

Aus der Nervenabteilung der LUDOLF-KREHL-Klinik, Heidelberg,
(Direktor: Prof. Dr. P. VOGEL).

Hirnatrophischer Prozeß und Leukotomie in ihrer Wirkung auf die Zwangsnurose.

Von

WALTHER BRÄUTIGAM und MYROSLAW CZERNIGEWYCZ.

Mit 2 Textabbildungen.

(Eingegangen am 18. Juli 1949.)

Es ist hier von einem Fall von Zwangsnurose zu berichten, der nach jahrzehntelangem Bestehen eine entschiedene Wandlung durch das Dazutreten eines beiderseitigen atropischen Stirnhirnprozesses erfuhr. Der Verlauf dieses darzustellenden Falles bekommt durch die Parallelität mit den Ergebnissen der präfrontalen Leukotomie seine besondere aktuelle Bedeutung.

Der Fall Käthe Schn.

Familien-Vorgeschichte: Tochter eines Schustermeisters, der 73 jährig an einem Herzschlag starb. Die Mutter hatte jahrelang zu viel weiße Blutkörperchen, starb 70 jährig daran. Diese Mutter war sehr religiös und streng, beherrschte die Familie, der Vater eher phlegmatisch. Eine 2 Jahre jüngere Schwester lebt, ist verheiratet und gesund. Eine jetzt 35 jährige Tochter der Pat. lebt und ist gesund.

Eigene Vorgeschichte: Die bis dahin normal entwickelte und angeblich nie kranke Frau erkrankte 1912 im Alter von 18 Jahren, kurz nach der Eheschließung mit einem Postbeamten, von dem sie ein Kind erwartete, indem sie von dem Zwang besessen wurde, sich immer wieder zu waschen. In kurzer Zeit bildete sich ein Zustand aus, bei dem sie sich am Tag wohl 100 mal die Hände wusch, Türklinken nur mehr mit der Schürze oder Handschuhen anfaßte und beinahe den ganzen Tag mit der immer wiederholten Reinigung ihrer Wohnung verbrachte. Wenn Besucher da waren, fiel auf, daß sie sich ganz an das Fenster zurückzog, den Tisch und alle Gegenstände, die der Besucher berührte, mied und nach dessen Weggang jede Stelle mit Sand und Seife stundenlang abscheuerte. Sie vermied es die Hand zu geben. Wenn sie es doch einmal tun mußte, hielt sie die Hand nachher so lange in der Luft von sich gestreckt, bis sie in stundenlangen Waschprozeduren die Hand von der Verunreinigung wieder freigemacht hatte. Die Angst vor Schmutz und Verunreinigung beherrschte bald vollkommen ihr Leben. Sie wollte die Wohnung kaum mehr verlassen, da sie fürchtete, schmutzigen Menschen zu begegnen. Wenn der Ehemann sie doch einmal in ein Lokal brachte, durfte niemand neben ihr sitzen. Wenn sie selbst einmal einen Besuch machte, berührte sie keinen Gegenstand in der fremden Wohnung, setzte sich nur auf die äußerste Stuhlkante. Sie entwickelte noch eine besondere Angst vor Verunreinigung auf der Toilette, berührte dort kein Gerät, benutzte nie fremde Toiletten. Ein Ekel vor ihrer eigenen Mutter erfaßte sie, sie konnte nicht mehr das gleiche Eßgeschirr mit ihr benutzen, sondern Teller und Tassen aus, die nur für die Mutter bestimmt waren. Die Angst durch einen Menschen beschmutzt zu werden, richtete sich

vor allem auch gegen ihren Mann. Sie verlangte von ihm Sauberkeit und häufige Reinigung. Wenn er von einer Reise kam, durfte er die Wohnung nicht betreten, ohne vorher in einer Badeanstalt gewesen zu sein, nicht in das Bett gehen, bevor er sich nicht noch einmal ausgiebig gewaschen hatte. Der Gedanke lungenkrank zu sein beherrschte sie jahrelang. Mehrere Ärzte versuchten vergeblich sie von ihrer Gesundheit zu überzeugen; einem gelang es schließlich durch Vorweisen der Röntgenbilder und eingehende, geduldig wiederholte Erklärung. Dieser Zustand bestand unverändert über 25 Jahre und beherrschte ihr Denken und Leben vollständig.

1931 traten eine mehrere Wochen anhaltende, angeblich bis zur Erblindung führende, Sehverschlechterung des re., 1934 eine solche des li. Auges auf, die sich jedoch wieder zurückbildeten. In den Jahren nach 1935 fiel dem Ehemann auf, daß sie allgemein etwas phlegmatischer und vergeblicher wurde. Im Juni 1939 erkrankte sie mit Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen. Psychisch veränderte sie sich auch, wurde somnolent und desorientiert. Sie wurde deshalb in das Stadtkrankenhaus D. eingeliefert.

Befund: (10. 7. 1939) Kopf und NAP frei. Hirnnerven: V: Hypästhesie der li. Gesichtsseite. Tonus und Kraft der Kaumuskulatur li. schwächer als re. VII: Mimische Parese re., die besonders beim Sprechen und Lachen auffällt. VIII: Gehör re. bei grober Prüfung herabgesetzt. Hypoglossusparese re. Augen: Lidspalten re. weiter als li. Nystagmus mit schneller Komponente nach li. Augenhintergrund normal. Grobe Kraft, Tonus seitengleich normal. Reflexe lebhaft, besonders an den Beinen. Angedeuteter Babinski bds., keine sonstigen Pyramidenzeichen. Beim Finger-Nasenversuch besonders re. ataktische Unsicherheit. — Tiefensensibilität in der li. Körperhälfte herabgesetzt. — Lumbalpunktion: 15/3 Zellen, PANDY-Reaktion schwach positiv, NONNE-APELT-Reaktion negativ. 14. 7. 1939 Encephalographie: Der re. Seitenventrikel füllte sich nicht, sonst normales Encephalogramm. Psyche: Pat. ist leicht benommen, zeitlich und örtlich schlecht orientiert, gleichgültig. Im Vordergrund steht eine läppische Euphorie und Witzelsucht. Sie wird wegen Verdacht auf einen Hirntumor in die Nervenklinik in F. eingeliefert.

