

Aus dem Hauptstädtischen Institut für Nervenkrankenfürsorge,
Budapest (Direktor: Dr. Gy. SZIRTES)

Zur Phänomenologie und Strukturgenese der sogenannten anankastischen Katatonien *

Von
ALFRED SIMKÓ

(Eingegangen am 22. Juni 1960)

Betrachten wir einige allbekannte, heutzutage schon klassisch gewordene Definitionen der subjektiven Zwangsscheinungen.

K. SCHNEIDER „Zwangszustände sind Bewußtseinsinhalte, die mit dem Erlebnis des subjektiven Zwanges auftreten und sich nicht verdrängen lassen, obschon sie . . . als unsinnig oder als ohne Grund dominierend erkannt werden.“

H. BINDER „Das Erlebnis des Zwanges tritt auf, wenn das Ich durch einen inneren Willensakt vergeblich versucht, einen Störungspychismus (Störungsvorgang) innerlich radikal zu unterdrücken und zunichte zu machen, der als fremdartig und unsinnig erlebt wird, an dessen Zustandekommen sich aber das Ich trotzdem als aktiv beteiligt spürt.“

K. JASPERs hält das Sich-Selbst-Gegenüberstehen des „Ich“ für wesentlich, als es einer Triebregung folgen will und doch zugleich gegen sie kämpft. Es will und gleichzeitig will es nicht. Für die weiteren Ausführungen ist noch diejenige Feststellung JASPERs von Bedeutung, daß unter den erwähnten Umständen das „Ich“ nicht mehr Herr seiner Entscheidungen ist, daß es keinen Einfluß darauf hat, welchen Gegenstand es sich zum jeweiligen Bewußtseinsinhalt (Affekt) machen will. Das „Ich“ stellt sich diesem gegen seinen Willen beharrenden und von ihm nicht verdrängbaren Inhalt kämpfend gegenüber.

Diese Definitionen erfassen die Zwangssphänomene auf Grund von dynamischen und formalen Kriterien. Die dynamische Antipolarität des Störungsvorgangs und des mit ihm strukturell zusammenhängenden Abwehrmechanismus ergibt die Subjekt-Objekt-Spannung und führt zum „ohnmächtigen Kampf“ zwischen dem vom gemeinsamen Subjektzentrum gespeisten „Ich“ und „Selbst“ (PFÄNDER; BINDER). Neben den dynamischen Kriterien erwähnt BINDER als wichtigen formalen Gesichtspunkt den fremden bzw. sinnlosen Erlebnischarakter des Störungsvorgangs und K. SCHNEIDER dessen Erkanntwerden als unsinnig und ohne Grund Dominierenden.

Die Isolierung des Störungsvorgangs von der übrigen Psyche und das aktiv-reflexive Verhalten des „Ich“ sind die entscheidenden formalen Kriterien, während die anderen Eigenschaften, wie das Aufhören des

* Nach einem Vortrag gehalten an der Tagung der Gesellschaft Nord- und Nordwestdeutschen Neurologen und Psychiater, Lüneburg 23. April 1960.

Lenkbewußtseins (K. SCHNEIDER), das Fremdkörpergefühl, die Ambivalenz und Antinomie, ferner das vom „Sich-Rechenschaft-Geben“ (BUYTENDIJK) herrührende Verdoppelungsgefühl, ebenso wie der Verlust des Freiheitsgefühls sekundäre Phänomene sind. Die Kriterien der Zwangspräsenz beruhen auf formal-dynamischen und nicht auf nosologischen Grundlagen, was soviel bedeutet, daß der Zwang Inhalte von verschiedenstem Ursprung und Charakter repräsentieren kann. Beim echten Zwang handelt es sich nach CH. MÜLLER und STENGEL um ubiquitäre und nicht konstitutionsbedingte Reaktionsweisen, welche für keine Psychose spezifisch sind.

In Verbindung mit der Strukturgenese der Zwangspräsenz entstehen zahlreiche grundlegend wichtige Fragen, welche auch heute noch nicht befriedigend beantwortet werden können. 1. Unsere erste solche Frage ist, ob die Zwangspräsenz, welche wir bisher hauptsächlich aus der Perspektive der Ausdruckspsychologie betrachteten, in jedem Falle konflikt- bzw. komplexbedingt sind. Mit anderen Worten: in welchem Maße ist die Rolle der in Frage stehenden Konflikte eine primäre, strukturgenetische und in welchem Grade eine sekundäre, strukturplastische? Spielen die Konflikte auch in der Formalgenese des Zwanges eine Rolle oder liefern sie nur die Thematik? 2. Unsere zweite Frage ist, wie weit sich diese eigentümlichen Automatismen mit den entsprechenden Komplexen decken, bzw. mit ihnen kohärent sind. 3. Führt in jedem Falle die Komplex-Dynamik zur Isolierung bzw. Automatisierung des Störungsvorgangs oder ist auch das Umgekehrte möglich, daß die Komplexsymptomatik nur eine sekundäre Ausgestaltung eines primären Automatismus ist? Diese letztere Frage ist von der Seite der verstehenden und einfühlenden Psychologie schon unbeantwortbar, weil sie die Grenzen der Konsequenz und der Erlebbarkeit für den Interpreten überschreitet. Wir gelangen zum Problem des „weiter Unableitbaren, psychologisch Unbegründbaren“ (GRUHLE) bzw. des „Qualitätsspezifischen“ (v. BAUER). Die genaue phänomenologische Analyse gewisser impulsiver Formen der Zwangspräsenz kann primäre psychomotorische Phänomene (Parakinesen im Sinne KLEISTS) bzw. in Anbetracht der Bewegungspotentialität primäre, erlebnisfreie Impuls- bzw. Antriebsstörungen aufdecken. Es entsteht endlich die 4. Frage: ist eine solche phänomenologische oder strukturanalytische Methode vorstellbar, mit deren Hilfe der letztere Problemkreis besser zugänglich gemacht werden kann, als mit den bisherigen Methoden?

1. Unsere erste Frage ist schon deshalb nicht eindeutig beantwortbar, weil unter dem Sammelnamen der Zwangspräsenz nosologisch und strukturdynamisch heterogene Bilder zusammengefaßt wurden.

Wir begegnen noch heutzutage solchen Psychiatern, die ihre Zwangskranken ohne Ausnahme für „Zwangseurotiker“ halten. Während doch infolge des Polypragmasie-

artigen Gebrauchs dieser von FREUD inaugurierten Bezeichnung „Zwangsnurose“ die Verflachung unseres psychopathologischen Denkens droht.

Die auf Grund des Inhalts erfolgte Klassifizierung der Zwangspänomene (z. B. Arithmomanie, Isolierungszwang, Waschzwang, Ordnungszwang, Sicherungszwang, Kontrollierungszwang, sakrilegische Obsession, usw.) kann zwar bei der deskriptiven Schilderung einer Krankheitsgeschichte wichtig sein, aber vom strukturdynamischen Gesichtspunkte aus sagt sie sehr wenig. BINDER unterscheidet Zwangsvorstellung (KRAFT-EBING), Zwangsenken (WESTPHAL) und Zwangsimpulse, zu denen wir noch den von K. SCHNEIDER erwähnten Zwangsaffect hinzufügen können. Die dynamische Bedeutung dieser Einteilung ist schon viel größer. In klinischer Beziehung unterscheidet BINDER die psychogenen Zwangspänomene von den organischen. Zu den ersten zählt er die eigentliche (allopathische) Zwangsnurose und die konstitutionelle Zwangspsyhopathie. Für beide ist die Konflikt-Bedingtheit charakteristisch, aber bei den ersten ist die zwangsnurotische Entwicklung überwiegend „milieubedingt“ und die Anlage spielt nur eine untergeordnete Rolle, während es sich bei der Zwangspsyhopathie um eine pathologische Charakterentwicklung handelt, welche auf dem Grunde einer abnormen (anankotropen, sensitiven oder manchmal auch anderen) Persönlichkeit erfolgte. Im Gegensatz zu den psychogenen Formen, bei welchen BINDER die integrative Schwäche des vitalen Beharrungstriebes postuliert, stellt er bei den organischen Zwangskrankheiten die „dynamische Insuffizienz der geistigen Stellungnahme“ in den Mittelpunkt der Funktionsstörung. Bei den letzteren fehlt im allgemeinen die Konfliktbildung ebenso wie die angsthafte Ladung, und der Inhalt des Zwanges ist in der Regel banal, trivial. BINDER erwähnt in seinen Mitteilungen gesondert die bei depressiven und schizophrenen Krankheitsbildern auftretenden Zwangspänomene. K. SCHNEIDER sucht in der abnormen (besonders in der von ihm „selbstunsicher“ genannten) Persönlichkeit die Bedingungen der Zwangsbereitschaft.

v. GEBSATTEL beschreibt die anthropologische Struktur der eigenartigen Welt der Zwangspsyhopathen. Er sieht den Kern des Zwangssyndroms in der „phobischen Besessenheit“. Er hebt die Bedeutung der Störung des Handeln-Könnens und der Störung des zeitlichen Erlebens hervor, ferner auch die physiognomisch-dynamischen Beziehungen der Störung des elementaren Rapports. Er führt den Begriff des „Anteidios“ ein, als den Inbegriff der gestaltfeindlichen Mächte, welche die Welt der Zwangskranken beherrschen. Er erkennt die „reduzierte Struktur“ der anankastischen repulsiven Gegenwelt. Das „basale Grundgeschehen“ sieht auch STRAUS — gleich v. GEBSATTEL — in der vitalen „Werdenshemmung“ und in der Störung der „erlebnisimmanenten Zeit“.

