

Aus der Universitäts-Nervenlinik Münster i. Westfalen  
(Direktor: Prof. Dr. med. FRIEDRICH MAUZ)

## Zur Konstellationspathologie episodischer Zwangssyndrome im höheren Lebensalter

Ein Beitrag zur Lehre vom symptomatischen Zwang\*

Von

G. W. SCHIMMELPENNING

(Eingegangen am 8. Juni 1960)

Episodische Verlaufsformen von Zwangsercheinungen sind seit langem bekannt und bildeten vor Jahrzehnten ein wichtiges Argument bei der Begründung der Lehre vom *symptomatischen* Zwang. Sie standen in auffälligem Gegensatz zu den anankastischen Dauerzuständen auf dem Boden psychopathischer Veranlagung und wurden damals in den manisch-depressiven Formenkreis mit seinen weiten Abgrenzungen aufgenommen. So haben, um nur einige Autoren zu nennen, BONHOEFFER, BUMKE, HEILBRONNER und PILCZ darin ein Symptom bzw. eine Teilerscheinung der Depression gesehen und den Zwang allgemein in enge Beziehung zu ihr gestellt, während STÖCKER ihn zusammen mit dem „manisch-depressiven Irresein“ in der großen Gruppe der Degeneration aufgehen lassen wollte. Inzwischen hat CH. MÜLLER durch seine katamnestischen Untersuchungen nachgewiesen, daß auch bei der „genuinen“ Zwangs-krankheit episodische Verläufe nicht selten sind. Ähnliche Verlaufsbeobachtungen hat RÜDIN bei erbbiologischen Untersuchungen machen können, wenn sie ihnen auch eine andere Deutung gegeben und im Gegensatz zu CH. MÜLLER vor allem die Bedeutung biographischer Faktoren stark eingeschränkt hat.

In den 20er Jahren gab die große Encephalitis-Epidemie Gelegenheit zu Beobachtungen von Zwangsercheinungen vor allem bei Blickkrämpfen, die zu einem weiteren Ausbau der Lehre vom symptomatischen Zwang führten (MAYER-GROSS u. STEINER, BÜRGER u. MAYER-GROSS, STERN, STÖRRING, u. a. In neuerer Zeit haben ALLERT u. MEYER wieder über einen derartigen Fall berichtet). Später folgten Mitteilungen über Zwangsercheinungen in Verbindung mit choreatischen Motilitätsstörungen (F. A. KEHRER) und bei anderen Hirnkrankheiten.

Der organisch-symptomatische Zwang soll häufig mit extrapyramidal-motorischen Entäußerungen einhergehen und psychopathologisch durch das Fehlen von Angst gekennzeichnet sein. Auf die zahlreichen Theorien, die an diese Beobachtungen anknüpfen, braucht hier im einzelnen nicht eingegangen zu werden. Übereinstimmung zeigen sie im wesentlichen darin, daß die Zwangsvorgänge mit striären

---

\* Herrn Prof. Dr. F. MAUZ zum 60. Geburtstag gewidmet.

Erkrankungen in Zusammenhang gebracht werden, wie dies KLEIST für die Iterativphänomene und Stereotypien nachgewiesen hat. DE BOOR u.a. haben kürzlich einen histopathologisch eingehend untersuchten Fall mit Klazomanie als weitere Bestätigung dafür mitgeteilt und auf die Bedeutung des Striatums auch für andere Zwangsformen hingewiesen. Schon KEHRER hat jedoch in bezug auf den Zwang vor derartigen lokalisatorischen Bemühungen gewarnt, und neuere Beobachtungen über die Aufhebung von Zwang durch destruierende Prozesse des Stirnhirns (BRÄUTIGAM u. CZERNIGEWYCZ sowie DAUMEZON u.a.) scheinen ebenso wie die Leukotomie-Erfahrungen zu zeigen, daß die Fähigkeit zum Zwangserleben zumindest auch an die intakte Funktion des Stirnhirns bzw. der fronto-thalamischen Bahnen gebunden ist. Wenn somit hinsichtlich der hirnpathologischen Lokalisierbarkeit der Zwangsvorgänge Zurückhaltung geboten sein dürfte, so sind andererseits frühzeitig Zweifel laut geworden, inwieweit es sich bei dem organisch-symptomatischen Zwang um etwas Einheitliches und überhaupt um ein echtes Zwangsphänomen handelt (BONHOEFFER, BOSTROEM, F. A. KEHRER).

Der Zwang ist häufig in Parallele zum Wahn gesetzt worden. Gemeinsam ist beiden sicherlich, daß sie wie keine andere seelische Erkrankungsform die psychopathologische Forschung belebt und immer wieder zu oft unversöhnlich getrennten Auffassungen geführt haben. Schwankungen in der begrifflichen Fassung können dafür nur zum Teil verantwortlich gemacht werden. Wesentlicher Grund dafür scheint uns die Beschränkung auf zu einseitige Untersuchungen zu sein, die unter Vernachlässigung besonders der subjektiven Erlebnisseite psychopathologischer Phänomene allzusehr auf deren mehr formale Erfassung ausgehen und zugleich mit nur scheinbar festumrissenen Krankheitseinheiten arbeiten.

KRETSCHMER hat sich seit Jahrzehnten gegen die Einseitigkeit in den Methoden und Auffassungen der Psychiatrie gewandt und demgegenüber seine *mehrdimensionale Diagnostik* entwickelt. Bei der Anwendung dieser Methodik hat MAUZ stets besonderen Wert auf die Beachtung vertikaler Differenzierungsreihen sowohl in den Körperbauformen als auch in der Persönlichkeitsstruktur gelegt und die Bedeutung einer so verstandenen *Konstellationspathologie* für die Erkenntnis der Entstehung und Erscheinungsform jedes, insbesondere aber seelischen Krankseins hervorgehoben. Hinsichtlich der Entstehungsweise müssen möglichst alle konstellativen und situativen Faktoren in ihrer pathogenetischen Wirksamkeit erfaßt und gegeneinander abgegrenzt werden, während für die Erscheinungsform und Gestaltung seelischen Krankseins darüber hinaus das subjektive Erleben der Kranken eine oft entscheidende Bedeutung gewinnen kann. Ihre notwendige Ergänzung findet diese Arbeitsrichtung in einer verfeinerten Analyse und von nosologischen Vorurteilen — nicht auch Zielsetzungen — freien Wertung psychopathologischer Syndrome, wie sie in den letzten Jahren vor allem WEITBRECHT zur Anwendung gebracht hat.

Wir haben episodische Zwangsphänomene bei katamnестischen Untersuchungen<sup>1</sup> über Psychosen bei involutiven und anderen Hirnprozessen im höheren Lebensalter wiederholt beobachten können. An Hand von zwei ausgewählten Fällen soll hier versucht werden, den konstellationspathologischen Aufbau derartiger Psychosyndrome darzustellen und zugleich zu der notwendigen Differenzierung und Abgrenzung der sogenannten symptomatischen Zwangserscheinungen Stellung zu nehmen.

<sup>1</sup> Diese Untersuchungen, die später zusammenfassend bearbeitet werden sollen, werden mit dankenswerter Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft durchgeführt.

