopfschmerz einleiten. Féré¹⁾ berichtet über das Vorkommen von Zwangsimpulsen bei Augenmigräne.

Unter den Psychosen begegnen wir insbesondere bei der Melancholie Zwangserrscheinungen sehr häufig. Die Beziehungen letzterer zur Melancholie sind jedoch in den einzelnen Fällen sehr verschieden. In einem Teile der Fälle bilden die Zwangsercheinungen lediglich Komplikationen, die zum Teil schon vor dem Auftreten der Depression bestanden. So gingen in mehreren Fällen meiner Beobachtung der Melancholie jahrelang Topophobien, in zwei Fällen Grübelsucht vorher. Diese Erscheinungen hielten auch während des Bestehens der Melancholie an. Eine der bemerkenswertesten hierhergehörigen Erscheinungen bilden die musikalischen Zwangsvorstellungen, mit denen wir uns an früherer Stelle eingehend beschäftigen.

In einer weiteren Gruppe von Fällen bildet der emotionelle Grundzustand die Quelle von Zwangsvorstellungen, die inhaltlich diesem entsprechen. Hierher gehören insbesondere nosophobische Zwangsvorstellungen, Zwangsbefürchtungen, nicht mehr gesund, irrsinnig zu werden, nicht mehr schlafen zu können und infolge Schlafmangels an Entkräftung zu Grunde zu gehen etc. Ferner wird bei Melancholie des Öfteren ein unausgesetzt sich fortspinnendes Zwangsgrubeln über peinliche Erlebnisse, zum Teil untermischt mit Selbstvorwürfen, beobachtet.

In einer dritten Reihe von Fällen endlich bilden die Zwangsvorstellungen das Primäre, die Melancholie den Folgezustand (sekundäre Melancholie), welcher durch den peinlichen Inhalt und das unaufhörliche Sichaufdrängen der Vorstellungen herbeigeführt wird. In dieser Beziehung sind besonders die suicidalen und gewisse nosophobische Vorstellungen (Furcht vor dem Irrsinnigwerden, an einer unheilbaren Krankheit zu leiden etc.) wirksam. Es ist aber noch ein weiterer Zusammenhang der Melancholie mit Zwangsercheinungen, der bisher nur wenig gewürdigt wurde, sehr beachtenswert. Aus anfänglich nur in gewissen Zwischenräumen auftretenden, primär inhaltlosen Angstzuständen kann sich allmählig durch Ausdehnung und Steigerung der Anfälle und Hinzutritt peinlicher

1) Féré. Pathologie des Emotions S. 69.

Zwangsvorstellungen ein ausgeprägt melancholischer Zustand entwickeln.¹⁾ Auch bei den leichteren periodischen (isolierten) Depressionszuständen und in den Depressionsphasen des zirkulären Irrseins begegnen wir mancherlei Zwangsercheinungen, die auch hier zum Teil lediglich Komplikationen bilden, zum Teil aber auch aus dem emotionellen Grundzustande hervowachsen. Der Zusammenhang mit letzterem kann auch etwas komplizierter sein. Bei einer an leichterem zirkulärem Irrsein leidenden Patientin meiner Beobachtung setzten in der ersten Zeit der Erkrankung in den Depressionsperioden die Menses einige Monate aus; an diesen Umstand knüpfte sich bei der Patientin die Zwangsbefürchtung des Schwangerseins, welche sie ausserordentlich quälte.

Zwangsercheinungen finden sich ferner auch bei Paranoia, wie wir schon gesehen haben, sowie Imbezillität und Idiotie.

Neben all' diesen Fällen, in welchen die Zwangsercheinungen als Symptome oder Komplikationen woldefinierter neuro- und psychopathischer Zustände sich finden, begegnen wir einer Reihe anderer Fälle, in welchen die Zwangsercheinungen ganz isoliert auftreten oder wenigstens nicht mit Symptomen irgend einer der anerkannten Nerven- oder Geisteskrankheiten vergesellschaftet sind. Diese Fälle gehören, soweit in denselben das Zwangsvorstellen prädominiert, der Zwangsvorstellungskrankheit (dem Irrsein in Zwangsvorstellungen etc.) an. In der Mehrzahl dieser Fälle handelt es sich um assoziative Zwangstendenzen, insbesondere Grübel- und Zweifel-sucht. Das Leiden kann aber auch durch Zwangsvorstellungen sehr verschiedenen Inhalts konstituiert werden (Berührungsfurcht mit Waschzwang, Beeinträchtigungsideen, Zwangsvorstellungen abergläubischen, absurden Inhalts etc.). Janet hat, wie wir sahen, die *Maladie des tics* seiner Psychasthenie einverleibt. Wenn man an der Selbständigkeit dieser Krankheitsform nicht weiter festhalten will, so wird sich dieselbe wohl am besten der Zwangsvorstellungskrankheit als eine besondere Varietät derselben anschliessen lassen.

¹⁾ Eine hierher gehörige Beobachtung wird an späterer Stelle mitgeteilt werden. Vergl. auch Beobachtung 81.

Wie wir an früherer Stelle sahen, wurde auch von Ségla s (l. c.) erwähnt, dass der Übergang in Melancholie durch progressive Verstärkung der Zwangssymptome zu Stande kommen kann.

Bezüglich der Klassifikation der Zwangsvorstellungskrankheit haben sich bisher auffallende Meinungsverschiedenheiten gezeigt. Von psychiatrischer Seite wurde dieselbe vorwaltend den Psychosen angereiht und als Irrsein, (Irrsein in Zwangsvorstellungen, Zwangsirrsein (Kraepelin),¹⁾ auch als Verrücktheit durch Zwangsgedanken- und Impulse (Schüle)²⁾ benannt. Die französischen Bezeichnungen: Folie avec conscience, Folie lucide, Folie du doute entspringen der gleichen Auffassung. Doch mangelt es auch nicht unter den Psychiatern an Autoren, welche die Zwangsvorstellungen nicht als Symptome einer Psychose betrachten. Mit Nachdruck hat sich insbesondere Koch³⁾ gegen die Auffassung der durch vorherrschendes Zwangsvorstellen charakterisierten Zustände als Geisteskrankheit gewendet. Das Zwangsgedanken, bemerkt der Autor, lässt die davon betroffene Person in ihrem Kerne und ihrer prinzipiellen Auffassung über sich selbst und ihre Beziehungen zur Aussenwelt unverändert. Das Zwangsgedanken regiert und verfälscht nicht das intimste Denken des Menschen. Freud andererseits spricht von einer „Zwangsneurose“. Gegen diese Bezeichnung lässt sich einwenden, dass die Zwangsercheinungen psychische Vorgänge sind und daher bei dem selbständigen Auftreten derselben es sich nur um eine Psychoneurose, nicht um eine einfache Neurose handeln kann. Die Bezeichnung „Zwangspsychoneurose“ erscheint jedoch etwas schwerfällig, und man wird deshalb an deren Stelle die „Zwangsneurose“ gelten lassen dürfen, unter der Voraussetzung, dass die Neurose im Grunde eine Psychoneurose ist. Indess ist die Auffassung der Zwangsvorstellungskrankheit als Neurose, resp. Psychoneurose und deren prinzipielle Trennung von den Psychosen meines Erachtens nicht für alle Fälle gerechtfertigt. In jenen allerdings seltenen schweren Fällen, in welchen Zwangsvorstellungen andauernd das ganze Denken des Kranken beherrschen und sein Handeln in weitest gehendem Maasse beeinflussen, die ihn jede Rücksicht auf seine Umgebung, die Anforderungen der Gesellschaft und seiner Stellung bei Seite setzen lassen, kann man wohl von einer Psychose sprechen. Diese nur einen kleinen Prozentsatz bildenden Fälle

1) Kraepelin: Psychiatrie 7. Aufl.

2) Schüle: Handbuch der Geisteskrankheiten II. Aufl., Leipzig 1880.

3) Koch: l. c.

können uns jedoch nicht verhindern an der Klassifikation a fortiori der Zwangsvorstellungskrankheit als Psychoneurose festzuhalten.

In einem anderen Teile der hierher gehörigen Fälle bilden Angstphänomene unter den vorhandenen Zwangserscheinungen das wesentliche Element; zum Teil bestehen dieselben aber auch ganz isoliert. Den in Frage stehenden Zuständen begegnen wir bei Kindern wie bei Erwachsenen. Soweit letztere in Betracht kommen, handelt es sich zumeist um erblich belastete Individuen, bei welchen neben der hereditären Disposition vorwaltend sexuelle und emotionelle Noxen nachzuweisen sind. Zum Teil gehören auch die von mir zuerst als *Angor nocturnus* beschriebenen nächtlichen Angstzustände hierher, welche durch Digestionsstörungen hervorgerufen werden. Bei Kindern finden wir, abgesehen von dem bekannten *Pavor nocturnus*, bei welchem es sich im wesentlichen um ein sehr lebhaftes, mit Angst verbundenes Träumen handelt, nächtliche Angstzustände, zum Teil von dem Charakter der Phobien, (Angst vor dem Alleinschlafen zumeist), welche durch reelle schreckhafte Erlebnisse oder somatische Ursachen — Affektionen des Nasenrachenraumes mit Behinderung der Nasenatmung — bedingt sind. Ausserdem werden bei Kindern mancherlei andere Phobien angetroffen, welche zum grössten Teile auf psychische Noxen (Schrecken oder psychische Infektion seitens der Umgebung) zurückzuführen sind.

Man hat die in Frage stehenden Angstzustände zumeist der Neurasthenie überwiesen. Dass dies bei dem Fehlen anderer charakteristischer neurasthenischer Symptome nicht gerechtfertigt ist, hierüber bin ich mit Gélinau und Levillain einer Meinung. Allein auch die Unterscheidung essentieller Phobien als eines *Morbus sui generis* nach Gélinau genügt der Sachlage nicht, da wir es nicht lediglich mit Phobien, sondern zum Teil auch mit primär oder überhaupt inhaltlosen Angstzuständen und Angstäquivalenten zu tun haben. Ich habe schon a. O.¹⁾ mich dahin ausgesprochen, dass, wenn man der Zusammengehörigkeit der in Frage stehenden psychoneuropathischen Erscheinungen Rechnung tragen und der bisherigen Unbestimmtheit ihrer nosologischen Stellung ein Ende machen will, nichts erübrigt als dieselben zu einer Angstneurose *sui generis* zusammenzufassen.

¹⁾ Löwenfeld: Zur Lehre von den neurotischen Angstzuständen; Münchner med. Wochenschrift No. 25. 1897.

Die genauere Umgrenzung des symptomatologischen Gebietes dieser Neurose ist eine Sache der Zukunft. Ich möchte hier nur bemerken, dass wir derselben nicht nur die anfallsweise auftretenden und länger andauernden Zustände mit mehr oder minder ausgesprochenen oder auch missdeuteten Angstgefühlen, sondern auch verschiedene, rein nervöse Störungen (insbesondere Störungen der Herz-tätigkeit) zuweisen müssen, welche nach ihren ätiologischen Verhältnissen als Angstäquivalente aufzufassen sind. Mit anderen Worten: klinischen Äquivalenten des Angstanfalles begegnen wir nicht bloss im Gebiete der Neurasthenie und Hysterie, sondern auch in dem der Angstneurose, und es wird z. B. ein Teil der Störungen, die bisher der nervösen Herzschwäche (Neurasthenia cordis) zugeteilt wurden, für die Angstneurose reklamiert werden müssen.

Wenn wir im Vorstehenden die Neurasthenie von der Zwangsvorstellungskrankheit einerseits und der Angstneurose andererseits getrennt haben, so müssen wir doch zugleich auf die nahen Beziehungen dieser 3 Neurosen, welche durch mancherlei Übergänge verbunden sind, hinweisen. Die Zwangsvorstellungen, welche die Zwangs- und Angstneurose gesondert aufweisen, finden wir in der Neurasthenie vereint. Die ätiologischen Momente der 3 Neurosen zeigen eine weitgehende Übereinstimmung: Heredität, sexuelle und emotionelle Schädlichkeiten, sowie Störungen der Allgemeinernährung finden wir bei allen 3 Neurosen wirksam. Daneben treten die Differenzen in den ätiologischen Verhältnissen zurück. Geistige Überanstrengung, der wir unter den ursächlichen Faktoren der Neurasthenie und Zwangsneurose häufig begegnen, wird in der Ätiologie der Angstneurose vermisst; andererseits findet sich ein sexueller Faktor, den wir bei der Angstneurose häufig antreffen (sexuelle Abstinenz, resp. Mangel sexueller Befriedigung), bei der Neurasthenie selten. Auch der Mechanismus der Zwangsvorstellungen zeigt bei Neurasthenie und Zwangsneurose keine wesentlichen Unterschiede. So ist die Annahme wohl gerechtfertigt, das es sich bei den 3 Neurosen um im wesentlichen gleichartige oder doch wenigstens sehr nahestehende funktionelle Störungen handelt, welche lediglich in ihrer Lokalisation, resp. Ausbreitung variieren. Wenn wir trotzdem an der Trennung der 3 Neurosen festhalten, so geschieht dies deshalb, weil die Neurasthenie Formen annimmt, welche von den Erscheinungen der Zwangs- und Angstneurose sich soweit entfernen,

dass eine Zusammenfassung der 3 Neurosen zu einer einheitlichen Neurose, resp. Psychoneurose nicht tunlich erscheint.¹⁾

Eine Reihe von Autoren, Rehm, Mendel, Tuczek, Falret u. a. treten auch für das Vorkommen von Zwangsvorstellungen bei Gesunden ein. Diese Auffassung ist nicht unberechtigt, bedarf jedoch der näheren Präzisierung. Das Auftreten von Zwangsvorstellungen ist nicht an einen dauernden krankhaften Nerven- oder Geisteszustand gebunden. Wie ein Gesunder vorübergehend, infolge der Einwirkung gewisser Schädlichkeiten von Kopfschmerzen, einer Schwindelanwandlung etc. heimgesucht werden mag, so kann er auch vorübergehend von einer Zwangsvorstellung verfolgt werden. Ein Anderes ist jedoch die Frage, ob gewisse dauernd sich geltend machende Zwangerserscheinungen, die sich bei im übrigen gesunden Personen finden, noch als der Breite des Normalen angehörig zu betrachten sind und man deshalb auch von „physiologischen Zwangsvorstellungen“ sprechen kann, wie Mendel vorschlägt. Dieser Autor rechnet hierher die bei manchen Gesunden bestehende Gewitterfurcht, die Nyctophobie, gewisse Formen der Arithmomanie, die Neigung, jede Zahl durch 3,7 etc. zu dividieren, und ähnliches. Zweifellos ist bei der Furcht vor Gewittern und Dunkelheit oft mangelhafte Erziehung im Spiele, und die erwähnte Rechensucht mag eine belanglose Angewöhnung bilden, allein damit ist der physiologische Charakter der erwähnten Vorkommnisse noch keineswegs für alle Fälle dargetan. Gewitter und Dunkelheit zählen zu den normaliter Furcht einflössenden Eindrücken; man kann daher mässige Grade der Kerauno- und Nyctophobie als noch physiologische Vorgänge betrachten. Wenn aber durch Gewitter oder durch Alleinsein in der Dunkelheit schwere Angstzustände mit entsprechenden somatischen Symptomen hervorgerufen werden, so haben wir es mit pathologischen Erscheinungen zu tun, ebenso in den Fällen, in welchen der Rechenzwang so

¹⁾ Für die Trennung der Angstzustände von der Neurasthenie und deren Zusammenfassung zu einer selbständigen Angstneurose ist in jüngster Zeit auch Hartenbergl. c. eingetreten. Für die Auffassung dieses Autors sind jedoch nicht wie bei Freud ätiologische, sondern symptomatologische Erwägungen maassgebend. Nach H. handelt es sich bei der Neurasthenie um Erschöpfung des cerebrospinalen, bei der Angstneurose um solche des sympathischen Systems (vielleicht auch des Vagus). Dass man in praxi am häufigsten Mischformen (Neurasthenie mit Angst oder Angstneurose mit neurasthenischen Symptomen) begegnet, hierüber besteht auch nach H. kein Zweifel.

mächtig ist, dass demselben kein Widerstand geleistet werden kann, und das Ankämpfen gegen denselben Angstzustände hervorruft.

Über die Auffassung und Bezeichnung jener Fälle, in welchen es nach einem durch Zwangsvorstellungen charakterisierten Stadium zur Entwicklung paranoischer Wahnideen kommt, schwanken die Ansichten der Beobachter. Heilbronner hat, wie wir sahen, die 2 von ihm mitgeteilten hierhergehörigen Fälle unter dem Titel „progressive Zwangsvorstellungspsychose“ beschrieben. Nach Warda ist dagegen eine Zwangsvorstellungspsychose nur in den Fällen anzunehmen, in welchen im Kern und Mittelpunkt des Krankheitsbildes die Zwangsneurose (nach des Autors Auffassung) steht und die hinzukommenden psychotischen Symptome mit der Zwangsneurose ein organisches Ganzes bilden, nicht lediglich eine aus fremder Wurzel stammende Komplikation. Die beiden von Heilbronner mitgeteilten Fälle gehören nach W. nicht hierher, weil in denselben die Zwangsneurose fehlt. Von Zwangsvorstellungspsychosen nach Warda's Auffassung sind bisher 2 Formen beobachtet worden: 1) Übergang von Zwangsneurose in Melancholie. 2) Fälle, die in das Gebiet der Paranoia gehören. Eine letzterer Kategorie zugehörige Beobachtung teilt der Autor mit: der Fall betraf eine beim Beginn der Erkrankung 42jährige Frau, welche Ende 1896 ganz akut, ohne Vorhergang von Zwangssymptomen an einer nach des Verfassers Ansicht als Paranoia hallucinatoria dissociativa sich charakterisierenden Psychose erkrankte, die schon nach 6—8 Wochen rückgängig wurde. Erst in der Reconvalensenz dieser Psychose liessen sich die Erscheinungen einer Zwangsneurose feststellen, die sich dann auch in der Folge während einer mehrjährigen Periode relativen Wohlbefindens nicht mehr ganz verloren und auch bei einer neuen kurzdauernden psychotischen Exacerbation (1901, ebenfalls von der Form der Paranoia hallucinatoria dissociativa) sich erhielten. Mit Ausnahme des akuten Beginnes und eines 2 $\frac{1}{2}$ jährigen Intervalles bestanden hier zwangsneurotische und paranoische Symptome neben einander. Beide Reihen von Symptomen verflochten sich derart, dass der Autor nicht eine Kombination annimmt, sondern eine einheitliche Auffassung des Krankheitsbildes als Zwangsvorstellungspsychose für gerechtfertigt hält. Da die Zwangsvorstellungskrankheit auch als Zwangsirresein betitelt wird, erscheint mir die Bezeichnung Heilbronner's, wie die Warda's für die in Betracht kommenden Fälle unpassend, weil leicht zu Missverständnissen führend. Meines Erachtens sollte der paranoische Anteil an der Erkrankung bei der Bezeichnung dieser Mischformen nicht unberücksichtigt bleiben.

Kapitel X.

Verlauf und Prognose.

Eine zusammenfassende Darstellung des Verlaufs der Zwangsercheinungen stösst auf ähnliche Schwierigkeiten wie die der Ätiologie derselben. Wir müssen uns daher auch hier unsere Aufgabe dadurch vereinfachen, dass wir lediglich das Gros der Fälle berücksichtigen, welches der Neurasthenie, Hysterie, Zwangsvorstellungskrankheit und Angstneurose angehört. Von allen Autoren wurde bisher betont, dass die Zwangsercheinungen, speziell die Zwangsvorstellungen keine stetige Entwicklung nach einer bestimmten Richtung hin zeigen; sie treten häufig überhaupt nur vorübergehend oder periodisch auf, und zeigen auch in den Fällen, in welchen man von einem andauernden Bestehen sprechen kann, sehr beträchtliche Remissionen.

Wenn wir zunächst den Verlauf der Fälle in Betracht ziehen, in welchen Zwangsercheinungen schon in sehr jungem Alter, i. e. vor der Pubertät auftreten, so begegnen wir einem auffällig divergenten Verhalten. In einem Teile der Fälle verschwinden die Zwangsercheinungen schon vor der Pubertätsperiode und stellen sich solche erst nach einer längeren Reihe von Jahren wieder ein. Ich habe dieses Verhalten namentlich in Fällen konstatieren können, in welchen Zwangsempfindungen und einzelne Phobien im Kindesalter sich geltend machten. In einer anderen Reihe von Fällen, in welchen die ersten Zwangsercheinungen sich schon vor dem 12. Lebensjahre zeigten, nahmen dieselben zwischen dem 15. und 25. Lebensjahre mehr oder weniger zu und erreichten z. T. zeitweilig wenigstens eine sehr bedeutende Entwicklung. Auch in einer Anzahl dieser Fälle kam es in späteren Jahren zu völligem oder nahezu völligem Zurücktreten der Zwangsercheinungen für kürzere oder auch für lange Zeit. In den Fällen, in welchen Zwangsercheinungen erst gegen die 20er Jahre oder später sich einstellen, verhält es sich nicht wesentlich anders. Auch hier verschwinden die Zwangsercheinungen nach kürzerem oder längerem Bestehen z. T. völlig, so dass man von einer Genesung sprechen kann.

Diese Verlaufsweise beobachtet man insbesondere bei der Neurasthenie erblich nicht oder nur wenig belasteter Individuen. Bei den andauernden Zwangsaaffektionen andererseits werden zeitweilig beträchtliche Remissionen, mitunter der Intermission sich nähernd, beobachtet. Auch in den schlimmsten Fällen sind hochgradige Besserungen nicht ausgeschlossen, wie aus unserer Kasuistik ersichtlich ist.

Wenn man die einzelnen klinisch zu beobachtenden Zwangsaaffektionen in leichtere und schwerere Formen trennt, so ist zunächst zu bemerken, dass viele Fälle nicht nur vorübergehend, sondern andauernd und zwar auch bei langem Bestehen den Charakter der leichteren Form bewahren, während andere z. T. sehr rasch den der schwereren Form annehmen. So weit die Zwangsvorstellungen in Betracht kommen, ist, wie ich besonders hervorheben muss, die Verschlimmerung des Zustandes nicht an eine Vermehrung derselben gebunden, wie es allerdings häufig beobachtet wird. Die Schwere einer Zwangsaaffektion ist keineswegs von der Zahl der vorhandenen Zwangsvorstellungen abhängig. Ein nur mit Berührungsfurcht Behafteter kann viel schwerer unter dieser Furcht leiden, als ein Anderer, bei dem eine Reihe verschiedener Zwangsvorstellungen besteht. Der Grad der Entwicklung, welchen die Zwangsaaffektion erreicht, hängt auch nicht von dem Inhalte der Zwangsvorstellungen ab. Die verschiedensten Arten von Zwangsvorstellungen, solche indifferenten wie peinlichen Inhalts, können durch Steigerung ihrer Intensität und vermehrte Häufigkeit ihrer Reproduktion sich zu einer schweren Heimsuchung für den Kranken gestalten. Dabei ist jedoch nicht zu leugnen, dass gewisse Arten des Zwangsvorstellens besonders geneigt sind, die schwerere Form anzunehmen; hierher gehören die Zweifel- und Grübelsucht, nosophobische Vorstellungen und vor allem die Berührungsfurcht. Je mehr eine Zwangsvorstellung Anregungsgelegenheiten im täglichen Leben zufolge ihres Inhalts findet, um so leichter gewinnt dieselbe eine bedeutende Reproduktionstendenz und um so schwerer fällt die Eliminierung derselben.

Der Verlauf der Phobien mit flottierendem Vorstellungsinhalte (Typus Agoraphobie) zeigt manche Besonderheiten, die hier noch erwähnt werden müssen. Die dem Gebiete der Neurasthenie angehörigen Phobien dieser Kategorie korrespondieren nur in einem Teile der Fälle in ihrer Intensität und Dauer mit den übrigen neurasthenischen Symptomen,

während sie in anderen Fällen sich von diesen mehr oder weniger abweichend verhalten, worauf wir, soweit die hereditäre Neurasthenie in Betracht kommt, schon hingewiesen haben. Wir haben ferner bereits erwähnt, dass Phobien bei längerem Bestehen eine gewisse Selbständigkeit dadurch erlangen können, dass sich ein „phobischer Automatismus“ entwickelt. Die Besserung des allgemeinen Nervenzustandes und die Beseitigung der ursprünglichen kausalen Momente kann das Fortbestehen der Phobie dann nicht mehr verhindern. Dieser Umstand macht sich im Bereiche der Angstneurose vielleicht noch häufiger als in dem der Neurasthenie geltend. Trotzdem kann man nicht selten konstatieren, dass Phobien, die jahrelang bestanden, völlig und dauernd, oder wenigstens für eine sehr lange Zeit verschwinden.

Eine Reihe von Patienten, die ich im Laufe der Jahre sah, berichtete mir, dass sie früher lange Zeit mit Phobien behaftet waren, die sich allmählig und ohne spezielle Behandlung wieder verloren hatten; ausserdem vernahm ich von manchen meiner Patienten, welche wegen seit langem bestehender Phobien mit beschränktem Erfolge behandelt worden waren, dass sie später von diesen Störungen ohne weiteres Zutun völlig frei wurden. Ich will hier nur einen besonders auffälligen Fall letzterer Art erwähnen. Ich hatte anfangs der 80er Jahre und auch später wiederholt einen Herrn in Behandlung, bei welchem die phobischen Erscheinungen eine ganz aussergewöhnliche Intensität zeigten. Derselbe war Monate lang nicht imstande, seine Wohnung zu verlassen, da er, sobald er den Fuss auf die Strasse setzte, von den schwersten Angstzuständen befallen wurde. Er konnte in späteren Jahren lange nicht allein ausgehen, und kam jahrelang bei seinen Ausgängen selbst in Begleitung nicht über einen bestimmten Stadtbezirk hinaus. In öffentlichen Lokalen vermochte er es nicht auszuhalten, und der blosser Gedanke an eine Eisenbahnfahrt flosste ihm Entsetzen ein. Dieser Herr hat im Laufe der Jahre seine Topophobien bis auf eine leise, nur gelegentlich auftretende Andeutung abgestreift. Aber nicht nur dies; er ist ein hervorragender Parteimann geworden, der in Versammlungen grosse Reden hält und an den Wahlkämpfen den lebhaftesten persönlichen Anteil nimmt.

Auf der anderen Seite muss ich konstatieren, dass auch ein mutiger Charakter die unbegrenzte Andauer von Phobien nicht verhindert. Zwei Offiziere meiner Beobachtung, die am deutsch-

französischen Kriege mit Auszeichnung teilnahmen, litten viele Jahre an schweren Topophobien. Bei einer gegenwärtig in den 60 er Jahren stehenden Dame, welche an Courage weit mehr besitzt als der Durchschnitt ihres Geschlechts, besteht Agoraphobie nunmehr seit etwa 17 Jahren fasst ohne Unterbrechung. Allerdings hat dieselbe auch während dieser Zeit keinen ernsteren Kurversuch unternommen.