Aufnahme am 17. 7. 1939 in der Nervenklinik in F.:

Beschwerden: Leichte Kopfschmerzen. Befund: Keine Anzeichen für erhöhten Hirndruck. Kein Kopfschmerz, NAP frei. Hirnnerven: V: Keine sicheren Sensibilitätsstörungen. VII: Facialisparesis re. Hypoglossusparese re. — Augen: Lidspalten re. weiter als li. Pupillen bds. eng, li. weiter als re., reagieren schwach auf Licht und bei Konvergenz. Abduzenschwäche li. Kein sicherer Nystagmus. Augenhintergrund; bds. temporale Ablassung. Gesichtsfelder o. B. — Kraft in den Extremitäten allgemein mäßig, re. aber schlechter als li. Tonuserhöhung li., angedeutet spastisch. RPR und TSP bds. gesteigert, li. mehr als re. Trömmner, Knips und Wartenberg bds. positiv. li. noch deutlicher als re. BDR bds. nur schwach auslösbar, besonders in den unteren Etagen. Kraft in den Beinen vor allem re. deutlich herabgesetzt. Tonus bds. spastisch, li. mehr als re. PSR und ASR bds. gesteigert. BABINSKI, OPPENHEIM und GORDON bds. positiv. — Keine Kloni. — Koordination: FNV und KHV bds. Intentionsunsicherheit. Diadochokinese bds. verlangsamt. re. mehr als li. — Gang, soweit zu prüfen, spastisch-paretisch mit ataktischer Komponente. ROMBERG: Fallneigung nach hinten. Sprache: Schlechte Artikulation, dysarthrisch. — Keine sichere Störung der Sensibilitätsqualitäten, auch Lagesinn gut. — Psychisch: Orientiert über Raum und Zeit. Die Stimmung wird beherrscht von einer ausgeprägten Euphorie, es besteht keinerlei Krankheitseinsicht: „Sind Sie krank? — Nein! Fehlt Ihnen nichts? — Nee — Ne! (lacht).“ — Bei sonstigen Bildungsfragen: „Wer war Bismarck? — Ja, ja, das war ein guter Mann!“ „Weihnachten? Na ja, die Geburt von Christkind!“ „Ostern: Da kommt der Osterhas — und dann kommt Pfingsten — ja.“ Rechenaufgaben aus dem kleinen und großen

Einmaleins werden gut gelöst, bei Unterschiedsfragen und Sprichwörtern redet sie kritiklos darauf los, ohne eine gestellte Frage richtig zu beantworten. — Die Merkfähigkeit erweist sich bei weiteren Prüfungen ebenfalls als herabgesetzt. —

Röntgenaufnahmen des Schädels ohne krankhaften Befund, desgleichen STENVERS-Aufnahmen. — Die Hals-Nasen-Ohrenklinik stellt bds. eine starke Übererregbarkeit des N. vestibularis fest. BSG nach LINZENMEIER: 2 h 11. WaR. im Blut negativ. — Liquoruntersuchung (occipital entnommen): 6/3 Zellen, PANDY-Reaktion Spur positiv, NONNE-APELT-Reaktion: Spur positiv. WaR. im Liquor negativ. Mastixkurve: Im Anfangsteil flache uncharakteristische Zacke. Die internistische Untersuchung ergibt keinen krankhaften Befund. Temperatur 36,5, Puls 68 i. d. min. Blutbild: o. B. Urin: Reichlich Leuko, Plattenepithelien und Bakterien. Encephalogramm: (12. 8. 1939) Hydrocephalus der Seitenventrikel und des 3. Ventrikels. Auffallende Luftvermehrung im Bereich der lateralen Fissur. Der Verlauf war im Anfang charakterisiert durch heftige Kopfschmerzen und Auftreten von Erbrechen, sowie sich die Pat. im Bett aufrichtete. Nach 1 Woche ließen die Beschwerden etwas nach. Es fiel im Saal auf, daß sie in ihren Ausdrücken außerordentlich gewöhnlich und taktlos ist, wahllos daherredet; als ihr Mann zu Besuch kommt, beklagt sie sich laut im Saal, daß es hier nichts zu „fressen“ gäbe. Der Mann bemerkt dazu, daß sie früher nie so grobe Ausdrücke gebrauchte.

Am 27. 7. 1939 ist der neurologische Befund unverändert, nur daß die BDR jetzt li. ganz fehlen und re. sehr schwach sind, die Spastizität der Beine hat weiter zugenommen, es ist ein Patellarklonus bds. auszulösen. Das Krankheitsbild wird aufgefaßt als eine multiple Sklerose mit sowohl pontinen wie auch cerebralen Herden, spastischer Paraparese, cerebellarer Ataxie und typischer Wesensveränderung im Sinne einer Euphorie. Sie wird nach 5 Wochen auf eigenen Wunsch und auf Wunsch der Angehörigen wieder nach Hause entlassen.

Wenn die Kranke in den Jahren nach 1935 schon etwas phlegmatischer, nach den Aussagen ihres Mannes, geworden war, so trat dieser Zug nun noch deutlicher hervor. Sie wurde gegenüber der früheren angstvollen Zwangsbesessenheit nun ausgesprochen gleichgültig. Wohl wusch sie sich noch weiter, aber es war ein mehr gewohnheitsmäßiges Waschen, ohne die frühere angstvolle innere Beteiligung. Ihre Hauptbeschäftigung wurde das Geschirrwaschen, eine Arbeit, der sie mit Begeisterung und Sorgfalt stundenlang nachgehen konnte. Während sie früher geistig noch interessiert war, an den Tagesereignissen der Politik teilnahm, wurde sie nur zunehmend gleichgültiger. Sie wurde so abgestumpft, daß sich ihr Mann überhaupt nicht mehr mit ihr unterhalten konnte, was früher durchaus möglich war. Sie verstand nicht mehr, was um sie herum vorging, redete aber ständig dazwischen, wenn ihr Mann mit jemanden sprach. Von ihrem Mann erzählte sie den Nachbarn in taktloser Weise die übelsten Geschichten, berichtete ihnen, daß er sie betrüge, ihr nichts zu essen gäbe usw. Wenn er sie dann zur Rede stellte, wußte sie nichts mehr davon. Sowie er aber wieder weg war, redete sie erneut mit allen Menschen, die ihr begegneten über die Schlechtigkeit ihres Mannes, ohne die geringsten Hemmungen. Das Zusammenleben mit dem Mann wurde immer schwieriger, da sie begann ihn zeitweise mit den unflätigsten Ausdrücken zu beschimpfen. Während sie Anfang des Krieges mit Lebensmittelkarten für den Haushalt noch umgehen konnte, war ihr das Ende des Krieges nicht mehr möglich. Auch Geld konnte sie nicht mehr verwalten. Allein ging sie überhaupt nicht mehr aus dem Haus, während sie früher doch gelegentlich zu Besorgungen und Besuchen die Wohnung verlassen hatte. In der gewohnten Wohnung konnte sie sich ohne Schwierigkeiten bewegen, auf der Straße war es aber fast unmöglich für sie zu gehen. Vor allem wenn man sie allein an einer Straßenecke oder einer Treppe stehen ließ, blieb sie dort stundenlang wie festgeklebt stehen, ohne den Mut zu finden, einen Fuß voranzustellen. Sie wurde dann immer antriebsloser, saß stundenlang voll-

kommen untätig zu Hause herum, verließ die Wohnung monatelang nicht. Das Geschirrwaschen und die Schimpftiraden über ihren Mann wurden ihre einzige Tätigkeit.