2. Das Aufwerfen des Kohärenzproblems der Komplexbedingtheit, der Formalgenese und des Ausdrucksgehalts erweckt in uns den begründeten Verdacht, ob nicht die Interpretationen der ausschließlich nach Verstehen trachtenden Tiefenpsychologie in gewissen Fällen eine vom Gesichtspunkte der Strukturgeneze aus grundlegend wichtige Kluft überspringen. Besonders das Problem der mit Schizophrenie legierten anankastischen Syndrome (JÄHRREISS; HASCHE-KLÜNDEE; K. SCHNEIDER; CH. MÜLLER; STENGEL; ROSEN; MÜLLER-HEGEMANN; STEINER u. a.) nährt in uns diese Skepsis.

3. Daß in der Formalgenese gewisser Zwangspänomene eine etwaige primäre Impulsstörung (GRÜHLE) die Hauptrolle spielt, ist nach dem Aufwerfen der obigen Frage vielleicht keine zu kühne Vorstellung mehr.

Von der „verstehenden Psychologie“ wurde OPPENHEIMS alte Definition außer acht gelassen, nach welcher in den Zwangssphänomenen solche Vorstellungen eine Rolle spielen, die „nicht assoziativ entstehen, sondern mit Gewalt eindrängen“. Und doch gewinnt diese Definition eben in den im folgenden zu besprechenden Fällen der „anankastischen Katatonie“ mehr oder weniger Geltung dort, wo die zentrale Dynamik autochthone Dominanz zeigt und ihre assoziativen Korrelationen mit der Persönlichkeitsstruktur sekundär zu sein scheinen. JÄHRREISS wirft die Frage auf: „Haben die Zwangsvorstellungen im Verlauf der Schizophrenie irgendwelche Beziehungen zu katatonen Symptomen?“

4. Was die Methodologie der Untersuchung anbelangt, müssen wir auf drei wichtige Prinzipien hinweisen. A. Wir müssen unsere Beobachtungen mehr nach den atypischen Formen der anankastischen Bilder ausdehnen. B. Es muß die von BINDER ausgeführte dynamische Aufteilung der Zwangssphänomene vor Augen gehalten werden. C. Besondere Aufmerksamkeit muß den Veränderungen der psychodynamischen und phänomenologischen Struktur der Krankheitsbilder geschenkt werden. Hier muß besonders auf CONRADS Methode hingewiesen werden, die er als Gestaltanalyse der Wahnphänomene der beginnenden Schizophrenie vorlegte.

Eine moderne psychopathologische Anschauung kann sich damit nicht begnügen, bei einem an „anankastischer Neurose“ leidenden Patienten das Auftreten von schizophrenen Symptomen mit deskriptiver Einfachheit zu konstatieren und dann die Diagnose von „Neurose“ auf „Schizophrenie“ zu korrigieren. Es entsteht die Frage, ob nicht schon das Prodromalstadium das spezifisch Schizophrene bzw. Katatone enthält, das nur in der späteren Phase zum Vorschein kam, um mit CONRAD zu reden, „offenbar wurde“. Aus der Literatur, aber auch aus unseren eigenen Erfahrungen, kennen wir solche schizophrene Psychosen, welche von Zwangssphänomenen eingeleitet wurden, oder für Zwangsnurose gehaltene Zustände, welche in Schizophrenie übergingen. Letztere kommen in CH. MÜLLERS Krankengut in 15% vor. Die anankastischen Phänomene beharren manchmal auch im weiteren Verlaufe der Psychose (was nach CH. MÜLLER und STENGEL ein Zeichen der Benignität ist) und verbllassen oder verschwinden hauptsächlich nur während der schwereren Dissoziation der Persönlichkeit, im Laufe des Verfalls seines Gefühlsniveaus. Das Vorkommen der anankastisch (obsessiv) schizophrenen Bilder ist verhältnismäßig selten. (JÄHRREISS fand unter seinen 1000 schizophrenen Patienten nur bei 11, ROSEN unter 848 solchen Kranken bei 30 Zwangssymptome. CH. MÜLLER fand im 25jährigen bettlägerigen und poliklinischen Gesamtmaterial der psychiatrischen Klinik Zürich-Burghölzli nur 57 Zwangsschizophrenen.)

Nach STENGEL dient der Zwang als Barriere gegen die unerlaubten Triebregungen. In der Psychose sollte das unverhüllte Aufbrechen dieses unbewußten Strebens der Persönlichkeit erfolgen.

Der in den schizophrenen Krankheitsbildern vorkommende Zwang kann also um strukturell sehr verschiedene Strörungsprozesse auskristallisieren. v. GEBSATTEL macht auf die Form des angsthaft-depressiven Grübelzwangs aufmerksam, welche die Derealisierung verhüllt. Bei einer meiner Patientinnen nahm das Derealisationserlebnis die repulsive Form des Fragezwanges an. Bekannt sind die zwingenden Selbstmordimpluse der Ängstigen, die Zweifel des Wahnkranken gegenüber seinen eigenen Wahnsideen, ferner der Zwangsscharakter der Sinnestäuschungen der halluzinierenden Schizophrenen (WYRSCH). Bei einem jungen Patienten, der an einem subakuten heboid-paranoiden Prozeß litt, beobachtete ich solche Zwangsvorstellungen, welche aus den Faktoren des Kastrationskomplexes und der akommunikativ-mitmenschlichen Konflikte bestanden. Wir kennen aber auch Zwangsschizophrenien von komplizierter Struktur. Von den letzteren möchte ich diejenigen Bilder unterscheiden, wo die anankastischen Mechanismen, genauer Zwangsimpulse, larvierten katatonen Automatismen entsprechen. Von meinen anankastisch-schizophrenen Kranken möchte ich zwei Fälle erwähnen, wo die eigentümliche Gestaltwandlung, welche zwischen Zwang und Katatonie mehrere Male verfolgt werden konnte, besonders deutlich auf die strukturodynamische Identität hinweist. Diese zwei Krankheitsfälle sind Schulbeispiele des Abbaus der Zwangsimpulse, ebenso wie des Wiederaufbaus der Zwangsimpulse aus elementaren Impulsstörungen.

Ich bespreche kurz den Krankheitsverlauf dieser beiden Kranken.

Fall 1. (Hauptstädtisches Inst. f. Nervenkrankenfürsorge, Budapest III.—323/1952.) S. F. Beamterin, die Frau eines Fabrikwerkführers, geboren 1927. Ihre Eltern waren unbemittelte Erdarbeiter auf dem Lande, sie hatten nur die Elementarschule besucht. Die Kranke übersiedelte als kleines Kind mit ihrer Familie in die Hauptstadt. Sie wurde religiös erzogen („Das Kirchengehen wurde mir anerzogen“). Als Kind war sie von flinker Bewegung, von rascher Auffassung, ehrerbietig und eher mit ihrer Mutter verbunden. Die vier Klassen der Bürgerschule absolvierte sie mit gutem Erfolg. (Sie lernte leicht, sowohl nach dem Hersagen, als auch nach dem Lesen.) Von ihren Angehörigen stand ihr um 4 Jahre älterer Bruder ihr am nächsten, der ihr mehr Sicherheit bedeutete, als ihre wegen ihrer materiellen Sorgen fortwährend zankenden Eltern: die energielose Mutter und der leichtsinnige, dem Wettrennen leidenschaftlich frörende, grobe Vater. Als sie 13 Jahre alt war, wurde ihr Selbstgefühl auf eine erniedrigende Weise verletzt: der Vater schickte seine ältere Tochter um Schnaps, die, die allgemeine Empörung der Familie sehend, sich zuerst weigerte den Wunsch zu erfüllen, dann aber auf den Befehl des Vaters sich doch auf den Weg machte. Die Kranke rief ihrer Schwester nach, daß es genügen wird, wenn sie statt eines Deziliters nur ein halbes bringt. Nachdem sie in der Tat nur mit einem halben Deziliter zurückkehrte, rächte der Vater an der Kranke die Verletzung der elterlichen Autorität: er versetzte ihr eine Ohrfeige, daß ihr die Nase zu bluten anfing. („Ich weiß ganz gut, daß ich als die