Wenn wir uns die Frage vorlegen, welchen Ausgang Zwangserrscheinungen nehmen, haben wir nicht bloss die schliessliche Gestaltung jener Fälle, bei welchen Zwangserrscheinungen viele Jahre hindurch bestehen, sondern auch die Möglichkeit eines Übergangs in schwerere psychische Störungen in Betracht zu ziehen.

Von französischen Autoren namentlich wird betont, dass ein Ausgang in Verblödung nie vorkommt. Dagegen wird von den Beobachtern übereinstimmend die allmälige Entwicklung eines Zustandes geschildert, welchen Marie und Vigouroux¹⁾ als eine eigenartige Demenz (*démence spéciale*), von Krafft-Ebing²⁾ als „geistigen Torpor“ bezeichnet hat. Das geistige Leben der Patienten wird von ihren Zwangsvorstellungen völlig okkupiert; sie werden unfähig, die Pflichten ihres Berufes oder ihrer Stellung zu erfüllen, irgend einer geordneten Tätigkeit sich hinzugeben und in Gesellschaft zu verkehren. Sie ziehen sich misstrauisch von der Welt zurück, verbringen ihr Leben mit Nichtigkeiten und setzen bei ihrem unter dem Einflusse von Zwangsvorstellungen stehenden Gebahren die Rücksicht gegen Fremde sowie ihrer Umgebung bei Seite. Unter der beständigen Sorge, alles, was ihre Zwangsvorstellungen anregt, zu vermeiden, engt sich ihr Ideenkreis mehr und mehr ein, während die Emotivität und Willensschwäche zunimmt.

Meine eigene Erfahrung lehrt ebenfalls, dass sich ein derartiger Status bei an Zwangszuständen Leidenden entwickeln kann; bei demselben ist jedoch, wie die folgende Beobachtung zeigt, eine Besserung keineswegs ausgeschlossen.

Beobachtung 143. Frau X., gegenwärtig 68 Jahre alt, Kaufmannsgattin, ist erblich nur in sehr geringem Maasse belastet;

¹⁾ Marie et Vigouroux: Congrès des aliénistes et neurologistes français. Angers. août 1898.

²⁾ v. Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie, 7. Auflage, 1903., S. 477

ihre beiden Eltern starben hochbetagt; beide waren bis in das höchste Alter gesund, die Mutter nur etwas zu Ängstlichkeit in Bezug auf ihre Angehörigen neigend. Auch bei den übrigen Familienangehörigen (Grosseltern etc.) bestanden weder Nerven- noch Geisteskrankheiten. Patientin war bis Anfang der 60er Jahre immer gesund, nur von etwas ängstlicher Natur, speziell in Bezug auf die Gesundheitsverhältnisse ihrer Angehörigen. Vor ihrer Erkrankung hatte sie jedoch während einer Reihe von Jahren viel Aufregungen wegen familiärer und geschäftlicher Verhältnisse durchzumachen. Das Leiden begann mit nervösen Herzstörungen, wozu sich nervöse Dyspepsie mit Appetitmangel und sehr lästige Sensationen in der Scheide und im After, der häufig prolabierte, gesellten. Pat. kam hierbei mehr und mehr herunter. Eine zweimonatliche Anstaltsbehandlung hatte keinen nennenswerten Erfolg. Als die Pat. in meine Beobachtung kam, war sie bettlägerig; ihre Klagen betrafen vorwiegend allgemeine Schwäche, Appetitmangel sowie die erwähnten Sensationen in der Scheide und im After, welche erstere namentlich in Anfällen von kürzerer Dauer in ausserordentlicher Intensität auftraten und die Pat. jedesmal in grösste Erregung versetzten. Gynäkologischer Befund negativ. Daneben machte sich eine Neigung zu nosophobischen Zwangsbefürchtungen geltend, die sich insbesondere auf den Schlaf bezogen; an irgend eine Sensation oder irgend einen äusseren zufälligen Vorgang knüpfte sie die Befürchtung, dass sie nachts nicht werde schlafen können, die sie stundenlang nicht aus dem Kopfe brachte. Unter entsprechender Behandlung besserte sich der körperliche Zustand der Pat. alsbald. Die Paraesthesien in der Scheide und im After wurden seltener, verloren sich jedoch nicht gänzlich. Die Neigung zu nosophobischen Vorstellungen bestand dabei unverändert fort; der Inhalt derselben wechselte nach den momentanen Veranlassungen beständig: (dass sie keinen Stuhlgang mehr haben werde, an einem schweren Darmleiden laboriere, nicht mehr gesund oder irrsinnig werde, nicht mehr schlafen könne etc.). Hierzu gesellten sich zeitweilig inhaltlose Angstzustände und gemüthliche Depression. Während eines Zeitraums von etwa $1\frac{1}{2}$ Jahren wechselte das Befinden erheblich. Auf beträchtliche Besserungen, die eine Genesung hoffen liessen, folgten Verschlimmerungen. Während einer dieser ungünstigen Perioden erfuhren die Angstzustände und die Verstimmung eine solche Steigerung, dass das Krankheitsbild den

Charakter der Melancholie annahm. Die Pat. verreiste in der Folge und kam etwa $\frac{3}{4}$ Jahre aus meiner Beobachtung.

In den ersten Monaten dieses Zeitraums nahm das Leiden der Pat. eine Wendung zum Besseren, an deren Stelle jedoch später, wie es scheint, unter dem Einflusse zunehmender genitaler Reizzustände, eine bedeutende Verschlimmerung trat. Als ich die Pat. wieder sah, bot sie in ihrem ganzen Verhalten eine sehr bedenkliche Veränderung dar.

Die Kranke, welche früher, soweit es ihre Verhältnisse nötig machten und ihr Zustand es gestattete, sich stets beschäftigt hatte, verharrte seit Wochen ohne jede Tätigkeit. Sie kümmerte sich weder um die Angelegenheiten ihres Haushalts, noch um anderes, was sie sonst interessiert hatte, las auch nichts. Einen erheblichen Teil des Tages verbrachte sie in stumpfem Hinbrüten. Dieses wurde mitunter durch Anfälle von zorniger Aufregung unterbrochen, in welchen sie einen Trieb fühlte, alles zu zerreißen und zu zerschlagen, tatsächlich auch öfters Taschentücher und ähnliches zerriss. Mitunter kam es auch zu Anfällen von lautem Schreien und Jammern, dass ihr niemand helfen und sie nur der Tod von ihrem Zustande erlösen könne. Von den Angehörigen wurde mir mitgeteilt, dass die gegenwärtige Verschlimmerung hauptsächlich durch überhandnehmende sexuelle Zwangsvorstellungen herbeigeführt worden sei; diese Vorstellungen sollten nach Andeutungen, die die Pat. fallen liess, von ganz besonderer und zum Teil scheusslicher Art sein. Auch in ihrem Benehmen mir gegenüber zeigte die Pat. eine auffällige Veränderung. Während sie früher äusserst mitteilbar war, mir stets volles Vertrauen entgegengebracht, und sich auch nie in meiner Gegenwart etwas Unpassendes erlaubt hatte, verhielt sie sich jetzt mir gegenüber anfänglich sehr zurückhaltend, ja misstrauisch, und liess auch die ihr sonst eigene Höflichkeit einigermaassen vermissen. Als Grund dieses Verhaltens erfuhr ich nachträglich, dass sie befürchtet hatte, ich möchte sie über die ihr so peinlichen sexuellen Zwangsvorstellungen ausfragen. Es gelang mir daher nur mit grosser Mühe, von der Pat. folgende Auskunft über ihren psychischen Zustand zu erhalten:

Sie berichtete, dass sie den ganzen Tag von Zwangsvorstellungen wechselnden Inhalts gequält werde. Diese Ideen sind

z. T. Erinnerungen von lange zurückliegenden Vorgängen, z. T. Ideen, die sie selbst als unwahr bezeichnet, d. h. welche sie als ihr fremdartig, ihrer wirklichen Gesinnung nicht entsprechend erkennt, z. B. dass sie ihre Angehörigen hasst und nicht sehen will. Zum Teil handelt es sich auch um „Dummheiten“, die sie nicht sagen will. Die Beurteilung der von ihr als „unwahr“ bezeichneten Zwangsvorstellungen schwankt übrigens. Bei der Idee, dass sie ihre Angehörigen nicht sehen will, fühlte sie oft, dass dieselbe mit ihrer wirklichen Gesinnung nicht im Einklange steht, zeitweilig sieht sie dies aber auch nicht ein. Mitunter besteht die Idee, sie solle dies oder jenes sagen, was keinen Sinn hat, Dummheiten, die sie zufällig aufgriff, und daran schliesst sich oft die Furcht, dass sie das Betreffende doch sagen könnte. Ähnlich verhält es sich mit den sexuellen Zwangsvorstellungen. Bezüglich dieser macht sich oft ein Trieb geltend, dieselben zu äussern, und zugleich die Angst, dass sie dieselben äussern könnte. Mitunter bringt sie auch Dinge, die sie gelesen hat, nicht aus dem Kopfe. Jeder der wechselnden Gedanken, die sich ihr fortwährend aufdrängen, ist ihr peinlich. Die Kranke erklärt, dass ihr alles zum Ekel geworden und sie deshalb des Lebens überdrüssig sei; sie findet, dass sie verändert ist, ganz anders geartet wie früher, dabei sieht sie jedoch ein, dass sie krank ist.

Während der Untersuchung gerät sie in einen Anfall zorniger Erregung, in welchem sie mit einer gewissen Wut Klosettpapier zerreisst. Auf Befragen erklärt sie, dass sie dies tue, weil sie alles anwidere.

Schon nach einigen Tagen zeigte sich die Pat. bedeutend ruhiger und zugänglicher; die Massenhaftigkeit und Dauer der Zwangsvorstellungen hatte abgenommen. Die Hauptklage der Pat. bildete ein Gefühl in den Augen, das sie nötige, die Augen zu schliessen und wieder zu öffnen; beim Schliessen und Öffnen musste sie daran denken, dass sie dies tue; daran hatte sich die Befürchtung geknüpft, dass sie nicht werde einschlafen können, weil das Schliessen und Öffnen der Augen und das Darandenken sie verhindern werde. Kein Zuspruch seitens ihrer Angehörigen hatte diese Befürchtung zu beseitigen vermocht. Die Pat. berichtete ferner, dass die Paraesthesien in der Scheide zwar noch häufig auftraten, im ganzen jedoch schon abgenommen hatten.

Die Besserung erhielt sich von dieser Zeit an und machte im Laufe eines halben Jahres, wenn auch unter Schwankungen, bedeutende Fortschritte. Mein Bemühen war in erster Linie darauf gerichtet, die Pat. zur Wiederaufnahme ihrer früheren Tätigkeit zu veranlassen, was auch mehr und mehr gelang. Nach etwa 2 Monaten hatte ich es dahin gebracht, dass die Pat. sich nicht nur mit ihrem Haushalte in der erforderlichen Weise befasste, sondern auch mit Handarbeiten und Lektüre sich wieder beschäftigte. Auch widmete sie ihrer Toilette, die sie längere Zeit ganz vernachlässigt hatte, wieder die frühere Aufmerksamkeit. Zwangsvorstellungen bestanden zwar noch immer, doch okkupierten sie bei weitem nicht ihr Denken in dem Maasse wie früher. Die Neigung an die harmlosesten Zufälle die Befürchtung einer Schlafstörung zu knüpfen, bestand nach wie vor. Auch Anfälle stärkerer ängstlicher Erregung bei unbedeutenden Veranlassungen, z. B. längerem Ausbleiben eines ihrer Angehörigen, kamen mitunter vor. Die sexuellen Zwangsvorstellungen waren dagegen anscheinend ganz in den Hintergrund getreten. Die Besserung machte in den folgenden Monaten noch weitere Fortschritte. Die Paraesthesien in der Scheide und im After traten nur noch selten auf, mitunter machten sich dagegen Druck- und Beklemmungsgefühle auf der Brust (abortive Angstzustände) geltend. Die Besserung hat sich bei der Pat. auch dauernd erhalten; die vorherrschendste Erscheinung blieb bei ihr die Neigung, an alle möglichen Umstände nosophobische Befürchtungen zu knüpfen. Mit der Besserung des psychischen Zustandes hatte sich auch das körperliche Befinden der Pat. entschieden gehoben.

Wir sehen, dass im vorstehenden Falle der Zustand der Patientin zeitweilig eine Gestaltung annahm, welche völlig dem Endstadium der folie du doute avec délire du toucher nach Legrand du Saullé, der Zwangsvorstellungskrankheit nach anderen Autoren, entspricht. Die Kranke war in einen Zustand völliger Untätigkeit geraten; sie zeigte für nichts von allem um sie her Vorgehenden Interesse; ihr Denken wurde vollständig durch Zwangsvorstellungen okkupiert, und sie verbrachte ihre Zeit zum grossen Teile in stumpfem Hinbrüten. Auch die Rücksichtnahme ihren Angehörigen gegenüber war geschwunden. Trotz alledem kam es zu einer dauernden Besserung. Dieser Umstand dürfte darauf hinweisen, dass auch das von Legrand du Saullé und anderen Autoren beschriebene Endstadium des Zwangs-

vorstellungsleidens nicht in allen Fällen den definitiven, unabänderlichen Ausgang der Erkrankung bildet, dass vielmehr auch hier für ein nutzbringendes ärztliches Eingreifen noch immer ein gewisses Feld vorhanden ist.¹⁾

Was den Übergang des Zwangsvorstellens in schwerere Formen psychischer Störung anbelangt, so sind, wenn wir von der Melancholie vorerst absehen, über diesen Punkt anfänglich erhebliche Meinungsverschiedenheiten zu Tage getreten, die erst durch eingehenderes Studium der in Betracht kommenden Fälle beseitigt wurden. Westphal äusserte sich, wie wir sahen, dahin, dass bei Zwangsvorstellungen ein Übergang in Paranoia nicht zu befürchten sei; dieser Auffassung pflichtete Sander bei, während Meynert dieselbe für zu weitgehend erachtete. Tuzcek andererseits bezeichnete die successive Entwicklung von Wahnideen aus Zwangsvorstellungen bei der Verrücktheit nach seinen Erfahrungen als einen gewöhnlichen Vorgang.²⁾ Zu einer ähnlichen Auffassung bekannte sich A. Cramer (l. c.); für diesen Autor sind jedoch die Wahnvorstellungen der Verrückten „lediglich nicht als abnorm erkannte“ Zwangsvorstellungen, er rechnet auch die aus Zwangsvorstellungen hervorgegangenen Wahnideen noch zu den Zwangsvorstellungen. Die Ansichten Tuzcek's und Cramer's wurden von Mercklin auf Grund sorgfältiger Untersuchungen, über welche bereits an früherer Stelle berichtet wurde, als irrtümlich zurückgewiesen. Die im Beginne der Paranoia auftretenden krankhaften Ideen erinnern nach M. zwar an Zwangsvorstellungen, lassen sich mit diesen jedoch zumeist nicht identifizieren. Es handelt sich um Vorstellungsanomalien, welche zwischen Zwangsvorstellungen und fixen Wahnideen stehen. Nach dem Autor ist das Vorkommen von Paranoiafällen nicht zu bezweifeln, in deren Beginn zunächst nur Zwangsvorstellungen auftreten. M. teilt einen hierhergehörigen Fall seiner Beobachtung mit, in welchem zuerst Zwangsvorwürfe (die Idee, sich fremdes Gut angeeignet zu haben,) sich einstellten, an welche sich im Verlaufe einiger Monate Verfolgungswahnideen anschlossen und es allmählig zu einem systematisierten Verfolgungswahn kam. Derartige Fälle sind jedoch, wie

¹⁾ Auch die Erfahrungen Freud's zeigen, dass selbst die schwersten Formen der Zwangsneurose der Besserung zugänglich sind.

²⁾ Tuzcek: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 39, p. 653, 1883.

Mercklin betont, selten. Die Paranoia beginnt nach dem Autor, soweit festzustellen, gewöhnlich mit Wahnideen und Halluzinationen.

Wie Mercklin, so haben in neuerer Zeit auch Mendel, Pitres und Régis und Warda sich dahin geäußert, dass der Übergang von Zwangsvorstellungen in Paranoia selten beobachtet wird. Kaan erklärt die Komplikation mit Verfolgungsdelir oder Melancholie für selten und betont zugleich, dass hierbei niemals der spezifische Charakter der Zwangsvorstellungen verloren geht. Etwas ungünstiger lauten die Erfahrungen Janet's. Dieser Autor fand unter 300 Fällen mit Zwangsvorstellungen 23, bei welchen ein Übergang in eigentliche Geistesstörung oder solcher sich nähernde Zustände stattfand. Bei 5 Kranken entwickelte sich Melancholie mit Angstzuständen (*mélancolie anxieuse*) bei 12 Kranken Verfolgungswahn. In 6 Fällen sah der Autor den Übergang in *confusion mentale* (Chaslin), welcher letztere in 2 Fällen bei jungen Leuten die hebephrenische Form mit Ausgang in Demenz annahm. Die Ansichten von Séglas in Betreff der Psychosen, in welche Zwangsvorstellungsleiden übergehen können, haben wir an früherer Stelle kennen gelernt.

In meinem eigenen Beobachtungsmateriale figurirt unter den Psychosen, welche ich im Zusammenhange mit Zwangssymptomen auftreten sah, in erster Stelle die Melancholie (unter 200 Fällen 6 mal, mässigere Depressionszustände noch häufiger). In 2 Fällen kam es, wie wir an früherer Stelle sahen, zur Entwicklung einer Psychose von der Art der von Heilbronner als „progressive Zwangsvorstellungspsychose“ beschriebenen Form. In einem weiteren Falle kam es nach einem mehrmonatlichen, durch massenhafte Zwangsvorstellungen charakterisierten Stadium zum Ausbruch eines halluzinatorischen Irrseins, das seit einer Mehrzahl von Jahren noch besteht. Das Auftreten einer sekundären Melancholie bei an Zwangsvorstellungen Leidenden wurde auch schon früher von einer Reihe von Beobachtern (Wille, Brosius, Emminghaus¹⁾, Rehm, Tuczek u. A.) konstatiert.

Bezüglich der Entwicklung schwererer psychischer Störungen bei mit Zwangssymptomen Behafteten, scheint mir ein Umstand besonders beachtenswert. Wenn wir von der Melancholie absehen, so

¹⁾ Emminghaus: Die psychischen Störungen im Kindesalter 1887.

finden wir, dass in den Fällen, in welchen psychotische Symptome zu Zwangserrscheinungen sich gesellen, dies zumeist frühzeitig, nicht erst nach jahrelangem Bestehen letzterer geschieht. In dem oben erwähnten Falle Mercklins traten die Wahnideen schon nach mehrmonatlichem Bestehen von Zwangsvorwürfen auf. Ähnlich verhielt es sich in den beiden an früherer Stelle angeführten Fällen Heilbronner's und in 2 Fällen meiner eigenen Beobachtung. Auf der anderen Seite kommt in Betracht, dass in keiner meiner Beobachtungen, in welchen ich langjährige Existenz von Zwangserrscheinungen (Zwangsvorstellungen, Phobien) konstatieren konnte, es zur Ausbildung einer Psychose, von Melancholie wieder abgesehen, kam. Koch¹⁾ sprach sich dahin aus, dass die Zwangszustände eher vor dem Eintreten einer Psychose schützen als dasselbe begünstigen.

Wenn ich die Gesamtheit der zur Zeit vorliegenden Erfahrungen überblicke, so kann ich nicht umhin, diese Auffassung als für die grosse Mehrzahl der Fälle zutreffend anzusehen. Wenn man die relative Seltenheit des Übergangs der Zwangszustände in Paranoia und verwandte Psychosen berücksichtigt, gewinnt man den Eindruck, dass sich die psychotische Disposition bei den an Zwangszuständen Leidenden in diesen zumeist erschöpft und dadurch für das Individuum eine gewisse Sicherung gegen schwerere psychische Störungen gewonnen wird. Diese relative Gutartigkeit der Zwangserrscheinungen bekundet sich auch in dem Verlaufe derselben. Dieselben sind der Besserung fast immer, der Heilung sehr häufig zugänglich. Allein auf der anderen Seite zeigen dieselben in einem grossen Teile der Fälle eine ausgesprochene Neigung zu Rezidiven, deren Verhütung mit den derzeit zur Verfügung stehenden therapeutischen Mitteln nur in beschränktem Maasse möglich ist. Auch ist nicht ausser Acht zu lassen, dass durch Steigerung der In- und Extensität der Zwangserrscheinungen der Befallene arbeitsunfähig, selbst unfähig, für seine körperlichen Bedürfnisse Sorge zu tragen, unter Umständen auch sich und anderen gefährlich werden kann. In der That bilden die Zwangserrscheinungen, wie wir gesehen haben, eine Kette psychopathischer Symptome, die in der Breite der Gesundheit beginnend zu den schweren

1) Koch: die psychopathischen Minderwertigkeiten. 1. Abteil, S. 101, 1891'

psychischen Störungen hinüberführen und, wenn sie auch von letzteren zumøist ferne bleiben, doch für den Betroffenen wichtig genug sind, um die volle Aufmerksamkeit des Arztes zu beanspruchen.

Kapitel XI.

Die forense Beurteilung der Zwangsvorstellungen (Impulse).

Unter den im Vorstehenden besprochenen psychischen Zwangserscheinungen finden sich in grösserer Zahl solche, welche nicht nur in klinischer, sondern auch in forensischer Hinsicht Bedeutung beanspruchen, soferne dieselben zu Verstössen gegen das Strafgesetz führen können. Hierher gehören vor allem die homicidalen Impulse, die Pyro-, Klepto- und Dromomanie und verschiedene sexuelle Impulse. Die in Betracht kommenden Tatsachen waren in der Hauptsache schon in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts den Irrenärzten bekannt und wurden unter dem Titel „Monomanie instinctive“ (Esquirol) beschrieben. Diese Monomanie umfasste jedoch nicht lediglich Fälle mit Zwangsimpulsen, sondern sehr verschiedenartige Krankheitszustände, in welchen kriminelle Handlungen plötzlich und anscheinend ohne jedes oder genügendes Motiv ausgeführt werden: Epilepsie, Paralyse, Melancholie, kongenitalen Schwachsinn etc. Von mancher Seite wurde auch die moral insanity Prichard's mit der Monomanie instinctive identifiziert. An Stelle der Monomanie instinctive trat später die folie impulsive, das impulsive Irrsein, welches ebenfalls keineswegs auf die dem Gebiete der Zwangserscheinungen angehörigen Vorkommnisse beschränkt wurde. In neuester Zeit hat sich in den Auffassungen des impulsiven Irrseins eine der früheren, durch Vagheit charakterisierten entgegengesetzte

Richtung geltend gemacht, sofern man neben den durch Zwangsvorstellungen und andere anerkannte psychotische Zustände bedingten Handlungen noch impulsive Handlungen im engeren Sinne unterscheiden will.

So hält Hoche¹⁾ die Sonderung der impulsiven Handlungen von den Zwangshandlungen aus praktischen Gründen für notwendig und auf Grund der klinischen Merkmale auch für leicht durchführbar. Impulsive Handlungen sind nach Hoche eindeutig bestimmte Handlungen, denen ein überwältigender Trieb als Motiv zu Grunde liegt. „Was die Zwangshandlung kennzeichnet“, bemerkt der Autor, „das Gefühl, des wider Willen und besseres Wissen Gezwungenwerdens, ist bei der impulsiven Handlung nicht deutlich; der dort vorhandene psychisch schmerzhaft Kampf der Motive mit zweifelhaftem Ausgange fehlt; der auftauchende Trieb führt zur Handlung, ehe Gegenmotive wach geworden sind, manchmal unter Angstepfindungen, die nach der Tat schwinden, andere Male von vorneherein mit dem Gefühle der Befriedigung“.

Ziehen²⁾ glaubt, „dass man im Sinne der heutigen Litteratur und auf Grund der historischen Weiterentwicklung des Begriffes die impulsive Handlung im engeren Sinne als eine solche definieren kann, welche ohne Motivierung durch normale oder pathologische Affekte, Empfindungen oder Vorstellungsreihen und insofern zwangsmässig, aber ohne ein begleitendes Bewusstsein ihrer Krankhaftigkeit auftritt und eine intakte Erinnerung und ein normales retrospektives Krankheitsbewusstsein hinterlässt.“ Der Autor bemerkt hierbei, dass das Fehlen des begleitenden Krankheitsbewusstseins behufs Ausschliessung der aus Zwangsvorstellungen hervorgehenden Handlungen ausdrücklich hervorgehoben werden muss.

Die beiden eben erwähnten Autoren stehen, wie sich nicht verkennen lässt, noch unter dem Einflusse der Westphal'schen Definition, sofern sie für die Unterscheidung von impulsiven und Zwangshandlungen auf das Vorhandensein oder Fehlen der Krankheitseinsicht, resp. das Bewusstwerden des Zwanges, Gewicht legen. Wir haben jedoch zur Genüge gesehen, dass die Krankheitseinsicht bei Zwangsvorstellungen vorhanden sein oder auch fehlen kann und daher auf dieses Moment sich keine Unterscheidung in der von den beiden Autoren angenommenen Weise basieren lässt. Gegen die Ansicht Hoche's ist ausserdem geltend zu machen, dass für die Umsetzung eines Antriebes in Handlung in erster Linie die Art des Auftretens

¹⁾ Hoche: Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie 1901, S. 503.

²⁾ Ziehen: Neuere Arbeiten über pathologische Unzurechnungsfähigkeit. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie, Bd. XI, Heft 1, S. 58.

und die Intensität desselben bestimmend ist. Ein plötzlich auftauchender Impuls von einer gewissen Stärke führt sofort zu dem entsprechenden Akte, während derselbe Impuls bei geringerer Stärke unterdrückt werden kann, wenn dies dem Individuum aus irgend welchen Gründen nötig erscheint. Die Unterscheidung der impulsiven Handlungen bei Epilepsie, Rauschzuständen, gewissen Psychosen etc. von den durch Zwangsimpulse i. e. Zwangsvorstellungen bedingten ist zwar aus praktischen Gründen nötig, sie muss sich jedoch auf den Nachweis der im einzelnen Falle gegebenen psychischen Störungen, nicht auf die äusserliche Unähnlichkeit des psychomotorischen Vorgangs, die unmittelbare Umsetzung des Impulses in die Tat stützen, da diese auch, wie wir gezeigt haben, bei Zwangshandlungen sich findet.