Im Juni 1948 trat etwas Neues hinzu. Es kam zu Anfällen bei ihr, bei denen sie ohne einen Laut von sich zu geben am Spülstein oder am Tisch zusammensank, der Körper wurde steif, die Beine gestreckt, die Arme angezogen und die Fäuste geballt. Zu Zuckungen kam es nicht, eine Seitenbevorzugung war nicht zu erkennen. Es trat Schaum aus dem Mund, Urin und Stuhl ließ sie unter sich. Dieses Krampfstadion dauerte etwa 2 min. Nach 15 min erwachte sie aus der Bewußtlosigkeit und klagte über Kopfschmerzen. Wenn sie aufwachte, wußte sie noch von dem Anfall, bis zum nächsten Tag hatte sie ihn aber vergessen. In den folgenden 10 Wochen traten insgesamt 10 solcher Anfälle auf. Zur Klärung dieser Anfälle wurde sie in die Nervenabteilung der Ludolf-Krehl-Klinik eingewiesen.

Befund (2. 9. 1948): Untersetzt gebaute, kleine Frau in gutem, dem Alter entsprechenden Allgemeinzustand. 1,47 m, 49,5 kg. Kopf normal konfiguriert, kein Kopfschmerz usw. Hirnnerven: Rechtsseitige mimische Facialisparesis. Augen frei beweglich. Kein Nystagmus. Augenhintergrund: Bds. Opticusatrophie mit hauptsächlich temporaler Abblassung (Univ. Augenklinik). Kraft, Tonus und Trophik an Armen und Beinen o. B. Reflexe der oberen Extremitäten normal auslösbar. Die Bauchdeckenreflexe sind re. nur sehr schwach, li. nicht auslösbar. PSR bds. gesteigert, li. noch mehr als re. ASR seitengleich gesteigert auslösbar. Keine Kloni. BABINSKI, OPPENHEIM und GORDON: Li. positiv, re. angedeutet positiv. — Koordination: FNV und KHV bds. sicher. Fingerbewegungen geschickt. ROMBERG negativ. Gang: Nach Aufforderung zu gehen, beginnt sie nach langen Widerreden und Zögern langsam einige breitbeinige, watschelnde, vorsichtige Schritte zu machen, zunächst frei und ohne Halt, dann nach einem Bett oder Tisch als Halt greifend und sich daran tastend vorwärtsbewegend. Dabei kein eigentliches Rumpfschwanken, keine Ataxie. Der erste Schritt ist der schwierigste, wenn er getan ist, läuft sie im Watschelgang einige Meter bis der Impuls wieder versiegt ist. Wenn man sie führt, läuft sie auch noch etwas breitbeinig und watschelnd, aber ohne zu zögern. Läßt sich von einem 6jährigen Kind ohne Hemmung durch den ganzen Saal führen. Sie wird auf den Vorplatz des Saales geführt und in der Mitte, 3 m von der nächsten Wand plötzlich allein stehen gelassen. Sie beginnt angstvoll zu rufen, steht breitbeinig und schwerfällig da, streckt die Arme nach dem nächsten Halt aus. Sinkt dann jammernd zu Boden, wo sie kauernd und erregt hocken bleibt. — Sensibilität: Keinerlei Störung der Berührungs-, Schmerz- oder Temperaturrempfindung. Zahlen und geführte Bewegungen werden erkannt. Keine trophischen Störungen. Blasen- und Mastdarmfunktion o. B. — BSG nach WESTERGREEN 15/32. WaR und Nebenreaktionen negativ. Urin: Eiweiß und Zucker negativ. Sediment o. B. Internistisch kein krankhafter Befund. RR 125/70 mm Hg. Puls 68 i. d. min. Temperatur 36,9°.

Psyche: Die Pat. ist bei klarem Bewußtsein, weiß, daß sie in einem Krankenhaus ist, aber nicht in welchem. Ist auch zeitlich kaum orientiert, weiß nur ungefähr die Tagesstunde, aber keinen Tag, Monat oder Jahr anzugeben. Sie wirkt dabei zunächst vollkommen unauffällig, sitzt meist aufrecht im Bett, schaut im Saal herum. Wenn man an ihr Bett tritt, wendet sie sich einem mit einem Lächeln zu, ist, wie sie gleich unter Lachen versichert, selbstverständlich bereit Fragen zu beantworten. Sie weiß wenig von den Tagesereignissen der letzten Zeit, kennt die Lebensmittelpreise nicht. Geschichtliche und Unterschiedsfragen werden nicht beantwortet. Sie kann mechanisch bis 100 zählen, stockt jedoch häufig dabei, muß immer wieder zum Weiterzählen aufgefordert werden. Rückwärtszählen geht bei hohen Zahlen nicht. Rechenaufgaben, die über die Zahl 10 hinausgehen, werden fehlerhaft oder gar nicht gelöst, dabei von vielerlei Redensarten („Rechnen kann ich, — das wäre ja schlimm, wenn