**Fall 1.** Die damals 45jährige Herta G. wurde uns 1955 nach fast einjähriger Krankheitsdauer unter der Diagnose „hypochoondrische Depression im Klimakterium“ zur stationären Behandlung überwiesen. Sie stammt aus einer kleineren Randstadt des westfälischen Ruhrgebiets. Ihr Vater war Bergarbeiter. Das *Familienbild* ist bis auf eine schwere Belastung mit Blutdruck- und Gefäßleiden unauffällig.

Nach Abschluß der Volksschule, die sie reibungslos durchlaufen hatte, arbeitete sie bis zu ihrer Heirat 1931 als Verkäuferin in einem Lebensmittelgeschäft. 1932 Geburt eines Jungen. 1938 Geburt eines Mädchens, nachdem ihr ein Jahr vorher in der Beichte das Versprechen abgenommen worden sein soll, noch ein Kind zu bekommen. Da es bei der zweiten Geburt zu einer schweren Blutung kam, durch die sie sich lange sehr geschwächt fühlte, hatte sie dann keine weiteren Kinder mehr haben wollen. Sie machte sich jedoch Gewissensbisse wegen der unerlaubten Schwangerschaftsverhütung. Überhaupt neigte sie dazu, alles sehr ernst zu nehmen, sich immer gleich übermäßige Sorgen zu machen und zu weinen, wenn es z. B. „im Kino etwas traurig wurde“. Andererseits war sie lebenslustig und schaffensfreudig, in der Familie wegen ihrer schnellen Entschlußkraft und Tüchtigkeit bekannt und geachtet.

Herta G. war von jeher gewohnt, mit Schwierigkeiten fertig zu werden. 1952 begann der Ehemann, der als Autoschlosser im Städt. Fuhrpark beschäftigt war, zu trinken und verlor bald wegen Trunkenheit am Steuer seinen Führerschein. Um ihn dem nach ihrer Überzeugung schlechten Einfluß des Fuhrparkmilieus zu entziehen und die bedrohte Existenz der Familie zu sichern, verschaffte sie ihm die Hausmeisterstelle an einer Städt. Volksschule. Sie selbst ließ sich die Stelle eines stellvertretenden Hausmeisters übertragen, um dem körperlich schwächeren Ehemann zu helfen und sein nun mageres Gehalt aufzubessern. Alles ließ sich in der neuen Stellung gut an. Die Pat. pflegte die Schule wie ihre Wohnung und nahm lebhaften Anteil an dem Heranwachsen „ihrer“ I-Männchen. Als im März 1954 ihre Mutter einen Schlaganfall erlitt, übernahm sie trotz ihrer ohnehin starken Belastung sofort die zeitraubende Pflege.

Anfang 1955 verlobte sich der Sohn, dem sie sich immer besonders verbunden gefühlt hatte. Sie hatte für seine Ausbildung aufopfernd gesorgt und seine Ernennung zum Stadtsekretär wie eine Krönung auch ihres eigenen Strebens erlebt. Es wollte ihr deshalb nicht in den Kopf, daß der Sohn nun einfach einem fremden jungen Mädchen angehören und aus dem Hause gehen sollte. Bei der Verlobungsfeier hatte sie laut aufgeweint, als die Ringe gewechselt wurden. Einige Tage später wurde sie krank. Bei der Arbeit verspürte sie plötzlich ein weiches Gefühl in den Knien und fürchtete, sie habe wie die Mutter einen Schlaganfall erlitten. Als der Hausarzt stattdessen eine „Angina pectoris“ feststellte, war sie nicht weniger beunruhigt. Sie kam ins Liegen, konnte schlagartig nicht mehr schlafen, war appetit- und interessenlos und hatte bald auch Regelstörungen. Während eines Krankenhausaufenthaltes, der im übrigen erfolglos blieb, wurde eine Coronarinsuffizienz festgestellt. Als sie dort über Kopfschmerzen klagte, und eine Mitpat. meinte, sie könne ja auch einen Hirntumor haben, war sie gleich überzeugt davon.

Während des Sommers gingen die körperlichen Beschwerden etwas zurück. Nun verstärkten sich aber die Gewissensbisse wegen der Schwangerschaftsverhütung. Im Juli fielen ihr nach einer ambulanten Behandlung mit Elektro-Durchflutungen mnestiche Störungen auf, die bald ihr ganzes Denken ausfüllten. Sobald ihr etwas nicht einfiel, sobald sie sich einmal nicht sofort an etwas erinnern konnte, fürchtete sie, „verrückt“ zu werden. Sie schrieb sich deshalb alles auf und füllte in ihrer Angst vor dem „Verrücktwerden“ ganze Hefte mit Notizen. In den folgenden Monaten wurde sie zunehmend ängstlich, jammerte viel und war keinem Zuspruch zugänglich.

Jeden Namen schrieb sie auf. Noch auf der Fahrt zur Klinik verlangte sie von den Angehörigen, sie sollten die Namen an den vorbeifahrenden Autos aufschreiben, weil sie diese sonst vergessen könnte.

*Befund* bei der Aufnahme am 15. 12. 1955: Blasse und etwas reduzierte Frau von pykno-athletischem Habitus mit Zeichen einer hochgradigen vegetativen Übererregbarkeit. *Allgemein-somatisch* und *neurologisch* o. B. RR 140/80 mm Hg. Am Fundus Kreuzungszeichen. *Psychopathologisch* jammerig-erregt mit den Ausdruck tiefster Verzweiflung. Dieser Ausdruck verschwand schon nach einem kurzen Gespräch, um einem mehr dysphorisch-morosen Verhalten Platz zu machen, wobei die Pat. zahlreiche hypochondrische Befürchtungen äußerte. Im Vordergrund stand jedoch die Besorgnis über die Vergeßlichkeit und die Angst „verrückt“ zu werden. *Liquor* o. B. Im *Pneumencephalogramm* grobstreifige Vermehrung der Subarachnoidal-füllung im Stirn- und Schläfenbereich. Im weiteren *Verlauf* der Behandlung blieb die Pat. in einer eingeleiert und monotonisiert wirkenden Weise jammerig. Gelegentlich wurde sie stumm und völlig apathisch, um dann wieder getrieben-dranghaft zu erscheinen. Sie klagte viel über Kopfschmerzen, Herzklopfen, innere Unruhe. Im Kontrast zu der angespannt wirkenden Augen-Stirn-Partie war das Untergesicht schlaff und zerfließlich. Immer wieder konnte beobachtet werden, wie die Pat. Notizen in kleine Heftchen eintrug, die sie ängstlich in ihrem Nachttisch zu verborgen suchte. Nachdem zunächst mit kleinen Insulin-Dosen behandelt worden war, wurde der Zustand schließlich so quälend, daß mehrere Serien von Cardiazol-Durchflutungen gegeben wurden. Dies führte aber immer nur vorübergehend zu einer gewissen Euphorisierung und blieb im übrigen ohne Wirkung. Am 16. 2. 1956 wurde die Kranke mit der Empfehlung der Anstaltseinweisung ungebessert entlassen.