Was von den Autoren, wie z. B. von Kräpelin¹⁾, in neuerer Zeit als „impulsives Irrsein“ beschrieben wurde, erweist sich bei näherer Betrachtung lediglich als eine Varietät der Zwangsneurose, welche durch das besondere Hervortreten von Zwangsimpulsen charakterisiert ist. Für die forense Beurteilung der kriminellen Akte, welche durch Zwangsimpulse bedingt sind, ist jedoch die Annahme eines besonderen impulsiven Irrseins nicht von wesentlichem Belange. Es mag zwar unter Umständen für die Entlastung eines Angeklagten den Richtern gegenüber von Vorteil sein, die von demselben begangene inkriminierte Handlung auf eine besondere Form des Irrseins (ein impulsives Irrsein) zurückzuführen, doch lässt sich auch ohne eine derartige Annahme der Tatbestand, welchen § 51 des Str. G. B. verlangt, in den Fällen nachweisen, in welchen es sich zweifellos um durch Zwangsimpulse veranlasste Geschehnisse handelt. Dieser Nachweis ist jedoch nicht ganz so einfach zu führen, wie die Fassung des § 51 es prima facie erwarten lässt. Dass es sich bei den Zwangsimpulsen um krankhafte Störungen der Geistestätigkeit handelt, durch welche die freie Willensbestimmung ausgeschlossen werden kann, ist wohl unbestreitbar. Die Erfahrung lehrt jedoch, dass in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle die kriminellen Impulse zu keiner entsprechenden Handlung führen, weil durch dieselben Gegenvorstellungen wachgerufen werden, durch welche der Impuls bald leichter, bald schwerer, mitunter erst nach längerem, qualvollem Kampfe überwunden wird. Es muss also im gegebenen Falle nicht nur das Vorliegen eines Zwangstriebes nach-

¹⁾ Kräpelin: Psychiatrie, 6. Aufl., S. 557.

gewiesen, sondern auch dargelegt werden, welche besonderen Umstände die Widerstandsfähigkeit des Individuums gegen den Zwangsimpuls in dem Maasse herabsetzen, dass demselben die Unterdrückung dieses Impulses nicht möglich war.

Für den forensen Nachweis, dass das Individuum unter dem Einflusse eines Zwangsimpulses stand, ist es von ausschlaggebender Wichtigkeit, dass die Zwangsantriebe Symptome einer Erkrankung sind, welche sich gewöhnlich auch in anderen Erscheinungen äussert. Es muss also durch die Untersuchung zunächst das Grundleiden, dessen Symptom der konkrete Zwangsimpuls bildete, klar gestellt werden, wobei die im Einzelfalle eruierbaren ätiologischen Verhältnisse (insbesondere hereditäre Belastung) wesentlich mit in Betracht kommen. Auch das Verhalten des Inkulpaten vor und nach Ausführung der Tat, kann Hinweise für den Zwangsursprung derselben liefern. Wir wissen, dass der Ausführung bedenklicher Impulse zumeist ein kürzerer oder längerer Kampf vorhergeht, der von einem schweren Angstzustande begleitet ist und nach der Tat, auch wenn dieselbe für das Individuum von den schlimmsten Folgen sein mag, ein Gefühl der Erleichterung oder Befreiung empfunden wird. Der vorhergehende innere Kampf und die folgende Befriedigung wird jedoch in einzelnen Fällen vermisst. Die Impulse zu gefährlichen Handlungen können auch ganz plötzlich auftauchen und sich momentan in Handlungen umsetzen. Ein Beispiel hierfür bildet der an früherer Stelle erwähnte, von Magnan S. 19 mitgeteilte Fall einer schwachsinnigen Frau, welche an dem Zwangstrieb zum Werfen mit Gegenständen litt und einmal einer befreundeten Dame eine Flasche an den Kopf schleuderte, ein anderes Mal ihren Säugling, den sie auf dem Arme trug, auf den Rasen warf. In derartigen Fällen wird die gänzliche Unmotiviertheit der Handlung, die Nichtübereinstimmung derselben mit dem Charakter des Individuums und dessen Gesinnungen, sowie das Verhalten desselben unmittelbar nach der Tat (Bestürzung, Reue etc.) die nötigen Fingerzeige für die Beurteilung des inkriminierten Aktes geben.

Unter den Momenten, welche dem Individuum erfolgreichen Widerstand gegen auftauchende gefährliche Impulse erschweren oder ganz unmöglich machen, spielt, wie die eben angeführte Beobachtung zeigt, zunächst das plötzliche Auftreten des Impulses mit bedeutender Intensität eine wichtige Rolle. Es ist klar, dass die Gefahr einer

unmittelbaren Umsetzung des Impulses in Handlung um so grösser ist, je rascher derselbe zu bedeutender Intensität anwächst. Stellt sich der Impuls sofort in bedeutender Stärke ein, so wird das Individuum sozusagen von demselben überrumpelt. Es findet keine Zeit, die ihm zur Verfügung stehenden hemmenden Kräfte — Gegenvorstellungen — zur Geltung zu bringen. Die impulsive Handlung vollzieht sich hier ohne Kampf. Dieser Fall ist jedoch relativ selten. Weit häufiger als durch die Übermacht des Impulses wird die Widerstandsunfähigkeit des Individuums durch die mangelhafte Entwicklung der ihm innewohnenden hemmenden psychischen Kräfte bedingt. Es liegt nahe, dass ein ethisch hochstehender Mensch gegen Impulse zu unmoralischen oder gefährlichen Handlungen mit grösserer Energie ankämpfen kann, als ein ethisch defektes, wenn auch intellektuell wohlveranlagtes oder überhaupt geisteschwaches Individuum. Schwachsinnige und an sogenannter Moral insanity Leidende sind auch unter den wegen krimineller Zwangshandlungen in Anklagestand Versetzten häufig vertreten. Die Verknüpfung des Zwangsimpulses mit einem Zwangsaffekte (des Zornes, der Wut) erschwert ebenfalls den Widerstand gegen den ersteren. Von besonderer Wichtigkeit sind jedoch melancholische Verstimmungszustände, wie schon von v. Krafft-Ebing in seiner 1867 veröffentlichten Arbeit und später von K a a n¹⁾ dargelegt wurde. Bei dem Melancholischen kann sich die mit dem Ankämpfen gegen den kriminellen Impuls sich verknüpfende Angst dermaassen steigern, dass er in der Tat, wenn er auch deren Bedeutung und Folgen nicht unterschätzt, doch das kleinere Übel gegenüber der ihn heimsuchenden Seelenqual erblickt. Die Angst vor der Angst überwindet schliesslich, wie K a a n bemerkt, die Angst vor der Tat; diese bildet den Versuch einer Befreiung von einem unerträglichen inneren Zustande.

Auch momentan vorhandene physiologische Zustände, insbesondere Vorgänge in der Geschlechtssphäre, (Pubertätsentwicklung, Menses, Schwangerschaft) können vorübergehend die psychische Widerstandsfähigkeit des Individuums derart reduzieren, dass ihm das Ankämpfen gegen bedenkliche Impulse erschwert wird. Das Gleiche gilt für

1) K a a n: Die forense Bedeutung der Zwangsvorstellungen. *Friedreich's Blätter für gerichtliche Medizin.* 43. Jahrg., S. 335, 1892.

transitorische Steigerungen andauernder neuropathischer Zustände infolge der Einwirkung nervenerschöpfender Momente (Schlafmangel, Nachtwachen, Ernährungsstörungen etc.). Dass auch der Alkohol geeignet ist, die psychische Widerstandsfähigkeit herabzusetzen, unterliegt keinem Zweifel. Endlich ist auch das Alter des Individuums in Betracht zu ziehen; bei jugendlichen Individuen sind die hemmenden psychischen Kräfte (sittliche Gegenvorstellungen, Erwägung der Folgen etc.) weniger entwickelt als bei Personen in reiferem Alter, und so sehen wir auch, dass einzelne der hierher gehörigen Impulse, speziell die Pyromanie, vorwaltend bei jugendlichen Personen zu kriminellen Handlungen führen.

Bei Berücksichtigung des eben Angeführten wird es im Einzelfalle nicht allzu schwer werden, darzulegen, ob bei dem inkriminierten Individuum tatsächlich ein Zwangsimpuls vorlag und dessen Hemmung durch Gegenmotive infolge eines krankhaften Zustandes nicht möglich war.

Wenn wir die einzelnen hier in Betracht kommenden Zwangsimpulse durchgehen, so ist bezüglich der homicidalen vor allem bemerkenswert, dass dieselben nur relativ selten eine Intensität erreichen, welche erheblichere Willensanstrengungen seitens des Patienten zu deren Überwindung nötig macht. Unter mehr als 10 Fällen meiner Beobachtung, in welchen homicidale Vorstellungen von impulsivem Charakter bestanden, war nur einmal der Antrieb von solcher Stärke, dass der Patient Mühe hatte, denselben niederzuhalten (vide Beob. 127). Der betreffende Fall ist insofern lehrreich, als er zeigt, dass ein und derselbe Kranke verschiedenen Impulsen je nach ihrer Bedeutung verschiedene Grade des Widerstands entgegensetzen kann. Der Kranke, welcher die bei ihm auftauchenden Würgimpulse auch bei grösster Intensität stets zu unterdrücken vermochte, gab den Zerstörungsimpulsen, von welchen er zeitweilig befallen wurde, mitunter nach.

Ein weiterer sehr beachtenswerter Umstand ist, dass die Umsetzung von homicidalen Zwangsimpulsen in Handlungen ganz vorwaltend bei melancholischen Verstimmungszuständen vorkommt. v. Krafft-Ebing bemerkte, dass er bei Durchsicht der gesamten Mordmonomanie keinen Fall aufzufinden vermochte, „bei welchen die bloss im Rahmen einer Neurose bestehende Zwangsvorstellung zu einer homicidalen Handlung geführt hatte. Überall, wo dies ge-

schehen war, war das Gebiet der Neurose überschritten und eine Melancholie vorhanden gewesen“¹⁾. Wenn diese Erklärung wohl auch etwas zu weit geht, so unterliegt doch die Bedeutung der Melancholie für die hier in Betracht kommenden impulsiven Akte keinem Zweifel. Mitunter erfolgt die homicidale Handlung im ausgesprochenen Raptus melancholicus²⁾. In einzelnen Fällen wurde der homicidale Impuls durch Halluzinationen von Zwangscharakter ausgelöst³⁾. Der homicidale Akt kann auch die Folge eines Impulses sein, welchem bezüglich des Objektes Widerstand geleistet wurde. So war es in dem Falle Thouviot's⁴⁾, welcher von einem Morddrange gegen seine Mutter heimgesucht war und, um diese zu schonen, ein ihm unbekanntes Mädchen erstach.

Ausser bei Melancholischen, jedoch erheblich seltener als bei diesen, kommt es auch bei Schwachsinnigen und Entarteten zu homicidalen Handlungen infolge von Zwangsimpulsen. Hier sind insbesondere die Gewaltakte zu erwähnen, welche junge Mädchen (namentlich Kindermädchen) an den ihnen zur Pflege übergebenen Kindern ausüben. Kräpelin berichtet von einer von ihm behandelten Kranken, die im Alter von 13 Jahren zwei ihrer Obhut anvertraute Kinder, darunter ihr eigenes Brüderchen, einfach erstickte, aus keinem anderen Beweggrunde, als weil ihr die Lust dazu kam⁵⁾. Hier handelte es sich jedenfalls nicht um Melancholie, wohl aber um Schwachsinn⁶⁾.

v. Krafft-Ebing⁷⁾ hat darauf hingewiesen, dass bei den impulsiven homicidalen Akten mitunter auch ein imitatorischer Einfluss nachweisbar ist. Traurige Berühmtheit hat in dieser Beziehung der Fall der Henriette Cornier erlangt, welche ein Kind ihrer Nachbarn an sich lockte und ihm den Kopf vom Rumpfe trennte.

1) v. Krafft-Ebing: Nervosität und neurasthenische Zustände 1895, S. 84.

2) Fälle dieser Art zitiert Kaan: Friedreich's Blätter für gerichtliche Medizin, 43. Jahrg., S. 337.

3) S. Kaan l. c.

4) S. Archiv génér. de médecine 1875, Jan.

5) Kräpelin: Psychiatrie, 6. Aufl., 2. Hälfte, S. 559.

6) Weitere hierher gehörige Fälle finden sich bei v. Krafft-Ebing: Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie in dem Abschnitte über impulsives Irrsein zitiert.

7) v. Krafft-Ebing: Beiträge etc. 1867, S. 40.

Der Einfluss der Imitation kann jedoch nur bei Schwachsinnigen und Entarteten eine verhängnisvolle Bedeutung erlangen.

Unter den zahlreichen Fällen von Brandstiftung, welche auf krankhafte Geisteszustände zurückzuführen sind, bilden, wie wir schon an früherer Stelle andeuteten, diejenigen vergleichsweise seltene Vorkommnisse, in welchen die kriminelle Handlung durch einen ausgesprochenen Zwangstrieb veranlasst wurde. Es erklärt sich dies aus dem Umstande, den bereits Magnan hervorgehoben hat, dass der Zwangsimpuls, Feuer anzulegen, unter den verschiedenen klinisch zu beobachtenden Zwangsantrieben eine Seltenheit bildet¹⁾. In meinem Beobachtungsmateriale, in welchem die Zwangsantriebe reichlich vertreten sind, findet sich kein Fall, in welchem pyromanische Impulse vorlagen. Nach den bisherigen Erfahrungen sind die mit solchen Impulsen Behafteten zumeist Schwachsinnige, doch sind die von solchen verursachten Brandstiftungen durchaus nicht immer auf unwiderstehliche Impulse zurückzuführen. Geringfügige Motive, wie z. B. Zorn wegen einer widerfahrenen Kränkung, mitunter auch das blosse Vergnügen an dem Anblicke des auflodernden Feuers bestimmen derartige Individuen nicht selten zu Brandstiftungen. Die pyromanischen Impulse treten am häufigsten unter dem Einflusse gewisser physiologischer Vorgänge im Sexualleben (Pubertätsentwicklung, bei Frauen auch Menses und Menopause), mit welchen sich Verstimmungszustände (namentlich in der Form des Heimweh's) kombinieren, auf. Der Tat gehen oft, wie Marandon de Montiel²⁾ hervorhebt, erheblichere Störungen des Befindens vorher: Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit, Schwächegefühle, Brustbeklemmungen, Herzklopfen etc. Sehr häufig ist auch der Einfluss des Alkohols nachweisbar. Auch die Tat selbst gibt nach den Ausführungen Marandon de Montiel's gewichtige Fingerzeige. Es handelt sich gewöhnlich nicht um Brände, welche grosse Vorbereitungen erheischen; es werden leicht entzündliche Objekte gewählt, die sich durch ein Zündholz anstecken lassen; hierzu kommt die Wiederholung derartiger Brandfälle in gleicher Lokalität

¹⁾ Auch Dérode betont, dass die Pyromanie als Form der Folie impulsive, wenn überhaupt, jedenfalls äusserst selten vorkommt. Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique 1893, Juin, No. 69.

²⁾ Marandon de Montiel: Du diagnostic médico-légal de la pyromanie par l'examen indirect. (Arch. de Neurologie 1887, Vol. 13, pag. 19.)

(auf dem Lande), in der Regel an Sonn- und Feiertagen nach Schluss der Wirtshäuser. Ein Motiv für die Tat ist nicht vorhanden. Das Verhalten des Täters nach dem Akte ist für die forense Beurteilung desselben kaum verwertbar; er mag sich eifrig an den Löscharbeiten beteiligen und im Falle der Anklage seine Täterschaft hartnäckig leugnen, selbst eine gewisse Verschmitztheit in seiner Verteidigung bekunden.

Sehr selten finden sich pyromanische Impulse neben anderen Zwangsimpulsen bei Melancholischen. Über einen hierher gehörigen Fall berichtet Kaan.¹⁾ Derselbe betraf eine 30jährige an Melancholie leidende Frau, bei welcher während einer Verschlimmerung ihres Zustandes neben homi- und suicidalen Impulsen (Sühneideen) auch der Impuls, ein Haus anzuzünden, auftrat; letzterem gab sie in einem unbewachten Augenblicke nach, worauf sie sich selbst der Behörde stellte.

Der Zwangstrieb zu stehlen, findet sich, wie wir schon erwähnten, wenigstens nach den vorkommenden Delikten zu schliessen, weit vorherrschend bei Personen weiblichen Geschlechtes. Es ist dies ein bemerkenswerter Umstand, da nichts dafür spricht, dass das Verlangen nach fremdem Eigentume im allgemeinen beim weiblichen Geschlechte häufiger und intensiver sich geltend macht, als beim männlichen. Die forense Beurteilung der Fälle, in welchen Kleptomanie in Frage kommt, unterliegt aus naheliegenden Gründen besonderen Schwierigkeiten. Unrechtmässige Aneignung fremden Eigentums kommt nicht nur bei Personen vor, die sich in einer Notlage befinden, oder welchen man nach ihren Antecedentien und Verhältnissen eine solche Tat zutrauen kann. Neben den Fällen, in welchen die Entwendung unter dem Einflusse ausgesprochener psychischer Störungen (Paralyse, Manie, Epilepsie, Imbezillität etc.) zu Stande kommt, mangelt es auch nicht an solchen, in welchen lediglich ethische Defekte bei im übrigen vollsinnigen Personen für die Erklärung der kriminellen Tat herangezogen werden können. Es ist begreiflich, dass in letzteren Fällen zur Exkulpation der Tat das Bestehen eines krankhaften Triebes öfters geltend gemacht wird, während ein solcher tatsächlich nicht vorliegt, und demzufolge in richterlichen Kreisen die Annahme einer Kleptomanie zumeist

¹⁾ Kaan: Die forense Bedeutung der Zwangsvorstellungen, I. c., S. 339.

primo loco auf entschiedenes Misstrauen stösst. Im konkreten Falle hat man zunächst die Persönlichkeit des Inkriminierten einem eingehenden Examen zu unterziehen, dann erst die Tatumstände zu prüfen. Die Zusammenfassung beider Untersuchungsergebnisse gestattet wohl in den meisten Fällen ein bestimmtes Urteil darüber, ob die Tat unter dem Einflusse eines unwiderstehlichen Zwangsimpulses stattfand.

Die wirklichen Kleptomane sind zumeist Personen in günstigen, zum Teil sogar in glänzenden Vermögensverhältnissen, die ohne irgend welche Schwierigkeit sich das Entwendete auf rechtmässige Weise verschaffen könnten. Sie sind überdies zumeist von unbescholtenem Rufe, und manche derselben nahmen in der Gesellschaft angesehene Stellungen ein. Der Trieb zu Entwendungen findet sich bei denselben nicht isoliert, sondern neben anderen Zwangserrscheinungen der einen oder anderen Art, zum Teil auch in Verbindung mit anderen psycho- und neuropathischen Symptomen. Es handelt sich um erblich belastete Hysterische, Neurasthenische oder Degenerierte ohne ausgesprochene Erscheinungen einer Neurose, zum Teil auch um Schwachsinnige; letztere finden sich jedoch unter den Kleptomane nur spärlich vertreten. Bei weiblichen Kranken spielen auch Vorgänge im Sexualleben, (Schwangerschaft, Menstruation) eine begünstigende Rolle. Die entwendeten Objekte variiren ausserordentlich, und man kann von denselben im allgemeinen nur sagen, dass das Individuum derselben nicht bedarf, dieselben oft schon besitzt oder dafür gar keine Verwendung hat. Ein Motiv für die Tat im gewöhnlichen Sinne fehlt daher in der Regel. In vereinzelten seltenen Fällen richtet sich der Trieb ausschliesslich auf Objekte einer und derselben Art. So erwähnt Marc, dass ein Regierungsbeamter nur Haushaltungsgegenstände, ein Arzt nur Bestecke nahm.

In einem Falle meiner Beobachtung betätigte sich der kleptomane Trieb nur an Fundobjekten. Ein Wechselwärter der Staatsbahn nahm lediglich von Reisenden in Waggons zurückgelassene, oder frei auf dem Bahnareal umherliegende Gegenstände (Schirme, Stöcke, Maasskrüge etc.) an sich, die er in seiner Behausung in Menge aufbewahrte, ohne sie irgend weiter zu verwerten. Bei dem · Betreffenden bestand daneben eine Sammelmanie für ganz wertlose Objekte (benutzte Eisenbahnbillete, Knöpfe, Stecknadeln etc.). Der

Fall kam zu gerichtlicher Verhandlung, die jedoch mit Freisprechung des Angeklagten auf Grund eines irrenärztlichen Gutachtens (Dr. Vocke) endete.

In der grossen Mehrzahl der Fälle zeigt der kleptomanische Trieb jedoch keine derartige Beschränkung; die Wahl der Objekte hängt einerseits von der momentanen Attraktion derselben für den Kranken, andererseits von der sich bietenden Gelegenheit ab. Das Verhalten vor und bei der Tat lässt keineswegs immer auf das Statthaben eines schweren inneren Kampfes schliessen. Während manche Kranke ohne weitere Umstände, man könnte sagen blindlings, die Gegenstände, die ihnen unter die Hände kommen, an sich nehmen, zeigen andere bei ihren Entwendungen dieselbe Vorsicht und Verschmitztheit wie gewöhnliche Diebe. Besonders charakteristisch ist dagegen das Verhalten nach der Tat. Die Kleptomanen verwerten die entwendeten Objekte in der Regel in keiner Weise, sondern bewahren dieselben entweder einfach in ihrer Behausung auf oder entäussern sich derselben durch Wegschenken, Wegwerfen oder Zurücksendung an den Bestohlenen. Im Falle der Entdeckung halten sie zumeist mit dem Geständnisse ihrer Verfehlung nicht zurück; das Geständnis erstreckt sich oft auch auf frühere Entwendungen, bezüglich welcher eine Beschuldigung gegen sie gar nicht vorliegt. Dubuison erwähnt, dass viele der wegen kleptomanischer Akte in gerichtlicher Untersuchung befindlichen Frauen dem ärztlichen Experten gegenüber die höchste Verzweiflung über ihr Schicksal äussern, während andere wiederum eine unglaubliche Resignation, zum Teil sogar eine gewisse Erleichterung, bekunden. Einzelne Beobachtungen (Bucknill, Tuke und Voisin)¹⁾ scheinen dafür zu sprechen, dass der Stehtrieb sich durch mehrere Generationen vererben kann.

Sachbeschädigungen (i. e. Beschädigungen fremden Eigentums) infolge von Zwangsimpulsen kommen, wie es scheint, sehr selten vor. Eine hierhergehörige Beobachtung wurde von Hammond (citirt bei Kaan, l. c. S. 341) mitgeteilt. Ein junger Mann wurde beim Anblick einer Dame mit reicher Toilette oft von dem Impulse heimgesucht, derselben Schwefelsäure auf das Kleid zu giessen, und gab diesem Impulse mitunter nach.

¹⁾ Citirt bei v. Krafft-Ebing, gerichtl. Psychopathologie, 3. Aufl. S. 313.
Löwenfeld, Psychische Zwangsercheinungen.

Auch der Wandertrieb (Dromomanie) kann forense Bedeutung erlangen, indem er Militärpersonen zu Desertion oder noch im Heeresverbande Stehende zu unerlaubter Auswanderung veranlasst. Hierhergehörige Fälle wurden von Géhin¹⁾, Westphal²⁾, Schultze³⁾, Heilbronner⁴⁾ u. A. mitgeteilt. Berücksichtigung des beim Wandertriebe in der Regel nachweisbaren krankhaften Grundzustandes (Epilepsie, Hysterie, Degeneration) und der dem Anfalle speziell vorhergehenden krankhaften Erscheinungen (insbesondere Verstimmungsstände), sowie die geringfügige Motivierung des Wegganges, der Entfernung von der Truppe etc., werden in den in Betracht kommenden Fällen gewöhnlich zur Aufklärung des Sachverhaltes genügen.

Mannigfaltig sind die dem sexuellen Gebiete angehörigen Impulse, welche ein forenses Interesse erlangen können. Zunächst kommt der Zwangstrieb zur Masturbation in Betracht. Der eine der beiden mit diesem Triebe behafteten Patienten meiner Beobachtung, über welchen an früherer Stelle berichtet wurde, war bereits wegen eines Sittlichkeitsdeliktes (Masturbation an einem dem Publikum zugänglichen Platze) verurteilt worden und befand sich wegen des gleichen Aktes in Untersuchung, als er an mich zur Begutachtung verwiesen wurde. Auf Grund meines Gutachtens, in welchem der impulsive Charakter der inkriminierten Handlungen auf Grund der Antecedentien unter besonderen Umständen des Falles nachgewiesen wurde, erfolgte Einstellung des Verfahrens.

An den Zwangstrieb zur Masturbation schliessen sich die Impulse zu unsittlichen Handlungen oder sexuellem Verkehr mit Kindern an. Hierhergehörige Beobachtungen wurden an früherer Stelle mitgeteilt. Diese legen es nahe, dass bei manchen an Kindern begangenen Sittlichkeitsdelikten Zwangsimpulse im Spiele gewesen sein mögen. Dass manche Notzuchtsakte einen impulsiven Charakter an sich tragen, unterliegt wohl keinem Zweifel. Gewöhnlich handelt es sich hierbei um maximal gesteigerte sexuelle Erregung, welche blind auf

1) Géhin: Thèse de Bordeaux 1892.

2) Westphal: Vierteljahrsschrift für gerichtl. Med. Bd. 39, S. 198.

3) Schultze: Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 55, S. 748.

4) Heilbronner: Über Fugues und fugues-ähnliche Zustände. Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 1903.

Der Autor bringt eine tabellarische Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Fälle von Fugues, worunter sich 10 Fälle mit Desertion finden.

Befriedigung auf normale oder perverse Weise drängt. Wir haben an früherer Stelle schon bemerkt, dass wir den unter diesen Verhältnissen auftretenden unwiderstehlichen sexuellen Drang nicht zu den Zwangstrieben im eigentlichen Sinne rechnen können, weshalb wir auch die bei Satyriasis begangenen Notzuchtshandlungen hier ausser Betracht lassen.