ich das nicht könnte“) begleitet. Sie ist bei den Fragen aufmerksam, immer mit dem inhaltslosen Lächeln im Gesicht. Ihr Altgedächtnis ist für einige Dinge intakt, so weiß sie die Geburtsdaten sämtlicher Angehöriger ohne Nachdenken anzugeben. Vom Weltkrieg weiß sie noch die Jahreszahl, aber keine Einzelheiten, von dem letzten Krieg noch nicht einmal das Anfangsjahr. Das Neugedächtnis ist sehr schlecht, besonders für Zahlen. Sie weiß auch nach Wochen noch keinen Namen der Ärzte oder Schwestern. — Zum Abzeichnen einer einfachen Strichzeichnung, die ein Haus darstellen soll, braucht sie mehrere min, muß immer wieder angetrieben werden, vergißt dann noch die Fenster — Eine eigentliche Verlangsamung ist dabei nicht festzustellen, aber eher ein Mangel an eigenem Antrieb, der jede angebrochene Tätigkeit zum Stocken bringt. Auch bei Fragen hat sie die Antwort entweder gleich oder findet sie dann gar nicht mehr. — Affektiv ist sie sehr ausgeglichen, fixiert in einer gewissen freundlich-heiteren Stimmungslage, die besonders zu Tage tritt, wenn man sie anspricht. Zeigt von sich aus keine spontanen Schwankungen nach der freudigen oder ernsten Seite. — Sie berichtet von sich selbst, ohne ihr Lächeln zu verlieren und ohne in Erregung zu geraten, daß es ihr bis zur Eheschließung gut gegangen sei, dann habe sie sich aber oft waschen müssen, weil ihr Mann so schmutzig sei. Auch jetzt sei der Mann noch schmutzig, mache ganz dunkle Geschichten mit einer anderen Frau, die bei ihnen im Haushalt lebe. Sie werde abends ins Bett geschickt, die beiden säßen dann in der Küche. Daran müsse sie immer denken; diese Haltung von ihrem Mann zerstöre ihr ganzes Leben. Seit einigen Jahren könne sie nicht mehr allein von zu Hause weggehen, bekomme Angst, wenn sie über eine Straße gehen müsse oder wenn es eine Treppe hinabgehe. — Von Anfällen weiß sie nichts, auf intensives Befragen gibt sie an, einmal einen Anfall gehabt zu haben. Bei der Exploration ist sie durch die Feststellung ihres Wissens und ihrer schlechten Orientiertheit in keiner Weise beeindruckt. — „Krank bin ich nicht. Es fehlt mir überhaupt nichts.“ Zu den Mitkranken verhält sie sich im Ganzen uninteressiert, stumpf. Sie knüpft nie von sich aus eine Bekanntschaft an. Wenn man sie ansprach, antwortete sie bereitwillig, zeigte aber keine Fähigkeit die eigene Person zu vergessen und auf den andern gesprächsweise einzugehen, sondern landete immer bald bei der Geschichte ihres schmutzigen Mannes, der sie betrüge. — Während ihrer Krankenhauszeit war zu beobachten, daß sie den Waschraum häufiger aufsuchte als ihre Mitpat., sobald sie in der Lage war, sich einigermaßen sicher im Krankensaal zu bewegen. Sie blieb dort bis zu 2 Std vor dem Waschbecken stehen oder sitzen, ohne aber die Hände mit Bürste oder Seife so intensiv abzuwaschen wie früher. Die Handlungen erschienen jetzt mehr als ungeordnete und spielerische Bewegungen mit Bürste, Lappen und Seife, wobei sie mit allem mehr in der Luft herumfuhr, als sich ernsthaft damit zu reinigen. Sie spielte und plätscherte in dem Wasser, machte sich sonst irgendwie im Bad zu schaffen oder blieb auch ganz untätig und unbewegt vor dem Waschbecken stehen. Sie ließ sich willig und ohne Einwand, wie immer mit lachendem Gesicht, an ihr Bett zurückführen, versuchte aber bei der nächsten Gelegenheit wieder in den Waschraum zu kommen. — Bei der Begrüßung gab sie einem ohne sichtbare Scheu die Hand. — Auffällig war, daß sie manchmal, wenn man an ein Nachbarbett trat, um eine Pat. nach dem Befinden usw. zu befragen, ohne selbst gefragt zu sein, darauflos sprach: „Ich habe keine Schmerzen, nein ich habe keine Schmerzen usw.“ Ein anderesmal nun selbst gefragt, wie es ihr gehe, wie der Kopf, das Denken sei, antwortet sie lachend: „Ja, ich weiß, bei mir stimmt es nicht im Kopf, ich habe einen Vogel.“ — Im Verlauf der Beobachtung gewöhnt sie sich soweit an den Krankensaal, daß sie immerhin allein zu dem Tisch in der Saalmitte gehen kann. Sie läßt alle Untersuchungen geduldig über sich ergehen, erst nach über 5 Wochen meldet sie sich einmal, sie wolle nach Hause, aber ohne hartnäckig darauf zu bestehen oder es zu wiederholen. Während des ganzen mehrwöchigen Klinikaufenthaltes stellte sie nie

eine Frage. Wenn man sie fragte wozu sie hier sei, meinte sie, daß ihr geholfen werde, wußte aber nicht zu sagen wovon, hatte keine Klagen. Als ihr Mann an dem Tag, an dem sie entlassen werden sollte, nicht wie verabredet erschien um sie zu holen, sondern über 1 Woche ausblieb, die Mitkranken sie damit schon neckten, schenkte sie auch dem keine besondere Beachtung und zeigte keinen Affekt, fuhr, als er schließlich doch kam, ganz zufrieden mit ihm ab.



Abb. 1. Erweiterung des Ventrikelsystems.

24. 9. 1948 Liquoruntersuchung, occipital entnommen: Liquor klar, 1/3 Zellen. PANDY- und NONNE-APBLT-Reaktion positiv. Gesamteiweiß: 24,0 mg%, Globuline 4,8 mg%, Albumine 19,2 mg%, Quotient 0,25. Goldsol- und Mastixreaktion im Anfangsteil einen mittleren Ausfall, der in der Hälfte der Verdünnungsreihe sich geradlinig zurückgebildet hat. WaR im Liquor negativ. Die Encephalographie zeigt ein symmetrisch liegendes Ventrikelsystem und einen, alle 3 Ventrikel betreffenden Hydrocephalus internus. Über den Stirnpolen bds. zeigen sich abnorm große, oberflächliche Liquorräume, die an die Stelle des Stirnhirnes getreten sind. Urteil: Erheblicher Hydrocephalus internus und hochgradiger Hydrocephalus externus über dem vorderen Stirnpol. Abb. 1 u. 2. (Der Vergleich dieses Encephalogramms mit dem von 1939 zeigt eine gewisse Verstärkung des Hydrocephalus internus. Die überaus reichliche Luftansammlung über dem Stirnhirn bestand damals noch nicht.) Bei der Liquorentnahme zur Encephalographie fiel auf, daß ohne Schwierigkeiten

120 cm³ abzunehmen waren und daß selbst nach dieser Entnahme bei der Beendigung noch reichlich Flüssigkeit abtropfte. 1 Std nach der Liquorentnahme trat bei ihr ein großer, generalisierter epileptischer Anfall auf, der sich 2 Std später noch einmal wiederholte. Danach war sie zeitweilig nicht ansprechbar, wurde vor allem gegen Abend unruhig und mußte isoliert werden. Nach 3 Tagen war der Zustand wie vor der Encephalographie wieder hergestellt.

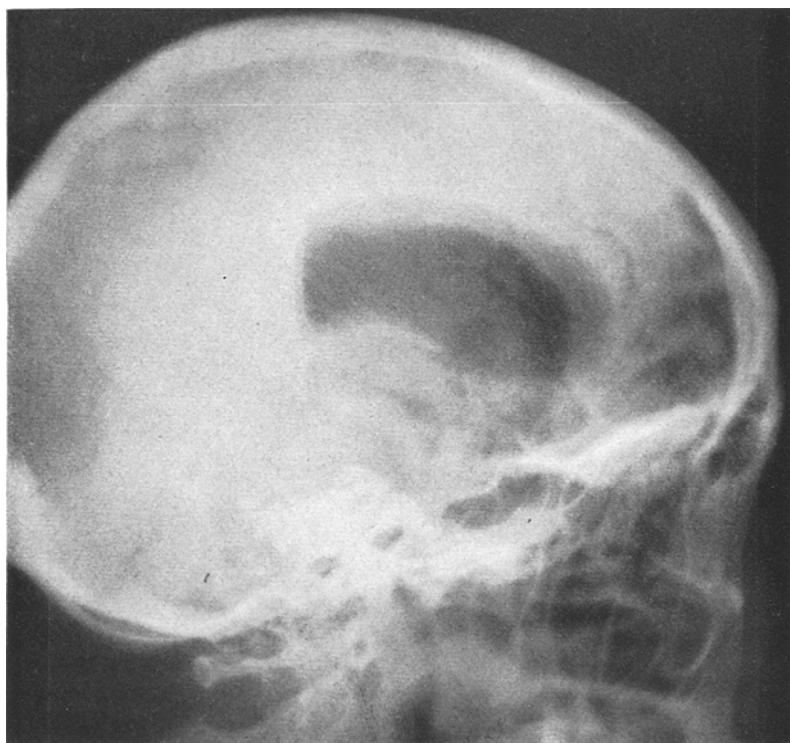


Abb. 2. Erweiterung der Ventrikel und des Liquorraumes am vorderen Stirn-
pol:
Schwund des Stirnhirnes.