Kleinste mich nicht hätte in die Sache mischen dürfen, aber ich war eigensinnig. Ich meinte es gut, denn wir hatten so wenig Geld! . . . Nach diesem Vorfall würdigte ich meinen Vater drei Tage lang keines Blickes!“) Von da an war sie ihrem Bruder noch mehr zugetan (Wälsung-Komplex). — Sie war 16 Jahre alt, als sie mit einem Freunde ihres Bruders, der um 3—4 Jahre älter war als sie, in eine leidenschaftliche Gefühlsverbindung geriet. Ihre Gefühle hielt sie für eine Todesstunde. („Es kostete mir viel Mühe, meine Gefühlsausbrüche niederzuringen“.) Dieses „platonische“ Verhältnis dauerte anderthalb Jahre. Die Familie befürchtete die Gefahr einer frühen Ehe und bewog den der Kranken nahestehenden Bruder, den einzigen, dessen Mahnungen sie bedingungslos zu folgen bereit war, das für unpassend gehaltene Paar zu trennen. Das Abraten hatte Erfolg: die jungen Leute brachen miteinander. („Ich besiegte mich selbst!“) Von da an trafen sie sich nicht mehr. Der junge Mann rückte ein halbes Jahr später zum Frontdienst ein, von wo er nicht mehr zurückkehrte. Einige Wochen nach dem Empfang der Todesnachricht rückte der geliebte Bruder der Kranken zum Kriegsdienst ein. Monatelang waren sie ohne Kunde über ihn; im Januar 1945 wurde er bei der Belagerung von Budapest tödlich verwundet. Die Kranke erhielt nur 2 Monate später die tragische Nachricht, welche sie noch tiefer erschütterte als die vorige. — Einige Monate später begegnete sie einem Jugendfreunde, einem anderen gleichaltrigen Freunde ihres gefallenen Bruders, ihrem gegenwärtigen Manne. Es kam eine gegenseitige Gefühlsverbindung zustande. („Ich liebte ihn vielleicht darum so sehr, weil er mit meinem Bruder befreundet war.“) Nach einem Jahr verheirateten sie sich gegen den Willen der Mutter der Kranken. — Die ersten Jahre ihrer Ehe nennt sie glücklich. Ihr Mann ist von zärtlicher Natur; er verbrachte mit ihr jede freie Minute, sie gingen oft miteinander zum Vergnügen. Er überhäufte sie mit Büchern und ließ sie einen Handelsfachkurs absolvieren. Sie gingen oft in die Oper. (Die Kranke fühlte sich besonders von den bewegten Massenszenen angezogen, sie liebte die Balletts. Aber auch von der Unbeweglichkeit der Schlußszene der Aida wurde sie ergriffen: „Ich fühlte darin die Entzagung, das allmähliche Erstarren in den Tod!“) Sie verließ rasch das Kulturniveau ihrer Eltern und Geschwister, sie trennte sich von ihnen. Das Zusammenwohnen mit den Eltern ihres Mannes (in deren Familienhaus) führte zu einer sich steigernden Spannung. Ihr Schwiegervater war dem Trunk ergeben, ihre Schwiegermutter stimmte ihren Sohn gegen sie. Die Kranke wurde inzwischen schwanger. Als sie das erfuhr, befaßte sie sich mit Selbstmordplänen. Nach der Geburt ihres ersten Kindes wurde die Harmonie der Familie vorübergehend hergestellt. In den folgenden 3 Jahren hatte die Kranke nur leichte nervöse Beschwerden, welche mit ihrem Basedow-Struma erklärt wurden; 1949 wurde sie auch operiert. Während ihrer zweiten Schwangerschaft 1951 verschärfte sich wieder die Konfliktsituation in der Familie. Obwohl die Kranke bemüht war, mit den Eltern ihres Mannes in freundlichen Verhältnissen zu stehen, im Innersten haßte sie sie. Vom fünften Monat der Schwangerschaft an sprachen die Kranke und die Eltern ihres Mannes kein Wort mehr miteinander. Tagsüber lebte sie, sich selbst überlassen, neben den unversöhnlichen Alten, sprach nur mit ihrem kleinen Sohn und wartete auf ihren abends heimkehrenden Mann. In ihrer Schwangerschaft sah sie den Verlust ihrer Freiheit. Es schien ihr, daß in erster Linie dieser Umstand sie an die verhaftete Umgebung fesselt und zur quälenden Untätigkeit verdammt. Freunde, Verwandte besuchten sie zu dieser Zeit nicht. Ihr Mann versuchte vergebens die Gegensätze zu schlichten. Anscheinend stand er ihr bei. — Ihren Sohn gebar sie im März 1951. Sie glaubte, des gesunden Kindes sich nicht mehr erfreuen zu können. Es schmerzte sie, daß die Eltern ihres Mannes sie während ihres Aufenthalts im Spital nicht besuchten. Sie zeigten zwar nach ihrer Heimkehr Versöhnlichkeit, aber die Kranke hielt das nicht mehr für aufrichtig. Sie wurde unruhig, ein sich steigerndes inneres Spannungsgefühl ergriff sie, endlich

entstanden bei ihr in der dritten Woche ihres Wochenbetts auf das Töten ihres neugeborenen Kindes gerichtete imperative Antriebe in Begleitung von heftigem Angstgefühl. Sie kam in die geschlossene Anstalt, wo sie eine Elektroschock-Behandlung erhielt. Nach 6 Wochen wurde sie angeblich symptomfrei entlassen. 10 Monate später machte sie einen Suicid-Versuch nach einem unbedeutenden Wortwechsel mit ihrem Manne. Sie wurde wieder 10 Wochen lang in der Irrenanstalt behandelt und beobachtet. Hernach kam sie 3 Jahre lang nicht wieder in die Anstalt. Inzwischen zogen sie in eine neue Wohnung zusammen mit den Eltern der Kranken, die wegen eines unbedeutenden Mißverständnisses mit dem um 5 Jahre älteren Bruder der Kranken die Verbindung abgebrochen hatten. Seit ihrer zweiten Behandlung in der Anstalt gewann sie ihre Beschwerdefreiheit nicht mehr zurück. „Schlechte Gedanken“ überfielen sie. Sie fühlte „sonderbare Kräfte“ in sich, welche sie zum Töten ihrer Kinder antrieben. Da wurde sie von heftiger Angst ergriffen. Im Januar 1955 wurde sie von den imperativen Antrieben in perfekte Mordversuche gerissen. Sie konnte kaum am Erwürgen ihrer Kinder und ihrer Mutter verhindert werden. Manchmal lag sie stundenlang fast regungslos in ihrem Bett, klagte über heftige Kopfschmerzen und über ein sonderbares Gefühl: es war ihr, als ob sie jemand oder etwas gegen ihren Willen zum Mord zwingen wollte. Dann sprang sie plötzlich ohne jeden Grund wütend auf, überfiel ihre Angehörigen, bewarf sie mit Gegenständen, die ihr in die Hand gerieten, warf sich auf sie, würgte, kratzte und biß sie und zerbrach Fenster und Spiegel. In diesem abwechselnd stuporösen und aggressiv-hyperkinetischen Zustand kam sie zum dritten Male in die geschlossene Anstalt, wo auf die Einwirkung der sechswöchigen Pflege und der erneuten Elektroschock-Behandlungen ihre psychomotorische Unruhe allmählich aufhörte, ihre Impulsivität in mit inneren Willensakten bekämpfbare Zwangsgedanken überging, welche später auch verblaßten, aber in ihrer Stärke eine Fluktuation zeigten. Nach einem halben Jahr kommt sie zum vierten Male in einem mit Zwangsantrieben behafteten Erregungszustand in die geschlossene Anstalt, wo sie eine dreiwöchige Behandlung (Insulin-Subcoma) erhält. Im Sommer 1956 eine neue Rezidive: vor ihrem Zwang „fliehend“ rannte sie von ihrer Wohnung geradeaus zur Donau und stürzte sich von einer Brücke ins Wasser, doch wurde sie schnell gerettet; sie kam zum fünften Male in die Irrenanstalt. Nach ihrer binnen einigen Wochen erfolgten Remission nahm sie auch ihre Arbeit wieder auf. Sie verblieb in einem relativ guten Zustand. – Im Sommer 1957 eine extramatrimoniale libidinöse Bindung zu ihrem Chef ohne sexuellen Kontakt. Unter der Last ihrer Selbstvorwürfe gesteht sie die Sache ihrem Manne, der ihr versicherte, ihr vollständig vergeben zu haben. In der nachfolgenden Zeit hatte sie nur blasses Zwangsgedanken. Im Januar 1958 war sie nach dem Sehen eines tödlichen Straßenbahnunfalls einige Tage deprimiert, dann gelangte sie nach einer kurzen angsthaften-anankastischen Phase wieder in den gewohnten impulsiv-aggressiv-hyperkinetischen Zustand und verübte Selbstverletzungen. Ihre Jaktationen schlügen in stuporöse Episoden um, während derer die Kranke eine leere Euphorie zeigte, neben bizarren paramimischen Manifestationen. Wegen ihrer Nahrungsverweigerung kam sie zum sechsten Male in die geschlossene Anstalt, wo sie wieder eine Elektroschock-Behandlung bekam. Im Sommer 1958 folgende Rezidive: anankastisches Prodromalstadium, dann in depressiven Stupor übergehende impulsiv-hyperkinetische Unruhe. Ihre achte Behandlung (mit Elektroschock verbunden) in der geschlossenen Abteilung dauert 3 Monate. Sie verließ die Anstalt in guter Remission, aber nach 5 Wochen während ihres Prämenstruums (als ihre anankastischen Unruhen immer ausdrücklicher zu werden pflegten) trat eine neuere hypermotile Rezidive auf. Wir stellten sie in eine mit intensiver Psychotherapie verbundene ambulante Phasein-Behandlung ein. Sie gibt an, daß sie aggressive Antriebe nur gegenüber denjenigen fühlt, die sie liebt, die zu ihr gut sind. (Bei einer