*Katamnese* am 3. 12. 1959: 4 Wochen nach der Entlassung habe sie sich zu Hause wieder an die Arbeit gemacht und seither nicht einen Tag ausgesetzt. Als der Sohn im Juni 1956 heiratete, habe ihr das schon nicht mehr so viel ausgemacht. Gefallen habe es ihr nicht, und sie vertrage sich bis heute nicht mit der Schwiegertochter, aber das sei eben nicht zu ändern. Kopfschmerzen habe sie nach wie vor. Sie schlafe schlecht, leide unter Schwindel, Luftnot und Herzstichen, sei leicht aufgeregt und weinerlich. Auch die Vergeßlichkeit sei geblieben. Anfangs habe sie noch oft nachgegrübelt, aber inzwischen mache sie sich nichts mehr daraus, wenn sie etwas nicht behalten könne. Auch in der Beichte habe sie keine Schwierigkeiten, nachdem sie 2 Jahre nicht zur Kirche gegangen sei. In der Schule mache sie wieder ihren Dienst, wenn sie auch nicht mehr so arbeiten könne wie früher. Bei der *körperlichen* Untersuchung zeigt sich, daß die jetzt massig und vorgealtert aussehende Kranke 30 Pfd. zugenommen hat. Deutliche Lippencyanose. RR 180/80 mm Hg. Neurologisch bis auf Ischias-Syndrom re. o. B. *Psychopathologisch* Bild einer leichten organischen Nivellierung mit hyperthym-euphorischer Grundstimmung. Von den damaligen Inhalten ist die Pat. völlig distanziert. Über die Beziehungen zum Sohn, ihre Beichtprobleme und auch über das gespürte Nachlassen der eigenen Leistungsmöglichkeiten spricht sie mit einer bemerkenswerten Einsicht und Verständigkeit. In der Zuwendung ist sie manchmal von einer etwas überschießenden und distanzlos wirkenden Freundlichkeit. Affektkurve verflacht, mimische Ausdrucksvariation verarmt. Geringe Merkschwäche, sonst keine größeren dementiven Symptome.

**Fall 2.** Der damals 67jährige Mittelschulrektor i. R. Wilhelm E. kam 1957 in die Klinik. Er stammt aus einer mecklenburgischen Kleinstadt, in der sein Vater wie sein Großvater Bäckermeister war. Der Vater war im Gegensatz zu dem sehr biedereren Großvater „allen Genüssen zugeneigt“, hatte getrunken und war zeitweise nicht in der Lage gewesen, die Familie zu ernähren. Die als lebhaft und heiter geschilderte Mutter, die von einem großen Bauernhof stammte, hatte daher durch

Schneiderarbeiten aushelfen müssen. Die drei Brüder des Vaters waren Lehrer. Einer von ihnen soll in der letzten Zeit vor seinem Tode im 85. Lebensjahr unter ähnlichen Zwangerserscheinungen wie der Pat. selbst gelitten haben. Zwei von dessen Töchtern haben sich in jungen Jahren aus ungekannten Gründen suizidiert, und eine weitere Tochter soll einmal depressiv gewesen sein. Im übrigen ist das *Familienbild* durch eine Reihe abnormer Persönlichkeiten vorwiegend hypochondrisch-pedantischer Prägung gekennzeichnet.

Der Pat. machte eine unauffällige Kindheitsentwicklung durch und besuchte nach Abschluß der Volksschule ein Lehrerseminar. „Ich war immer der Erste“. Den ersten Weltkrieg machte er als Vize-Feldwebel mit. Während der französischen Kriegsgefangenschaft 1916–1920 bereitete er sich auf die Mittelschullehrer-Prüfung vor, die er gleich nach seiner Rückkehr ablegte. 1924 heiratete er eine Volksschullehrerin, die bald in einem Typhus-Delir starb. Ein Jahr später heiratete er seine jetzige Frau, ebenfalls eine frühere Lehrerin. Er war ihr immer ein schwieriger Ehepartner und herrschte im Hause in zwar gerechter, aber unerbittlicher Strenge. Da er einen sehr empfindlichen Schlaf hatte, der stets durch Abstellung aller möglichen Störungsquellen gesichert wurde, schlief er allein. In seinem Beruf entfaltete er eine unermüdliche Energie und Schaffenskraft. Als er 1928 den Auftrag erhielt, eine Mittelschule aufzubauen, kam seine „Glanzzeit“. In seiner Haltung war er stets beherrscht, andererseits leicht störrisch und reizbar. Wegen des Kinderlärms ging er auch an Sonntagen oft in die Schule, um in seinem Rektorzimmer ungestört arbeiten zu können. Er hatte aber auch gern geselligen Umgang und segelte in den Ferien oft den ganzen Tag mit seinen Jungen auf der Ostsee. Noch lieber zog er sich allerdings zurück, um zu lesen: Fritz Reuter, Raabe, Storm, Goethe und vor allem auch — „Es hört sich so bigott an“ — im Neuen Testament.

Bei Ausbruch des zweiten Weltkrieges meldete Wilhelm E. sich freiwillig, wurde zum Hauptmann befördert und diente als Dolmetscher bei einem Armee-Stab. Nach dem Zusammenbruch ließ er sich in einer norddeutschen Großstadt nieder. Wegen seiner Parteizugehörigkeit wurde er nur als Lehrer wieder in den Schuldienst übernommen, fügte sich jedoch in das Unabänderliche. Wie schon früher legte er eine an Geiz grenzende Sparsamkeit an den Tag, die nun dem Aufbau eines neuen Hausstandes und der Ausbildung der Söhne dienen sollte.

Anfang 1955 wurde der Pat. als Mittelschulrektor pensioniert. Um tätig zu bleiben, übernahm er zunächst Unterrichtsstunden in einer Handelsschule. Dort fiel es ihm aber zum ersten Mal in seinem Leben schwer, unter den Schülern Disziplin zu halten, und er gab die Stelle deshalb bald wieder auf. Er erteilte jedoch weiterhin Privatstunden, schrieb Buch-Kritiken für eine Lokal-Zeitung und verfaßte kleine plattdeutsche Stücke für den Rundfunk. Vor allem begann er auch, in einer Reihe von plattdeutschen Aufsätzen sein Leben zu schildern.

Wilhelm E. hatte von jeher abends schlecht einschlafen können. Er hatte deshalb von einem Freund mit ähnlichen Schwierigkeiten die „liebe Angewohnheit“ übernommen, sich Claudius-Verse vorzusagen. Nach dem letzten Kriege ersetzte er die Claudius-Verse durch Wortspiele, die an Erinnerungen anknüpften. Diese „Reihen“ verfehlten genau wie die Claudius-Verse nie ihren Zweck, bis er nun krank wurde.