Auch die sexuellen Perversionen bilden eine Quelle von Impulsen, welche zu kriminellen Akten führen können. Unter den Fetischisten kommen hier besonders die Haar- und Kleiderfetischisten in Betracht. Erstere werden, wie wir schon erwähnten, Zopfabschneider, letztere suchen sich öfters durch Diebstahl in den Besitz der für sie attraktiven Gegenstände weiblicher Toilette zu setzen. Dass auch andere im Besitze weiblicher Personen befindliche Objekte bei Fetischisten zu Entwendungen einen Anlass geben können, lehrt ein von Jastrowitz¹⁾ mitgeteilter Fall. Ein gut beleumundeter, verheirateter Mann, Vater von 5 gesunden Kindern, der als Stimmer in einer Pianofortefabrik beschäftigt war, wurde dabei betroffen, als er im Pferdebahnwagen einer Frau das Portemonnaie entwendete. Bei der Untersuchung erklärte er, dass er schon seit längerer Zeit beim Anblicke von Dingen, die weiblichen Personen zum Gebrauche dienen, unter sexueller Erregung den unwiderstehlichen Drang fühle, sich dieselben anzueignen. Er habe auch bei der Berührung mit der betreffenden Frau ein eigentümliches, vom Unterleib gegen den Hals aufsteigendes Gefühl gehabt und sich dann nicht enthalten können, das Portemonnaie zu nehmen. In anamnestischer und hereditärer Hinsicht konnte wenig zur Erklärung des Falles ermittelt werden; dagegen wurde von den Tatzeugen bekundet, dass der Angeschuldigte bei der inkriminierten Handlung sehr aufgereggt und wie geistesabwesend erschien. Diese Umstände veranlassten den Gutachter, einen unfreien Geisteszustand bei der Tat anzunehmen, was die Freisprechung des Angeklagten zur Folge hatte.

Unter den Sadisten dürften Zwangstriebre insbesondere bei den Mädchenstechern und Knabengeisselern im Spiele sein. Dass dies zum Teil auch bei den Exhibitionisten der Fall ist, haben wir an

¹⁾ Jastrowitz: Über einen Fall von Zwangsvorstellung in foro, nebst einigen Bemerkungen über Zwangsvorstellungen. Ref Neurol. Centralbl. 1884. Seite 300.

früherer Stelle gesehen. In all diesen Fällen wird nur durch Berücksichtigung der eingangs dieses Abschnittes hervorgehobenen Punkte den Anforderungen des § 51 gegenüber die erforderliche Klarheit geschaffen werden können. Es muss nicht nur das Vorliegen eines Zwangsimpulses nachgewiesen, sondern auch gezeigt werden, welche besonderen Umstände die Widerstandsfähigkeit des Individuums gegen den Impuls aufhoben.

Kapitel XII.

Prophylaxe und Therapie.

Die psychischen Zwangsercheinungen bilden, wie wir im Vorhergehenden zur Genüge gesehen haben, Störungen, welche für das geistige Leben des befallenen Individuums und seine soziale Stellung von weitestgehender Bedeutung werden können. Es ist daher die Frage gewiss am Platze, ob wir in der Lage sind, auf die Verhütung derselben mit einigem Erfolge hinzuarbeiten. Diese Frage ist entschieden zu bejahen. Wir sind zwar nicht imstande, den durch die erbliche Veranlagung bedingten abnormen Gehirnzustand eines Individuums zu beseitigen; wir können auch die äusseren Umstände, in welchen das Individuum aufwächst und lebt, zumeist nicht umgestalten, trotz alledem bleibt für eine erspriessliche prophylaktische Tätigkeit noch immer ein genügendes Feld. Die Prophylaxe im weitesten Sinne müsste in Anbetracht der Bedeutung, welche die Heredität für die Genese der Zwangsercheinungen besitzt, schon vor der Geburt beginnen. Indess hat der Arzt wohl selten Gelegenheit ein entscheidendes Wort mitzusprechen, wenn es sich um die Wahl einer Lebensgefährtin, resp. eines Lebensgefährten handelt. Es ist auch zweifellos sehr schwierig, zu bestimmen, welche Art von Belastung die Nachkommenschaft sicher schädigt und deshalb als Ausschliessungsgrund anzusehen ist.

Ein weiterer Umstand, der hier in Betracht kommt, ist das psychische Verhalten während der Schwangerschaft. Starke oder anhaltende depressive gemüthliche Erregung bei Schwangeren können zur Entwicklung einer neuropathischen Disposition bei dem Kinde führen, weshalb auf die Hintanhaltung derartiger Erregung im Interesse der Mutter wie des Kindes tunlichst hinzuwirken ist. Die Aufgabe, die wir dem Kinde gegenüber weiterhin zu erfüllen haben, besteht darin, dahin zu wirken, dass bei der Erziehung auf Abschwächung einer vorhandenen ererbten neuropathischen Anlage sorgfältig und konsequent Bedacht genommen und alles vermieden und verhütet wird, was bei Nichtbelasteten die Entwicklung einer solchen Anlage begünstigen kann. Dass eine wohlgeleitete Erziehung in dieser Richtung sehr viel zu leisten vermag, unterliegt ebenso wenig einem Zweifel, als dass der durch eine mangelhafte und verkehrte Erziehung verursachte Schaden im späteren Leben schwer und nicht selten überhaupt nicht mehr auszugleichen ist. Dabei kommt sehr in Betracht, dass die von der Umgebung ausgehenden Eindrücke die geistige Entwicklung und Artung des Kindes von den ersten Lebenstagen an beeinflussen. Eine erzieherliche Einwirkung wird auf das Kind nicht nur durch jene Maassnahmen ausgeübt, welche bei demselben in zielbewusster Absicht zur Anwendung gelangen, sondern überhaupt durch alle Vorgänge, die sich in seiner Nähe abspielen, das ganze Milieu, in dem es lebt und aufwächst. Eltern, welche selbst bei jeder Gelegenheit in übertriebene Angst geraten und diese auch ihren Kindern gegenüber nicht verhehlen, dürfen nicht erwarten, diese von abnormer Ängstlichkeit frei zu halten. Es würde uns hier zu weit führen, auf alle Umstände einzugehen, welche bei einer auf Kräftigung des Nervensystems bedachten Erziehung in Betracht kommen. Wir müssen uns auf jene Punkte beschränken, welche bei der Erziehung neuro- und psychopathisch disponierter Kinder in erster Linie Berücksichtigung verdienen.

Soweit das somatische Regime in Betracht kommt, ist Beschränkung der Fleischkost bei im übrigen reichlicher Ernährung, gänzliche Entziehung alkoholischer Getränke, viel Aufenthalt im Freien, Fürsorge für langen Schlaf und frühzeitige Gewöhnung an körperliche Anstrengung, sowie Abhärtung gegen Kälte und Hitze von Wichtigkeit. Die Gewöhnung an körperliche Anstrengung soll

nicht lediglich durch Spaziergänge, sondern auch durch körperliche Übungen jeder passenden Art, Turnen und Turnspiele, Schlittschuhlaufen, Radfahren, Schwimmen etc. erzielt werden. Auch die Hebung der manuellen Fertigkeit durch gewisse Beschäftigungen (Modellieren, Papparbeiten etc.) ist empfehlenswert. Die mit Präzision und Ausdauer ausgeführten körperlichen Übungen besitzen, abgesehen von ihrem Nutzen für die physische Kräftigung, auch eine erhebliche Bedeutung als Mittel psychischer Gymnastik; sie verleihen dem heranwachsenden Individuum das Bewusstsein seiner Leistungsfähigkeit und flößen ihm dadurch Mut und Selbstvertrauen ein. Indem sie ferner das Individuum zu raschem Handeln und zu energischen Anstrengungen nötigen, fördern sie die Entwicklung der Willensenergie. Sie verringern auch die Scheu vor körperlichem Schmerz und Ungemach, da sie zum Ertragen mancher Beschwerden Gelegenheit geben.

Neben alledem ist sorgfältig auf Verhütung der Masturbation, welcher belastete Kinder oft sehr frühzeitig anheimfallen, Bedacht zu nehmen.

Für das psychische Regime lässt sich keine Schablone aufstellen, dasselbe muss der Individualität des Kindes, seinen Fähigkeiten und Neigungen angepasst werden. Von Wichtigkeit ist es, das Kind frühzeitig an eine gewisse Ordnung, ruhigen Verzicht auf unerfüllbare Wünsche und Selbstbeherrschung zu gewöhnen. Ob hierbei mehr mit Güte oder mehr mit Strenge zu verfahren ist, hängt von der besonderen Artung der Kleinen ab. Jedenfalls aber dürfen hierbei die berechtigten und wünschenswerten Regungen von Selbständigkeit bei dem Kinde in keiner Weise unterdrückt werden. Das Kind soll nicht zum Automaten, der nur den Willen seiner Eltern oder Erzieher erfüllt, gemacht, sondern im Gegenteil bei jeder Gelegenheit zu selbständigem Handeln veranlasst werden, was nur durch Beschränkung der Überwachung auf das Nötigste zu erzielen ist. Bei den belasteten Kindern finden wir ebensowohl Verspätung der geistigen Entwicklung als geistige Frühreife. Letztere gibt oft den Eltern Anlass, ihre Kinder vorzeitig durch Unterricht anzustrengen oder die Zahl der Lehrgegenstände bei denselben in bedenklicher Weise zu vermehren. Derartige Missbräuche sind entschieden hintanzuhalten. Ich habe anderen Orts¹⁾ nachgewiesen, dass eine Schädigung

¹⁾ Löwenfeld: Pathologie u. Therapie der Neurasthenie u. Hysterie. S. 57.

durch geistige Überanstrengung schon im Kindesalter möglich ist. Um solche zu vermeiden, müssen wir darauf dringen, dass bei mässig Begabten die durch die Schule auferlegte Arbeitsbelastung nicht noch durch Privatunterricht in einzelnen Gegenständen und Übungen in unnötiger Weise vermehrt, die Erholungszeit wirklich zur Erholung und nicht zu geistig anstrengenden Vergnügungen verwendet und auch bei den Bestbegabten durch das Arbeitspensum die für körperliche Übungen, Luftgenuss und Schlaf erforderliche Zeit nicht in ungehöriger Weise beschränkt wird. Sehr wichtig ist ferner, dass gering talentierte oder sehr träge Kinder nicht aus falschem Familienstolze mit den Vorbereitungen für einen Beruf in nutzloser Weise gequält werden, für welchen sie sich in Anbetracht ihrer geistigen Veranlagung nicht eignen. Stetige Beachtung ist auch der Lektüre der Kinder zu widmen; die übermässige Erregung der Phantasie durch einen erheblichen Teil der sogenannten Jugendschriften mit ihren Schauer-, Indianer- und Piratengeschichten ist entschieden nachteilig. Noch bedenklicher ist die verfrühte Lektüre gewisser Novellen und Romane, welche die Aufmerksamkeit des jugendlichen Lesers auf das sexuelle Gebiet lenken.

Wir sahen, dass in zahlreichen Fällen die ersten Anfänge der Zwangszustände sich bereits im Kindesalter geltend machen. Abnorme Ängstlichkeit, Neigung zu moralischer oder religiöser Überbedenklichkeit, Pedanterie und Hang zum Grübeln kommen hier am häufigsten in Betracht. Die Bekämpfung dieser Neigungen erheischt Geduld und Umsicht; die Anwendung von Gewaltmaassnahmen führt nie zum Ziele. Ein Kind, das bei dieser oder jener Gelegenheit grundlose Furcht zeigt, kann hiervon nicht durch Strafen oder lediglich durch wiederholte Versetzung in die betreffende Situation befreit werden. Aufklärung über die Grundlosigkeit der Furcht, freundliches Zureden, Anregung des Ehrgeizes führen viel eher zum Ziele. Bei all den erwähnten abnormen Neigungen sind körperliche Übungen als Mittel psychischer Gymnastik von besonderem Nutzen. Bei Erledigung der Schulaufgaben muss bei den betreffenden Kindern auf rasches Arbeiten gedrungen werden. Dem Hange zum Grübeln und der übermässigen Bedenklichkeit wird hierdurch in wirksamer Weise entgegen getreten.

Bei Erwachsenen finden wir Gelegenheit zur Übung einer prophylaktischen Tätigkeit insbesondere in den Fällen, in welchen Zwangsercheinungen bereits bestanden und beseitigt wurden und die

Gefahr eines Rezidiv's sehr nahe liegt. Wir haben bei den hier in Betracht kommenden Personen unser Augenmerk darauf zu richten, dass einerseits aus der Lebensweise alle jene Momente tunlichst entfernt werden, welchen wir einen nervenschädigenden Einfluss zuschreiben müssen, andererseits aber auch das im Einzelfalle Mögliche geschieht, um die Leistungs- und Widerstandsfähigkeit des Nervensystems zu erhöhen. Der Arzt darf hierbei nicht verabsäumen, sich eingehend über die Lebensgewohnheiten des Patienten, die Art und das Maass seiner beruflichen oder sonstigen Beschäftigung und das Milieu, in dem er sich bewegt, zu informieren und darnach seine Vorschriften einzurichten. Ganz besonders aber hat er seine Aufmerksamkeit auf die Meidung etwa vorliegender sexueller Noxen (resp. deren Beseitigung) zu richten. Mitunter wird eine Änderung der Beschäftigung, wenn dieselbe eine zu grosse Belastung für den Patienten in sich schliesst oder mit zu viel Aufregung verknüpft ist, nötig; auch die Versetzung in ein anderes Milieu, wenn die bisherige Umgebung in der einen oder anderen Weise schädlich auf den Patienten einwirkt, ist nicht selten ratsam. Die gänzliche Aufgabe beruflicher Beschäftigung, auch wenn diese mit manchen schädlichen Momenten verknüpft ist, kann dagegen zu prophylaktischem Zwecke nicht empfohlen werden. Bei Mangel an regelmässiger Tätigkeit liegt in den hier in Betracht kommenden Fällen die Gefahr nahe, dass der Patient seinem Befinden mehr Aufmerksamkeit schenkt, als wünschenswert ist.

Die Behandlung der Zwangerserscheinungen im Einzelfalle ist von der Art des Grundleidens abhängig. Wir müssen uns auch hier wieder darauf beschränken, das Gros der Fälle zu berücksichtigen, welches der Neurasthenie, Hysterie, der Zwangs- und Angstneurose zufällt, da lediglich für die diesen Krankheitsformen angehörigen Zwangerserscheinungen gemeinschaftliche therapeutische Gesichtspunkte sich aufstellen lassen. In erster Linie sind die ätiologischen Verhältnisse, die sich im Einzelfalle eruieren lassen, zu berücksichtigen. Eine kausale Therapie hat jedoch selbstverständlich nur dann Aussicht auf Erfolg, wenn es dem Arzte gelingt, die Ätiologie des Falles klar zu stellen, was zur Zeit noch häufig verabsäumt wird. Noch immer wird in zahlreichen Fällen von den Praktikern in nebensächlichen Umständen oder untergeordneten Momenten, wie einer leichten Anämie, geringer Arbeitsüberbürdung, einer vorhergegangenen Influ-

enza und dergleichen, die Quelle des Übels erblickt, während diese tatsächlich in ganz anderer Richtung liegt.

Bei der enormen Verbreitung sexueller Noxen und der Bedeutung, welche denselben in der Ätiologie der Zwangerscheinungen zukommt, haben wir unser Augenmerk der *vita sexualis* in besonderem Maasse zuzuwenden. Bei Männern ist es in der Regel nicht schwierig die erforderliche Auskunft zu erlangen; bei verheirateten Patientinnen muss dagegen oft der Gatte angegangen werden, um die Verhältnisse des Falles klar zu stellen. Die Verbreitung malthusianischer Tendenzen in allen Bevölkerungskreisen in den letzten Dezennien hat dazu geführt, dass der Congr. interr. als die einfachste Art des Präventivverkehrs von Verheirateten ungleich häufiger geübt wird als früher. Diesem Missstande kann in der Regel durch Aufklärung und Empfehlung einer minder bedenklichen Form der Prävention gesteuert werden. In einer schwierigeren Lage befinden wir uns oft der Abstinenz gegenüber. Bei Unverheirateten können wir, wenn andauernde Abstinenz sich als entschiedene Noxe erweist, nur die Eheschliessung empfehlen, sofern die Verhältnisse des Patienten eine solche zulassen. Wo dies nicht der Fall ist, müssen wir uns darauf beschränken, durch geeignete diätetische Maassnahmen den schädigenden Einfluss der Abstinenz herabzusetzen. Bei verheirateten Patienten, insbesondere solchen, die mit Angstzuständen behaftet sind, begegnen wir mitunter dem Umstande, dass dieselben auf Grund irrthümlicher hygienischer Anschauungen den ehelichen Verkehr ohne Rücksicht auf ihre sexuellen Bedürfnisse sehr einschränken; sie glauben, durch eine gewisse relative Abstinenz ihr Nervensystem kräftigen und ihre Beschwerden verringern zu können, während sie tatsächlich hiermit das Gegenteil erreichen. Die Betreffenden müssen über die Unzweckmässigkeit ihres sexuellen Verhaltens aufgeklärt werden. Bei den gewohnheitsmässig seit Jahren der Masturbation Ergebenen genügt Aufklärung über die schädlichen Folgen ihres Treibens in der Regel nicht. Es müssen vielmehr ausserdem alle jene Maassnahmen zur Anwendung gelangen, welche zur Herabsetzung der gesteigerten sexuellen Reizbarkeit dienen.¹⁾ Dass wir ausserdem bei Übermaass im normalen sexuellen Verkehre, Kaffee-

¹⁾ Näheres über die bei Masturbation und anderen in Betracht kommenden sexuellen Noxen (Poll. nim. etc.) einzuleitende Behandlung s. in meiner Arbeit „Sexualleben und Nervenleiden“ 3. Aufl. 1903, S. 270 u. f.

genusse und Rauchen, ferner bei geistiger oder körperlicher Überanstrengung auf Abstellung dieser Misstände energisch dringen, ist selbstverständlich. Dabei darf man sich jedoch nicht mit allgemeinen Mahnungen begnügen. Die Arbeitszeit muss genau vorgeschrieben, die Diät sorgfältig geregelt werden. Was den Alkoholgenuss anbelangt, so genügt die Hintanhaltung von Exzessen nicht. Meines Erachtens ist gänzliche Abstinenz in allen Fällen wünschenswert. Doch muss ich zugleich gestehen, dass ich auch von langer Durchführung dieser Maassnahme in manchen Fällen keinen Einfluss auf die Zwangerserscheinungen beobachten konnte, und noch häufiger von dem Genusse geringer Quantitäten geistiger Getränke keinen Nachteil zu konstatieren vermochte. Auf völlige Abstinenz ist insbesondere in den Fällen zu dringen, in welchen Erscheinungen der vasomotorischen Neurasthenie oder sexuelle Reizzustände bestehen oder überhaupt schon von geringen Alkoholmengen eine ungünstige Beeinflussung des Befindens in der einen oder anderen Richtung sich zeigt.

Kaffeegenuss und Rauchen ist namentlich in den Fällen, in welchen nervöse Herzstörungen in Verbindung mit Angstzuständen oder isoliert auftreten, gänzlich zu untersagen.

Für eine kausale Therapie bieten sich jedoch noch weitere Angriffspunkte. Ist bei Angstzuständen ein Zusammenhang mit vorhandenen Affektionen des Nasenrachenraumes nachweisbar oder auch nur wahrscheinlich, so ist gegen diese natürlich die erforderliche Behandlung einzuleiten. Hecker¹⁾ beobachtete eine Anzahl von Fällen mit zum Teil schweren Angstzuständen, in welchen die operative Beseitigung bestehender Nasenschwellungen durch Moritz Schmidt in Frankfurt erhebliche Besserung und zum Teil völlige Heilung brachte. H. erwähnt auch, dass die nächtlichen Angstzustände besonders bei Kindern häufig von Nasenschwellungen abhängen, was auch schon von Hack hervorgehoben wurde. Ich selbst sah bei älteren Kindern mit nächtlichen Angstanwandlungen in einigen Fällen, in welchen durch Nasenrachenaffektionen eine gewisse Behinderung der Nasenatmung verursacht wurde, von der Behandlung dieser Affektionen (chronische hypertrophische Rhinitis, adenoide Vegetationen) entschieden günstige Wirkung.

¹⁾ Hecker, Berliner klin. Wochenschrift 1892. N. 47.

Spielen intestinale Reizungen (gastrische Störungen, Diarrhoe oder Obstipation etc.) eine Rolle als auslösende oder begünstigende Momente der Angstzustände, so ist durch Anordnung einer entsprechenden Diät und Regulierung der Darmfunktion der Wiederkehr der betreffenden Reizungen vorzubeugen. Hecker sah bei den Angstzuständen mit Enteroptose und Wanderniere behafteter Neurasthenischer öfters von dem Tragen eines festen Gürtels günstigen Erfolg. Ob dieses Mittel lediglich mechanisch durch Stützung der Eingeweide oder Kräftigung der Herzpumpe oder daneben (vielleicht auch hauptsächlich) suggestiv wirkt, muss ich dahingestellt sein lassen.

Bei anämischen Zuständen erheischt die causale Therapie die Darreichung von Eisen- oder Hämoglobinpräparaten.

Die Erfüllung der Kausalindikationen führt zwar in manchen Fällen, wie wir zum Teil schon aus dem Vorhergehenden ersahen, zu recht befriedigenden Erfolgen; im grossen und ganzen spielt jedoch die ursächliche Behandlung bei den psychischen Zwangszuständen nicht die Rolle, welche man derselben a priori zuschreiben könnte. Nur in einer Minderzahl von Fällen sind wir überhaupt in der Lage, die Beseitigung der eruierten (determinierenden) Kausalmomente zu bewirken; hiermit ist jedoch aus verschiedenen Gründen das anzustrebende therapeutische Resultat, das Schwinden der Zwangserrscheinungen, keineswegs immer erreicht. Letztere gewinnen bei längerem Bestehen den ursächlichen Momenten gegenüber häufig eine gewisse Unabhängigkeit, so dass die Beseitigung dieser Momente deren Fortbestehen nicht verhindern kann. Wir haben, soweit die Phobien in Betracht kommen, auf diesen Umstand bereits hingewiesen. Für die Zwangsvorstellungen gilt das Gleiche wie für die Phobien. Wir haben daher in der weitaus grössten Zahl der Fälle nach Erfüllung der Kausalindikation, soweit eine solche möglich ist, noch genügenden Anlass, eine Behandlung einzuleiten, welche der *Indicatio morbi* oder *symptomata* oder beiden Anzeigen zugleich Rechnung trägt. Die Heilagentien, welche hierbei in Betracht kommen, gehören ebensowohl dem Gebiete der psychischen als der somatischen Therapie an. Wir müssen hier vor allem bemerken, dass heutzutage noch in der Therapie der Zwangserrscheinungen von den Ärzten vielfach den rein somatischen Methoden eine Bedeutung zugeschrieben wird, welche denselben nicht zukommt, und daneben

die Psychotherapie unterschätzt und ungebührlicher Weise vernachlässigt wird. Dieser Missstand kann für die Patienten zu traurigen Konsequenzen führen. Zwangsercheinungen, namentlich Phobien, welche in der ersten Zeit ihres Bestehens der Behandlung leicht zugänglich sind, schleppen sich nicht selten bei lediglich somatischer Bekämpfung viele Jahre hindurch fort. Die in Frage stehenden Patienten gebrauchen, namentlich wenn sie nicht ausgesprochen plethorisch sind, eine Menge von Arzneimitteln, Eisen, Arsenik, Brommittel und die verschiedensten „Ine“; sie besuchen im Laufe der Jahre abwechselnd Bäder, Wasserheilanstalten und Luftkurorte, und ihr Zustand bleibt, von vorübergehenden Besserungen abgesehen, trotz alledem im wesentlichen der gleiche, sodass sie schliesslich das Vertrauen zur ärztlichen Kunst ganz verlieren und glauben, sich in ihr Schicksal ergeben zu müssen. Die schablonenmässige Verordnung oder Anwendung der verschiedenen bei Neurasthenie derzeit gebräuchlichen Heilverfahren führt eben, wie wir betonen müssen, den psychischen Zwangsercheinungen gegenüber nicht zum Ziele. In jedem der hierhergehörigen Fälle muss sorgfältig erwogen werden, ob und eventuell in welcher Weise auf den allgemeinen Nervenzustand therapeutisch einzuwirken ist, ferner ob die Art der vorliegenden Zwangsercheinungen daneben oder auch ausschliesslich eine direkte Behandlung derselben nötig macht und welche Mittel hierzu am geeignetsten sein dürften. Für die Beantwortung dieser Fragen ist die nosologische Stellung der vorliegenden Zwangsercheinungen, i. e. die Art des Grundleidens maassgebend. Stehen die Zwangsercheinungen in Zusammenhang mit Neurasthenie oder Hysterie, so ist in der Regel ein auf Hebung der Leistungs- und Widerstandsfähigkeit des Gesamtnervensystems gerichtetes (sogenanntes antineurasthenisches) Verfahren am Platze. In den Fällen reiner Zwangs- oder Angstneurose erweist sich jedoch der Gesamtnervenzustand mitunter als ein relativ so günstiger, dass man von einer Einwirkung auf denselben durch irgendwelche roborierende Mittel eine wesentliche Beeinflussung der Zwangsercheinungen nicht erwarten kann. In diesen Fällen können wir uns auf die direkte Behandlung der Zwangsercheinungen beschränken.

Die uns derzeit zur Verfügung stehenden arzneilichen Mittel leisten da, wo es sich um Hebung der nervösen Gesamtkonstitution handelt, sofern sie nicht einer Kausalindikation entsprechen, nicht

sehr viel Erspriessliches. Am meisten Nutzen glaube ich von der Kombination von Mitteln gesehen zu haben, welche zuerst in der Form von Fellow's Syrup hypophosphites in den Handel gebracht wurde. Dieser Syrup enthält: Chinin, Strychnin, Eisen, Mangan, Kalzium, Kali, gebunden an unterphosphorige Säure¹⁾. Der in neuerer Zeit unter dem Titel Syrupus Kolae compositus hergestellte Syrup enthält neben den Hauptbestandteilen des Fellow'schen Syrups Kolaextrakt und dürfte wegen dieses Zusatzes in manchen Fällen den Vorzug verdienen.

Von Anwendung dieser Syruparten ist jedoch bei Patienten abzusehen, bei welchen Magenstörungen oder sexuelle Reizzustände bestehen. In Fällen ausgesprochener nervöser Erschöpfung mit Angstzuständen hat mir mitunter der Gebrauch von Kolapräparaten allein, insbesondere in der Form von Kola Astier, gewisse Dienste geleistet.