Die Berechtigung, diesen Fall so ausführlich darzustellen, läßt sich aus einem bedeutsamen Punkt ableiten. Die durch die moderne „psychochirurgische“ Therapie in den Vordergrund getretene Frage nach einer Besserung der Zwangsnurose durch somatische Veränderungen des Gehirns, wird durch unseren Fall aufgeworfen. In das Dunkel, welches das Problem des gehirnmorphologischen Substrates der Zwangsnurose bildet, und die Frage, ob die Zwangsnurose durch Ausschaltung gewisser Hirnteile zu bessern ist, greift sowohl die moderne Hirnchirurgie durch die **präfrontale Leukotomie**, wie auch das Experiment der Natur, welches unser Krankheitsfall darstellt.

Zu der ausgeprägten Zwangsneurose unseres Falles, die im folgenden zunächst noch einmal zusammengefaßt werden soll, tritt dann als zweites die neurologisch scharf zu charakterisierende Krankheit, die zu klinisch darstellbaren Veränderungen im Gehirn führt. Und das Bedeutsame wird sein, im folgenden Abschnitt zu betrachten, wie sich die erste Krankheit, die Zwangsneurose, unter den morphologischen Veränderungen des Gehirns wandelt. Eine anschließende Gegenüberstellung dieser Wandlung mit den Änderungen, welche die Literatur von den leukotomierten Zwangsneurosen zu berichten hat, wird den hier berichteten Fall in einen größeren Rahmen stellen.

In unserem Fall ist der Inhalt der Zwangsvorstellungen, nämlich, daß der Mann und alles um sie, schmutzig sei und die Form der Zwangsantriebe, nämlich der Drang sich und alles, was sie berühren muß, zu waschen, für eine Zwangsneurose so typisch, daß man schon daraus die Diagnose einer echten Zwangsneurose stellen kann. Wir verstehen darunter mit BUMKE und BINDER jene große Gruppe von Zwangskranken, denen weder eine anankastisch-psychopathische Konstitution nachzuweisen ist, noch eine thymopathische, die zu einem atypisch gefärbten depressiven Zustand führt. Die Patientin zeigt, wenn man der ausführlich erhobenen Anamnese bei ihrem Mann und den Anverwandten Glauben schenken darf, keine familiäre anankastische Belastung und war bis zum Ausbruch der Neurose durchaus unauffällig. Der über Jahrzehnte gehende, sich nicht ändernde Verlauf, schließt eine thymopathisch-depressive Schwankung aus. Die seltenen Zwangszustände bei organischen Krankheiten (Folgezustände nach Encephalitis epidemica meist) kommen nicht in Betracht, da keine dieser organischen Krankheiten bei unserer Patientin bestand, die Zwangszustände bei diesen Krankheiten meist weniger scharf umrissen und charakterisiert sind (STERN) und das ganze „Zwangseremoniell“ vermissen lassen, das zur eigentlichen Zwangsneurose gehört. Wir finden die Patientin seit 1912 in einem ständigen Kampf gegen „einen Gegner, der übermächtig, allgegenwärtig und ungrieffbar ist“ (E. STRAUS). Der Schmutz haftet dem Ehemann, der Mutter, ja jedem Menschen an, der ihr Haus betritt, oder dem sie auf der Straße begegnet und sie erfindet die für die Krankheit so charakteristischen Schutzmaßnahmen und Zeremonielle, indem sie nichts mehr ohne Handschuhe anfaßt, nach jedem Besuch in einer bestimmten Weise die von dem Besucher berührten Stellen der Wohnung reinigt, draußen auf der Straße und in fremden Räumen eine Schutzmauer um sich errichtet, niemand neben sich sitzen läßt usw. Aber nicht nur die Umgebung ist schmutzig, auch sie selbst ist es. Gegen ihren eigenen Schmutz kämpft sie einen hoffnungslosen Kampf. Einen Kampf, der zeitlich nie abzuschließen ist. Die Zeit ist geschwunden, zusammengezerrt auf die angstgefüllte Gegenwart (v. GEBSATTEL). Es ist in

dem Zusammenhang unseres Falles unwichtig, wie wir den Zwang als solchen definieren, ob man Zwang nennt, „wenn jemand Bewußtseinsinhalte nicht loswerden kann, obschon er sie als unsinnig und als ohne Grund beherrschend und beharrend beurteilt“ (K. SCHNEIDER), oder psychoanalytisch orientiert, die Zwangsercheinungen als einen Konflikt zwischen dem abnorm stark entwickelten Über-Ich und dem zwischen aggressiver Auflehnung und Demütigung schwankenden Ich auffaßt (FREUD). Für die psychoanalytische Theorie der Zwangsneurose wäre wichtig, daß die Neurose bald nach der ersten, außerhalb der Ehe erfolgten sexuellen Begegnung mit einem Mann erfolgte, die nicht ohne Folgen für sie blieb, weiter, daß die Mutter eine streng religiöse Frau war und als „Über-Ich-Autorität“ sicher geeignet war, Selbstvorwürfe in ihr wachzurufen. Die Sexualität hat durch die Angst der Kranken vor dem Verkehr mit dem Mann, eine gewisse Bedeutung und auch die analerotische Thematik wird in der Anamnese berührt. Wichtiger noch ist die „affektive Geladenheit“ (MAX MÜLLER) der Symptome, die in unserem Fall in vollem Maß jahrzehntelang bestanden hat und in ihrer Intensität das Leben der Kranken vollständig beherrschte. Die Besessenheit vom Ekel einmal, nach E. STRAUS ein konstitutives Moment der Zwangsneurose, durch eine „Abwehr einer Einung mit dem Verwesenden“, dann die „phobische Besessenheit“ (v. GEBSATTEL) und die Angst, nach M. MÜLLER ebenfalls ein primär konstitutives Moment der Zwangsneurose, durchdringen die Persönlichkeit unserer Kranken bis in die äußersten Verästelungen.

Bei angstfreien Phasen von echten Zwangskranken, nimmt man an, daß die Angst durch die Hingabe an den Zwang lediglich gebunden oder vermieden wird (FREUD).