Im Februar 1956 stellten sich bei ihm nach einer schweren körperlichen Anstrengung ganz plötzlich Mißempfindungen und Körpersensationen im Bereich der rechten Körperhälfte ein. Er fühlte sich schlecht, ermüdete leicht und konnte vor allem seine schriftstellerische und überhaupt eine konzentrierte geistige Tätigkeit nicht mehr ausüben. Als sich auch noch Magen- und Herzbeschwerden einstellten, wurde er zu einer gründlichen Durchuntersuchung in ein auswärtiges Krankenhaus aufgenommen. Dort störten aber Mitpat. durch Husten usw. seinen Schlaf. Auch bedrückte ihn die ganze Atmosphäre. Wie früher versuchte er, seine Schlafstörungen

durch „Reihen und Namen“ zu bekämpfen. Er ließ „Erinnerungsbilder“ in sich aufsteigen und die dazu gehörigen Orts- und Personennamen passieren. Eines Abends konnte er auf einen Namen nicht kommen. Sofort verspürte er eine ängstliche Beklemmung in der Magengrube und den „Zwang“ (spontan!), den Namen zu finden. Als ihm das nicht gelang, geriet er in eine angstvolle innere Unruhe, die ihn nicht mehr verließ, zumal sich ihm nun weitere Namen entzogen. Er mußte daher auch am Tage ständig nach Namen suchen, kam nicht mehr zur Ruhe und zu keiner anderen Beschäftigung mehr. Als er das Krankenhaus, wo man im übrigen unter anderem eine Myokardinsuffizienz und Extrasystolie festgestellt hatte, verließ, verbrachte er zu Hause seine Tage ausschließlich damit, dicke Kladden mit nach „Erinnerungsreihen“ geordneten Namen zu füllen, um diese immer parat zu haben. Die Erinnerungen „überfielen“ ihn, und immer wieder versetzte das Fehlen von Namen ihn in hellste Aufregung. Er verließ sein Zimmer kaum noch. Wenn er es tat, hielt er sich beide Ohren zu und blickte ständig zu Boden, um nur keine Namen aufzunehmen, die er vergessen könnte. Dabei war er depressiv verstimmt und sah sich an der „natürlichen Grenze des Ausscheidens“ stehen. Im September 1956 wurde er in einer auswärtigen psychiatrischen Abteilung behandelt. Auch dort standen seine „Einschläferungsbilder“ und das Unvermögen, Namen zu erinnern und zu behalten, im Vordergrund. Während der Behandlung mit Megaphen und Elektro-Durchflutungen erkannte er zeitweise die Angehörigen nicht. Sein Zustand wurde nur vorübergehend gebessert. Zu Hause steigerte er sich sofort wieder in eine hektische Namensuche.

Bei der Aufnahme in die hiesige Klinik am 28. 1. 1957 war der schwer vorgealtert und abgemagert aussehende Pat. *psychisch* äußerlich beherrscht, dabei aber sichtlich gequält und aufgewühlt. Er bemühte sich, alle Fragen peinlich korrekt zu beantworten und klagte immer wieder, daß eine solche Unterredung mit dem Auftauchen zahlloser Namen für ihn eine Katastrophe sei. Objektiv zeigten sich grobe Zeitgitterstörungen und leichtere mnestiche Ausfälle. Im Verlaufe von Gesprächen war er immer sehr bald erschöpft und abgeschlagen. Das Zustandsbild war zunächst in keiner Weise zu beeinflussen. Der Pat. blieb völlig auf seine Namensuche eingeengt. In seiner Stimmung war er weniger depressiv als moros-dysphorisch. Dabei wirkte er unruhig und gehetzt. Irgendeine sinnvolle Betätigung war ihm nicht möglich. Auf seinem Nachttisch lagen stets griffbereit die Kladden, die er durch weitere Eintragungen vermehrte. „Wie ein Zwang ist das. Das ist alles unsinnig. Das weiß ich ja. Aber ich kann mich nicht dagegen wehren. Eine Todesangst steht dahinter, eine furchtbare Angst . . . Ich habe versucht, es durch Arbeit zu bekämpfen. Ich konnte aber nicht mehr recht schreiben noch lesen, weil das Namen mit sich führte . . . Durch die Überanstrengung des Gehirns mit der Namensuche . . . Das ist ein Teufelskreis (!), aus dem ich nicht mehr herauskommen kann. Es ist eine Qual für mich, eine Qual ohne Ende; ein Gefühl der größten Verlassenheit und Angst.“ Auf der Station suchte der Pat. sich abzusondern und ging oft mit sorgenvoll zerfurchtem Gesicht gedankenverloren den Flur auf und ab. Er unternahm später auch wohl Spaziergänge, kam aber immer ganz aufgebracht zurück, weil ihm wieder Namen, die er an Straßenschildern usw. gelesen hatte, zu entfallen drohten, ehe er sie in die Kladden eintragen konnte. „Es stürzt alles auf mich ein! Ich muß alles behalten!“ Unter keinen Umständen wollte er irgend etwas hören oder lesen. Als Mitpat. z. B. einmal über polnische Zloty sprachen, fand er keine Ruhe, bis ihm nicht sämtliche osteuropäische Währungen gegenwärtig waren und er sie in seinen Kladden festgehalten hatte.

*Allgemein-somatisch* ließen sich Zeichen einer allgemeinen Gefäßsklerose (harte periphere Gefäßrohre, Aortensklerose, Fundus hypertonicus) nachweisen. *Neurologisch* fanden sich neben einem parkinsonistischen Tremor der re. Hand und des

Kopfes ein angedeuteter Halbseitenbefund li. sowie eine gesteigerte Druck- und Kälteempfindlichkeit der re. Körperhälfte.

Im weiteren *Behandlungsverlauf* blieben zwei Dreier-Blocks von Elektrodurchflutungen ohne Wirkung. Ärztliche Gespräche entsprechender Ausrichtung führten immer nur zu einer vorübergehenden Beruhigung. Der Kranke war häufig nörgelig und quängelnd und klagte, wie man denn Seelisches mit körperlichen Mitteln behandeln wolle. Auch eine intensive vasoaktive Behandlung brachte keinen entscheidenden Erfolg, bis der Pat. auf sein Drängen am 18. 4. 1957 versuchsweise entlassen wurde. Schon wenige Wochen später schrieb die Ehefrau, eine feine, mit Gemüt und Verständnis begabte Frau, die nie bitter wurde, daß es dem Pat. besser gehe und er wieder im Garten arbeite.

Anläßlich der *katamnestischen Untersuchung* im Februar 1960 zeigte sich der Pat. völlig verändert. Er war dicker geworden, hatte ein rundliches Gesicht mit frischen Farben bekommen und wirkte in seiner ganzen Haltung sehr viel gestraffter und jugendlicher, als man es bei seinem Alter schon normalerweise hätte erwarten können. Er hatte sich einige Wochen nach der Entlassung aus der Klinik unter ständigem Zureden der Ehefrau an die Bestellung seines Gartens gemacht und bald auch wieder größere Radtouren und Wanderungen unternommen. Im Sommer fuhr er mit ihr an die See, wo sie ihn überreden konnte, seine Kladden zu verbrennen. Er hatte sie auch nie wieder benötigt. Wenn ihm jetzt etwas nicht einfalle, so wisse er, daß das in seinem Alter nichts Besonderes sei. Seine Tage sind wieder ausgefüllt mit Arbeiten im Garten, Wanderungen, einer ausgedehnten Korrespondenz und auch schriftstellerischer Arbeit. Im Lehrerverein hat er das Pressereferat übernommen und in einer Reihe von Aufsätzen hat er seine plattdeutsche Lebensgeschichte fortgesetzt.

Seine körperlichen Beschwerden, insbesondere auch die Mißempfindungen und Körperschemastörungen der re. Körperhälfte, sind unverändert. Als Redner mag er sich im Gegensatz zu früher nicht mehr betätigen, weil ihm die Gedanken „nicht mehr so zufließen wie sonst“. Auch kann er nur mit Mühe die Tränen zurückhalten, wenn er z. B. im Familienkreise etwas Trauriges vorlesen will. Das Zittern der re. Hand hat noch zugenommen, so daß er jetzt schlecht eine Füllfeder halten kann und lieber eine Schreibmaschine benutzt.