In symptomatischer Hinsicht erreichen wir mit innerlichen Mitteln ungleich mehr als dem nervösen Allgemeinzustande gegenüber. Am häufigsten sind wir in der Lage Sedativa mit Vorteil zu verwerthen. In erster Linie kommen hier die Brompräparate in Betracht; dieselben können bei Zwangsvorstellungen und Angstzuständen mit Vorteil gebraucht werden, bei Zwangsvorstellungen namentlich dann, wenn Ideen peinlichen Inhalts sich unaufhörlich in das Bewusstsein drängen und einen Zustand von Erregung unterhalten. Bei Angstzuständen lässt sich durch täglichen Gebrauch nicht zu geringer Bromdosen (3—4 g) öfters die Neigung zur Angstproduktion für längere Zeit herabsetzen. Der gleiche Erfolg kann auch vorübergehend durch Darreichung einer einmaligen stärkeren Bromgabe erzielt werden. Handelt es sich darum, bei einem Patienten, der beim Aufenthalte im Theater von Angstzuständen heimgesucht wird, diesem den Genuss einer Vorstellung zu erleichtern, so lässt sich dies z. B. durch eine Gabe von 3 g der jetzt so vielfach gebrauchten Kombination von Bromsalzen (Bromkalium, Bromnatrium, Bromammonium), die vor dem Theaterbesuche genommen wird, zumeist erreichen. Eine noch prägnantere Wirkung als die Bromsalze in Bezug auf vorübergehende Herabsetzung der Angstdisposition äussert häufig der Alkohol. Die Anwendung dieses Mittels hat jedoch erhebliche Schattenseiten; der Patient wird, wenn er einmal

¹⁾ Dieser Syrup wird seit mehreren Jahren auch von Dr. Egger in Budapest hergestellt.

den günstigen Einfluss des Alkohols für die Hintanhaltung von Angstzuständen kennen gelernt hat, nur zu leicht geneigt, von demselben in einer seinen Nervenzustand schädigenden Weise Gebrauch zu machen. Mit Phobien Behaftete kommen häufig aus eigener Initiative dazu, den Alkohol als Erleichterungsmittel zu verwenden. Einzelne Patienten meiner Beobachtung verfielen dadurch allmählig dem Potatorium, und es kostete grosse Mühe, sie von dem Abusus frei zu machen. Wo es sich um die Bekämpfung häufig auftretender, schwerer inhaltloser oder mit Zwangsvorstellungen zusammenhängender Angstzustände handelt, ebenso auch bei schweren Zwangsverstimnungen empfiehlt sich in erster Linie Opium; ich verordne das Mittel gewöhnlich in Form von Pillen, welche 0,02—0,03 Extr. op. enthalten, und lasse hiervon anfänglich täglich 3 Stück und dann je nach Bedarf mehr, bis zu 6 Stück täglich, sehr selten darüber, nehmen. Durch einen Zusatz von Rhabarberextrakt zu den Pillen wird die obstipierende Wirkung des Opiums hintangehalten. Das Opium leistet uns bei den Zwangsangstzuständen im allgemeinen dieselben Dienste wie bei der Angst der Melancholischen. Unter dem Einflusse des Mittels nimmt meist die Häufigkeit, Intensität und Dauer der Angstanfälle alsbald ab; die anfänglich täglich gebrauchte Pillenzahl lässt sich dann reduzieren, und, wenn eine erhebliche Besserung dauernd erzielt ist, der regelmässige Gebrauch des Opiums ganz sistieren. Dieses Resultat wird bald früher, bald später, mitunter schon in der ersten Woche, in manchen Fällen aber auch erst im Verlaufe von 2—3 Monaten erzielt. Nachteilige Wirkungen von der Anwendung des Opiums in den erwähnten Dosen, abgesehen von dem obstipierenden Einflusse, der sich durch den Rhabarberzusatz nicht immer ganz beseitigen lässt, habe ich nie beobachtet; auch hat die Abgewöhnung selbst nach mehrmonatlichem Gebrauche in der Regel keinerlei Schwierigkeiten. Durch die konsequente Anwendung des Opiums bei schweren Angstanfällen wird nicht nur der Zustand des Kranken wesentlich erleichtert, sondern auch, was nicht zu unterschätzen ist, der drohende Übergang desselben in Melancholie wenigstens häufig hintangehalten. Bei Phobien mit besonders schweren Angstzuständen kann das Opium in der Weise Anwendung finden, dass man eine Opiumpille kurz vor dem Eintritt der Umstände nehmen lässt, welche in der Regel zu Angstzuständen führen, so z. B. bei Agoraphoben vor dem Ausgehen.

Eine Opiumkur, bei der wesentlich höhere als die von mir gebrauchten Dosen zur Anwendung gelangen, wurde von Dornblüht (Vortrag auf dem internationalen med. Kongress zu Moskau und ärztl. Monatsschrift 1898, Heft 3) bei Zwangs- und Angstzuständen empfohlen. Der Autor beginnt mit 0,03 Op. pur. in Pillenform 4 mal täglich und erhöht die Tagesdosis jeden vierten Tag um eine Pille. Ein deutlicher Effekt auf die Angstzustände oder die krankhaften Vorstellungen soll gewöhnlich erst bei einer Tagesdosis von 0,5 Op. erreicht werden und zur völligen Unterdrückung des Zwangsaffectes gewöhnlich eine Tagesdosis von 1,0 gr erforderlich sein. In schweren Fällen hält der Autor jedoch eine Steigerung der Tagesdosis bis zu 1,5 und selbst 2,0 Op. oft für nötig. Wo die obstipierende Wirkung des Opiums sich geltend macht, lässt D. die Opiumpillen mit einem Zusatz von Extr. Casc. Sagr. versehen. Mit dem Opiumgebrauche soll in der ersten Zeit Bettruhe, Entfernung aus der gewohnten Umgebung, Regulierung der Diät in einer die Darmtätigkeit fördernden Weise und sorgfältige Pflege verknüpft werden. Hierdurch werden jedoch ungünstige Nebenwirkungen des Opiums, insbesondere zunehmende Appetitlosigkeit, Übelkeit und Beeinträchtigung des Schlafes nicht verhindert, wodurch das Aussetzen des Opiumgebrauches nötig werden mag. Günstige Erfolge werden durch die Kur, wie der Verfasser selbst zugibt und noch mehr von anderer Seite (so von Buschan) hervorgehoben wird, nicht immer erzielt. D. hält zudem bei sehr lange bestehenden Zwangsvorstellungen eine Wiederholung der Behandlung nach einem halben Jahre für nötig. In leichteren Fällen und bei Patienten, welche unter dem Opiumgebrauche in ihrer Ernährung herunterkommen, empfiehlt D. die Anwendung des Codein (0,1 Cod. = 0,25 Op. pro die).

Ich halte die von Dornblüht angewandten grossen Opiumdosen zur Bekämpfung von Angst- und Zwangszuständen für unnötig und zum Teil sogar für recht bedenklich. Nach meiner Erfahrung lassen sich in den Fällen, in welchen Opium überhaupt indiziert ist — und dies ist nur bei beträchtlichen Angstzuständen der Fall, nicht aber bei Zwangsvorstellungen ohne solche Begleiterscheinungen — ganz befriedigende Resultate mit den oben erwähnten bescheidenen Opiumgaben erzielen, vorausgesetzt, dass die Behandlung im übrigen eine sachgemässe ist, insbesondere auch die Psychotherapie nicht vernachlässigt wird. Wir können z. B. sehr häufig die Opium-Tagesdosis dadurch verringern, dass wir neben den Opiumpillen indifferente (Suggestiv-) Mittel reichen; auch bei der Entziehung des Opiums empfiehlt sich der Ersatz desselben durch Suggestivmittel sehr.

In letzter Zeit habe ich auch öfters von dem als „Neurilla“ bezeichneten syrupartigen amerikanischen Präparate, welches die

wesentlichen sedativen Bestandteile von *Scutellaria* enthalten soll, bei Angstzuständen Gebrauch gemacht. Die Erfolge, die mit dem Mittel erzielt wurden, waren nicht gleichmässig günstig. Manche Kranke berichteten von einer beruhigenden Wirkung, während bei anderen eine solche sich nicht zeigte. Es liegt nahe, dass man wegen der die Zwangsercheinungen häufig begleitenden cerebrasthenischen Beschwerden (Kopfschmerzen, Kopfeingenommenheit), wie auch wegen schmerzhafter Zustände in anderen Körpergebieten öfters auch Anlass hat, von dem einen oder anderen der zahlreichen neueren Sedativa (*Antipyrin*, *Phenacetin*, *Aspirin*, *Antinervin* etc.) Gebrauch zu machen. Ebenso lässt sich oft die vorübergehende Anwendung des einen oder anderen Schlafmittels nicht umgehen, wobei neben *Paraldehyd* in erster Linie *Sulfonal*, *Trional* und *Veronal* in Betracht kommen dürften. Wir müssen hier zugleich darauf hinweisen, dass die Fürsorge für genügenden Schlaf bei an Zwangsercheinungen Leidenden von grösster Wichtigkeit ist. Da keines der zahlreichen zur Zeit bekannten Hypnotica länger bestehenden Schlafmangel zu beseitigen vermag und langer Gebrauch aller dieser Mittel, auch der relativ harmlosesten, mit grösserem oder geringerem Nachteil verbunden ist, müssen wir bei ungenügendem Schlafe darauf bedacht sein, auf diätetischem Wege sowie event. durch Anwendung physikalischer und psychotherapeutischer Heilfaktoren die nötige Besserung herbeizuführen. Der Gebrauch von Schlafmitteln darf immer nur als vorübergehender Notbehelf in Betracht kommen.

Für die Kräftigung des Gesamtnervensystems leisten erfahrungsgemäss die physikalischen Kurmittel bedeutend mehr als die Schätze der Apotheke. Wir müssen hier jedoch von einer eingehenderen Würdigung der antineurasthenischen Wirkungen der einzelnen gebräuchlichen physikalischen Heilverfahren absehen und uns mit einigen Andeutungen in dieser Sache begnügen. Sehr häufig werden bei psychischen Zwangszuständen klimatische Kuren gebraucht, und es lässt sich auch nicht leugnen, dass durch solche auch oft günstige Resultate erzielt werden. Diese treffen wir jedoch ganz vorwiegend in frischen Fällen, während bei Kranken, die seit langer Zeit an Zwangsercheinungen, insbesondere Phobien, laborieren, klimatische Kuren sehr oft zwar das Gesamtbefinden günstig beeinflussen, hinsichtlich der Zwangsercheinungen jedoch keine oder nur vorübergehende Besserung erzielen. Diese Erfahrung gilt für jede Art von

Luftkuren, den Aufenthalt an der See und im Hochgebirge wie einfachen Landaufenthalt. Für die Wahl des im einzelnen Falle passenden Luftkurortes sind weniger die Zwangerserscheinungen an sich, als die begleitenden nervösen Symptome und die allgemeine Konstitution maassgebend¹⁾.

Ich möchte hier bezüglich der Höhenkurorte nur darauf hinweisen, dass die Heilkraft des Höhenklimas nicht einfach proportional der Höhenlage der Gebirgsorte wächst, wie man dies so vielfach annimmt, und manche der hier in Betracht kommenden Kranken sich für das hochalpine Klima nicht eignen, während Orte von mittlerer Höhenlage, mitunter selbst solche bis zu 1200 m, deren Befinden günstig beeinflussen. Hierher gehören in erster Linie die Fälle, in welchen mit Angstzuständen Erscheinungen der vasomotorischen Neurasthenie (Neigung zu Schwindel, Kopfkongestionen) und nervöse Herzstörungen sich verknüpfen, ferner die Fälle mit beträchtlichem und lange bestehendem Schlafmangel. Neurasthenische mit diesen Symptomen, deren Befinden sich im Oberengadin verschlimmert, mögen an weniger hochgelegenen Orten sich recht wohl fühlen. Bemerkenswert ist, dass den Patienten, welchen das hochalpine Klima schlecht bekommt, häufig auch der Aufenthalt an der See, wenigstens an der Nordsee, nicht zusagt. Der Einfluss der Luft, welcher durchaus nicht zu unterschätzen ist, bedingt natürlich nicht allein den Heilerfolg der klimatischen Kuren. Die geistige Ausspannung, die hiermit gewöhnlich verbunden ist, die angenehmen und umstimmenden Eindrücke der neuen Umgebung, bessere und regelmässigere Ernährung und reichlichere Körperbewegung haben oft sogar den Hauptanteil an dem Heilerfolge zu beanspruchen.

Mit den Wasserkuren in Anstalten verhält es sich ähnlich. Wenn wir auch die Bedeutung einer wohlgeleiteten hydriatischen Behandlung in geeigneten Fällen nicht gering anschlagen dürfen, so sind doch bei den in Anstalten durchgeführten Wasserkuren die Heilerfolge in der Regel zum Teil und häufig sogar überwiegend auf die mit der Hydrotherapie kombinierten Heilfaktoren (geistige Ausspannung, reichlicher Luftgenuss, Regelung der Diät, Elektrotherapie, Heilgymnastik etc.) zurückzuführen. Diese Kombination

¹⁾ Diesbezüglich sei auf meine Broschüre „Über Luftkuren für Nervöse und Nervenleidende“ verwiesen.

von Heilagentien macht es auch begreiflich, dass bei lange bestehenden Zwangszuständen durch die sogenannten Wasserkuren häufig bessere Resultate erzielt werden als durch einfache Luftkuren. Auch die Balneotherapie (Seebäder, Soolbäder, Thermen, Stahlbäder) kann in den uns hier beschäftigenden Fällen gelegentlich mit Nutzen Anwendung finden. Von künstlichen kohlensauren Soolbädern habe ich bei mit nervöser Herzschwäche kombinierten Angstzuständen mehrfach günstige Wirkung gesehen. Die Elektrotherapie lässt sich bei cerebralethnischen und myelasthenischen Beschwerden mit Erfolg verwerten. Bei Angstzuständen erweist sich die Galvanisation am Halse am wirksamsten; dieselbe ist besonders bei Anfällen, welche mit abnormen Sensationen in der Herzgegend oder auffälligen Störungen der Herzaktion vergesellschaftet sind, am Platze.

Die Bedeutung der Psychotherapie für die Behandlung der Zwangserrscheinungen wird heutzutage in den ärztlichen und zum Teil selbst in den psychiatrischen Kreisen noch keineswegs in ihrem vollen Umfange gewürdigt. Schon die Vernachlässigung, welche der hypnotischen Suggestivbehandlung noch immer zu Teil wird, spricht hierfür zur Genüge. Es erscheint mir daher sehr erfreulich, wenn Janet über das Verhältniss des traitement moral zur somatischen Therapie bemerkt: „Malgré l'importance de la thérapeutique physique il est incontestable, que le traitement moral a plus d'influence quelle, et que bien souvent il la rend inutile.“

Die erste psychotherapeutische Aufgabe, die uns den Zwangserrscheinungen gegenüber zufällt, ist die sachgemässe Aufklärung des Kranken. Bei den an Zwangsvorstellungen Leidenden muss die Aufklärung, je nach der Art dieser psychischen Elemente und den an dieselben sich knüpfenden Befürchtungen sich in 2 Richtungen bewegen. Viele mit Zwangsvorstellungen Behaftete leben auch, wenn der Inhalt derselben sie nicht besonders ängstigt, doch in der Furcht, dass diese Erscheinungen die Vorläufer oder wohl schon Anzeichen einer ernsteren geistigen Erkrankung sein könnten, und es gewährt ihnen daher grosse Beruhigung, zu vernehmen, dass diese psychischen Anomalien ungemein häufig bei Nervenleidenden vorkommen, die im übrigen geistig völlig intakt sind, dass sie nicht als Symptome einer Geisteskrankheit im gewöhnlichen Sinne zu betrachten sind und auch auf späteres Auftreten einer solchen nicht hinweisen. Bei intellektuell höher stehenden Patienten ist es mitunter nützlich, die-

selben, namentlich wenn es sich um absurde Zwangsvorstellungen handelt, auf den Unterschied dieser von entsprechenden Wahnideen hinzuweisen. In anderen Fällen macht zunächst der spezielle Inhalt der vorhandenen oder wenigstens einzelner prädominierender Zwangsvorstellungen Aufklärung und Beruhigung des Patienten nötig; dies gilt in erster Linie für die Zwangsvorstellungen nosophobischen Inhalts und die homi- und suicidalen Ideen. Bei den Zwangsbefürchtungen, irrsinnig zu werden, von einem Gehirnschlage bedroht zu sein, an einem Herz- oder Lungenleiden zu laborieren, luetisch angesteckt zu sein ohne vorhergegangene Infektion etc., wird der Patient wenigstens sehr häufig durch den Inhalt der Vorstellung, nicht das zwangsmässige Auftreten derselben an sich geängstigt. Er glaubt tatsächlich, irrsinnig zu werden, herzleidend zu sein etc., mitunter auch, wenn keinerlei Anzeichen ihn zu einer derartigen Annahme veranlassen. Es ist daher für ihn sehr wichtig, zu erfahren, dass seine Befürchtungen lediglich als Zwangsvorstellungen sich charakterisieren, deren Inhalt durch ganz zufällige Umstände bedingt sein mag. Dabei ist zugleich auf die relative Harmlosigkeit der Zwangsvorstellungen hinzuweisen, um einer übertriebenen Taxierung dieser psychischen Anomalien vorzubeugen. Besonders unheimlich sind dem Patienten die homi- und suicidalen Ideen und zwar aus mehreren Gründen; zum Teil ängstigt die Patienten schon das Sichaufrängen dieser ihrem Denken völlig fremdartigen Vorstellungen (insbesondere bei homicidalem Inhalte). Sie erblicken darin ein Anzeichen von Geistesstörung oder einer ihnen unerklärlichen sittlichen Depravation. Noch häufiger flösst ihnen der Inhalt der Vorstellung an sich und die an dieselbe sich knüpfende Befürchtung Entsetzen ein, dass es doch einmal zur Ausführung der betreffenden Handlung kommen könnte. Es liegt nahe, dass sich in diesen Fällen durch sachgemässe Aufklärung allein schon sehr viel zur Erleichterung des Pat. tun lässt. Es muss demselben dargelegt werden, dass es sich bei ihm um Zwangsvorstellungen handelt, deren Inhalt mit seinem Willen und seiner Moral nichts zu tun hat, und eine Befürchtung, dass sich die Ideen in eine entsprechende Tat umsetzen könnten, nicht gerechtfertigt ist.

Selbstverständlich wird man jedoch in den Fällen, in welchen die in Frage stehenden Ideen mit erheblicheren Impulsen verknüpft sind, es daneben nicht an entsprechenden Vorsichtsmaassregeln fehlen

lassen. Dies gilt namentlich für die Fälle, in welchen derartige Vorstellungen bei Melancholischen auftreten.

Auch bei manchen anderen Zwangsvorstellungen (insbesondere solchen sakrilegischen und obscönen Inhalts), ist es erforderlich, den Patienten nicht nur über den Zwangscharakter der ihn belästigenden Ideen, sondern auch über deren Unabhängigkeit von seiner Moral zu belehren. Die ausserordentliche Bedeutung der Aufklärung bei den oft so peinlichen Zwangsskrupeln und Vorwürfen liegt nahe. Wenn wir dem Kranken auseinandersetzen, dass die Bedenken und Vorwürfe, mit denen er sich quält, tatsächlich un begründet und bei ihm bei normalem Nervenzustande nicht vorhanden wären, dass es sich eben nur um Zwangsvorstellungen handelt, deren Inhalt zufällig ist, verschaffen wir dem Kranken eine Einsicht in seinen Zustand, die ihm nicht nur momentan Erleichterung bringt, sondern ihm auch später bei Wiederkehr ähnlicher Zwangsgedanken sich nützlich erweist.¹⁾ Auch bei den an Angstzuständen Leidenden ist die Aufklärung über die Natur der bei ihnen vorliegenden Störungen von Belang. Die mit Phobien Behafteten glauben sehr häufig, dass das, was sie auf der Strasse, beim Überschreiten von Plätzen oder in gewissen Lokalen befällt, ein rein körperliches Unwohlsein (Schwindel, Kopfkongestion, Brustbeklemmung, Herzklopfen etc.) sei und fürchten dann auch, dass sie nach dem Auftreten der betreffenden Störungen beim Weitergehen auf der Strasse oder Verbleiben in der momentanen Situation von einer Ohnmacht, einem Gehirn- oder Herzschlag befallen werden könnten. Es muss ihnen daher zunächst klar gemacht werden, dass das, was sie da und dort befällt, nur ein Angstzustand mit seinen körperlichen Begleiterscheinungen ist, dass sie beim Weitergehen, (resp. Ausharren) nichts zu befürchten haben, dass sie nicht hinstürzen werden und von einem

¹⁾ Man könnte fragen, ob es sich nicht empfiehlt, manche von religiösen und moralischen Zweifeln Geplagte an Geistliche zu ihrer Beruhigung zu verweisen, wie dies Janet in einzelnen Fällen und zwar mit günstigem Erfolge tat. Ein derartiges Vorgehen ist jedenfalls nur ratsam, wenn man den Geistlichen, welcher in Anspruch genommen werden soll, kennt und einer verständigen Auffassung des Falles seitens desselben gewiss ist. Auch Janet fand übereinstimmend mit meinen Erfahrungen, dass manche Priester infolge ihrer Unwissenheit einen äusserst unheilvollen Einfluss auf die in Frage stehenden Kranken ausüben („sont assez sots pour raconter des niaiseries sur le diable“).

Schlaganfälle bei ihnen keine Rede sein kann etc.¹⁾ Diese Aufklärung hat nicht nur den Zweck, den Kranken über seinen Zustand zu beruhigen, sondern auch ihm zu zeigen, dass er durch Aufgebot seines Willens gegen die ihm beschwerlichen Anwandlungen etwas erreichen kann, was bei rein körperlichen Störungen nicht der Fall wäre. Ein Umstand ist hier noch zu berücksichtigen.

Wir dürfen nicht erwarten, dass die Aufklärung, welche wir dem Kranken betreffs seiner Zwangsercheinungen geben, die gleiche nachhaltige Wirkung äussert, wie bei anderen Krankheitssymptomen. Dem Zwange der wiederauftauchenden Vorstellung gegenüber verflüchtigt sich oft die durch die ärztliche Aufklärung gewonnene Einsicht oder es erscheint dem Kranken wenigstens sehr wünschenswert, die bereits vernommene Erklärung noch einmal und immer wieder zu hören, um grössere Beruhigung zu erlangen. Der Arzt darf demgegenüber die Geduld nicht verlieren; er muss sich daran gewöhnen, im Verkehr mit Zwangsvorstellungskranken das einmal Gesagte oft und mit Nachdruck zu wiederholen. Dabei kommt noch in Betracht, dass für manche Kranke die Aussprache dem Arzte gegenüber an sich schon eine Erleichterung bedeutet. Der Arzt ist häufig die einzige Person, der die Kranken ohne jeden Rückhalt ihren ganzen Zustand offenbaren, alles, was sie bedrückt und ängstigt, mitteilen können. Die Aussprache bedingt hier eine Entladung aufgespeicherter Erregung, mit der eine Erleichterung sich verknüpft, und es darf daher, namentlich wenn der Arzt den Patienten nur in grösseren Zwischenräumen sieht, diesem die Möglichkeit nicht entzogen werden, sein Herz völlig auszuschütten, auch wenn der Arzt im wesentlichen nur Bekanntes zu hören bekommt. Ähnliche, ja noch grössere Wirkung in Bezug auf Erleichterung hat bei gläubigen Gemütern in geeigneten Fällen mitunter die Beichte oder auch nur die Besprechung mit einem Geistlichen; auch das Sichaussprechen einem verständigen und teilnehmenden Freunde oder Verwandten gegenüber erweist sich oft nützlich.

Die weitere psychische Behandlung richtet sich nach der In- und Extensität der Zwangsercheinungen und der Bedeutung, welche

¹⁾ Diese Versicherungen sind keine blosse Fiktion zum Zwecke der Beruhigung; in der Tat kommt nach meinen Beobachtungen bei Agoraphoben ein Hinstürzen so gut wie nie vor.

dieselben hierdurch für den Patienten gewonnen haben. Wir sahen, dass nicht nur die Zahl und Andauer der Zwangsvorstellungen in den einzelnen Fällen ausserordentlich variirt, sondern auch eine und dieselbe Zwangsidee in verschiedenen Fällen in sehr verschiedener Stärke und Dauer sich geltend macht. Diesen Schwankungen muss natürlich auch die psychische Behandlung Rechnung tragen. Unter den hier in Betracht kommenden Maassnahmen ist die Ablenkung eine der wichtigsten. Der Patient muss dahin instruiert werden, dass er mit Aufgebot seiner ganzen Willenskraft sich zu bemühen hat, seinen Zwangsvorstellungen keine besondere Beachtung zu schenken, sie möglichst zu ignorieren und ihnen auch keinen Einfluss auf sein Handeln zu gestatten. Diese Taktik gestaltet sich anfänglich meist schwer, wird aber durch Übung leichter und leichter und erweist sich im ganzen entschieden nützlicher als direktes Ankämpfen gegen die Zwangsvorstellungen mit logischen Erwägungen, soweit solches überhaupt möglich ist. Um die erforderliche Ablenkung von den Zwangsvorstellungen zu erreichen, genügt es vielfach nicht, dass der Patient seine Aufmerksamkeit beliebigen anderen Vorstellungen zuzuwenden sich bestrebt. Die Ablenkung soll daher soweit als tunlich durch Beschäftigungen und Zerstreuungen herbeigeführt werden, welche geeignet sind, die Aufmerksamkeit des Patienten andauernd in Anspruch zu nehmen. Unter Umständen mag zu gleichem Zwecke die Entfernung aus der bisherigen Umgebung, selbst eine Änderung der ganzen Lebensweise erforderlich werden. Die Frage der Beschäftigung verdient in jedem Falle eingehende Erwägung, da die Gestaltung derselben sich ebensowohl schädlich als nützlich erweisen kann. Wir wissen, dass nach erschöpfender geistiger Tätigkeit Zwangsvorstellungen in der Regel stärker hervortreten, und haben daher nicht nur bei zweifellos vorliegender Überanstrengung, sondern auch in allen Fällen, in welchen der Patient intensive geistige Arbeit zu leisten hat, die berufliche Beschäftigung derart einzuschränken, dass dieselbe eine ungünstige Einwirkung auf den Nervenzustand nicht nach sich ziehen kann. Bei höheren Graden nervöser Erschöpfung mit erheblicher Herabsetzung der psychischen Leistungsfähigkeit ist in der Regel gänzliches Aussetzen der beruflichen Tätigkeit für kürzere oder längere Zeit unvermeidbar. Die gleiche Maassnahme ist in den Fällen ratsam, in welchen Zwangsvorstellungen regelmässig sich an berufliche Handlungen knüpfen, da manche

Zwangsvorstellungen schwinden oder wenigstens bedeutend sich abschwächen, wenn sie längere Zeit durch äussere Veranlassungen nicht ausgelöst wurden. Aus dem gleichen Grunde empfiehlt sich auch längere Meidung anderer Gelegenheiten, welche zum Auftreten von Zwangsvorstellungen Anlass geben.