Zu dieser Zwangsneurose, die ja vorläufig eine Krankheit ohne organisches Substrat und vielleicht sogar eine vorwiegend psychogen bedingte Erkrankung ist, trat nun eine Erkrankung, die mit neurologischen Ausfällen einhergeht. Die Diagnose dieser zweiten dazutretenden Krankheit als multiple Sklerose fällt nicht schwer, wenn man sich einmal das schubweise Auftreten der Symptome und die Neigung zu Remissionen betrachtet (1931 Sehverschlechterung des rechten, 1935 des linken Auges, 1939 schwere und Unsicherheit in beiden Beinen, 1948 Auftreten von Anfällen) und bei Wertung der Symptome feststellt, daß sie nicht aus einem einzigen Herd zu erklären sind. Und zwar besteht 1939 ja eine paraplegische Lähmung mit Reflexsteigerung und Pyramidenzeichen in beiden Beinen (wobei die letzteren 1948 noch nachweisbar sind), Symptome also, die nur durch ein Befallensein der Medulla spinalis zu erklären sind, weiter cerebellar-ataktische Symptome, Ausfälle an den Hirnnerven, die durch Herde in der Brücke hervorgerufen sein müssen und cerebrale Herde, wie sie durch die Stirnhirn-

atrophie nahegelegt sind. Die vorhandenen Symptome sind im ganzen auch recht typisch für eine multiple Sklerose, findet sich doch eine beiderseitige, temporale Abblässung der Papillen, Differenz der Bauchdeckenreflexe, ataktische und Pyramidenbahnzeichen sowie psychisch die klassische Euphorie. Die Liquoruntersuchung in der Zeit des akuten Schubes 1939 bringt mit einer leichten Zellvermehrung und schwach positiven PANDY- und NONNE-APELT-Reaktionen einen Befund, wie er sich bei multiplen Sklerosen häufig findet (CURTIUS). Weniger charakteristisch sind die zuletzt aufgetretenen epileptischen Anfälle, doch kommen sie immerhin nach BAU-PRUSSAK und PRUSSAK in 4,8% der Fälle vor. Man wird das Befallensein des Cerebrums selbst, als Ursache der Anfälle ansehen müssen. Das 1939 angefertigte Encephalogramm zeigte einen Hydrocephalus des Ventrikelsystems, was nach CURTIUS bei multipler Sklerose häufig zu finden ist und ebenfalls für eine Mit-erkrankung des Großhirns spricht. Wie stark das Gehirn befallen ist, zeigt die Encephalographie von 1948, die eine ausgesprochene Atrophie des Stirnhirns zeigt, worauf noch zurückzukommen sein wird. Der wirkliche Erkrankungsbeginn ist bei der multiplen Sklerose, ja kaum sicher festzustellen. Die erste Manifestation ist hier in der passageren Sehverschlechterung von 1931 zu suchen. Die Krankheit besteht also bisher über 17 Jahre, ein recht langer Verlauf, wie er bei der multiplen Sklerose aber nicht ganz selten ist.

Der den beschriebenen Fall in pathologisch-anatomischer Hinsicht beherrschende, durch das Encephalogramm nachgewiesene, Stirnhirnschwund veranlaßt, noch andere Erkrankungen in differentialdiagnostische Erwägungen zu ziehen. So wäre an die von ALZHEIMER beschriebene präsente Erkrankung zu denken, bei der es zu einem Abbau von Intelligenzleistungen, verwaschenen neurologischen Herderscheinungen und mitunter auch zu epileptischen Anfällen kommt. Das typische Erhaltenbleiben der Persönlichkeitsfassade hinter der sich schon ein erheblicher Abbau der Merk- und Intelligenzleistung verbirgt, trifft hier zu. Weniger paßt schon, daß die affektive Ansprechbarkeit bei unserer Patientin weitgehend fehlt. Die vorhandenen Symptome sind auch alle sehr scharf charakterisiert und nicht verwaschen, wie man es bei der ALZHEIMERSchen Erkrankung sieht. Die bei unserer Patientin vorhandene Sprachstörung ist bestimmt nicht als eine logoklonische anzusehen, so daß eigentlich nur die Anfälle bleiben, die jedoch auch, wie oben erwähnt, bei der multiplen Sklerose vorkommen. Die sogenannte Pick-sche Krankheit geht in den das Stirnhirn befallenden Formen, mit einem im Encephalogramm sichtbar zu machenden Stirnhirnschwund einher. Doch ist in unserem Fall der Beginn des allerdings langsam einsetzenden Abbaus der Persönlichkeit um das Jahr 1932 anzusetzen, als die Kranke 38 Jahre alt war und hätte über 15 Jahre gedauert, was einem für die

Picksche Krankheit doch recht frühen Erkrankungsbeginn und einem zu langen Verlauf entspräche. Auch ist die Diagnose einer multiplen Sklerose, die alle Symptome erklärt, nach dem oben Gesagten zu sicher, so daß es gezwungen erscheint, noch eine weitere Erkrankung anzunehmen.

Das, was diesen Fall nun interessant macht, ist das Zusammentreffen der Zwangsnurose mit der organischen Erkrankung des Nervensystems und dabei vor allem, die psychische Veränderung, die dadurch bei ihr vorgeht. Die oben geschilderte Zwangsnurose wird bereits 1939 bei der Aufnahme in der Psychiatrischen Klinik nicht mehr beobachtet. Sie erscheint überhaupt nicht in den Krankenblättern, in denen die Anamnese allerdings auch den geringsten Teil einnimmt. Die Erscheinungen einer voll entfalteten Zwangsnurose, bei der Patientin sich täglich hundertmal wäscht, wie es bei unserem Fall früher war, können kaum übersehen werden. Offenbar war die Zwangsnurose zurückgetreten, andere psychische Erscheinungen waren in den Vordergrund gerückt und hatten die Zwangssymptome überdeckt. Unter den diagnostischen Erwägungen 1939 in der Fachklinik des städtischen Krankenhauses, steht zu dieser Zeit, gerade auf Grund des psychischen Bildes, der Verdacht auf einen Stirnhirntumor oben an. Auch in der Nervenklinik 1939 wird eine Zeitlang der Verdacht auf einen raumbeengenden Prozeß der vorderen Schädelgrube ausgesprochen. Neben der allgemein euphorischen Stimmungslage fällt nach dem damaligen Befund eine Taktlosigkeit und gewöhnliche Entgleisungen in der Sprache auf („hier gibts nichts zu fressen“). Diese Enthemmung in dem konventionellen Taktgefüge wird in den folgenden Jahren dann noch deutlicher, als sie es fertig bringt, allen Nachbarn von ihrem Mann die größten Vergehen zu erzählen, so daß er sie betrüge, daß er ihr nichts zu essen gäbe usw. Diese Sprachenthemmung erscheint, wie oben beschrieben auch im Krankensaal 1948, wenn sie vor sich herplappernd beantwortet, was ihre Nachbarinnen vom Arzt gefragt werden. Der Sprachenthemmung steht die Gangstörung entgegen, die es ihr unmöglich macht, die Treppe hinab oder hinauf zu laufen oder auf der Straße und im Krankensaal einen Fuß vor den anderen zu setzen, wobei es vor allem schwierig erscheint, den Anfang zu finden. Die Entgleisungen des Taktgefühls sind typisch für einen Stirnhirnprozeß. Die Unfähigkeit, zu gehen, hat eine agoraphobische Komponente, die als Teil der im ganzen gewandelten Zwangsnurose aufzufassen ist. Die phobische Platzangst wird noch deutlich in dem in der Krankengeschichte geschilderten Versuch, sie in der Mitte eines Vorplatzes allein stehen zu lassen, der doch lebhafte Aufregung bei ihr auslöste. Der Wandel in dem psychischen Bilde betrifft vor allem auch die Zwangsnurose. Am Anfang steht die Feststellung des Ehemannes, daß sie nach 1931, also nach dem anzunehmenden ersten Schub der multiplen Sklerose, allgemein phlegmatischer wurde. Das Wichtigste,