Der *körperliche Befund* ist im wesentlichen unverändert. Blutdruck bei laufender internistischer Behandlung RR 180/90 mm Hg. *Psychisch* nimmt der Pat. zu der früheren „Namensuche“ überlegen und mit einem gewissen Galgenhumor Stellung. Er hat sich völlig davon distanziert und kann frei und ungezwungen darüber sprechen. Insgesamt findet sich nur ein leichtes organisches Abbausyndrom, das sich neben einer sogenannten Hirnleistungsschwäche in gelegentlichen affektinkontinenten Entgleisungen äußert.

Die beiden dargestellten Krankengeschichten, die im einzelnen noch zu ergänzen sein werden, scheinen auf den ersten Blick weitgehende Übereinstimmung im psychopathologischen Bild zu zeigen. Es ist in beiden Fällen wenigstens über weite Strecken des Verlaufs dadurch gekennzeichnet, daß die Kranken alles, was ihnen begegnet, insbesondere aber Namen und sachliche Bezeichnungen, behalten müssen und aufschreiben, weil sie es nicht behalten können. Wenn sie damit das gleiche zu *tun* scheinen, so *erleben* sie dabei doch ganz Verschiedenes, das nur bei Wilhelm E. als echter Zwang zu werten ist. Diese Unterschiede aufzuzeigen, in ihren Beziehungen zu den verschiedenen Konstellations-

faktoren näher zu untersuchen und damit zugleich die Frage des symptomatischen Zwanges überhaupt aufzuwerfen, ist hier unser Anliegen. Zunächst haben wir jedoch die nosologische Zugehörigkeit der geschilderten Psychosyndrome zu erörtern und lassen deshalb der Einfachheit halber die Bezeichnung „Zwang“ vorläufig für beide Kranke gelten.

Nach der hergebrachten Auffassung von der Einteilung der Zwangsphänomene wäre zu prüfen, ob es sich um einen echten, „originären“ oder um einen „symptomatischen“ Zwang handelt, wobei der echte Zwang allgemein als Ausdruck neurotischer Verarbeitung bzw. psychopathischer Veranlagung, der symptomatische hingegen als Teilstück einer anderen, „endogenen“ oder „exogenen“ psychischen Erkrankung verstanden wird. In unseren Fällen sind somato- und psychopathologische Hinweise auf das Vorliegen einer solchen anderen Erkrankung gegeben, und die Annahme eines rein zufälligen Zusammentreffens mit einem davon unabhängigen episodischen Zwangssyndrom muß von vornherein abwegig erscheinen.

Beide Pat. erkrankten zunächst mit rein körperlichen Beschwerden, die auf cerebrovasculäre Störungen und bei Wilhelm E. ferner auf eine thalamo-striäre Schädigung hinweisen. Bei ihm konnte eine allgemeine und cerebrale Arteriosklerose diagnostiziert werden. Der bei Herta G. pneumencephalographisch nachgewiesene Hirnabbauprozess dürfte unter Berücksichtigung der internistischen Befunde, der charakteristischen subjektiven Beschwerden und des Verlaufs gleicher Genese sein. Das Auftreten der Erkrankung steht bei beiden in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit einschneidenden biographischen Ereignissen, wie man dies bei plötzlichen Dekompensationen bis dahin klinisch nicht manifestierter cerebraler Gefäßprozesse häufig beobachten kann. Sie leiden jedoch nicht nur unter körperlichen Beschwerden, sondern sie sind sofort auch zutiefst betroffen von dem Erlebnis krank zu sein. Anfangs entwickelt sich bei ihnen eine mehr depressiv-hypochondrische Symptomatik, bis es erst nach Wochen und Monaten zu dem dann allerdings das Krankheitsbild bald ganz beherrschenden „Zwang“ kommt, alles behalten zu müssen.

Es ist nun die Frage zu stellen, ob nicht einfach unabhängig von dem bestehenden Gefäßleiden eine endogene Depression mit anankastischer Symptomatik vorliegt. Vor allem BUMKE hat bekanntlich auf die Häufigkeit des „thymopathischen“ Zwangs bei Depressionen des höheren Lebensalters hingewiesen. Für diese Annahme könnte bei Wilhelm E. seine familiäre Belastung sprechen, die neben zahlreichen abnormen Persönlichkeiten auch Suicide und depressive Psychosen aufweist. Um stille Depressionen handelt es sich aber bei unseren Kranken keinesfalls. Sie haben früher nie cyclothyme Phasen durchgemacht und lassen sowohl eine echte vitale Traurigkeit als auch typische Tagesschwankungen vermissen. Ferner kommt es bei ihnen nicht zu einer völligen Heilung, sondern nach Abklingen des im übrigen stets durch organische Züge geprägten Krankheitsbildes bleibt ein wenn auch leichtes organisches Defektsyndrom zurück.

In den letzten Jahren hat sich besonders WEITBRECHT mit depressiven Syndromen bei Hirnabbauprozessen beschäftigt und ihre grundsätzliche Bedeutung für die psychiatrische Systematik hervorgehoben. ALSEN hat auf Grund katamnestischer Untersuchungen über den nicht phasischen, sondern zum organischen Defektsyndrom führenden Verlauf solcher Bilder berichtet und vorgeschlagen, sie als „endoforme Psychosyndrome“ zunächst aus dem endogenen Formenkreis herauszunehmen. Sie scheinen



in besonders enger Beziehung zur cerebralen Arteriosklerose zu stehen (LAMBO). Allerdings muß man berücksichtigen, daß mit zunehmendem Lebensalter die überwiegende Mehrzahl aller chronisch verlaufenden hirnorganischen Prozesse arteriosklerotischer Natur ist (PETERS u. STRUCK). Auffällig ist jedoch nicht nur das Auftreten von manchmal stilreinen Depressionen auf dem Boden cerebraler Gefäßprozesse, sondern auch der gewissermaßen umgekehrte Vorgang, den man gelegentlich gleichfalls beobachten kann. Bei Kranken, die wiederholt depressive Phasen durchgemacht haben, führt eine erneute Vitalschwankung im höheren Lebensalter zu akuten Dekompensationen einer bisher klinisch nicht manifestierten cerebralen Gefäß-Sklerose mit einem unter Umständen lebensbedrohlichen Zusammenbruch der Kreislaufregulation und einer manchmal wenigstens zeitweise rein organischen Gestaltung des psychopathologischen Bildes. Dieses ist durch eine weitgehende Reversibilität gekennzeichnet, der eine nicht immer parallel verlaufende Rekompensation des Kreislaufs entspricht. Während aber in solchen Fällen die Diagnose einer endogenen Depression durch den Nachweis früherer Phasen einigermaßen gesichert werden kann, ist dies in der Mehrzahl der im Querschnitt symptomatologisch ganz ähnlichen Fällen nicht der Fall. Man kann sie allenfalls den klimakterischen und involutiven Randpsychosen des cyclothymen Formenkreises zuordnen, über deren nosologische Zugehörigkeit die Akten noch keineswegs geschlossen sind (WEITBRECHT). Im Hinblick auf die hier dargestellten beiden Fälle wäre es eine *petitio principii*, wollte man aus einigen nicht einmal typischen Zügen im psychopathologischen Bild und einem nur in bezug auf Teilstücke der psychischen Symptomatik phasischen Verlauf auf eine endogene Depression schließen.