In den Fällen erheblicher Beschränkung oder gänzlicher Einstellung der Berufstätigkeit haben wir dafür Sorge zu tragen, dass dem Patienten die nötige Ablenkung durch passende anderweitige Beschäftigung und sogenannte Zerstreuungen zu Teil wird. Bei der Auswahl letzterer hat man die Art der vorhandenen Zwangsvorstellungen, resp. die Richtung, zu welcher das Zwangsdenken inkliniert, sehr wohl zu berücksichtigen. Die Lektüre eines Buches, der Besuch einer Theatervorstellung kann eine Menge neuer Zwangsgedanken anregen oder vorhandene Zwangsgedanken wesentlich verstärken. Wie die Art, so ist aber auch das Maass der gewählten Zerstreuungen (Lektüre und Musik insbesondere) sehr wohl in Betracht zu ziehen, damit Schädigungen durch Übermaass vermieden werden. Reisen empfehlen sich als Ablenkungsmittel am meisten bei nosophobischen Zwangsvorstellungen. Bei schweren Zwangszuständen, bei welchen die Patienten durch ihre Willensschwäche veranlasst auf jede Tätigkeit verzichten und dadurch immer unfähiger werden, den Anforderungen des Lebens zu entsprechen, bildet die Wiederaufnahme einer gewissen Beschäftigung die Vorbedingung jeder Besserung. Bei entsprechender Energie und Geduld gelingt es hier aber auch zumeist, den Patienten mehr und mehr zur Wiederaufnahme seiner früheren Tätigkeit zu veranlassen, und dementsprechend seinem Zwangsvorstellen zu entreissen. Von besonderer Bedeutung ist die Regulierung der Beschäftigung und der ganzen Lebensweise bei den schweren Formen der Zweifel- und Grübelsucht. Bei den Zweifelsüchtigen müssen wir darauf dringen, dass sie die Verrichtungen, bei welchen die Zweifel auftreten, unter allen Umständen innerhalb einer gewissen Zeit erledigen, bei minder lästigen Zweifeln sich überhaupt mit Verifikations- und Rekapitulationsversuchen nicht aufhalten und in ihrer ganzen Lebensführung vom Aufstehen bis zum Niederlegen eine gewisse, genau vorgeschriebene Ordnung einhalten, durch welche sie ihren Zwangsgedanken gegenüber eine wesentliche Stütze gewinnen. Der Neigung zum Grübeln muss durch eine öfters wechselnde, leichtere Beschäftigung, welche

die Aufmerksamkeit in Anspruch nimmt, passende gesellige Unterhaltung und bei grösserer Extensität des Leidens ebenfalls durch Einhaltung einer genau vorgeschriebenen Lebensführung entgegengewirkt werden.

Wir haben gesehen, welche Bedeutung die Willensschwäche für die Entwicklung der Zwangsvorstellungen besitzt; es liegt daher nahe, dass bei Bekämpfung der Zwangsvorstellungen auch die Anregung der Willenstätigkeit nicht vernachlässigt werden darf. In erster Linie ist, wie wir im Vorhergehenden schon andeuteten, die Willenskraft des Patienten für die Zwecke der Ablenkung von den Zwangsvorstellungen in Anspruch zu nehmen. Die direkte Bekämpfung empfiehlt sich im allgemeinen nur bei Zwangsimpulsen, und selbstverständlich muss das energischste Willensaufgebot verlangt werden, wo die Niederhaltung von Antrieben zu lächerlichen oder bedenklichen Handlungen erforderlich ist. Es ist jedoch sehr ratsam, bei den Kranken auch auf Unterdrückung harmloser Impulse hinzuwirken, da die Nachgiebigkeit gegen solche das Hervortreten bedenklicher Impulse begünstigt und deren Bekämpfung erschwert. Überhaupt muss der Patient systematisch in der Selbstüberwindung trainiert werden. Wir dürfen ihm nicht gestatten, dass er um augenblicklicher Erleichterung halber seine Interessen durch Handlungen oder Unterlassungen irgend welcher Art schädigt. Auch in dem Verhalten gegen die Umgebung müssen wir, wo es nötig ist, ein gewisses Maass von Selbstüberwindung von dem Kranken beanspruchen. Manche Patienten, selbstlose Naturen, leisten in Rücksichtnahme gegen ihre Umgebung mehr, als ihnen zugemutet werden könnte. Sie verschliessen alles, was sie bedrückt, in sich und lassen ihre nächsten Angehörigen ihren Zustand kaum ahnen, während andere wiederum durch unaufhörliche Lamentos und maasslose Beanspruchung unnötiger Dienstleistungen zu einem Verhängnis für ihre Familie werden. Einzelne in der Kasuistik mitgeteilte Fälle zeigen zur Genüge, in welchem Grade Zwangsvorstellungskranke ihrer Umgebung beschwerlich werden können. Um derartigen Ausartungen vorzubeugen, ist es wichtig, dass der Kranke zur rechten Zeit veranlasst wird, sein Bestreben, sich Erleichterung zu verschaffen, mit der seiner Umgebung schuldigen Rücksicht in Einklang zu bringen. Der Zwang, den sich der Kranke hierbei auferlegen muss, mag vorübergehend seine Beschwerden steigern, erweist sich aber trotzdem

sehr fruchtbar, da er den Kranken in der Verwertung seiner Willenskräfte zur Bekämpfung seiner Zwangszustände schult.

Dass auch bei den Phobien die Willensfähigkeit von keiner untergeordneten Bedeutung ist, lehrt uns die tägliche Erfahrung. Während der willenskräftige Kranke durch seine Angstzustände sich nicht verhindern lässt, auf der Strasse seinen Weg fortzusetzen und auch Plätze, wenn auch mit vielen Beschwerden, zu überschreiten, kommt der willensschwache Topophobe leicht dazu, auf das Ausgehen zu verzichten. Bei leichteren Angstzuständen, die z. B. auf der Strasse, in geschlossenen Lokalen etc. auftreten, kann energische Willensanstrengung sehr viel leisten. Wenn der Kranke es über sich bringt, seinen Weg unbeirrt fortzusetzen, in den betreffenden Lokalen auszuhalten etc., so wird ihm bei Wiederkehr der äusseren Veranlassung die Überwindung einer auftauchenden Angst durch die Erinnerung an die frühere Leistung wesentlich erleichtert. Manche meiner Patienten berichteten mir, dass sie lediglich durch energisches und regelmässiges Ankämpfen gegen da und dort auftretende Angstzustände sich von solchen allmähig frei zu machen wussten. Bei den seit langer Zeit fixierten Phobien genügt dagegen, wie wir schon andeuteten, das Willensaufgebot allein zur Unterdrückung von Angstanfällen nicht; wir müssen hier die Willensenergie des Kranken in erster Linie dafür in Anspruch nehmen, dass er die ihm erteilten Vorschriften genau und regelmässig durchführt, auch wenn dabei Schwierigkeiten oder Beschwerden irgend welcher Art sich einstellen. Daneben dürfen jedoch andere Arten der Willensgymnastik nicht vernachlässigt werden.

In den Fällen, in welchen wir es mit der Bekämpfung gefühlstarker Vorstellungen zu tun haben, leistet uns mitunter auch die emotionelle Therapie, i. e. die absichtliche Herbeiführung starker Gefühle wesentliche Dienste. Ein Beispiel mag dies veranschaulichen. Ein Patient meiner Beobachtung (Beamter), welcher längere Zeit vom Dienste weggeblieben war, weil er im Bureau sowohl als beim Gehen auf der Strasse von Angstzuständen heimgesucht wurde, war trotz Besserung seines Zustandes nicht zu bestimmen, seinen Dienst wieder aufzunehmen. Die Scheu vor den Angstanfällen im Bureau war durch kein Zureden zu überwinden. Da erfuhr ich eines Tages, dass die Kollegen des Patienten über dessen Geisteszustand schlimme Vermutungen geäussert hatten, die seinem Chef

zu Ohren gekommen sein mochten. Dies war Wasser auf meine Mühle. Ich beeilte mich, dem Patienten die für ihn so kränkenden Nachrichten ohne jeden Rückhalt mitzuteilen, und erklärte ihm, dass sein Ehrgefühl ihm nun nicht mehr gestatten könne, zu Hause zu bleiben; er müsse um jeden Preis sein Bureau wieder regelmässig besuchen und durch seine Dienstleistung zeigen, dass die üble Nachrede bezüglich seines Geisteszustandes ganz und gar ungerechtfertigt sei. Was alles Zureden früher nicht vermocht hatte, bewirkte hier die Anregung des Ehrgefühls sofort; der Patient nahm am nächsten Tage schon seinen Dienst wieder auf und versah denselben in der Folge ohne Unterbrechung, wenn auch mit mancherlei Beschwerden. Die Befürchtung der Wiederkehr eines Angstanfalles (Phobopobie), die den Patienten beherrschte, wurde hier durch andere gefühlsstarke Vorstellungen (die Vorstellung von dem seiner Ehre und den Interessen seiner Familie Schuldigen) überwunden. Leider gelingt es uns nur selten, mächtige Gefühle anzuregen und therapeutisch zu verwerten. Doch erweisen sich auch minder intensive Gefühle, deren Hervorrufung uns öfters und leichter gelingt, bei Zwangsvorstellungen nützlich. Das Vertrauen, das wir dem Patienten durch unser ganzes Verhalten ihm gegenüber einflössen, die Hoffnung und Freude, die wir bei ihm durch die Aussicht auf Besserung und Genesung wecken, sind schon von nicht zu unterschätzender Bedeutung. In manchen Fällen lässt sich die Furcht vor den Folgen gewisser Handlungen oder Unterlassungen mit Erfolg verwerten, ebenso das Schamgefühl, mitunter auch die zärtlichen Gefühle für andere. Selbstverständlich muss in jedem Falle erwogen werden, ob und inwieweit es ratsam ist, die Emotivität des Patienten in Anspruch zu nehmen. Peinliche gemüthliche Erregungen äussern zumeist bei Zwangszuständen einen ungünstigen Einfluss, und der Arzt muss daher in der Verwertung solcher grosse Vorsicht üben.

Die Zwangerscheinungen bieten für erfolgreiche Verwertung der Suggestivbehandlung ein ausserordentlich günstiges Feld. Die Wachsuggestion lässt sich insbesondere bei einzelnen Zwangsvorstellungen und Phobien mit Vorteil verwerten. Wenn der Arzt das unbedingte Vertrauen des Patienten besitzt, genügt nicht selten schon die einfache verbale Suggestion, so namentlich bei der Zwangsvorstellung des Nichtkönnens, Nichtessen-, Nichtschlafen-, Nichtarbeiten-, irgend etwas Nichtertragen-, in einer Situation Nichtausharren-

könnens etc. Diese Vorstellungen entwickeln sich, wie wir sahen, zum Teil im Anschlusse an Phobien. Die energische Versicherung des Arztes: „Sie können“, erweist sich hier in manchen Fällen als ausreichendes Gegengewicht gegen die Zwangsvorstellung. Bei Phobophobien ist mitunter von gleichem Einflusse die bestimmte Erklärung des Arztes, dass es bei der gefürchteten Veranlassung (z. B. beim Überschreiten eines Platzes) zu keinem Angstanfalle kommen werde.

In der Mehrzahl der Fälle ist jedoch die larvierte Suggestion von grösserer Wirksamkeit. Wir verordnen irgend ein indifferentes Mittel mit der Anweisung, dasselbe vor dem Essen, Schlafen, dem Besuche des gefürchteten Lokals etc. zu nehmen; um den Patienten von dem Suggestivmittel alsbald wieder unabhängig zu machen, fügt man bei, dass nach mehrmaligem Gebrauche des Mittels dasselbe entbehrlich werden, das Essen, Schlafen etc. ohne weitere Hilfe möglich sein wird. Tatsächlich bedarf es auch öfters nur einer mehrmaligen Zurückdrängung der Zwangsvorstellungen durch die larvierte Suggestion, um den Kranken dauernd von ersterer zu befreien. Allein die larvierte Suggestion siegt keineswegs immer über die Zwangsvorstellungen; in manchen Fällen bleibt sie überhaupt unwirksam, in anderen schwankt der Erfolg, oder es tritt, nachdem die Überwindung der Zwangsvorstellung einige Male gelungen ist, der Status quo ante wieder ein.

Dann erübrigt noch die Heranziehung der Hypnose.

Was die Hypnotherapie bei Zwangsvorstellungen zu leisten vermag, haben wir in gewissem Umfange schon aus der mitgetheilten Casuistik ersehen. Zweifellos ist die hypnotische Suggestivbehandlung allen übrigen allgemein verwertbaren psychotherapeutischen Methoden bei der Behandlung des Zwangsvorstellens überlegen. Sowohl bei den leichten Formen der Störung als bei den schweren und schwersten Zuständen, bei der selbständigen Zwangs- und Angstneurose nicht minder als bei den symptomatisch im Rahmen der Neurasthenie, Hysterie und Melancholie auftretenden Zwangsvorstellungen leistet uns die hypnotische Suggestion die wertvollsten Dienste. Sie ist auch in Anbetracht des ihr anhaftenden Zwangscharakters in ganz besonderem Maasse geeignet, die Beseitigung pathologischer Zwangerscheinungen zu bewirken.

Wir bekämpfen bei Verwertung derselben Zwang mit Zwang. Die Bedeutung eines unfehlbaren Specificums kommt jedoch der hypnotischen Suggestion nicht zu. Sowohl die Extensität des Zwangsvorstellens, wie die Art einzelner Zwangsgedanken kann der hypnotischen Behandlung grössere oder geringere Schwierigkeiten bereiten. Vereinzelt und nur vorübergehend sich zeigende Zwangsvorstellungen sind begreiflicher Weise leichter zu beseitigen als beständig bei allen möglichen Gelegenheiten sich aufdrängende. Was die Art der Zwangsvorstellungen betrifft, so leisten im allgemeinen indifferente Zwangsgedanken der hypnotischen Suggestion weniger Widerstand als mit mehr oder minder ausgesprochenen Angstgefühlen verknüpfte. Die hypnotische Suggestivbehandlung erheischt bei stärkerer Entwicklung des Zwangsvorstellungsleidens ein streng systematisches, schrittweises Vorgehen. Wir müssen zunächst trachten, die zu gewissen Zeiten oder bei gewissen Gelegenheiten sich einstellenden Zwangsgedanken abzuschwächen und successive zu eliminieren, um von dem eroberten Terrain aus unsere suggestiven Operationen mehr und mehr auszudehnen.

Gebildete und intelligente Kranke haben mir hierbei mitunter die Lösung der vorliegenden Aufgabe dadurch erleichtert, dass sie mir je nach der Wirkung einzelner therapeutischer Suggestionen Fingerzeige über die Richtung gaben, in welche die weiterhin zu erteilenden Eingebungen zunächst sich bewegen sollten. Der Erfolg zeigte häufig, dass diese Andeutungen auf richtiger Beurteilung der Sachlage beruhten.

Was die Hypnotisierbarkeit der an Zwangsvorstellungen Leidenden anbelangt, so ist unter denselben die Kategorie der Leichthypnotisierbaren ebenso gut vertreten, als die der Schwerhypnotisierbaren. Die derzeitige Entwicklung der Hypnotisationstechnik ermöglicht es uns jedoch, auch bei den Schwerhypnotisierbaren, sofern dieselben nur die erforderliche Ausdauer besitzen, früher oder später eine genügende Beeinflussung zu erzielen. Mangel an Empfänglichkeit für die hypnosigenen Prozeduren bildet daher gegenwärtig, von seltenen Ausnahmen abgesehen, kein Hindernis für die Anwendung der Hypnotherapie bei Zwangszuständen. Es liegt nahe, dass bei Zwangsvorstellungsleidenden, bei welchen die erste Hypnotisierungsversuche zu keinem ausgesprochenen Erfolge führen, sich leicht die Zwangsvorstellung des Nichthyponotisiertwerdenkönnens entwickelt, welche als

ein schwer überwindbares Hindernis sich erweisen mag. Der Entwicklung dieser Zwangsvorstellung lässt sich jedoch durch eindringliche und sachgemässe Aufklärung des Kranken zumeist vorbeugen.

Bei inhaltlosen Angstzuständen, insbesondere solchen von nicht zu beträchtlicher Intensität, leistet uns vielfach die larvierte Suggestion in Form eines indifferenten Mittels gute Dienste. Ich verwende zu diesem Zwecke gewöhnlich kleine Dosen eines Sedativums. Wirksamer ist im allgemeinen die hypnotische Suggestion, doch macht auch diese bei schweren Angstzuständen den Opiumgebrauch nicht ganz entbehrlich. Von den Phobien sind insbesondere die leichteren und noch nicht lange bestehenden der Hypnotherapie zugänglich. Man darf auch hier wie bei den Zwangsvorstellungen nicht zu viel auf einmal erreichen wollen, sondern nur schrittweise mit den Forderungen vorwärts gehen und daneben auf sonstige psychische Behandlung nicht verzichten. Bei länger bestehenden Phobien, speziell den lokomotorischen Phobien, wo wir mit dem an früherer Stelle erwähnten phobischen Automatismus zu rechnen haben, empfiehlt sich, gleichgiltig, ob von Hypnotherapie Gebrauch gemacht wird oder nicht, eine psychische Gymnastik, deren Details unter eingehender Berücksichtigung der Besonderheiten des Falles, i. e. der Umstände, welche zum Auftreten oder zur Verstärkung der Angstfälle führen, und der von dem Patienten zu erwartenden Willensanstrengung anzuordnen sind. Das Prinzip, das uns bei dieser Gymnastik leiten muss, ist nicht, den Patienten einfach zur Durchführung unserer Anordnungen ohne Rücksicht auf die hierbei auftretenden Beschwerden zu veranlassen, sondern ihn dahin zu bringen, dass er die verlangten (successive gesteigerten) Leistungen ohne Angstanwandlungen zu Stande bringt und dadurch allmählig von diesen Störungen befreit wird. Einigermassen willenskräftige Phobische können wir oft durch Zureden dazu bestimmen, Plätze und Strassen zu überschreiten, auch wenn sie dies nur unter erheblichen Qualen und Willensanstrengungen vermögen. Ähnlich verhält es sich mit dem Ausharren in gewissen Situationen. Die Überwindung, welche der Kranke hierbei übt, erweist sich jedoch für denselben durchaus nicht nützlich. Jeder schwere Angstanfall führt eine länger anhaltende Erschöpfung herbei und steigert hierdurch die Neigung zur Angstproduktion. Nach solchen Attacken stellt sich daher bei jedem neuen Versuche, Strassen oder Plätze zu überschreiten etc., die Angst

noch leichter und intensiver als früher ein, und ich bin deshalb schon lange davon abgekommen, in den Fällen, in welchen der Patient die in Frage stehende Leistung nicht ohne schwere Angstzustände zu Stande bringt, eine Fortsetzung dieser Selbsttortur zu verlangen. Die psychische Gymnastik (oder auch Übungstherapie), die in diesen Fällen anzuwenden ist, muss mit sehr bescheidenen Anforderungen, so zu sagen vom Rande her, beginnen. Patienten, welche allein auszugehen im Stande sind, wird aufgetragen, zunächst sich lediglich in jenen Strassen zu bewegen, welche ihnen die geringsten Schwierigkeiten bereiten, und bei freien Plätzen sich lediglich an die Peripherie zu halten. Dieses Vorgehen erfährt eine sehr wirksame Unterstützung durch die larvierte Suggestion. Man kann den Kranken ein indifferentes oder wenigstens im konkreten Falle nur suggestiv wirkendes Mittel, dem die Eigenschaft, die Angstanfälle zu unterdrücken, zugeschrieben wird, vor dem Ausgehen nehmen lassen, event. es auch dem Kranken anheimstellen, dasselbe auf der Strasse bei den ersten Zeichen der Angstanwandlung zu nehmen. Das Bewusstsein, ein Mittel in der Tasche zu haben, das jeden Augenblick zur Unterdrückung von Angstanfällen verwendet werden kann, ist oft allein schon dem Kranken recht nützlich. Hat der Patient einige Zeit das Gehen in der vorgeschriebenen Weise geübt und dabei gelernt, seinen Willen gegen auftauchende Angstanwandlungen mit Erfolg zu gebrauchen, wird er angewiesen, auch das Überschreiten schwierigerer (breiterer) Strassen zu versuchen, und erst wenn dies ohne Schwierigkeit gelingt, an die Durchquerung grösserer freier Plätze zu gehen. Bei Patienten, welche nicht ohne Begleitung auszugehen sich gewöhnt haben, muss die begleitende Person sich zunächst auf der Strasse in geringer Entfernung von dem Patienten halten; diese Entfernung wird allmählig vergrössert, man lässt dann den Patienten kurze Strecken allein gehen oder beschränkt die Begleitung auf gewisse besonders schwierige Wege, und schliesslich muss die Begleitung beim Ausgehen ganz wegbleiben. Es ist hierbei von Wichtigkeit, dass grössere Anforderungen immer erst dann gestellt werden, wenn der Patient geringeren ohne Beschwerden Genüge leisten konnte. Auch in den Fällen, in welchen man dem Patienten anfänglich eine Begleitung gestattet, empfiehlt sich, obwohl schon hierin ein Suggestivmittel liegt, noch der Gebrauch der larvierten Suggestion in Form indifferenter Mittel, die

man vor dem Ausgehen oder eventuell während des Gehens nehmen lässt.¹⁾ Auch die zur Roborierung des Nervensystems angewendeten physikalischen und diätetischen Maassnahmen können mit zur suggestiven Beeinflussung des Patienten herangezogen werden, sofern man an dieselben die Suggestion knüpft, dass sie neben ihrer heilsamen Wirkung auf den allgemeinen Nervenzustand auch eine besondere bezüglich der Angstanwandlungen äussern werden.

Bei den Situations- und Funktionsphobien ist ein ähnliches Übungsverfahren, wenn überhaupt, nur in sehr beschränktem Maasse durchführbar. Die larvierte Suggestion leistet uns hier jedoch oft höchst bemerkenswerte Dienste. Ein Justizbeamter, der in öffentlichen Sitzungen von Angstzuständen befallen wurde, konnte durch den Gebrauch von Kolapastillen zu Beginn oder im Verlaufe der Sitzungen diese Anfälle hintanhaltend. Ähnliche Wirkungen äusserten diese Pastillen in manchen Fällen von Angstzuständen im Theater. Eine Patientin meiner Beobachtung wurde von der Theaterangst durch elektrische Behandlung am Tage des Theaterbesuches befreit. Auch der Gebrauch von Riechsalz erweist sich bei den in öffentlichen Lokalen auftretenden Angstzuständen öfters nützlich. In den Fällen, in welchen an vollständiger Vermeidung von Angstzuständen viel gelegen ist, ist es zweckmässig, die Anwendung somatischer, gegen die Angstproduktion wirksamer Mittel in der Weise einzurichten, dass sie zugleich als Suggestivmittel unterschieden wirken. So liess ich bei einem Sänger, der von Angstzuständen bei öffentlichem Auftreten heimgesucht wurde und wegen dieser bereits einige Zeit auf seine berufliche Tätigkeit verzichtet hatte, an den Vorstellungstagen nachmittags ein Halbbad gebrauchen und unmittelbar vor der Vorstellung eine Bromdosis nehmen. Diese kombinierte somatisch-psychische Therapie war von vorzüglicher Wirkung.

Ein psycho-therapeutisches Mittel, welchem in einzelnen Fällen erhebliche Bedeutung zukommt, ist die Entfernung des Patienten aus seiner bisherigen Umgebung (Isolierung in gewissem Sinne). Diese Maassnahme kann unter 2 Bedingungen nötig werden:

¹⁾ Zu diesem Zwecke habe ich oft Kolapastillen mit Erfolg verwendet; bei besonders schweren Angstzuständen ist der schon erwähnte Gebrauch von Opiumpillen vor dem Fortgehen vorteilhafter, da diese neben der suggestiven auch eine somatische Wirksamkeit gegen die Angstproduktion besitzen.

Erstens, wenn die Umgebung sich in irgend einer Richtung als schädlich für den Nervenzustand des Pat. oder speziell das Auftreten von Zwangerscheinungen begünstigend erweist, zweitens, wenn dieselbe die Durchführung der erforderlichen Therapie erschwert oder ganz verhindert. Schädigend kann die Umgebung auf den Kranken durch 2 Extreme in ihrem Verhalten wirken: durch allzu grosse Nachgiebigkeit und Unterordnung unter dessen Wünsche, wie durch rücksichtsloses, rohes Benehmen gegen denselben. Durch letzteres werden bei dem Patienten peinliche gemüthliche Erregungen hervorgerufen, welche seinen Nervenzustand und damit die vorhandenen Zwangerscheinungen verschlimmern; durch übergrosse Zärtlichkeit und Rücksichtnahme wird dagegen der Kranke in den Stand gesetzt, sich von seinen Zwangszuständen in seinem Handeln und seiner Lebensführung mehr und mehr bestimmen zu lassen, wodurch die Weiterentwicklung dieser Zustände entschieden gefördert wird. Wo wir auf derartige Missstände stossen, haben wir daher auf deren Abstellung bedacht zu sein. Wir müssen nicht nur dem Kranken für dessen Lebensführung und sein Verhalten der Umgebung gegenüber Vorschriften geben, sondern auch letzterer genau anweisen, wie sie sich dem Kranken gegenüber zu verhalten hat. Wo diese Instruktionen nicht den nötigen Erfolg haben, muss auf Entfernung des Patienten aus seiner Umgebung bestanden werden. Heutigen Tags wird vielfach, und zwar auch in Fällen, in welchen weder der eine noch der andere der oben erwähnten Missstände vorliegt, anstaltliche Behandlung aufgesucht. Die Erfolge der Kuren in Wasserheilanstalten, Sanatorien etc. sind jedoch im grossen und ganzen recht prekär. Es werden zwar recht häufig, wie wir ja auch aus unserer Kasuistik ersehen, Besserungen erzielt, diese sind jedoch zumeist ganz transitorischer Natur. Die Unzulänglichkeit der Erfolge der Behandlung in offenen Anstalten ist zum Teil in der Kürze der Kurzeit, zum Teil und überwiegend jedoch in der Überschätzung der somatischen und Vernachlässigung der psychischen Therapie begründet. Günstiger sind nach meinen Erfahrungen im allgemeinen die Behandlungsergebnisse in geschlossenen Anstalten; diese sind jedoch nur für einzelne besonders schwere Fälle indiziert, in welchen ohne Freiheitsbeschränkung des Patienten nicht auszukommen ist. Meine Erfahrungen sprechen daher zu Gunsten der Durchführung der Behandlung in häuslichen Verhältnissen, wenn in diesen nicht

positiv unwegräumbare Hindernisse vorliegen. Auch Freud hält bei Anwendung seiner psycho-analytischen Methode, die fast ausschliesslich bei schweren Fällen Verwertung findet, die Entfernung der Patienten aus ihrer Häuslichkeit nicht für erforderlich.