der bis zum Exzeß gesteigerte Waschzwang, hat sich gelegt. Zwar fanden wir sie auch 1948 in der Klinik häufiger im Waschraum als andere Patienten. Aber wenn sie jetzt am Waschbecken steht, so ist das eine mechanische und beinahe spielerische Weiterführung einer alten Gewohnheit, ohne all die komplizierten affektgeladenen Hintergründe eines Zwanges. Diese inhaltlose Weiterführung scheint durch die Unfähigkeit neue Inhalte aufzunehmen und zu realisieren begünstigt. Auch zu Hause hat sie nicht mehr den Drang, sich ständig zu waschen. Der Zwang zur Reinigung erscheint nur noch in einer sozial sogar nützlichen Tendenz, in der Neigung zu stundenlangem Geschirrwaschen. Das, worunter sie als Zwangsneurotikerin vor allem litt, die affektive Spannung, die phobische Besessenheit, sowie die Angst und der Ekel vor jeder Verunreinigung, ist verschwunden.

Das jetzige psychische Bild liegt, was die Affektivität angeht, durchaus in der Linie der indolent-euphorischen Stimmungslage der Kranken mit multipler Sklerose, es erhält eine besondere Prägung aber durch die Inhalte der früheren Zwangsneurose. Die Teilnahmslosigkeit und Abstumpfung, sowie die geistige Einengung gehen hier jedoch über das hinaus, was man sonst auch bei Endzuständen von multipler Sklerose sieht. Man muß hier eher an eine Stirnhirnsymptomatologie denken. Die Herabsetzung der geistigen Initiative ist nach RUFFIN das am häufigsten beobachtete psychische Zeichen bei Stirnhirnkranken. Auch die Gangstörung unserer Patientin muß wohl im Sinne einer Antriebsverarmung gedeutet werden. Weiter sind bei der Kranken Entgleisungen aus dem sittlichen Taktgefüge zu verzeichnen, wie sie bei Stirnhirnkranken nicht selten angegeben werden.

Die Änderung in der Zwangsneurose unserer Patientin soll nun den Ergebnissen der modernen Hirnchirurgie bei den Zwangsneurosen allgemein gegenübergestellt werden. Die Methode von MONIZ, die seit seinen ersten Veröffentlichungen 1936 noch vielfach modifiziert wurde, bezieht eine Ausschaltung beider Stirnhirne unter Durchtrennung des Markweißes in Höhe der Sutura coronaria. Das Ergebnis dieser Operation scheint gerade bei den, wenn man von den sehr umstrittenen Erfolgen der psychoanalytischen Behandlung einmal absieht, therapeutisch früher absolut desolaten Zwangsneurosen, in mancher Hinsicht erfreulich zu sein.

Die Beurteilung der psychopathologischen Veränderungen bei den Leukotomierten ist aber schwer, da die eintretenden psychischen Zustände offensichtlich nicht einheitlich, sondern abhängig sind von der Persönlichkeit und der Krankheit des Operierten und vor allem von der Führung der Schnitte bei der Operation. Der Umfang der durch die Operation ausgeschalteten Hirnteile differiert beträchtlich bei den einzelnen Leukotomierten, wie pathologisch-anatomische Nachuntersuchungen ergeben haben.

MONIZ selbst beschränkt sich vorzüglich auf die Behandlung chronisch agitierter Depressionen. Aus den uns zugänglichen Schriften des portugiesischen Schöpfers dieser Behandlungsmethode, war nichts über die Psychopathologie der operierten Zwangsnurotiker zu erfahren. Den zahlenmäßig größten Überblick bringt das englische Heft *Board of Control: Pre frontal leucotomy in 1000 cases*. Das heterogene Ausgangsmaterial, in dem die Zwangsnurosen nur den kleinsten Teil einnehmen, erlaubt nur wenig Rückschlüsse auf die psychischen Veränderungen im einzelnen. Immerhin werden die Erfolge gerade bei den Zwangsnurotikern gemeldet, von 29 Fällen werden 23 als geheilt oder gebessert bezeichnet. Die psychischen Veränderungen bestanden vor allem in einer Abstumpfung, einem Initiativmangel und einem Mangel an Emotionalität. 30 dieser 1000 Patienten zeigten nach der Operation einen vollkommenen Mangel an Spontanität, waren völlig inert und fügsam.

KALINOWSKY macht über den postoperativen psychischen Zustand ähnliche Angaben, die Leukotomierten zeigen eine außerordentliche Trägheit und Stumpfheit nach seinen Angaben. Ihr Verhalten ist primitiv, wie das eines Kindes. Auch von KALINOWSKY wird der Mangel an spontanen Regungen betont. NYLANDER und SJÖQUIST berichtet in einer Arbeit über „Frontale Lobotomie bei psychischen Erkrankungen“, über die Behandlung von 25 Fällen, darunter 2 Zwangsnurosen. Die Autoren beobachteten nach der Operation „typische Frontallappensymptome“, wie Unbekümmertheit, Euphorie, Nonchalance, Taktlosigkeit, kindliche Neugier und Triebhaftigkeit. Auch die intellektuelle Energie war eingeschränkt, die Kranken ermüdeten schnell und waren in ihrer Aufmerksamkeit leicht ablenkbar. FREEMAN und WATTS stellen auf Grund ihrer großen Erfahrung, als Scilla und Charybdis der Leukotomie, auf der einen Seite gerade bei Zwangsnurosen den Schaden des starken Persönlichkeitsverfallen, dem Gewinn gegenüber, daß der Krankheit der „Gefühlsstachel“ (the emotional sting) genommen sei. Die Affektgeladenheit der Symptome wird entscheidend günstig beeinflußt, da wo sie fehle, ist nach KALINOWSKY auch keine günstige Prognose und Indikation zur Operation gegeben.