Gelegenheit ergriff sie das Papiermesser auf meinem Schreibtisch und überfiel mich damit; dann, nach einem heftigen Affektausbruch, beruhigte sie sich.) Ihr Zustand fluktuierte trotz der Phasein-Behandlung. Manchmal entsprangen ihren angsthaften Zwangszuständen raptusartige explosive Episoden und diesen folgten minutenlang dauernde chaotische Jaktationen. Nachdem sie einige Wochen lang beschwerdefrei war, wurde sie im Prämenstruum wieder aggressiv — diesmal gegenüber ihrer Mutter —, dann beging sie einen Selbstmordversuch durch das Einnehmen von Arzneimitteln. Ihr Geordnetsein dauerte nur einige Wochen. In einer völligen Rezidive kam sie auch zum neunten Male für 10 Wochen in die geschlossene Anstalt, wo sie eine Chlorpromazin- und Insulin-Behandlung erhielt. — Während des seitdem vergangenen Jahres hat sie blasse Zwangsgedanken, besonders zur Zeit des Prämenstruums. Trotz der normalen Blut-Calcium- und Blut-Kalium-Werte wenden wir in der zweiten Hälfte des Intermenstruums eine niedrigdosierte AT 10-, Chlorpromazin-, Calcium- und Progesteron-Behandlung an. (Die Laboratoriumsuntersuchungen zeigten nur die Verminderung des mit dem Urin ausgeschiedenen gonadotropen Hormons.) Während der psychotherapeutischen Beschäftigungen trachten wir die aggressiven Impulse in eine lebensgeschichtliche Perspektive gestellt zu interpretieren und die Kranke zu deren teilweiser Anerkennung zu bewegen. — Die Kranke ist in ihren Remissionszuständen im allgemeinen heiter, gefühlvoll, aber sie spiegelt eine Zurückdrängung, eine stetige Abbremsung ihrer Affektspannungen. Ihr Gesichtsausdruck, ihre ein wenig gespannte Skelettmuskulatur weisen auf eine aktiv-motorische Selbstbezwigung hin. Auf die Einwirkung ihrer flüchtigen Zwangsgedanken zeigt sie oft eine leichte Angst. Da meidet sie die scharfen Gegenstände. — Ihr Erlebnistyp ist ausdrücklich motorisch-kinästhetisch: ihre Reminissenzen enthalten hauptsächlich mimische, pantomimische, ebenso wie allgemeine kinetische und prosodische Elemente. — Sie berichtet über oft wiederkehrende unruhige Trauminhalte: sie muß immer rasend laufen, sie weiß nicht warum, woher und wohin. Ihr Weg führt durch bis zu den Knien, bis zur Hüfte reichende Sumpfe und Schlammeere. (Die bisher vorkommenden Diagnosen der Kranken: „Psychosis puerperalis“, „schizoide Psychopathie“, „Psychosis anancastica“, „Schizophrenie“, „Schizophrenie, depressiver Stupor“.)

Fall 2. (Hauptstädtisches Institut f. Nervenkrankenfürsorge, Budapest III. — 128/1957.) F. I. Gymnasiallehrerin der Mathematik und Physik (geboren 1906), unverheiratet. In der Familie ist keine erbliche Belastung von psychiatrischer Bedeutung bekannt. Ihr Vater war Stadtbeamter, ihre Mutter Hausfrau. Ihre Schwester war um 3 Jahre älter, ihr Bruder um 3 Jahre jünger als sie. An sie und an ihren Bruder stellte die Familie hohe geistige Ansprüche, während ihre Schwester nur der Mutter behilflich war. Ihre Studien absolvierte sie in einer Kongregationsschule. Sie war mit ihrem Vater verbunden, der ihrer Meinung nach ihr ähnlich „ein egoistisches, bequemliches und müßiges Leben führte“. Die strenge religiöse Erziehung machte sie von Anfang an zum Sklaven übertriebener religiöser Prinzipien und Imperative. Jene Sonntagmorgen, als sie mit ihrem Vater in der Kirche verweilen durfte, gehören zu ihren impressionierenden Erinnerungen. Gegen ihre Mutter, die eine Jüdin war und sich erst nach der Geburt ihres ersten Kindes taufen ließ, hatte sie Antipathie. („Obwohl meine Mutter immer bereit war, mir auch das schwerste Opfer zu bringen, sie konnte mir keine religiöse Erziehung geben. Trotzdem war ich in der Familie die religiöse.“) Ihre religiösen Skrupel meldeten sich früh: sie hielt ihre Gedanken, Wünsche und Gefühle immer mehr für Sünden, von denen sie nur in der Beichte erlöst wurde. Mit ihren Geschwistern konnte sie keine verständnisvolle Verbindung finden. („Sie waren Menschen anderen Schlages, sie gingen andere Wege.“) Seit ihrem Pubertätsalter ist sie minutiös pedant, übertrieben gewissenhaft. Ihre früh sich meldenden sexuellen Begierden erweckten bei ihr schwere Schuld-