Wir müssen uns hier mit der Abgrenzung vom endogen-depressiven Formenkreis begnügen und können lediglich das Auftreten eines bestimmten Psychosyndroms „bei“ und im auch zeitlichen Zusammenhang mit der Dekompensation einer cerebralen Arteriosklerose feststellen. Weitere Erörterungen darüber sind in diesem Zusammenhang schon deshalb unnötig, weil unsere Kranken im „Morbus“ die gleichen Voraussetzungen zu bieten scheinen, und sich Unterschiede ihrer Psychosyndrome, um die es uns hier geht, von dorthier nicht erklären lassen. Allenfalls die nur bei Wilhelm E. gegebenen Hinweise auf das Vorliegen einer thalamostriären Schädigung wären zu vermerken. Aber es müssen weitere Unterschiede in der Gesamtkonstellation aufgesucht werden, wenn man nicht einfach die zu untersuchenden Psychosyndrome im Sinne eines mehr oder minder direkten Reiz-Antwort-Verhältnisses als „Symptom“ der cerebralen Arteriosklerose betrachten und etwaige Abweichungen auf unterschiedliche individuelle bzw. lokalisatorische Antwortbereitschaften oder auf die Mobilisierung verschiedener Teilanlagen zurückführen will.

Unsere Pat. unterscheiden sich bei einem im wesentlichen pyknischen Konstitutionstypus durch athletische (Herta G.) und leptosome (Wilhelm E.) Beimischungen. Gemeinsam ist ihnen ein kräftiges Streben nach sozialem Aufstieg, das bei der robusteren Herta G. konstitutionsgebundener wirkt als bei dem verletzlichen und leicht störbaren Wilhelm E., der zudem sein ganzes Leben unter dem Eindruck einer verhärmten und mit sozialen Ressentiments belasteten Jugend gestanden hat. Er zeigt im übrigen in seiner Körperbauform und Struktur jene feinere Differenzierung, auf deren Bedeutung für das Auftreten von Zwang bereits STERN in seinen Encephalitis-Studien hingewiesen hat. Beiden Kranken eignet ein empfindliches Pflichtbewußtsein, ein besonderer Sinn für Ehrbarkeit und Ordnung sowie eine allerdings bei Wilhelm E. sehr viel stärker ausgeprägte Pedanterie. Er zeigte schon früher ein Festhalten an Gewohnheiten mit Wiederholungscharakter und eine Neigung zu jenen alltäglichen Kontrollierzwängen, die man auch bei Gesunden mitunter beobachtet.

BINDER hat aus Charakterzügen, wie sie sich bei Wilhelm E. sehr viel deutlicher als bei Herta G. ausgebildet finden, auf eine konstitutionelle Schwäche des Beharrungstriebes geschlossen, in der er daskennzeichnende Merkmal der Zwangsveranlagung sah. Man könnte demnach bei Wilhelm E. ein Mehr an sowohl konstitutionellem als auch organisch-lokalisatorischem Entgegenkommen annehmen und darin den Grund für das Auftreten eines Behalten-, „Müssens“ sehen, das nur von ihm als echter Zwang erlebt wird. Ebenso wichtig für die Deutung dieses Umstandes erscheint uns jedoch die Berücksichtigung von dynamischen Reaktionen zwischen Charakter und Erlebnis (KRETSCHMER), die wir nicht nur bei abnormen Reaktionen und Entwicklungen, sondern auch bei organisch Kranken immer wieder finden. Wir haben an anderer Stelle beschrieben, wie ein cerebraler Prozeß nicht nur das Persönlichkeitsgefüge verändert, sondern zugleich eine erlebnishafte Wirkung entfalten kann, die ihrerseits wiederum nicht nur von der somatischen Krankheit und den durch sie bedingten psychischen Veränderungen, sondern vor allem auch von der Primärstruktur der Kranken sowie der Welt, in der sie leben, abhängig ist.

Die kleinbürgerlich-biedere Herta G. geht ganz in der Erfüllung ihrer hausfraulichen Pflichten, in der Versorgung ihrer Familie, der Förderung der Kinder und Pflege des Heimes auf. Außerhalb des engsten Familienkreises, in dem sie sich geborgen fühlt und dessen anerkannten Mittelpunkt sie bildet, findet sie keine Bindungen. Ganz anders verhält es sich bei Wilhelm E., für den das Familienleben eher eine Bürde und Störungsquelle als eine Aufgabe ist. Er lebt nur seiner beruflichen Tätigkeit als Pädagoge und ist auf die geistige Bewältigung und Gestaltung seines Lebens und seiner Welt gerichtet. Als ihm durch die Pensionierung das berufliche Tätigkeitsfeld genommen wurde, suchte er auf alle Weise nach einem Ersatz und begann unter anderem eine plattdeutsche Schilderung seines Lebens zu schreiben, in der sich schnurriger Humor und verinnerlichte Rückschau verbinden und in einer an Fritz Reuter erinnernden sprachlichen Gestaltung Ausdruck finden. Er gleicht in manchem jenen kauzig-knorrigen und dabei ungemein empfindsamen Gestalten, wie sie der von ihm so verehrte Wilhelm Raabe etwa im „Wunnigel“ geschaffen hat.

Für beide Pat. wurde die hereinbrechende Krankheit ein außerordentlich affektstarkes Erlebnis, das entsprechend ihrer jeweiligen Struktur, Differenzierung und Wertwelt ganz unterschiedliche Wirksamkeiten entfaltet, die nur bei Wilhelm E.

zum Auftreten eines echten Zwangsphänomens führten. Herta G., die sich zunächst mit der Vorstellung gequält hatte, einen Schlaganfall zu bekommen oder einen Hirntumor zu haben, lebt schließlich ganz in der panischen Angst „verrückt“ zu werden, als sie Gedächtnisstörungen bei sich bemerkt. Man muß sich dazu vergegenwärtigen, wie sehr „Verrücktheit“ für einfachere Kranke gleichbedeutend mit dem Verlust von „klarem Verstand“ und von Behaltenkönnen ist. Von früheren Pat. hören wir bei katamnestischen Untersuchungen oft: „Ich hatte aber immer klaren Verstand und weiß noch alles!“, wenn sie uns die Harmlosigkeit der durchgemachten Psychosen beweisen wollen. In ihrer Angst, im Wahnsinn zu versinken, klammert sich Herta G. gewissermaßen an jedes Wort, das ihr zu entgleiten droht. Von einer kritischen Stellungnahme oder gar einer inneren Auflehnung dagegen kann bei ihr keine Rede sein. Sie *muß* nicht, sie *will* alles behalten und an alles Erinnerung haben. Nicht gegen das Erlebnis eines Zwanges, sondern gegen eine mit der Krankheit gegebene Bedrohung, die für sie die Gestalt einer geistigen Umnachtung angenommen hat, setzt sie sich zur Wehr. Ihr Erleben entspricht dem eines Phobikers, der die von außen drohende Gefahr abzuwenden sucht (BINDER), der aus dem Wissen um die „Brüchigkeit der eigenen Position“ nach innerem Halt strebt (PETRELOWITSCH).