Das letztgenannte Verfahren, welches wir hier last not least noch in Betracht zu ziehen haben, wurde von dem Autor im Laufe der Jahre so bedeutend umgestaltet, dass die in den Studien über Hysterie 1895 enthaltenen Mitteilungen über dasselbe keine Vorstellung von dem Wesen der Methode mehr geben. Mit Rücksicht auf diese Sachlage bin ich, da eine anderweitige Publikation über den Gegenstand noch nicht vorliegt, dem Autor sehr verpflichtet, dass er mir auf Ersuchen nachstehendes Exposé über die gegenwärtige Gestaltung seines Verfahrens zur Veröffentlichung an dieser Stelle überliess.

Die Freud'sche psychoanalytische Methode.

(Mitteilung des Autors).

„Die eigentümliche Methode der Psychotherapie, die Freud ausübt und als Psycho-Analyse bezeichnet, ist aus dem sogenannten kathartischen Verfahren hervorgegangen, über welches er seinerzeit in den „Studien über Hysterie“ 1895 in Gemeinschaft mit J. Breuer berichtet hat. Die kathartische Therapie war eine Erfindung Breuer's, der mit ihrer Hilfe zuerst etwa ein Dezennium vorher eine hysterische Kranke hergestellt und dabei Einsicht in die Pathogenese ihrer Symptome gewonnen hatte. Infolge einer persönlichen Anregung Breuer's nahm dann Freud das Verfahren wieder auf und erprobte es an einer grösseren Anzahl von Kranken.

Das kathartische Verfahren setzte voraus, dass der Patient hypnotisierbar sei und beruhte auf der Erweiterung des Bewusstseins, die in der Hypnose eintritt. Er setzte sich die Beseitigung der Krankheitssymptome zum Ziele und erreichte dies, indem er den Patienten sich in den psychischen Zustand zurückversetzen liess, in welchem das Symptom zum erstenmale aufgetreten war. Es tauchten dann bei dem hypnotisierten Kranken Erinnerungen, Gedanken und Impulse auf, die in seinem Bewusstsein bisher ausgefallen waren, und wenn er diese seine seelischen Vorgänge unter intensiven Affektäusserungen dem Arzte mitgeteilt hatte, war das

Symptom überwunden, die Wiederkehr desselben aufgehoben. Diese regelmässig zu wiederholende Erfahrung erläuterten die beiden Autoren in ihrer gemeinsamen Arbeit dahin, dass das Symptom an Stelle von unterdrückten und nicht zum Bewusstsein gelangten psychischen Vorgängen stehe, also eine Umwandlung („Konversion“) der letzteren darstelle. Die therapeutische Wirksamkeit ihres Verfahrens erklärten sie sich aus der Abfuhr des bis dahin gleichsam „eingeklemmten“ Affektes, der an den unterdrückten seelischen Aktionen gehaftet hatte („Abreagieren“). Das einfache Schema des therapeutischen Eingriffs komplizierte sich aber nahezu alle Male, indem sich zeigte, dass nicht ein einzelner („traumatischer“) Eindruck, sondern meist eine schwer zu übersehende Reihe von solchen an der Entstehung des Symptoms beteiligt sei.

Der Hauptcharakter der kathartischen Methode, der sie in Gegensatz zu allen anderen Verfahren der Psychotherapie setzt, liegt also darin, dass bei ihr die therapeutische Wirksamkeit nicht einem suggestiven Verbot des Arztes übertragen wird. Sie erwartet vielmehr, dass die Symptome von selbst verschwinden werden, wenn es dem Eingriff, der sich auf gewisse Voraussetzungen über den psychischen Mechanismus beruft, gelungen ist, seelische Vorgänge zu einem anderen als dem bisherigen Verlauf zu bringen, der in die Symptombildung eingemündet hat.

Die Abänderungen, welche Freud an dem kathartischen Verfahren Breuer's vornahm, waren zunächst Änderungen der Technik; diese brachten aber neue Ergebnisse und haben in weiterer Folge zu einer andersartigen, wiewohl der früheren nicht widersprechenden Auffassung der therapeutischen Arbeit genötigt.

Hatte die kathartische Methode bereits auf die Suggestion verzichtet, so unternahm Freud den weiteren Schritt, auch die Hypnose aufzugeben. Er behandelt gegenwärtig seine Kranken, indem er sie ohne andersartige Beeinflussung eine bequeme Rückenlage auf einem Ruhebett einnehmen lässt, während er selbst ihrem Anblick entzogen auf einem Stuhle hinter ihnen sitzt. Auch den Verschluss der Augen fordert er von ihnen nicht und vermeidet jede Berührung sowie jede andere Prozedur, die an Hypnose mahnen könnte. Eine solche Sitzung verläuft also wie ein Gespräch zwischen zwei gleich wachen Personen, von denen die eine sich jede Muskelanstrengung und jeden ablenkenden Sinneseindruck erspart, die sie in der Kon-

zentration ihrer Aufmerksamkeit auf ihre eigene seelische Tätigkeit stören könnten.

Da das Hypnotisirtwerden, trotz aller Geschicklichkeit des Arztes bekanntlich in der Willkür des Patienten liegt und eine grosse Anzahl neurotischer Personen durch kein Verfahren in Hypnose zu versetzen ist, so war durch den Verzicht auf die Hypnose die Anwendbarkeit des Verfahrens auf eine uneingeschränkte Anzahl von Kranken gesichert. Andererseits fiel die Erweiterung des Bewusstseins weg, welche dem Arzt gerade jenes psychische Material an Erinnerungen und Vorstellungen geliefert hatte, mit dessen Hilfe sich die Umsetzung der Symptome und die Befreiung der Affekte vollziehen liess. Wenn für diesen Ausfall kein Ersatz zu schaffen war, konnte auch von einer therapeutischen Einwirkung keine Rede sein.

Einen solchen völlig ausreichenden Ersatz fand nun Freud in den Einfällen der Kranken, d. h. in den ungewollten, meist als störend empfundenen und darum unter gewöhnlichen Verhältnissen beseitigten Gedanken, die den Zusammenhang einer beabsichtigten Darstellung zu durchkreuzen pflegen. Um sich dieser Einfälle zu bemächtigen, fordert er die Kranken auf, sich in ihren Mitteilungen gehen zu lassen „wie man es etwa in einem Gespräch tut, bei welchem man aus dem Hundertsten in das Tausendste gerät“. Er schärft ihnen, ehe er sie zur detaillierten Erzählung ihrer Krankengeschichte auffordert, ein, alles mit zu sagen, was ihnen dabei durch den Kopf geht, auch wenn sie meinen, es sei unwichtig, oder es gehöre nicht dazu, oder es sei unsinnig. Mit besonderem Nachdruck aber wird von ihnen verlangt, dass sie keinen Gedanken oder Einfall darum von der Mitteilung ausschliessen, weil ihnen diese Mitteilung beschämend oder peinlich ist. Bei den Bemühungen, dieses Material an sonst vernachlässigten Einfällen zu sammeln, machte nun Freud die Beobachtungen, die für seine ganze Auffassung bestimmend geworden sind. Schon bei der Erzählung der Krankengeschichte stellen sich bei den Kranken Lücken der Erinnerung heraus, sei es, dass tatsächliche Vorgänge vergessen worden, sei es, dass zeitliche Beziehungen verwirrt oder Kausalzusammenhänge zerrissen worden sind, so dass sich unbegreifliche Effekte ergeben. Ohne Amnesie irgend einer Art gibt es keine neurotische Krankengeschichte. Drängt man den Erzählenden, diese

Lücken seines Gedächtnisses durch angestrengte Arbeit der Aufmerksamkeit auszufüllen, so merkt man, dass die hierzu sich einstellenden Einfälle von ihm mit allen Mitteln der Kritik zurückgedrängt werden, bis er endlich das direkte Unbehagen verspürt, wenn sich die Erinnerung wirklich eingestellt hat. Aus dieser Erfahrung schliesst Freud, dass die Amnesien das Ergebnis eines Vorgangs sind, den er Verdrängung heisst und als dessen Motiv er Unlustgefühle erkennt. Die psychischen Kräfte, welche diese Verdrängung herbeigeführt haben, meint er in dem Widerstand, der sich gegen die Wiederherstellung erhebt, zu verspüren.

Das Moment des Widerstandes ist eines der Fundamente seiner Theorie geworden. Die sonst unter allerlei Vorwänden (wie sie die obige Anzahl aufzählt) beseitigten Einfälle betrachtet er aber als Abkömmlinge der verdrängten psychischen Gebilde (Gedanken und Regungen) als Entstellungen derselben infolge des gegen ihre Reproduktion bestehenden Widerstandes.

Je grösser der Widerstand, desto ausgiebiger diese Entstellung. In dieser Beziehung der unbeabsichtigten Einfälle zum verdrängten psychischen Material ruht nun ihr Wert für die therapeutische Technik. Wenn man ein Verfahren besitzt, welches ermöglicht, von den Einfällen aus zu dem Verdrängten, von den Entstellungen zum Entstellten zu gelangen, so kann man auch ohne Hypnose das früher unbewusste im Seelenleben dem Bewusstsein zugänglich machen.

Freud hat darauf eine Deutungskunst ausgebildet, welcher diese Leistung zufällt, die gleichsam aus den Erzen der unbeabsichtigten Einfälle den Metallgehalt an verdrängten Gedanken darstellen soll. Objekt dieser Deutungsarbeit sind nicht allein die Einfälle des Kranken, sondern auch seine Träume, die den direktesten Zugang zur Kenntnis des Unbewussten eröffnen, seine unbeabsichtigten, wie planlosen Handlungen (Symptomhandlungen) und die Irrungen seiner Leistungen im Alltagsleben Versprechen, Vergreifen u. dergl.). Die Details dieser Deutungs- oder Übersetzungstechnik sind von Freud noch nicht veröffentlicht worden. Es sind nach seinen Andeutungen eine Reihe von empirisch gewonnenen Regeln, wie aus den Einfällen das unbewusste Material zu konstruieren ist, Anweisungen, wie man es zu verstehen habe, wenn die Einfälle des Patienten versagen, und Erfahrungen über die richtigsten typischen Widerstände, die sich im Laufe einer solchen Behandlung einstellen

Ein umfangreiches Buch über die „Traumdeutung“ 1900 von Freud publiziert, ist als Vorläufer einer solchen Einführung in die Technik anzusehen.

Man könnte aus diesen Andeutungen über die Technik der psychoanalytischen Methode schliessen, dass deren Erfinder sich überflüssige Mühe verursacht und Unrecht getan hat, das wenig komplizierte hypnotische Verfahren zu verlassen. Aber einerseits ist die Technik der Psychoanalyse viel leichter auszuüben, wenn man sie einmal erlernt hat, als es bei einer Beschreibung den Anschein hat, andererseits führt kein anderer Weg zum Ziele und darum ist der mühselige Weg noch der kürzeste. Der Hypnose ist vorzuwerfen, dass sie den Widerstand verdeckt und dadurch dem Arzt den Einblick in das Spiel der psychischen Kräfte verwehrt hat. Sie räumt aber mit dem Widerstande nicht auf, sondern weicht ihm nur aus und ergibt dagegen nur unvollständige Auskünfte und nur vorübergehende Erfolge.

Die Aufgabe, welche die psychoanalytische Methode zu lösen bestrebt ist, lässt sich in verschiedenen Formeln ausdrücken, die aber ihrem Wesen nach äquivalent sind. Man kann sagen: Aufgabe der Kur sei, die Amnesien aufzuheben. Wenn alle Erinnerungslücken ausgefüllt sind, alle rätselhaften Effekte des psychischen Lebens aufgeklärt sind, ist der Fortbestand, ja eine Neubildung des Leidens unmöglich gemacht. Man kann die Bedingung anders fassen: es seien alle Verdrängungen rückgängig zu machen; der psychische Zustand ist dann derselbe, in dem alle Amnesien ausgefüllt sind. Weittragender ist eine andere Fassung: es handle sich darum das Unbewusste dem Bewusstsein zugänglich zu machen, was durch Überwindung der Widerstände geschieht. Man darf aber dabei nicht vergessen, dass ein solcher Wachzustand auch beim normalen Menschen nicht besteht und dass man nur selten in die Lage kommen kann, die Behandlung annähernd so weit zu treiben. So wie Gesundheit und Krankheit nicht prinzipiell geschieden, sondern nur durch eine praktisch bestimmbare Summationsgrenze gesondert sind, so wird man sich auch nie etwas anderes zum Ziel der Behandlung setzen als die praktische Genesung des Kranken, die Herstellung seiner Leistungs- und Genussfähigkeit. Bei unvollständiger Kur oder unvollkommenem Erfolg derselben erreicht man vor allem eine bedeutende Hebung des psychischen Allgemeinzustandes, während

die Symptome, aber mit geminderter Bedeutung für den Kranken fortbestehen können, ohne ihn zu einem Kranken zu stempeln.

Das therapeutische Verfahren bleibt von geringen Modifikationen abgesehen das nämliche für alle Symptombilder der vielgestaltigen Hysterie und ebenso für alle Ausbildungen der Zwangsneurose. Von einer unbeschränkten Anwendbarkeit desselben ist aber keine Rede. Die Natur der psycho-analytischen Methode schafft Indikationen und Gegenanzeigen sowohl von Seiten der zu behandelnden Personen, als auch mit Rücksicht auf das Krankheitsbild. Am günstigsten für die Psychoanalyse sind die chronischen Fälle von Psychoneurosen mit wenig stürmischen oder gefährdenden Symptomen, also zunächst alle Arten der Zwangsneurose, Zwangsdanken und Zwangshandeln, und Fälle von Hysterie, in denen Phobien und Abulien die Hauptrolle spielen, weiterhin aber auch alle somatischen Ausprägungen der Hysterie, insofern nicht wie bei der Anorexie rasche Beseitigung der Symptome zur Hauptaufgabe des Arztes wird. Bei akuten Fällen von Hysterie wird man den Eintritt eines ruhigeren Stadiums abzuwarten haben; in allen Fällen, bei denen die nervöse Erschöpfung obenan steht, wird man ein Verfahren vermeiden, welches selbst Anstrengung erfordert, nur langsame Fortschritte zeitigt, und auf die Fortdauer der Symptome eine Zeitlang keine Rücksicht nehmen kann.

An die Person, die man mit Vorteil der Psychoanalyse unterziehen soll, sind mehrfache Forderungen zu stellen. Sie muss erstens eines psychischen Normalzustandes fähig sein; in Zeiten der Verworrenheit oder melancholischer Depression ist auch bei einer Hysterie nichts auszurichten. Man darf ferner ein gewisses Maass natürlicher Intelligenz und ethischer Entwicklung fordern; bei wertlosen Personen lässt den Arzt bald das Interesse im Stiche, welches ihn zur Vertiefung in das Seelenleben des Kranken befähigt. Ausgeprägte Charakterverbildungen, Züge von wirklich degenerativer Konstitution äussern sich bei der Kur als Quelle von kaum zu überwindenden Widerständen. Insofern setzt überhaupt die Konstitution eine Grenze für die Heilbarkeit durch Psychotherapie. Auch eine Altersstufe in der Nähe des fünften Dezenniums schafft ungünstige Bedingungen für die Psychoanalyse. Die Masse des psychischen Materials ist dann nicht mehr zu bewältigen, die zur Herstellung erforderliche Zeit wird zu lang und die Fähigkeit, psychische Vorgänge rückgängig zu machen, beginnt zu erlahmen.

Trotz aller dieser Einschränkungen ist die Anzahl der für die Psychoanalyse geeigneten Personen eine ausserordentlich grosse und die Erweiterung unseres therapeutischen Könnens durch dieses Verfahren nach den Behauptungen Freud's eine sehr beträchtliche. Freud beansprucht lange Zeiträume, $\frac{1}{2}$ Jahr bis 3 Jahre für eine wirksame Behandlung; er gibt aber die Auskunft, dass er bisher infolge verschiedener leicht zu erratender Umstände meist nur in die Lage gekommen ist, seine Behandlung an sehr schweren Fällen zu erproben, Personen mit vieljähriger Krankheitsdauer und völliger Leistungsunfähigkeit, die durch alle Behandlungen getäuscht, gleichsam eine letzte Zuflucht bei seinem neuen und viel angezweifelte Verfahren gesucht haben. In Fällen leichterer Erkrankung dürfte sich die Behandlungsdauer sehr verkürzen und ein ausserordentlicher Gewinn an Vorbeugung für die Zukunft erzielen lassen“.

Die vorstehenden Darlegungen meines hochverehrten Wiener Kollegen veranlassen mich zum Schlusse zu einer vergleichenden Würdigung der Hypnotherapie und des psycho-analytischen Verfahrens in ihrer Bedeutung für die Behandlung von Zwangsercheinungen.

Die hypnotische Suggestivtherapie bildet, wie wir schon andeuteten, kein Radikalmittel gegen Zwangszustände; sie entspricht nicht der *Indicatio causalis*, sondern nur der *Indicatio symptomtica*. Sie wendet sich gegen die einzelnen Zwangsphänomene, indem sie in das psychische Leben einen Faktor einführt, welcher ein Gegengewicht gegen diese bildet, sie mehr und mehr unterdrückt und schliesslich (im günstigen Falle) auch völlig beseitigt.

Das Freud'sche Verfahren bildet dagegen gewissermaassen eine Radikalkur; es wendet sich gegen die im Unterbewussten liegenden Wurzeln des Zwangsvorstellungsleidens und sucht diese zu beseitigen. Trotz dieser auffälligen Verschiedenartigkeit des Wirkungsmodus beider Verfahren entfernen sich die Heilerfolge derselben, soweit man dies derzeit beurteilen kann, nicht sehr wesentlich von einander. Was Freud als Ziel seiner Behandlung betrachtet, die praktische Genesung, i. e. der Wiederherstellung der Leistungs- und Genussfähigkeit, lässt sich zweifellos auch durch Hypnotherapie erreichen. In einer Anzahl von Fällen meiner Beobachtung wurde die verloren gegangene Arbeitsfähigkeit durch die hypnotische Behandlung wieder

hergestellt. Ich verweise zum Belege auf die Beobachtungen 73 u. 78. Hierbei handelte es sich nicht lediglich um transitorische Besserungen.¹⁾

Wie lässt sich dies erklären? Der normal funktionierende psychische Organismus besitzt, wie schon an früherer Stelle hervorgehoben wurde, Kräfte, welche es ihm ermöglichen, Vorstellungen von Zwangscharakter zu überwinden. Je grösser die In- und Extensität des Zwangsvorstellens ist, umso weniger können sich diese Kräfte, die man als psychische Alexine bezeichnen könnte, geltend machen. Wenn es uns gelingt, durch die hypnotische Suggestion die Zwangsvorstellungen eines Kranken mehr und mehr zu reduzieren, befreien wir denselben nicht nur momentan von einem Teile seiner Beschwerden, wir machen zugleich die seinem psychischen Organismus innewohnenden Schutzkräfte in gewissem Maasse frei, welche ihm die Bekämpfung und Überwindung der Zwangsvorstellungen ermöglichen. Die hypnotisch-suggestive Beseitigung der Zwangsvorstellung hat daher nicht lediglich die Bedeutung einer momentanen Erleichterung, sie schafft mehr und mehr auch einen Status, welcher in gewissem Maasse gegen die Neuproduktion von Zwangsvorstellungen, resp. die Wiederkehr solcher schützt.

Wenn die Erfahrungen Freud's in Betreff der Hypnotherapie ungünstiger sind, so dürfte sich dies daraus erklären, dass er schon seit einer Reihe von Jahren von der Anwendung dieser Methode abgekommen ist und daher auch nicht in der Lage war, die Fortschritte der Hypnotisationstechnik sich nutzbar zu machen; diese ermöglichen es uns heutzutage, auch bei Neurotikern mit ganz geringen Ausnahmen eine Hypnose zu erzielen. Der Vorzug, welchen die psycho-analytische Methode der Hypnotherapie gegenüber besitzt, scheint mir demnach lediglich darin zu liegen, dass erstere in der Verhütung von Rezidiven mehr leistet, als letztere. Diesem Vorzuge stehen jedoch nicht zu unterschätzende Schattenseiten gegenüber, Schattenseiten, die allerdings z. T. nicht für den Autor, sondern nur für die übrigen Ärzte in Betracht kommen. Der Hypnotherapie sind nicht lediglich gewisse, durch einen besonderen Mechanismus verursachte oder im Bereiche einzelner Neurosen vorkommende Zwangserscheinungen zugänglich. Sie kann, wie wir schon erwähnten, bei

¹⁾ Ähnliche Erfahrungen wurden von anderer Seite, so insbesondere von v. Bechterew (Therapeutische Wochenschrift, No. 2., 1895) mitgeteilt.

Hysterie, Neurasthenie, Zwangs- und Angstneurose, sowie Melancholie in gleicher Weise Anwendung finden. Die Domäne des Freud'schen Verfahrens bilden dagegen lediglich die Hysterie und die Zwangsneurose, und auch im Gebiete dieser Neurosen ist dasselbe nach des Autors Erklärung nur in beschränktem Maasse verwertbar. Wenn Freud auch die Zahl der Fälle, welche sich für seine Methode eignen, für sehr gross erachtet, so dürfte diese Ansicht für die Hysterie ungleich mehr zutreffen als für die Zwangszustände.

Ziehen wir weiter die grossen Schwierigkeiten der Technik des psycho-analytischen Verfahrens in Betracht, die der Autor wohl nur aus Bescheidenheit nicht genügend hervorhebt — eine erfolgreiche Handhabung der Methode dürfte wohl erst nach jahrelanger Einübung zu erwarten sein —, die lange Behandlungszeit, welche in schweren Fällen erforderlich ist und die ausserordentlichen Anforderungen, die dabei an die Zeit und Arbeitskraft des Arztes gestellt werden, so ist es wohl selbstverständlich, dass die Vorteile des Verfahrens nur einem sehr beschränkten Patientenkreise und überdies nur solchen aus der bestsituirten Klasse zu Gute kommen können.

Das Verdienst des Autors wird hierdurch in keiner Weise geschmälert; vielleicht gelingt es ihm noch im Laufe der Zeit, sein Verfahren zu vereinfachen und dadurch Ärzten und Patienten zugänglicher zu machen. Zur Zeit sind die Ärzte jedenfalls noch auf die Anwendung der übrigen psychotherapeutischen Methoden angewiesen, und es ist gewiss erfreulich, dass wir auch hiermit recht Erspriessliches zu leisten vermögen.

Autorenverzeichnis.

- A**njel 421.
Apollonio 56.
Arnaud 47, 51, 53.
Azam 217.
- B**aillarger 23, 67.
Ball 46, 215, 339.
Ballet 197, 266.
Beard 4. 319, 334, 337, 340, 428, 472.
Bechterew v. 342, 552.
Benedikt 334, 345.
Berger 11, 26.
Bernstein 404.
Binwanger 119, 174, 183, 311, 482.
Blonk 188.
Boeteau 422.
Boissier 422.
Bonger 266.
Boucher 50.
Bresler 425, 426.
Breuer 298, 545.
Brierre de Boismont 37.
Bror Gadelius 34, 72, 301, 479.
Brosius 23, 501.
Bruns 399.
Brügelmann 431.
Buccola 56, 196, 209.
Buchnill 513.
Buschan 527.
- C**asper 13.
Catsaras 198, 213.
Charcot 46, 41, 51, 402, 425, 428, 481.
- Charpentier 196.
Chaslin 501.
Chastenet 50.
Chomel 97.
Coombs Knapp 55.
Cordes 334.
Cramer, A. 27, 500.
Cullere 217, 231, 339, 484.
- D**ana 55.
Delasiauve 27.
Dérode 510.
Deventer, van 156.
Didier 280.
Donath 35, 402, 415, 479.
Dornblüth 527.
Dubuisson 418, 513.
- E**ckermann 155.
Eeden, van 403.
Esquirol 2.
Eyselein 232, 334, 346.
Emminghaus 501.
- F**alret, Jules 7, 10, 24, 31, 48, 72, 196, 490.
Féré 51, 355, 485.
Ferrari 201.
Frank, Josef 387.
Freud 31, 45, 57, 71, 283, 286, 288, 294, 319, 330, 356, 458, 464, 467, 478, 482, 487, 500, 545.
Friedenreich 24, 59, 72, 479.

- Friedmann 43, 57, 59, 63, 64, 71, 233,
250, 270, 277, 294, 299, 330.
- Galippe** 185.
Garnier 415.
Gaupp 410.
Géhin 514.
Gélineau 114, 129, 334, 346, 475, 482,
488.
Gilles de la Tourette 424, 428.
Goyard 78.
Griesinger 9, 216, 234, 284.
Guinon 425, 428.
- Hack Tuke** 55.
Hammond 118, 513.
Hartenberg 309, 470, 490.
Hecker 356, 395, 482, 520.
Heilbronner 39, 151, 200, 409, 491,
501, 514.
Henri 177.
Heyse 412.
Hoche 38, 504.
Holst 25.
Höfding 172.
Höstermann 23, 128, 174, 177, 180,
183, 192, 194.
- Janet, Pierre** 54, 57, 65, 145, 150,
199, 200, 216, 230, 244, 267, 294,
301, 308, 401, 404, 411, 430, 459,
462, 478, 483, 501, 530.
James 312.
Jastrowitz 14, 24, 59, 279, 515.
Jolly 425.
- Kaan** 26, 29, 71, 88, 113, 128, 132,
133, 140, 142, 174, 177, 180, 183,
193, 194, 199, 216, 240, 253, 301,
330, 344, 401, 404, 452, 479, 501,
507, 511.
Kandinsky 201.
Kelp 196, 210, 416.
Koch 70, 174, 183, 184, 190, 484, 502.
Koester 425.
- Kornfeld 308.
Kräpelin 41, 72, 487, 505.
Krafft-Ebing, v. 8, 15, 16, 57, 145, 196,
216, 253, 283, 284, 330, 462, 479, 482,
495, 507, 509, 513.
Krause 177.
Kuschin 428.
- Lachaux** 422.
Ladame 50, 217, 240, 400.
Landenberger 334.
Landerer 27, 30.
Lange 312.
Larroussinie 199.
Lasègue 418.
Laurent 387.
Legrain 47.
Legrand du Saulle 10, 15, 20, 22, 50,
85, 117, 118, 217, 334, 462, 499.
Lehmann 313.
Lépine 199.
Lévillain 347, 482, 488.
Lipps 313.
Liman 14.
Loewenfeld 107, 174, 179, 181, 191,
252, 234, 330, 409, 412, 417, 423, 468,
472, 480, 488, 518.
Lunier 7.
- Magnan** 36, 46, 51, 57, 68, 196, 253,
395, 402, 408, 412, 417, 420, 423,
428, 437, 459, 473, 506, 510.
Manning 415.
Marandon de Montiel 45, 419.
Marc 512.
Marcé 4.
Marchand 308.
Marie 52, 73, 199, 495.
Marro 462.
Mathieu 482.
Mendel 36, 217, 413, 470, 484, 490, 501.
Mercklin 28, 500.
Meschede 334, 339.
Meyer, Ludwig 334.
Meynert 25, 30, 64, 315, 500.