gefühle. Trotzdem wurde sie von ihrer Masturbationsleidenschaft versklavt. („Im Kampfe gegen mich selbst unterlag ich immer“.) Ihre Eltern schickten sie in die Tanzschule, wo sie oft nicht hinkam, weil eine „unbedeutende Restanz im Lernen“ sie hinderte, die sie, wie es sich später herausstellte, binnen einigen Minuten erledigen konnte. — Sie war 18 Jahre alt, als der 34jährige Verehrer ihrer Schwester einmal mit ihr tändelte und sie trotz ihres Protests auch küßte. Dieses Erlebnis begleitete sie als unverzeihbare Sünde gegen das sechste Gebot ihr ganzes Leben hindurch. Seitdem verschärft sich noch mehr bei ihr die Betrachtung ihrer selbst, ihrer Taten, Vorsätze und Gefühle in der Bipolarität von „Gut“ und „Böse“. Die Linderung ihrer sich steigernden Unruhe erhoffte sie vom häufigen Beichten. Ihre Mittelschul- und Universitätsstudien absolvierte sie mit Lob. Im Alter von 35 Jahren wurde bei ihr wegen eines Myoms eine Uterus-Amputation durchgeführt. Die nachfolgende Amenorrhöe nahm sie niedergeschlagen zur Kenntnis. — Zum ersten Male kam sie im Mai 1957 in die psychiatrische Ambulanz. Ihre schweren Beschwerden bestanden damals schon seit einem Jahre. Sie berichtete über die Störung des Allgemeinbefindens, schnelle Ermüdung, Willensschwäche, Entschlußunfähigkeit. Es schien ihr, daß ihre bis dahin nur religiösen Skrupel auf ihre ganze Tätigkeit ausstrahlten. Sie befürchtete, daß sie ihren Lebensberuf nicht mehr erfüllen können wird. — Ihr somatischer Status war durch asthenischen Habitus, schwache Ernährtheit, geringes diffuses Struma, mäßigen Exophthalmus, Tachykardie (114/min), Hypertension (200/100 Quecksilber/mm), feinschlägigen Handtremor und allgemeine vaso-vegetative Labilität charakterisiert. Im Vordergrund des psychischen Bildes stand erhöhte Reizbarkeit, schwankende Unruhe, labile Stimmung, Unschlüssigkeit, schwere innere Spannungen spiegelnder Gesichtsausdruck, extrem ambivalentes Willensleben und dementsprechend zwanghafte Skrupulösität. — Auf die ambulant durchgeführte Sedaraupin- und Östrogenbehandlung beruhigte sie sich binnen einigen Wochen, ihre Tension und Pulszahl wurden normalisiert, ihre hyperthyreotischen Symptome verminderten sich, sie nahm an Gewicht zu. Ihre zwanghaften Zweifel mäßigten sich kaum. Beim Warten war sie ungeduldig; sie weigerte sich, ihre Arzneimittel einzunehmen. Ihre auf das Zurückgewinnen ihrer psychischen Sicherheit bezüglichen skeptischen Fragen wiederholte sie mit perseverativerem Charakter, unsere Anweisungen nahm sie zweifelnd, opponierend auf. Sie blieb auch bezüglich der Einsicht ihrer Krankheit ambivalent. Mehrmals fragte sie, ob das, was wir für eine Krankheit halten, nicht nur „Bosheit“ ist und ob sie nicht eher Schläge bedarf. Ihre ungestüme Fragerie nannte sie manchmal „absichtliche Arztquälerei“, ein anderes Mal „sündhafte Verstellung“. Ihre Willensschwäche hieß sie im einen Augenblick Krankheit, im anderen Trägheit, Faulheit. — Die Neurolepsie hatte eine einige Monate dauernde Remission zur Folge. Die Kranke aber setzte das Einnehmen der Heilmittel eigenmächtig ab und meldete sich einen Monat nachher wieder in schwer psychotischem Zustand. Ihr angsthaftes, erregtes Benehmen war von ungestümen aggressiven Oppositionen und improduktiver, perseverierender Fragerie beherrscht. Ihre Rede und ihre Aktivität stockten immer, häufiges Steckenbleiben und schubartiges Vorstoßen machten ihre Aktivität zerrissen. Den Abschluß ihrer Entschlußakte vereitelten fortwährend Kontrastimpulse. Der Zustand der Kranken verschlimmerte sich innerhalb 1—2 Tagen auf eine foudroyante Weise. Infolge der totalen expressiven Ambivalenz stockten ihre Assoziationen infolge der Sperrungen, ihre elementaren Willkür- und Ausdrucksbewegungen wurden durch antagonistische, negativistische Sperrungen verhindert. Charakteristisch war der Händedruck der Kranken: zögerndes, langsames, abschnittsweises Hinreichen der Hand, beim Erfassen ihrer Hand negativistisches Zurückziehen und dann beim Loslassenwollen ein krampfhaft sich hinziehendes Drücken. Sie kam in die geschlossene Anstalt, wo sie eine Chlorpromazin Elektroschock-

Behandlung erhielt. In 4 Monaten eine gute Remission. Nachher nahm sie die Arbeit wieder auf. Ihr Zustand zeigte nach der Information ihrer Angehörigen keine Abweichung von ihrem vor der Psychose bestehenden anankotropen Charakter. — In Frühjahr 1959, nach dem Absetzen der bis dahin in Erhaltungsdosen verabreichten Neuroleptika steigerte sich neben dem Aufflammen ihrer hyperthyreoiden Symptome ihre initiativ-motorische Störung wieder bis zum psychotischen Grade. Ihre Angst und ihre ambivalente Unruhe verschlimmerten sich binnen wenigen Tagen: sie tadelte ihre Ärzte, weil diese sie in den Krankenstand zu setzen vorschlugen statt „körperlicher Züchtigung“. „Sie sind schuld daran, daß ich nicht arbeiten kann! Sie allein sind dafür verantwortlich. Sie hätten mich überreden sollen, daß ich weiterarbeite . . . Ich bin aus mir herausgefallen . . . Wenn Sie mir Injektionen geben, dann wird meine Wäsche voll mit Flecken und inzwischen sieht man zum Fenster herein. Am Fenster sollte ein dichterer Vorhang sein, damit man nicht hereinsieht!“ „O weh! Ich habe keinen Stuhlgang! Ich werde ein Abführmittel einnehmen. Es genügt abends eine Tablette, nicht wahr? . . . Nein, ich werde es doch nicht einnehmen! Nein . . . ich werde es nicht einnehmen . . . wozu? Ich hätte lieber zu meinem Beichtvater gehen sollen und nicht zum Arzt! . . . Ich benehme mich so albern! . . . Wissen Sie, aus Bosheit. Ich mache alles nur so . . . ich verstelle mich. Das hätte ich jetzt nicht verraten sollen . . . das alles ist Lüge! Man hätte mich totschlagen sollen, weil mich das müßige Leben zu dem gemacht hat, was ich bin. Ich bin schuld daran. Ich bin träge und böse geworden . . . Ich fürchte mich vor der Klassifikation, ich fürchte mich vor den Kindern.“ „Mir fehlt gar nichts. Ich bin nicht krank. Man sollte mich arbeiten lassen und gut durchprügeln! . . . Verordnen Sie mir ein Abführmittel! Der Stuhl kommt nur zur Hälfte aus mir heraus. Er kommt heraus, und kommt auch nicht . . .“ (Im Rahmen einer Organempfindung ambivalent erlebte Schmutzphysiognomie.) Bei der Erwähnung ihres Masturbationskomplexes sagt sie: „Warum berühren Sie diese Frage? Darüber darf ich nur mit meinem Beichtvater sprechen. Dieses sind sündhafte Sachen, worüber man nicht einmal sprechen darf!“ Nach einem zweiwöchigen Aufenthalt in der Neurose-Abteilung muß sie in die geschlossene Abteilung versetzt werden, wo sie 2 Monate lang behandelt wurde (Elektroschock + Insulin + Chlorpromazin). Sie wurde in kompensiertem Zustande entlassen. Mit Tranquillanten und später mit niedrigdosiertem Phasein behandelt, konnte sie ihr Lehramt gut versehen. — Nach einem ungefähr ein halbes Jahr dauernden Remissionszustand rezidierte sie mit dem bei ihr schon zweimal beobachteten psychotischen Bilde und kam in die geschlossene Anstalt zurück. (Die bisher vorkommenden Diagnosen der Kranken: „Psychopathie“, „Neurosis anxietatis“, „Schizophrenie“, „Psychosis climacterica“, „Schizophrenia katatonica pseudoanancastica“.)

Der Erlebnistyp der ersten besprochenen Patientin ist ausdrücklich motorisch-kinästhetisch. Ihre Triebhaftigkeit und die bei ihr zugleich bestehende Unfähigkeit zur „selbstlosen Hingabe“ und zum „Sich-Zurückziehen“, ebenso wie zur affektiven und motorischen Entladung machen ihre Persönlichkeit widerspruchsvoll. Sie mißt sich nach strengen moralischen Normen. Mit ihrem Bruder ist sie stark verbunden (Wälsung-Komplex) und diese Anhänglichkeit wird durch die negative Gefühleinstellung gegen ihren Vater noch verstärkt. Ambivalente Gefühle verbinden sie mit ihrem als Bruder-Imago gewählten Bräutigam; ihr Schuldgefühl meldet sich immer unverhüllter. Das Brechen mit ihrem Bräutigam, was sie unter dem Einfluß ihres Bruders vollführt, ist ein ausgesprochen innerer-motorischer Verdrängungsakt. Kurz darauf verliert sie

mit tragischer Plötzlichkeit ihren Bräutigam und ihren Bruder. Die Verbindung mit ihrem Manne wird wieder vom Bruder-*Imago* determiniert. Ihre Anhänglichkeit an ihn, ihr Haß gegen die mit ihnen wohnenden Eltern ihres Mannes, die allmähliche Entfremdung von ihren eigenen Eltern und Geschwistern, die räumliche und affektive Isolierung besonders während ihrer Schwangerschaften melden sich als heftige Spannungen. Während ihres zweiten Puerperiums treten bei ihr aggressive Zwangsimpulse gegen ihre Kinder auf. Diese aggressiven Impulse breiten sich später auch auf andere Familienangehörige aus; von Zeit zu Zeit durchbrechen sie die Abwehr-Barriere und reißen die Kranke in aggressiv-impulsive Aktionen. Da verschwindet der Zwang, die Kranke identifiziert sich mit ihren bis dahin verdrängten Affekten, dann tritt ein motorisches Chaos auf, in welchem die Motorik – im Sinne der Konzeption ZUTTS – ihren Entfaltungscharakter, ihren Ziel- und Ausdrucksgehalt verliert und fällt in erlebniswertlose Kraftentladungen, amorphe Bewegungsstürme und Stupor-Episoden auseinander. In der Remission verwandelt sich das katatone Bild wieder in ein zwangartiges. Diese Umgestaltung wiederholt sich mehrmals während der Remissionen und Rezidive der Kranken.