Bei Wilhelm E. vollzieht sich ein völlig anderes Erleben. Nicht das Kranksein als solches, wie bei Herta G., sondern der Stillstand des für seine Wertwelt bestimmenden aktiven geistigen Schaffens, wird für ihn zu einem Erlebnis von unerträglichem Gehalt. Er hat nie befürchtet, den „Verstand“ zu verlieren, obwohl auch bei ihm das Behalten-„Müssen“ im unmittelbaren Anschluß an ein Versagen der Gedächtnisleistung auftrat. Im Gegenteil: Was er an geistiger Leistungsminderung und vor allem auch an Vergeßlichkeit bei sich bemerkt, stellt er gleichsam entschuldigend als Folge „jener Dinge“ hin. Er weiß um die Unsinnigkeit seines Tuns, möchte sich davon befreien, und kann es, von einer quälenden Angst getrieben, doch nicht unterlassen. Bei ihm zeigen sich die „obsession“ der französischen Psychiatrie und der ambivalente Widerspruch, der innere Zwiespalt, als konstitutive Elemente echten Zwanges. Wenn er verzweifelt beteuert, daß ihn die „Namen“ überfallen, so hält ihm seine Frau entgegen, daß er sie an den Haaren herbeiziehe, womit sie nicht ganz im Unrecht sein dürfte. Für den Pat. selbst allerdings beruht die Unfähigkeit zur Fortsetzung geistiger Arbeit ausschließlich auf dem Andrängen der „Namen“. JOACHIM hat eine Kranke beschrieben, die von ihrem Mann unter Mitnahme aller Habe verlassen wurde und daraufhin den Zwang entwickelte, alle ihr verbliebenen Gegenstände immer wieder zu durchmustern und deren Bestandteile zu zählen. Auch STÖRRING hat dargestellt, wie Zwangsvorgänge „Maßnahmen zur Verhinderung der Gefährdung eines Besitzes“ sein können. Man möchte meinen, daß Wilhelm E. in analoger Weise wie die Kranke JOACHIMS in der fortwährend wiederholten Betätigung sinnloser Vorstellungsreihen ein weiteres Entgleiten seiner geistigen Welt aufzuhalten sucht und zugleich darin einen Ersatz findet für jene geistig-schöpferische Lebensweise, die ihm nicht mehr möglich ist. Sieht man dann, wie sich seine Erlebnisrichtung in die Vergangenheit verkehrt, die ihn mit Vorstellungsreihen bis in die Kindheit hinein überfällt, so drängt sich unbeschadet nosologischer Zusammenhänge jene Deutung auf, die v. GEBSATTEL dem Zwangsdenken in der Melancholie gegeben hat: Dem Kranken, der unfähig ist, „die Welt aktiv zu begreifen und zu gestalten“, drängt sie sich „in der atomistischen Ungestalt vereinzelter Inhalte“ auf.

Bei unseren Patienten ist das Zwangssyndrom wenige Wochen nach der Entlassung aus der Klinik abgeklungen. Geblieben ist neben körperlichen Beschwerden eine subjektiv durchaus gespürte organische Wesensänderung, mit der sie sich nun jedoch abzufinden vermögen. Sie scheinen sich den Veränderungen des biologischen Grundes ihrer

Persönlichkeit angepaßt zu haben. Wir haben bereits darauf hingewiesen, daß eine derartige Verlaufsform nicht ohne weiteres als Hinweis auf eine phasische Erkrankung aus dem cyclothymen Formenkreis gewertet werden darf und bei Psychosen auf dem Boden chronischer Hirnprozesse im höheren Lebensalter häufig beobachtet werden kann. Überwiegend mit Beginn der klinischen Manifestation des Hirnprozesses kommt es zum Auftreten von Psychosen, die je nach der Schwere und dem zeitlichen Tempo des organischen Einbruchs in ihrer Symptomatologie mehr dem exogenen Reaktionstypus oder endogenen Psychosen entsprechen können. Sie beherrschen über Monate und manchmal Jahre das Krankheitsbild, um schließlich in der Mehrzahl der Fälle, nicht immer in einem erkennbaren Zusammenhang mit therapeutischen Einwirkungen, unter Hinterlassung eines organischen Defektsyndroms abzuklingen. Nicht nur die endoformen Phänomene, sondern auch die organischen Züge des psychopathologischen Syndroms, dessen Verlaufsmodus sich im übrigen häufig nicht mit dem der somatischen Erkrankung deckt, sind dabei weitgehend reversibel. Schon diese Diskrepanz der Verläufe sollte vor einer zu engen Inbeziehungsetzung von cerebraler Schädigung und psychischem Erscheinungsbild warnen. Sie ist es auch, die uns veranlaßt, unsere Aufmerksamkeit neben anderen konstellativen Faktoren insbesondere erlebnishaften Momenten zuzuwenden.

So unberechtigt es zweifellos wäre, die psychotischen Zustände im Beginn chronischer Hirnprozesse des höheren Lebensalters immer ausschließlich als Reaktion auf den gespürten Einbruch der Hirnerkrankung zu deuten, so unzulänglich muß eine Betrachtungsweise sein, die für die Berücksichtigung des Erlebnismoments keinen genügenden Raum läßt. Innerhalb des konstellationspathologischen Gesamts, das außer dem Hirnprozeß selbst Anlagefaktoren, Konstitution, Primärpersönlichkeit, Differenzierungsstufe, Milieu, Situation und Wertwelt des Kranken umfaßt, geht von dem Hirnprozeß eine auch erlebnishafte Wirkung aus, deren Bedeutung für die Gestaltung des psychopathologischen Syndroms vielfach unterschätzt wird. Beachtet man gleichzeitig den subjektiven Erlebnisharakter der psychopathologischen Phänomene, so zeigen sich Zusammenhänge, die einer mehr formalen Betrachtungsweise entgehen.

Nach der bekannten Definition von K. SCHNEIDER handelt es sich um Zwang, „wenn jemand Bewußtseinsinhalte nicht loswerden kann, obwohl er sie gleichzeitig als inhaltlich unsinnig oder wenigstens als ohne Grund beherrschend und beharrend beurteilt“. Darüber hinaus scheint uns echter Zwang dadurch gekennzeichnet zu sein, daß seine Ablehnung mit einer gewissen Ambivalenz erlebt wird, daß sie den Charakter eines inneren Zwiespaltes annimmt. Hier ist ferner die auch bei Wilhelm E. nicht fehlende Angst zu nennen, ohne daß auf die viel diskutierte Frage eingegangen werden soll, ob diese als primär oder als sekundär zu denken

ist. Die Auflehnung eines hirnorganischen Kranken gegen einen Blickkrampf oder gegen eine Verbalhalluzination ist etwas anderes als die zwiespältige Ablehnung des Zwangsdenkens. Ähnliches gilt, wenn ein schwer abgebauter Patient ständig eine bestimmte Obszönität aussprechen „muß“, ohne überhaupt einer kritischen Stellungnahme dazu fähig zu sein. Derartige Formen, die sehr viel weniger komplex aufgebaut und gewissermaßen organnäher sind, dürften die Mehrzahl der als „symptomatisch“-organisch bezeichnete Zwänge darstellen. Sie sind von echtem Zwang nicht nur intensivativ (K. SCHNEIDER), sondern qualitativ zu unterscheiden.