Mickle 55.
Moebius 36, 46, 408.
Morel 4 ff., 24.
Morselli 37, 51, 56, 121, 128, 479.
Müller, O. 341.

Meisser 472.
Nieden 334.

Oppenheim 425.

Parchappe 2.
Pièron 280.
Pierroud 334.
Pitres 52, 72, 199, 459, 478, 501.
Pussep 473.

Raggi 339.
Raymond 47, 51, 53, 54, 199, 232, 484.
Régis 51, 52, 72, 199, 280, 459, 478, 501.
Rehm 35, 479, 490, 501.
Reil 285, 450.
Remonchamps 425.
Renardin 3.
Richter 196.
Ritti 217.
Roubinowitsch 425.

Sander 14, 217, 500.
Sante de Sanctis 56, 156.
Saury 47, 417.
Schüle 284, 487.
Schubert 465.
Schultze 514.
Sciamanna 56.
Séglas 50, 72, 197, 198, 208, 213, 456, 486, 501.
Smith-Marbach 410.

Snell 155.
Sommer-Allenberg 428.
Sponholz 175, 193.
Stembo 425.
Stephani 56, 197.
Sterz 292.
Stoerring 42, 59, 277, 286, 307, 314.
Strohmayer 298.

Tamburini 30, 56, 73, 196, 209, 213.
Thomsen 31, 33, 59, 70, 174, 178, 184, 190, 195, 196, 330, 479.
Tissié 411.
Tokarsky 428.
Trélat 3.
Tuczek 37, 414, 479, 490, 500.
Tuke 513.
Tullio 56.

Van Eeden 29.
Van Swieten 2.
Vallon 52, 73, 199.
Vaschide 280, 308.
Ventra 56.
Verga 56.
Vigouroux 495.
Voisin 513.

Warda 44, 68, 267, 278, 401, 501.
Webber 334.
Webster 347.
Westphal 12, 16, 18, 20, 24, 32, 36, 43, 57, 62, 64, 84, 171, 253, 279, 334, 500, 504, 514.
Wille 18, 59, 217, 253, 501.
Williams 334.
Wundt 189, 313.

Ziehen 153, 504.

Sachregister.

- Aberglaube 153, 155.
- Abergläubische Zwangsvorstellungen 153.
- Ablenkung bei Zwangsvorstellungen 534.
- Abreagieren 546.
- Abstinenz, sexuelle als Ursache von Angstzuständen 470, 471.
 - bei Zwangsvorstellungen 463.
- Abulie, Bedeutung ders. für die Entstehung der Zwangsvorstellungen 287, 291.
- Abwehrbestrebungen als Ursache von Zwangsvorstellungen 289.
- Abwehrhandlungen 290, 400.
- Akkomodationsstörungen als Ursache von Zwangsempfindungen 191.
- Adhärente Zwangsursachen 281.
- Ätiologie 457.
 - der Zwangsvorstellungen 458.
 - der Angstzustände 467.
- Äquivalente des Angstzustandes 355.
- Affekttheorie 312.
- Agoraphobie 335.
 - Entstehungsmodus ders. 349.
- Aichmophobie 114, 401.
- Akathisie 363.
- Alkoholgenuss, Einfluss desselben bei Angstzuständen 525.
- Allgemeinernährung, mangelhafte als Ursache von Zwangerscheinungen 463, 475.
- Anämie, Behandlung derselben 523.
- Anästhesie, sexuelle 471.
- Analysierzwang, grammatikalischer 232.
- Anankasmus 35.
- Anfälle von Zwangerscheinungen 455.
 - inhaltloser Angst 321.
- Angor nocturnus 488.
- Angst 303.
- Angstaffekt, Definition 304.
- Angstgefühle, Definition 303; Angstneurose nach Freud 479; Angstneurose nach Löwenfeld 488.

- Angstzustand, Definition 304; psychische Symptome 306; somatische Symptome 308; verschiedene Lokalisationen der Angst 312; Beziehungen zwischen somatischen und psychischen Symptomen 312; kortikale und bulbäre Angst 315; Aurasymptome des Angstanfalles 317.
- Angstzustände als Äquivalente des epileptischen Anfalls 101.
- als Zwangerscheinungen 303; Formen derselben 318; Angstdisposition (Ängstlichkeit) 318; inhaltlose Angstzustände 319; Anfälle inhaltloser Angst 319; andauernde Angstzustände 327; Phobien 330; larvierte und inkomplete Angstzustände 355.
 - mit Krampfkomplicationen 376.
 - als Zwangsursachen 281.
 - inhaltlose bei Hysterischen 483.
- Anstaltsbehandlung bei Zwangszuständen 544.
- Anthropophobie 339, 372.
- Arbeitsdrang, impulsiver 411.
- Arithmomanie 216, 230, 490.
- bei Epilepsie 484.
- Assoziationstätigkeit, Abschwächung derselben bei Zwangsvorstellungen 287, 291.
- Einfluss der Abschwächung derselben auf die Mobilität der Vorstellung 275.
- Assoziative Zwangstendenzen s. Zwangstendenzen.
- Asthma, psychisches 357.
- sexuelle 357.
 - uterinum 484.
- Astraphobie 347, 490.
- Aufklärung als psychotherapeutisches Mittel 530.
- Aufmerksamkeit, Herabsetzung derselben bei der Grübel- und Zweifelsucht 291, 292.
- Augenmigräne, Vorkommen von Zwangsimpulsen bei dieser 485.
- Aurasymptome des Angstzustandes 317.
- Ausstossen unartikulierter Laute, zwangsmässiges 427.
- Autointoxikation als Ursache von Angstzuständen 472.
- Automatismus, phobischer 353.
- ambulatorius 409.
- B**acillenfurcht, s. Bacillophobie.
- Bacillophobie 97, 98.
- Bädergebrauch, s. Balneotherapie.
- Balneotherapie bei Zwangszuständen 530.
- Bauchangst 312.
- Beachtungszwang 77, 215, 253.
- Beeinträchtigungsideen 135.
- Beichte, Wiederholung derselben bei Zwangsskrupeln 399, 405.
- Bekanntheitsqualität 172.
- Belastung, s. Heredität.
- Beobachtungsideen 135.

- Berührungsfurcht 109, 217, 399.
 Berufstätigkeit, Notwendigkeit des Aussetzens ders. bei Zwangszuständen 584.
 Beschäftigung bei Zwangszuständen 520, 534.
 — zwangsmässige 411.
 Bewusstsein, Verhalten desselben bei Zwangszuständen 436.
 Blutdruck im Angstzustande 308.
 Bromsalze, Gebrauch derselben bei Angstzuständen und Zwangsvorstellungen 525.
 Brustangst 311.
 Brustbeklemmung als Angstsymptom 309.
 Bulimie als Angstsymptom 310.
- Cerebrasthenie**, Beziehung derselben zu den Zwangsercheinungen 480.
 Circulationsänderungen im Angstzustande 308.
 Chlorose als Ursache von Zwangsercheinungen 463.
 Claustrophobie 339.
 Clonische Krämpfe als Komplikationen des Angstzustandes 376.
 Confusion mentale als Ausgang der Zwangsvorstellungskrankheit 501.
 Congressus interruptus als ätiologisches Moment bei Zwangsvorstellungen 463.
 — bei Angstzuständen 470.
 Coprolalie 413, 425, 427.
- Darmleiden** als ätiologisches Moment bei Zwangsvorstellungen 463.
 Degeneration, Beziehung derselben zu den Zwangsercheinungen 46, 478.
 Degenerationszeichen 46.
 Délire du toucher s. Berührungsfurcht.
 Denkwang 270.
 Depressionszustände, periodische, Beziehung derselben zu den Zwangsercheinungen 486.
 Desertion in Folge von Wandertrieb 514.
 Determinierende Ursachen der Zwangsvorstellungen 463.
 Diarrhoe als Äquivalent des Angstzustandes 358, 359.
 Diebstähle bei Fetischisten 423, 515.
 Dipsomanie 410.
 Dromomanie 409, 514.
 Dymorphophobie 56.
- Echokinese** 428
 Echolalie 427.
 Eifersuchtsideen 140.
 Elektrische Behandlung bei Zwangszuständen 530.
 Emotionelle Elemente als Zwangsursachen 281.
 Emotionelle Therapie 537.
 Emotionelle Vorgänge als Ursache von Zwangsvorstellungen 464.
 — als Ursache von Angstzuständen 474.
 Empfindung des Fliegens, des Sinkens 179.

- Entartung s. Degeneration.
 Enteroptose, Behandlung derselben bei Angstzuständen 523.
 Entfettungskuren als Ursache von Angstzuständen 475.
 Epilepsie, Beziehungen derselben zu den Zwangsvorstellungen 484.
 Erblichkeit, s. Heredität.
 Erinnerungszwang 77, 215, 258.
 Erklärungsversuche als Ursache von Zwangsvorstellungen 289.
 Erleichterungshandlungen 404.
 Erröten, Zwangsfurcht vor demselben 104.
 Erythrophobie 104.
 Erziehung erblich belasteter Kinder 517.
 Essentielle Ursachen der Angstzustände 477.
 Exzesse in venere als Ursache von Angstzuständen 470.
 Exhibitionismus in Folge von Zwangstrieb 422.
- F**ellow's Syrup 525.
 Fetischistische Akte in Folge von Zwangsimpulsen 423, 515.
 Folie du doute, s. Zweifelsucht.
 Fragesucht 228, 234.
 Freud's psycho-analytische Methode 545.
 Fugues 409, 514.
 Funktionsphobien 341.
 Furchtzustände, s. Angst.
- G**edankenlautwerden 27, 277.
 Gefühl des Fremdartigen 171.
 Gefühle des Aufsteigens im Körperinnern 186.
 Gefühlsbetonung, Bedeutung derselben für die Mobilität der Vorstellungen 269.
 Geisteskrankheiten, Beziehung derselben zu den Zwangsvorstellungen 500.
 Gewitterfurcht, s. Astraphobie.
 Geschlecht, Bedeutung desselben als prädisponierendes Moment bei Zwangsvorstellungen 460; bei Angstzuständen 468.
 Gewalttätigkeitsimpulse 413.
 Globus adscendens 186, 310.
 Grübelsucht 77, 115, 228.
 — Behandlung derselben 535.
 Grübelzwang, s. Grübelsucht.
 — primordialer 216.
 Gynäkophobie 314.
- H**aarfetischisten 515.
 Hämatophobie 346.
 Hallucinationen als Zwangsvorstellungen 196.
 Harndrang, vermehrter als Angstsymptom 310.
 Heißhunger als Äquivalent des Angstzustandes 358.

- Heredität** 458.
 — Bedeutung derselben als prädisponierendes Moment bei Zwangsvorstellungen 459.
 — bei Angstzuständen 469.
Herzaction, andauernde Beschleunigung derselben bei Masturbanten 359.
 — Störungen derselben als Äquivalent des Angstzustandes 357.
 — Veränderungen derselben im Angstzustande 308.
Herzpalpitationen bei Hysterie als Äquivalente des Angstanfalles 484.
Homicidale Impulse 413, 508.
Höhenangst 344.
Höhenklima, Bedeutung desselben bei Zwangszuständen 529.
Höhenschwindel s. Höhenangst.
Hydrotherapie s. Wasserkur.
Hyperästhesie, sexuelle 285.
Hypnotherapie bei Zwangsercheinungen 539, 551.
Hypnotisierbarkeit der Zwangsvorstellungskranken 540.
Hypnotica s. Schlafmittel.
Hypochondrie als Basis von Zwangsvorstellungen 86.
Hypochondrische Zwangsvorstellungen s. nosophobische Zwangsvorstellungen.
Hypsophobie s. Höhenangst.
Hysterie, Beziehungen derselben zu den Zwangsercheinungen 483.

Jackson'sche Epilepsieanfälle in Verbindung mit Zwangsvorstellungen 379.
James-Lange'sche Affekttheorie 312.
Idiotie 486.
Imbecillität 486.
Immobilität, als Gruudelement des Zwangs-Charakters der Zwangsercheinungen 65, 66, 268.
Impotenz, Zwangsbefürchtung derselben 104, 107, 108.
Impulsive Handlungen 504.
Impulsives Irrsein 505.
Induktion als Ursache von Zwangsvorstellungen 290.
Infektionskrankheiten als Ursache von Zwangsvorstellungen 468.
Inhärente Zwangsursachen 277.
Intoxikationen als Ursache von Zwangsercheinungen 463.
Isolierung bei Zwangszuständen 543.
Jumping 428.

Kathartisches Verfahren 545.
Kauftrieb 408.
Keraunophobie s. Astraphobie.
Klassifizierungszwang 233.
Kleiderfetischisten 515.
Kleptophobie, aktive. (die Furcht, sich fremdes Eigentum anzueignen) 129.
 Loewenfeld, Psychische Zwangsercheinungen.

- Kleptophobie, passive, (die Furcht, bestohlen zu werden), 121, 125.**
Klimakterium, künstliches, als Ursache von Angstzuständen 471.
Klimatische Kuren s. Luftkuren.
Knabengeißler 515.
Kola, Gebrauch bei nervöser Erschöpfung mit Angstzuständen 525.
Kongestionserscheinungen im Angstzustande 309.
Kongestionszustände, Anfälle solcher als Äquivalente des Angstzustandes 358.
Kopfangst 312.
Kopfschmerzen bei Zwangszuständen 457.
Kopierkrankheit 428.
Kontrastassociation, Einfluss derselben bei sakrilegischen Zwangsvorstellungen 146.
 — bei Zweifelsucht 292.
Konvulsionen s. Krämpfe.
Köro 188.
Krankheitseinsicht bei Zwangsvorstellungen 59.
Krämpfe bei Angstzuständen und Phobien 376.
Krebsfurcht 113.
Kriminelle Impulse 412.
 — forense Beurteilung derselben 508.
Kriminelle Zwangsvorstellungen 244.
- Lachen, zwangsmässiges 427.**
Laktation als prädisponierendes Moment bei Zwangsvorstellungen 463.
Lebensalter als prädisponierendes Moment bei Zwangsvorstellungen 461.
 — bei Angstzuständen 469.
Luftkuren 529.
Lyssaphobie 97.
- Mädchenstecher 515.**
Magenleiden als ätiologisches Moment bei Zwangsvorstellungen 463.
Maladie des Tics 424.
Manie de l'avenir Janet's 233.
Masturbation infolge von Zwangstrieb 514.
 — als ätiologisches Moment bei Zwangsvorstellungen 463.
 — bei Angstzuständen 470.
Mäusefurcht 332.
Melancholie, Beziehungen derselben zu den Zwangsercheinungen 485.
 — sekundäre 485.
Menstruation als prädisponierendes Moment bei Zwangsvorstellungen 462.
 — als accessorische Ursache bei Angstzuständen 476, 477.
Metallophobie 87, 114.
Metaphysiker als Spezies der Grübelsüchtigen 216, 230.
Migräne, Vorkommen von Angstzuständen bei derselben 485.
Mobilität der Vorstellungen 268.
Monophobie 341.

- Motorische Störungen im Angstzustande** 310.
Mots préservateurs 402.
Multiple Zwangsvorstellungen 163.
Musikalische Zwangsvorstellungen 155.
Myriachit 428.
Mysophobie 118.
- Nasenrachenaffektionen als Ursache von Angstzuständen** 475, 522.
Nekrophobie 346.
Neuralgien s. Sensibilitätsstörungen.
Neurasthenie, Beziehung derselben zu den Zwangsercheinungen 480.
Nosophobische Zwangsvorstellungen 85.
Nyktophobie 346, 490.
- Obscöne Zwangsvorstellungen** 141.
Obsession dentaire 185.
Onanie s. Masturbation.
Onanistischer Zwangstrieb 421.
Oniomanie 408.
Onomatomanie 48, 51.
Ordnungstrieb, krankhafter 412.
- Pantophobie** 320.
Parästhesien als Äquivalente des Angstzustandes 359.
Paraliphobie 153.
Paralyse progressive 420, 503.
Paranoia, Beziehungen derselben zu den Zwangsvorstellungen 486.
Paranoia rudimentaria 37.
Phobien, Definition 330.
 — mit konstantem Vorstellungsinhalt s. auch Zwangsbefürchtungen 330.
 — mit flottierendem Vorstellungsinhalt 331, 332.
Lokomotorische Phobien 334.
Situationsphobien 337.
Funktionsphobien 341.
Phobien mit inhaltloser Angst 331, 346.
 — Entstehungsmodus 349.
 — Verlauf 493, 494.
 — Behandlung 525, 526, 541.
 — essentielle nach G é l i n e a u 482.
 — hysterische 484.
Phobischer Automatismus 353.
Phobophobie 331, 338.
Platzangst s. Agoraphobie.
Platzfurcht s. Agoraphobie.
Platzschwindel s. Agoraphobie.

- Pollutionen als Folge von Angstzuständen 310.
 — gehäufte bei Angstzuständen 471.
 — gehäufte bei Zwangsvorstellungen 468.
 Polyurie als Angstsymptom 310.
 Poriomanie 409.
 Potus als Ursache von Angstzuständen 475.
 Präcordialdruck im Angstzustande 309.
 Präcisionssucht, krankhafte 403.
 Prädisponierende Momente bei Zwangsvorstellungen 458.
 Prognose der Zwangsercheinungen 492.
 Prophylaxe der Zwangsercheinungen 516.
 Pseudoangina pectoris, hysterische 484.
 Pseudoasthma 357.
 Psychasthenie Janet's 478.
 Psychisches Trauma s. Schrecken.
 Psychosen, Beziehungen derselben zu den Zwangsercheinungen 485.
 Psychotherapie 530.
 Pubertätsentwicklung als prädisponierendes Moment bei Zwangsvorstellungen 462.
 Pyromanie 419.
 — forense Beurteilung 510.
 Pyrophobie 121, 125.
- Q**uartalsäufer 410.
- R**ecapitulationszwang 230, 231.
 Rechenzwang s. Arithmomanie 230.
 Regulierung der Lebensweise bei Zwangszuständen 535.
 Reinigungsmanie 401.
 Religiöse Zwangsvorstellungen 145.
 Respirationstörung als Äquivalent des Angstzustandes 357.
 — im Angstzustande 309.
- S**achbeschädigung in Folge von Zwangsimpulsen 418.
 Sacrilegische Zwangsvorstellungen 145.
 Sadistische Akte in Folge von Zwangsimpulsen 423, 515.
 Sakit Latah 428.
 Sammelmanie 402.
 Satyriasis 420.
 Schlafmittel 528.
 Schlafstörungen, Beziehungen derselben zum Zwangsdanken 251.
 — Behandlung derselben 528.
 Schlangenfurcht 119.
 Schlundkrampf als Äquivalent des Angstzustandes 358.
 — als Symptom des Angstzustandes 310.
 Schöpfungsfragen bei Grübelsucht 230.

- Schrecken als Ursache von Zwangsvorstellungen 465.
— als Ursache von Angstzuständen 474.
Schutzmassnahmen als Folge von Zwangsvorstellungen 290. 400.
Schweiss, kalter, als Angstsymptom 309.
Schweissausbrüche als Äquivalent des Angstzustandes 358.
Schwindel als Angstsymptom 357, 358, 359.
Scrupel als Zwangerscheinungen 77, 215, 241.
Seeklima 529.
Seelenangst 312.
Sekretionsstörungen im Angstzustande 310.
Selbstbeschädigung in Folge von Zwangsimpulsen 418.
Selbstmord in Folge von Zwangsimpulsen 416.
Sensibilitätsstörungen als Zwangersachen 234.
Sexualerkrankungen bei Frauen als Ursache von Angstzuständen 475.
Sexuelle Impulse 419.
— forense Beurteilung derselben 514.
Sexuelle Schädlichkeiten als Ursache von Zwangsvorstellungen 463
— als Ursache von Angstzuständen 470.
Sexuelle Zwangsvorstellungen 141.
Siderodromophobie 343.
Singuläre Zwangsvorstellungen 169.
Sitiomanie 411.
Sodomie, impulsive 422.
Spielsucht, krankhafte 48, 411.
Stigmata hereditatis 46.
Stimmung, Einfluss derselben auf die Mobilität der Vorstellungen 269.
Strassenangst 334.
Substitution bei Zwangsvorstellungen 290.
Suggestion, verbale bei Zwangerscheinungen 538.
— larvierte 539, 541, 543.
— hypnotische 539, 541.
Suggestive Einfüsse als Ursachen von Zwangsvorstellungen 466.
Suggestivtherapie bei Zwangerscheinungen 538.
Sühnemanie 405.
Suicidale Zwangsvorstellungen 151.
— Impulse 416.
Syndrome, episodische der Degeneration 46.
Syphilidophobie 100.
Syrupus Kolae compositus 525.
- T**afephorie 56, 121.
Taurophobie 120.
Thanatophobie 100.
Tierstimmenimitation. zwangsmässige 427.
Tics 423, 427.
Topophobien 337.

Träume, Bedeutung derselben für das Entstehen von Zwangsvorstellungen 280.
Traumatische Zwangsvorstellungen 483.

Übelkeit als Äquivalent des Angstzustandes 358.

Überanstrengung, geistige, als Ursache von Zwangsvorstellungen 464.

— körperliche 463.

— bei Angstzuständen 474.

Übungstherapie bei Phobien 541, 542.

Umgebung, schädigende Einflüsse derselben bei Zwangszuständen 544.

Unabgeschlossene Vorstellungen 270.

Vasomotorische Störungen im Angstzustande 309.

Verallgemeinerung bei Zwangsvorstellungen 238.

Verdrängbarkeit der Vorstellungen 268.

Verdrängung als Zwangsursache nach Freud 296.

Verificationszwang 220, 405.

Verlauf der Zwangsercheinungen 492.

Verstimmungszustände als Zwangsercheinungen 382.

Verrücktheit, abortive (Westphal) 13.

Vorstellungsintensität als Zwangsursache 277.

Vorstellungsqualität als Zwangsursache 280.

Vorwürfe als Zwangsercheinungen 77, 215, 241.

Wahnideen, Unterscheidung derselben von Zwangsvorstellungen 34, 64, 140.

Wandertrieb 409.

— forense Beurteilung 514.

Waschzwang 399.

Wasserfurcht 120.

Wasserkuren 529.

Weinkampf, hysterischer, bei Angstanfällen 317.

Wiederholung geistiger Operationen als Zwangsursache 291.

— zwangsmässige von Akten 408.

Wiederkauen, geistiges 217.

Willensgymnastik 536, 537.

Willensthätigkeit, Abschwächung derselben s. Abulie.

— Einfluss derselben auf den Associationsverlauf 268, 275.

— therapeutische Anregung derselben bei Zwangszuständen 536.

Wuth als Zwangsaffekt 382.

Zählzwang s. Arithmomanie.

Zerstörungsimpulse 413.

Zittern als Äquivalent des Angstzustandes 358.

— als Angstsymptom 311.

Zoophilomanie 395.

Zoophobie 332.

- Zopfab Schneider 515.
Zorn als Zwangsaffekt 382.
Zuckungen als Angstsymptom 311.
Zwangsaffekte 308.
Zwangsakte 399, 406.
— mit disparaten Impulsen 407.
— mit coincidierenden Impulsen 423.
Zwangsangstzustände s. Angstzustände.
Zwangsbefürchtungen 85.
— nosophobische und verwandte 85.
— materieller Schädigung 121.
— moralischer Schädigung 126.
— altruistischen Inhalts 132.
Zwangsbewegungen s. Zwangsakte.
Zwangsgedenken 77, 215, 233, 249.
Zwangsempfindungen 173.
Zwangsegefühl des Fremdartigen 171.
Zwangshallucinationen 196.
— sekundäre und primäre 213.
Zwangshandlungen 13, 21, 33, 399.
— sekundäre 399.
— primäre 406.
Zwangshemmungen 429.
Zwangsimpulse 406; Impulse indifferenter oder wenigstens nicht direkter gefährlicher Natur 408; kriminelle Impulse 413; Impulse zu körperlicher Schädigung oder Tötung anderer Personen 413, 508; Kleptomanie 418, 511; Pyromanie 419, 510; Impulse zur Sachbeschädigung 513; sexuelle Impulse 419, 514; Wandertrieb 409, 514; suicidale Impulse 416.
Zwangswahnsinn (Kräpelin) 487.
Zwangsliebe 387.
Zwangsmerkmale 58.
Zwangspannung 45, 479, 487, 491.
Zwangsgedanken 27, 407.
Zwangskrupel 150, 241.
— Mechanismus derselben 293.
Zwangswünsche 212.
Zwangstendenzen, associative 214.
— Zweifelsucht 218; Grübel- und Fragesucht 228; Zwangskrupel und Vorwürfe 241; Zwangsgedenken 249; Beachtungszwang 253; Erinnerungszwang 258.
Zwangsträumen 217.
Zwangursachen 267.
— der Zwangsvorstellungen von konstantem Inhalte 277.
— der Zwangsempfindungen 191.
— der Zwangshallucinationen 213.

Zwangsursachen der associativen Zwangstendenzen 291.

Zwangsverstimmungen 382.

Zwangsvorstellungen 79.

Selbständige Zwangsvorstellungen 80; Zwangsvorstellungen im engeren Sinne 80; nosophobische und verwandte Zwangsvorstellungen 85; Zwangsbefürchtungen materieller Schädigung 121; Zwangsbefürchtungen moralischer Schädigung 126; Zwangsbefürchtungen altruistischen Inhalts 132; Beinträchtigungs- und Beobachtungsideen 135; Zwangsvorstellungen eifersüchtigen Inhalts 140; kriminelle Zwangsvorstellungen 244; sexuelle (obscöne) Zwangsvorstellungen 141; religiöse und sakrilegische Zwangsvorstellungen 145; suicide Zwangsvorstellungen 151; abergläubische Zwangsvorstellungen 153; musikalische Zwangsvorstellungen 163; multiple Zwangsvorstellungen 163; singuläre Zwangsvorstellungen eigenartigen Inhalts 169; Zwangsempfindungen 173; Zwangshalluzinationen 126; assoziative Zwangstendenzen (Zwangsuchten) 214.

89095169587



b89095169587a

G. E. STECHERT
& CO.
NEW YORK

89095169587



B89095169587A