Zur Triebhaftigkeit der Persönlichkeit unserer anderen Patientin kamen als Gegensätze Autismus, Schüchternheit, Unschlüssigkeit, Selbstunsicherheit, übertriebene Gewissenhaftigkeit, Pedanterie, überspannte moralische Prinzipien. Mit ihrem Vater ist sie stark verbunden, mit einer sexuell überhitzten autoerotischen Fixation, mit masochistischen (intro-aggressiven) und Selbstbestrafungstendenzen. Besonders beachtenswert ist der Umstand, daß die Kranke ihren negativen Affekt gegen ihre Mutter in einer „Identifikation mit den gestaltfeindlichen Mächten“ erlebt („... sie konnte mir keine religiöse Erziehung geben“). (Die von BRUN vom Gesichtspunkt der Pathogenese der anankastischen Dynamik aus betonten Formen des Inzest- und Masturbations-Schuldgefühls sind hier beide planarweise auffindbar.) Von ihrem persistierenden Masturbationskomplex sucht sie im religiösen Fanatismus, im regelmäßigen Beichten die Entlastung. Der im Klimakterium sich entwickelnde psychotische Zustand entwächst gleichsam der Ambivalenz. Aktivitätsambivalenz, völlige Entschlußunfähigkeit, fluktuierendes querulant-aggressives, aktiv-negativistisches und infantil-selbsterniedrigen des Benehmen entwickeln sich mit immer mehr perseverativ-stereotypen Elementen, heftiger Dranghaftigkeit, und dann am Tiefpunkt erfolgen Störungen des Einzelwollens (GRUHLE) spiegelnde elementare antagonistische Sperrungen der motorischen Aktivität. Die Rückstrukturierung dieses Zustands zur skrupelhaften, zwangartigen psychischen Ambivalenz und dann von neuem sein Abgebautwerden zum im vorigen beschriebenen dissoziativ-expressiven Zustand, konnte während des

Krankheitsverlaufs mehrere Male verfolgt werden. Dieser zweite von meinen Fällen erinnert an eine sonderbare Form der von KLEIST beschriebenen „psychomotorischen Akinese“ an die „negativistische Unschlüssigkeit“.

Die Umgestaltungen und Rückgestaltungen zwischen Zwang und Katatonie sind veranschaulichende Beispiele zweier phänomenologischer Formen derselben Strukturdynamik. Die solchen Bedingungen entsprechenden Krankheitsverläufe sind wahrscheinlich sehr selten. Wenn wir aber die strukturanalytische Möglichkeit dessen aufwerfen, daß gewisse Formen der Zwangsimpulse für larvierte „katatone“ Automatismen zu halten sind, so schaffen wir einen neuen dynamischen Gesichtspunkt für die Differentialtypologie der obsessiven bzw. anankastischen Schizophrenien. (KANNABIKH weist diejenigen anankastischen Syndrome, welche eine auffallende sado-masochistische Färbung zeigen, dem Formenkreis der Schizophrenie zu.) Auch JAHREISS weist darauf hin, daß katatone Erscheinungen mit dem Merkmal des Zwanges auftreten können, aber zugleich macht er darauf aufmerksam, daß sekundäre Zwangshandlungen zu Stereotypien erstarren können.

Die anankastisch katatone Dynamik kann bei allen denjenigen Krankheitsbildern angenommen werden, in welchen sich während der schizophrenen Umgestaltung die obsessiv-anankastischen Impulse teilweise oder ganz als katatone Mechanismen enthüllen. Solchen Krankheitsfällen begegnen wir schon öfter. In der Literatur figurieren sie entweder als durch Zwangssphänomene eingeführte Schizophrenien oder als in Schizophrenie übergehende „Zwangsnurosen“ bzw. „Zwangskrankheiten“, evtl. als auf zwangsartig psychopathischer Grundlage sich entwickelnde Schizophrenien.

Beim Pat. L. T., der von den Chefärzten Frau BLANKA LÓRÁND und Herr GEORG POLLNER, im Alter zwischen 14—20 Jahren in der Staatlichen Neurologischen und Psychiatrischen Anstalt Budapest beobachtet wurde, meldete sich schon im Alter von 7 Jahren zwanghaft stereotyped Sich-Niedersetzen und Aufstehen während der Stuhlentleerung. Ein Jahr vor seiner Aufnahme erfolgte eine Persönlichkeitsveränderung in autistischer Richtung, Explosivität, unmotivierte Angst, dann meldeten sich Ich-fremde aggressive Zwangsantriebe (Beißen, Ermorden) gegen diejenigen, die er liebte; in erster Linie gegen seine Mutter, gegen die Anstalsärzte, die Pflegerinnen und seine Lieblinge unter den Mitkranken. Seine Impulse konnte die Abwehr immer parieren. Während des weiteren Krankheitsverlaufs melden sich Skrupel, daß er seine Mutter nicht genug liebt. Im übrigen persistierende Onanie, autoaggressive Zwangsantriebe, ferner koprophagische Zwangsimpulse. Im Laufe der Jahre erscheint eine schleichende Ich-Störung; er klagt über die Entfremdung, Mechanisierung seiner Gedanken, die anankastischen Merkmale zeigen sich nur mehr in der Auffassung gewisser paranoider Inhalte. (Er muß daran denken, daß man ihn verfolgt.) Gleichzeitig mit dem Verschwinden des Zwanges verschiebt sich die Persönlichkeit in die Richtung des Gegenpols der Antinomie: der Kranke wird egoistisch, gleichgültig und gegenüber seiner Mutter grob. Seine Aktivität nimmt ab, eine bizarre Maniertheit tritt bei ihm auf.

Auf die Zusammenhänge des Anankasmus und der Katatonie weisen auch einige aus der Literatur bekannte Fälle hin, welche von den oben angegebenen Gesichtspunkten aus zu betrachten lohnend ist:

Bei einem (25jährigen) Patienten K. SCHNEIDERS kamen zum durch Gewissenskrupel und Masturbations-Selbstvorwürfe charakterisierten Bilde nach Jahren Kontrollierungszwang, parathyme Manifestationen, mysophober Waschzwang, Zerfahrenheit, Maniertheit, Impulsivität, katatoner Stupor bzw. katatone Erregung, Autismus, Gehässigkeit und das Umschlagen der Religiosität in Gottesleugnung.

In einem anderen von ihm veröffentlichten Falle fiel die (21jährige) Pat. schon in ihrer Kindheit durch das Wiederholen obszöner Inhalte, durch ihre aggressiven und mysophoben Eigenschaften auf. Im Pubertätsalter tritt ein sich steigernder Autismus auf, und die Furcht, daß sie jemandem einen Schaden zufügen könnte, Zwangsgedanken, daß sie jemanden ermordete, Angst, Eigensinnigkeit, Unartigkeit. Zur Zeit ihrer Aufnahme Entfremdungserlebnisse, kataton-stuporöse Erscheinungen.

Es ist ebenfalls K. SCHNEIDER, der über eine 25jährige Pat. berichtet, bei welcher einige Wochen vor ihrer Aufnahme akute Angstzustände, Sündhaftigkeitsgefühle, übertriebenes Beten, Laufzwang, obsessiver Redeantrieb und häufige Wiederholung ihrer Handlungen und Gedanken auftraten. Wenn sie auf dem Tisch ein Messer liegen sah, so hatte sie das Gefühl, als ob der Teufel ihr an der Hand reiße und sie zwingen wolle, sich zu töten. Im weiteren meldeten sich bizarre Handlungszeremonien, die eigentümlichen Zahlsystemen entsprachen. (Die Tante der Kranken väterlicherseits litt an einer paranoid-halluzinatorisch-katatonen Mischpsychose, eine Schwester an Katatonie, eine andere an einer mit Zwangsgedanken einhergehenden psychischen Krankheit, die dritte Schwester an autistisch halluzinatorischer Schizophrenie, die zur affektiven Versandung führte.)