MAX MÜLLER hat eine umfassende klinische und psychopathologische Arbeit einer Zwangskranken gewidmet, die er vor und nach der Leukotomie studiert hat. Er bemerkt bei seiner Patientin, daß die Angst und die phobische Besessenheit geschwunden sind, daß die Ängstlichkeit und Unruhe aber noch im Hintergrund lauern. Der Waschzwang ist, wenn auch abgeschwächt, geblieben. Dabei besteht aber eine „gänzlich andere innere Haltung der Störung gegenüber“. Es kam bei ihr zu einem Erlebnis der relativen Freiheit von dem Phobisch-Anankastischen, die Einschränkung des „Müssens, der Nötigung, des Nichtdürfens“ scheint bei den Kranken gefallen zu sein. „Die Gefühlsbeziehung

zum Ich“ ist den Kranken genommen, was seine positive Bedeutung in der Befreiung vom Leiden hat, seine negative in der Verflachung. Die Patientin ist weniger regsam, vielleicht kann man von einer echten Antriebsschwäche sprechen. Die Interessenzuwendung reicht gerade noch für die Dinge ihres engsten Lebenskreises aus. Der Autor hält es nicht für richtig, von einer „Euphorisierung“ zu sprechen, die Stimmung sei eher behaglich, weich und lässig. Es trifft auf eine erstaunliche Diskrepanz zwischen dem Empfinden der Kranken und ihrer Angehörigen, die von einem vollen Erfolg, einer Wandlung wie zwischen Tag und Nacht sprechen und der in Wirklichkeit nur wenig veränderten Struktur der Krankheitsscheinungen. Die soziale Brauchbarkeit macht die Kranke jetzt also so angenehm. Zusammenfassend wird noch von einer Abblendung der sthenischen Elemente, der Durchschlagskraft und des Aggressiven gesprochen.

Die Gegenüberstellung dieser Beobachtungsergebnisse nach der präfrontalen Leukotomie mit den seelischen Veränderungen bei unserer Patientin zeigt zweifelsohne Übereinstimmungen. Auch bei unserer Kranken ist nach der zweiten Krankheit, mit dem weitgehenden Schwund der Stirnhirne, vor allem die Affektivität verändert. Die Abstumpfung, das Fehlen der emotionalen Tiefe sind oben beschrieben worden, ebenso eine gewisse Interesselosigkeit. Die soziale Brauchbarkeit, Ziel und Ruhm der präfrontalen Leukotomie, erscheint bei unserer Patientin beinahe überspitzt, in der Wandlung des Waschzwanges zu der Neigung, das Geschirr nach den Mahlzeiten so überaus exakt zu reinigen. Die Angst und die große Spannung, die über allen Zwangskranken liegt, ist vollkommen zurückgetreten bei der Patientin, genau wie es von den Leukotomierten berichtet wird. Sie leidet nicht mehr unter ihrer Zwangsneurose. Zwar lauert der Waschzwang noch im Hintergrund, aber mehr als mechanische Verrichtung, als automatische Weiterführung, welche sie ohne Skrupel einzustellen vermag, wenn man es ihr befiehlt, ganz wie es auch MAX MÜLLER von seiner leukotomierten Zwangskranken berichtet. Die relative Freiheit dem phobisch-anankastischen gegenüber ist auch bei unserer Patientin gewonnen, „die Gefühlsbeziehung zum Ich“ ist nicht mehr so unbedingt da, so daß sie lachend jetzt sagen kann, sie wisse, sie habe einen Vogel. Daß auch hier ein Persönlichkeitsverfall, wie er bei allen Leukotomierten übereinstimmend beschrieben wird, vorliegt, kann keinem Zweifel unterliegen. Die Schrumpfung der Welt und des Gesichtskreises ist in unserem Fall deutlich. Die echte Teilnahme an den Vorgängen der Umwelt, die über ein plapperndes Reden hinausgeht, ist geschwunden. Gewissen natürlichen Funktionen, wie Essen und Schlafen, sowie die Ordnung und Sauberkeit der unmittelbaren Umwelt werden in einer automatenhaften, unreflektierten Art aufrecht erhalten. Die „Weltoffenheit“, als „Bestimmbarkeit durch das

„So-Sein von Sachen selbst“, welche von SCHELER als die geistige Eigentümlichkeit des Menschen angesehen wird, ist hier verloren gegangen. Die Psychoanalyse bezeichnet diese hohe Sachlichkeit als „Besetzung der Objekte mit Libido“ und beschreibt es dynamisch als höchste Entwicklung der vitalen Zuwendung. Der differenzierte Aufbau einer Zwangsneurose, in dem beinahe jeder Gegenstand mit gefährlichen, schadenbringenden Kräften besetzt ist, hat einer einfacheren, eingeschränkten Struktur der Persönlichkeit Platz gemacht, für die alle Dinge entzaubert sind, damit aber auch jeden Wert und jegliche Anziehungskraft verloren haben. Das Interesse, die Teilnahme an den Dingen als solchen, die letzte, differenzierteste und auch verwundbarste Erwerbung, nach der psychoanalytischen wie auch der phänomenologischen Lehre, scheint bei unserer Patientin mit der Stirnhirnatriphie wie auch bei den Leukotomierten am Empfindlichsten getroffen.

Zusammenfassung.

Bericht von einem Fall von echter, schwerer Zwangsneurose mit ausgeprägtem Waschzwang, der nach 20jährigem Bestehen unter dem schubweise Hinzutreten einer multiplen Sklerose eine charakteristische Glättung und Milderung erfuhr, so daß die gefühlsmäßige Beteiligung und das Leiden an der Zwangsneurose, trotz des Weiterbestehens gewisser Waschhandlungen, zurücktrat. Der encephalographische Befund nach 18jährigem Bestehen der M. S. zeigt eine abnorme Luftansammlung über beiden Stirnhirnen, nach der man annehmen muß, daß das Stirnhirn selbst, bis auf geringe Reste, atrophiert ist. Dieser Befund der weitgehenden Ausschaltung des Stirnhirns durch eine zweite Krankheit, steht in Parallele zur chirurgischen Behandlung der Zwangsneurose durch präfrontale Leukotomie. Die Persönlichkeit der Leukotomierten zeigt entschiedene Gemeinsamkeit mit der des geschilderten Falles, nach Dazutreten der multiplen Sklerose.

Literatur.

BINDER, H.: Zur Psychologie der Zwangsvorgänge. Berlin 1936. — Board of Control: Pre-frontal Leucotomy in 1000 cases. London 1947. — CURTIUS, F.: Multiple Sklerose. Im Handbuch der inn. Med., Bd. V/2. Berlin 1939. — FREUD, S.: Das Ich und das Es. Ges. Schriften, Bd. 6. — GEBSATTEL, E. v.: Mschr. Psychiatr. 99, 10 (1938). — KALINOWSKI, L. B.: Nervenarzt 19, 537 (1948). — MONIZ, E.: Nervenarzt 10, 113 (1937). — MÜLLER, M.: Nervenarzt 19, 97 (1948). — RUFFIN, H.: Fortschr. Neur. 11, 53 (1939). — SCHELER, M.: Die Stellung des Menschen im Kosmos. München 1947. — STRAUSS, E.: Mschr. Psychiatr. 98, 61 (1938).