Bei dem von U. STEINER beschriebenen (23jährigen) Pat. wurde im Alter von 8 Jahren eine Fußamputation durchgeführt und von da an hatte er ein ständiges Minderwertigkeitsgefühl, dem sich später ein Masturbationskomplex anschloß mit schwerem Schuldgefühl und Selbstbestrafungstendenz und mit mysophobem Waschzwang als Abwehr, dann Maniertheit, Zerfahrenheit, Verschrobenheit mit expansiven Wahnsieden, noch später bizarre Körperforschungen und Grimassen, zwanghafte Selbstmordgedanken, hyperkinetische Unruhe, motorische Stereotypen, Selbstverletzungen, katatone Bizarrieten im Denken, ambivalente Entschlußunfähigkeit.

v. GEBSATTEL beobachtete bei einem seiner Zwangskranken ein Steckenbleiben in den Teilbewegungen, „buchstäbliche“ Erstarrungen in der kataton oder post-encephalatisch anmutenden Motorik, eine „zerstückelnde Willensleistung“.

HASCHE-KLÜNDERS Pat. leidet seit dem Alter von 18 Jahren an Symptomen der Zwangsschizophrenie: sie zeigte zurückziehendes Verhalten, wurde menschenscheu, ausfallend, ungezogen, später gesellten sich Erregungszustände, Beeinträchtigungs-ideen und hypochondrische Vorstellungen hinzu. Sie wurde an ihrer Beschäftigung gestört, da ihr plötzlich ein anderer Gedanke in die Quere kam. Sie geriet in Grübel-sucht, war nicht mehr fähig zu konzentrieren. Die zwangsmäßig ausgeführten Handlungen imponierten Stereotypien, Manieren. Ein innerer Drang zwang sie, ihre Mitmenschen allerlei Handlungen vornehmen zu lassen. Sie schickte ihre Angehörigen mehrmals hinaus, ließ sie aufstehen, sich wieder hinsetzen. Die Zwangshandlungen wurden zu Stereotypien, aus den Zwangsvorstellungen wuchsen Wahnvorstellungen heraus.

Ein Fall von JAHRREISS (24jähriger Student) leidet zu Beginn seines Schubs an Gedankendrägen mit verschiedenen Inhalten. Er betet, zählt bis sechs und zurück, spricht magische Worte, um seinen Gedankenfaden (Automatismen) festzuhalten.

(Es ist charakteristisch, daß sich die Abwehr nicht gegen den Inhalt, sondern gegen die überwältigende Dynamik des Automatismus richtet.)

Ein anderer Pat. von JÄHREISS (33 jährig) hat Beeinflussungsideen, fühlt sich verfolgt und suggestioniert. Die Wahngedanken verwandeln sich in Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, als deren Ursache der Kranke seine Onanie beschuldigt.

Es ist ebenfalls JÄHREISS, der über eine 30jährige Pat. berichtet, die während ihres schizophrenen Schubs nach einigen Monaten auffällig sexuell erregt wird, Veränderung fühlt. Sie, unter dem krankhaften Triebe, muß aus dem dritten Stock auf den Hof laufen, um sich dort stundenlang auf den Boden zu werfen und bewegungslos dazuliegen.

Die Umschaltung des Zwangsmechanismus in einen katatonen Automatismus bedeutet sowohl vom phänomenologischen als auch vom strukturdynamischen Gesichtspunkte aus einen Wendepunkt. Die Abwehr beruht auf dem aktiv-reflexiven Verhalten des „Ich“, das eigentlich eine kämpferische Stellungnahme zur eigenen Krankheit ist. Bei dessen Suspendierung fällt die Barriere, die Antinomie hört auf, das „Ich“ identifiziert sich mit seinen bis dahin beherrschten und als fremd gefühlten „Selbst“-Impulsen. In diesem dramatischen Unterliegen wird das „Ich“ zu dem, wogegen es sich bis dahin wehrte. Das bedeutet anthropologisch, daß den Zustand der Selbstbeherrschung der Zustand des Ausgeliefertseins ablöst. Das „Ich“ wird also mit der zerstörenden Un gestalt identisch, und das bedeutet die Auflösung der Persönlichkeitskohärenz. Zur Bezeichnung dieses phänomenologischen Wendepunktes der Umgestaltung möchte ich den Ausdruck „kylhorische Wendung“ vorschlagen.

In den tibetischen „Mysterien“ bedeutet das Kylhor eine symbolische Puppe, die der Gegenstand der Meditation des Einzuweihenden ist. In diese muß er seine zum Ausstoßen verurteilten bösen Eigenschaften, aggressiven Affekte usw. projizieren und dann muß er dieses verzerrte Alterego, das einen „extrapersonal“ erlebten Bildautomatismus bedeutet, mit seinem Willen besiegen, damit nicht dieses ihn überwältige.

Der „Triumph des Kylhors“ bedeutet den Übergang aus der obsessiv-anankastischen Apophänphase in die katatone, apokalyptische Phase. In der ersten drückt sich noch der reflexive Kampf der Persönlichkeit gegen die Dissoziation, die regressive Richtung aus, während die letztere schon das „schizophrenic surrender“ („schizophrene Ergebung“, MACFIE CAMPBELL) bedeutet.

Endlich müssen einige hypothetische Bemerkungen zur Frage der Ausgestaltung der postulierten motorischen Automatismen bzw. primären Impulsstörungen hinzugefügt werden.

Welche Relation die Gesamtpersönlichkeit zu einem ziel- und ausdrucksgehaltlosen, erlebniswertfreien motorischen Phänomen gewinnt, das hängt in erster Linie vom zeitlichen Verlauf (Zeitstruktur) des motorischen Phänomens bzw., wenn wir die *causa efficiens* (ZUTT) untersuchen,

schon von der dynamischen Ladung des Impulses — als Bewegungspotentialität — und von dessen physiognomischen Charakteristicum ab. Es ist z. B. allbekannt, daß die Mehrzahl der an choreatischen Bewegungsstörungen leidenden Kranken zu Beginn der Krankheit weitgehend anosognostisch gegenüber seiner eigenen Hyperkinese ist. Demgegenüber bemerken die an Tremor leidenden Patienten früh ihr noch kaum objektivierbares Zittern. Die Erklärung dieses sonderbaren Gegensatzes ist offenbar in dem Umstand zu suchen, daß das choreatische Bewegungselement leichter in eine nachträglich motivierte (retrozipativerweise intendierte) pseudovoluntäre Zweckbewegung oder in eine pseudospontane Ausdrucksbewegung eingebaut werden kann als der Tremor. Die starre Rhythmisierung des letzteren weicht schon so stark von der vitalen Entfaltungsrythmik ab, daß die Persönlichkeit damit nur in eine reflexive Korrelation kommen kann.

Die physiognomische Bedeutung des zeitlichen Verlaufs bzw. der Zeitstrukturierung spielt in der Ausgestaltung eine wenigstens so große Rolle, wie im Erleben der als Beispiele angeführten extrapyramidalen Bewegungsstörungen. Das Erleben eines plötzlichen, explosiven Bewegungsablaufs in der reflexiven Selbstbeobachtung kann physiognomisch den Affekt des Zornes, der Wut, des Erschreckens bedeuten, während die physiognomische Bedeutung der elementaren motorischen Ambivalenz Unschlüssigkeit, Zaudern, Schwanken, Steckenbleiben ist. Diese physiognomisch erweckten Affekte können zu wichtigen Inhalten des durch die Automatismen determinierten Verhaltens werden.

Der zweite Gesichtspunkt der Ausgestaltung bezieht sich auf die Frage der Mitverdrängung und Miterregung. Das kompensierte anankastische Individuum verdrängt im Zustand der gespannten Selbstbeherrschung eine als „fremd“ gefühlte Impulsivität bzw. es bremst eine als „fremd“ erlebte Motorik ab. Die verdrängten Impulse sind mit zahlreichen Tendenzen der Tiefenperson mitverdrängt. In diesem Umstand kann eine andere Erklärung der antinomen affektiven Ladung der „Ich“-fremden bzw. „Ich“-inkompatiblen Impulse vermutet werden. Beim durchbrechen der Barriere kommen nämlich die zerstörenden Impulse mit diesen negativen Affekten zusammen in Miterregung.

Endlich steht der dritte Gesichtspunkt der Ausgestaltung der Automatismen mit der isolierend-abwehrenden und identifizierend-einschmelzenden Tendenz der Persönlichkeit in Verbindung. Der ersteren entspricht der anankastische Abwehrmechanismus, der letzteren das Schuldgefühl, usw. Das subjektive Deutungsbedürfnis des Automatismus, das „Kausalitätsbedürfnis“ (JASPERS), kann den Kranken auf archaisch-regressive Gebiete verleiten, kann dynamischen Wirksamkeiten, wie „Fernwirkung“ und „Fernzauber“ (v. GEBSATTEL) Platz geben und kann in ihm abergläubisch-magische Ahnungen wecken. Der Kranke kann beim

Erleben der Entstehung des innerhalb seiner Persönlichkeit als Fremdkörper gefühlten und zu seinen eigenen „Ich“-Tendenzen im Gegensatz stehend empfundenen Automatismus eine magische Welt ahnen; die Abwehr kann ebenfalls zu einem archaisch-zeremoniellen Kult ausgebaut werden. Dieser verkappte Automatismus kann in der integrativen Persönlichkeitsstruktur die Zerstörung, die Ungestalt, das „Antieidos“ (v. GEBSATTEL) bedeuten, welches die konstruktive Lebenskohärenz fortwährend gefährdet. Die Bipolarität der erwähnten einander entgegengesetzten Tendenzen spiegelt sich in der Ambivalenz. Die stetige gesteigerte motorische Selbstbeherrschung schränkt die Entfaltungsmöglichkeit der Persönlichkeit ein und kann sein Freiheitsgefühl suspendieren („Nicht-anders-Können“, v. GEBSATTEL). In welchen Fällen der Wiederholungzwang den katatonen Stereotypen entspricht, das erfordert noch eine eingehende strukturdynamische Untersuchung.

Die mit dem „Ich“-inkompatiblen „anachoretischen“ (im Sinne WINKLERS und HÄFNERs) Inhalte der Tiefenperson des anankastisch-katatonen Individuums ergeben also, in das „Feld“ der Motorik geraten, eine „expressiv-motorische Antinomie“. Demgegenüber bilden die anachoretischen Inhalte der verbalhalluzinatorischen Kranken, auf das auditive „Feld“ projiziert, die passiv erlebte „auditive Antinomie“. (Es ist bekannt, daß auch die verbalhalluzinatorischen Erlebnisse einen eigenartigen Zwangsscharakter haben, auf den WYRSCH hinwies.)

Zwischen diesen beiden phänomenologisch voneinander gesonderten Psychosenformen können wir also eine strukturdynamische Analogie aufstellen. Während die anankastische Katatonie einem expressiv-aktiven Bilde entspricht, zeigt die Verbalhalluzinose im kompensierten Stadium einen introversiven, kontemplativen und passiven Charakter¹. Die Persönlichkeit demarkiert die pathologischen Strukturen in beiden Fällen reflexiv, darum könnten diese Formen vom phänomenologischen Gesichtspunkte aus auch reflexiv-demarkierte erlebnisreichen Psychosen genannt werden. Zwischen den motil-kinästhetischen bzw. auditiven Erlebnistypen und den Ausgestaltungsarten der Psychose können Zusammenhänge vermutet werden.

Zusammenfassung

Die Zwangsmechanismen werden von den klassischen Definitionen nicht auf Grund von nosologischen, sondern nach formal-dynamischen

¹ Die schizophrenen Verbalhalluzinationen sind keine Sinnestäuschungen sui generis. Es handelt sich hier um eine abbildende, auditive Registrierung „Ich“-fremder Erlebnisinhalte und nicht um eine Trugwahrnehmung. Das „Redehören“ ist eine solche Form der reflexiven Selbstregistrierung, wo die anachoretischen Inhalte in die auditive Erlebnissphäre projiziert eine vital rhythmisierte Zeitstruktur gewinnen und so den Eindruck des physiognomisch-ästhetischen Erlebnisses der gehörten Rede machen.

Gesichtspunkten erfaßt. Der Inhalt und die Struktur der zum Formenkreis der Schizophrenie gehörigen Zwangsprägnanen ist nach dem vorigen offenbar sehr verschieden. — Von den eine schizophrene Umwandlung aufweisenden Zwangskrankheiten und Zwangsschizophrenien können vom formalgenetischen und strukturdynamischen Gesichtspunkte aus diejenigen Bilder abgesondert werden, welche larvierten katatonen Impulsen entsprechen. — Verfasser bespricht zwei solche Fälle, wo die Strukturwandlung zwischen Anankasmus und Katatonie mehrmals zu verfolgen war. Das Erscheinen des Anankasmus können wir mit der Ausdehnung von CONRADS Konzeption als Apophänphase veranschaulichen, während die Umschaltung in die Katatonie, welche beim Fallen der reflexiven Barriere der Persönlichkeit erfolgt, den Einbruch der apokalyptischen Phase bedeutet. Diese dramatische Gestaltwandelung nennt der Verfasser „kylhorische Wendung“. — Kurz berührt werden die Gesichtspunkte der Ausgestaltung der primären psychomotorischen bzw. impulsiven Phänomene. — Verfasser sieht in der anankastischen Katatonie ein Phänomen der reflexiven, expressiv-motorischen Antinomie.

Literatur

- BAEYER, W. v.: Zur Psychopathologie der endogenen Psychosen. *Nervenarzt* **24**, 316 (1953).
- BERZE, J., u. H. W. GRUHLE: Psychologie der Schizophrenie. Berlin: Springer 1929.
- BINDER, H.: Zur Psychologie der Zwangsvorgänge. Berlin: Verlag S. Karger 1936.
- BINDER, H.: Zwang und Kriminalität. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.* **54**, 31, 301 (1944); **55**, 4 (1945).
- BRUN, R.: Allgemeine Neurosenlehre. III. Aufl. Basel, Stuttgart: Benno Schwabe Verlag.
- BRUN, R.: Neurosen I-II.-III. HOFF, H.: Lehrbuch der Psychiatrie. Band II, S. 572–677. Basel, Stuttgart: Benno Schwabe Verlag 1956.
- BUYTENDIJK, F. J. J.: Das Menschliche der menschlichen Bewegung. *Nervenarzt* **28**, 1 (1957).
- CONRAD, K.: Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Stuttgart: Thieme Verlag 1958.
- GEBSATTEL, V. E. v.: Die Welt der Zwangskranken. *Mschr. Psychiat. Neurol.* **99**, 10 (1938).
- GEBSATTEL, V. E. v.: Prolegomena einer medizinischen Anthropologie. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1954.
- GRUHLE, H. W.: Verstehen und Einfühlen. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1953.
- HÄFNER, H.: Zur Psychopathologie der halluzinatorischen Schizophrenie. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **192**, 241 (1954).
- HASCHE-KLÜNDER: Können Zwangsvorstellungen in Wahnvorstellungen übergehen? *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **1**, 31 (1910).
- JAHREISS, W.: Über Zwangsvorstellungen im Verlauf der Schizophrenie. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **77**, 740 (1926).
- JASPER, K.: Allgemeine Psychopathologie, VII. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1959.

- KANNABIKH, J.: Zur Frage der sogenannten Zwangsneurose. Sovetsk. psychonevrol. **11**, 58 (1935).
- KLEIST, K.: Untersuchungen zur Kenntnis der psychomotorischen Bewegungsstörungen bei Geisteskranken. Leipzig: Verlag Werner Klinkhardt 1908.
- MACFIE CAMPBELL: zit. nach STENGEL, E.
- MÜLLER, CH.: Der Übergang von Zwangsneurose in Schizophrenie. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. **72**, 218 (1953).
- MÜLLER-HEGEMANN, D.: Die Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen. Leipzig: Hirzel Verlag 1952.
- PFÄNDER, A.: Die Seele des Menschen. Halle 1933; zit. nach BINDER, H.
- ROSEN, J. N.: J. ment. Sci. **103**, 773 (1957); zit. nach STENGEL, E.
- SCHNEIDER, K.: Zwangszustände und Schizophrenie. Arch. Psychiat. Nervenkr. **74**, 93 (1925).
- SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Thieme Verlag 1959.
- STEINER, U.: Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Zwangsneurose und Schizophrenie. Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) **8**, 1 (1956).
- STENGEL, E.: Über die Bedeutung d. prämorbiden Persönlichkeit f. Verlauf u. Gestaltung der Psychose. Arch. Psychiat. Nervenkr. **106**, 509 (1937).
- STENGEL, E.: The significance of obsessional symptoms in schizophrenia. II. Internationaler Kongreß für Psychiatrie. Zürich. 1957. Congress Report. Vol. I. 318.
- STRAUS, E.: Vom Sinn der Sinne. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1956.
- WINKLER, W. TH.: Zum Begriff der „Ich-Anachorese“ beim schizophrenen Erleben. Arch. Psychiat. Nervenkr. **192**, 234 (1954).
- WYRSCH, J.: Über schizophrene Halluzinosen. Allg. Z. Psychiat. **108**, 231 (1938).
- ZUTT, J.: Gedanken über die menschliche Bewegung als mögliche Grundlage für das Verständnis der Bewegungsstörungen bei Geisteskranken. Nervenarzt **28**, 7 (1957).

Dr. ALFRED SIMKÓ, Budapest II (Ungarn), Frankel Leó -u. 1