In Fällen wie dem unseres Patienten Wilhelm E. liegt kein Konflikt im Sinne neurotischer Dynamik vor. Die Unerträglichkeit ihrer Situation wird nicht durch biographische Geschehnisse oder eigene Fehlhaltungen geschaffen, sondern durch den Einbruch einer cerebralorganischen Erkrankung, die zunächst erlebnismäßig nicht verarbeitet und bewältigt werden kann. Voraussetzung für eine solche Dynamik ist selbstverständlich das Erhaltenbleiben gesunder Bereiche in der Gesamtpersönlichkeit, wie andererseits auch Zwang nur auf dem Boden leitbaren Seelenlebens (K. SCHNEIDER) erwachsen kann. Ein grober Abbau hebt sowohl die Dynamik in der Reaktion auf die Krankheit als auch die Fähigkeit zum Erleben von Zwang auf. Entsteht aber auf dem Boden organischer Hirnprozesse ein „symptomatischer“ Zwang, so dürfte das nicht ohne die Beteiligung emotional-dynamischer Zusammenhänge möglich sein, sofern es sich um echten Zwang in dem oben angegebenen Sinne handelt. Diese Auffassung steht nicht im Widerspruch zu der Annahme etwa eines konstitutionellen und organischen Entgegenkommens, sondern sie findet darin im Rahmen der Gesamtkonstellation ihre notwendige Ergänzung.

Bei Berücksichtigung des konstellationspathologischen Aufbaus und des subjektiven Erlebnisharakters der als Zwang bezeichneten Phänomene auf dem Boden von Hirnerkrankungen zeigt sich, daß diese nichts Einheitliches sind. Die Einteilung in originären Zwang als Ausdruck der Zwangskrankheit und in symptomatischen Zwang als Folge von anderen und insbesondere cerebralorganischen Erkrankungen wird der Wirklichkeit insofern nicht gerecht. Auch auf dem Boden von Hirnprozessen können Erlebnisstörungen mit den konstitutiven Merkmalen echten Zwanges entstehen. Davon zu trennen sind Symptome, die zwar in ihrem Erscheinungsbild eine gewisse Ähnlichkeit mit Zwang aufweisen, sich von diesem jedoch durch das Fehlen eben jener Merkmale sowie ihren andersartigen konstellationspathologischen Aufbau unterscheiden. Bestimmend für das Auftreten echten Zwanges bei Hirnerkrankungen ist deren auch erlebnishafte Wirksamkeit, die im Zusammenspiel mit bestimmten anderen konstellativen Faktoren die dazu notwendigen Voraussetzungen schafft.

### Zusammenfassung

Bei katamnestischen Untersuchungen von Psychosen auf dem Boden involutiver und anderer Hirnprozesse im höheren Lebensalter können gelegentlich auch episodisch verlaufende Zwangssyndrome beobachtet werden. Der konstellationspathologische Aufbau dieser Syndrome wird aus der Gegenüberstellung von zwei ausgewählten Fällen entwickelt. Das psychopathologische Bild war bei beiden dadurch gekennzeichnet, daß die Kranken im Anschluß an ein Versagen der Gedächtnisleistung alles, was ihnen begegnete, insbesondere aber Namen und sachliche Bezeichnungen, behalten „mußten“. Trotz dieser scheinbaren Übereinstimmung handelte es sich nur in einem der Fälle um ein echtes Zwangsphänomen. Damit wird auch zu der Differenzierung und Abgrenzung der sogenannten „symptomatischen“ Zwangszustände Stellung genommen.

Die als „symptomatischer“ Zwang bezeichneten Syndrome auf dem Boden chronischer Hirnprozesse sind nichts Einheitliches. Häufig fehlen ihnen jene konstitutiven Merkmale echten Zwanges, die in dem subjektiven Erlebnisharakter der psychopathologischen Phänomene gegeben sind. Ihre qualitative Unterscheidung von echten Zwangserlebnissen wird bei konstellationspathologischer Untersuchung im Sinne der mehrdimensionalen Diagnostik von KRETSCHMER mit Berücksichtigung der erlebnishaften Auswirkungen der cerebral-organischen Erkrankung deutlich.

Innerhalb der pathogenen Gesamtkonstellation, die neben dem Hirnprozeß selbst sowohl Anlage, Konstitution, Primärpersönlichkeit und Differenzierungsgrad des Kranken als auch dessen Milieu, Situation und Wertwelt umfaßt, hat die erlebnismäßige Auseinandersetzung des Kranken mit dem gespürten organischen Einbruch entscheidende Bedeutung für die Gestaltung des psychopathologischen Bildes. Diese erlebnishaften Momente in ihrer wechselseitigen Beziehung zu anderen Konstellationsfaktoren schaffen bei chronischen Hirnprozessen mit episodischen Zwangssyndromen emotional-dynamische Zusammenhänge, ohne die zwar erscheinungsbildliche ähnliche Symptome, nicht aber echte Zwangsphänomene entstehen können.

### Literatur

- ALLERT, M. L., u. J.-E. MEYER: Anankastisches Syndrom als Encephalitis-Folge. *Nervenarzt* **29**, 116 (1958).  
 ALSEN, V.: Endoforme Psychosyndrome bei cerebralen Durchblutungsstörungen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **200**, 585 (1960).  
 BINDER, H.: Zur Psychologie der Zwangsvorgänge. Berlin 1936.  
 BONHOEFFER, K.: Über die Beziehung der Zwangsvorstellungen zum Manisch-Depressiven. *Msehr. Psychiat. Neurol.* **33**, 354 (1913).  
 BONHOEFFER, K.: Störung des Zeiterlebens als Migräneäquivalent. *Nervenarzt* **13**, 154 (1940).

- BOOR, W. DE, W. SPIEGELHOFF u. A. STAMMLER: Zur Psychopathologie, Pathophysiologie und Morphologie atypischer hirnatrophischer Prozesse. Ein Beitrag zur Lehre vom Zwang. Arch. Psychiat. Nervenkr. **188**, 51 (1952).
- BOSTROEM, A.: Genese und Aufbau der psychischen Folgeerscheinungen nach Encephalitis. Allg. Z. Psychiat. **93**, 332 (1930).
- BRÄUTIGAM, W., u. M. CZERNIGEWYCZ: Hirnatrophischer Prozeß und Leukotomie in ihrer Wirkung auf die Zwangsneurose. Arch. Psychiat. Nervenkr. **184**, 80 (1950).
- BUMKE, O.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 7. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1949.
- BÜRGER, H., u. W. MAYER-GROSS: Über Zwangssymptome bei Encephalitis lethargica und über die Struktur der Zwangerscheinungen überhaupt. Z. ges. Neurol. Psychiat. **116**, 645 (1928).
- DAUMEZON, G., J. COR et L. MOOR: Disparition de phénomènes obsessionnels graves après „autolobotomie“ chez un grand déséquilibré. Ann. méd.-psychol. **112**, 93 (1954); ref. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. **128**, 394 (1954).
- GEBSATTEL, G. E. v.: Zeitbezogenes Zwangsdenken in der Melancholie. Nervenarzt **1**, 275 (1928).
- HEILBRONNER, K.: Zwangsvorstellung und Psychose. Z. ges. Neurol. Psychiat. **9**, 301 (1912).
- JOACHIM, G.: Über Zwangsvorstellungen. Diss. Berlin. Ref. VIRCHOW-HIRSCH Jahresbericht 1893. Zit. DONATH, J.: Über Arithmomanie. Z. ges. Neurol. Psychiat. **43**, 56 (1918).
- KEHRER, F. A.: Die Verbindung von chorea- und tieförmigen Bewegungen mit Zwangsvorstellungen und ihre Beziehungen zu den Zwangsvorgängen bei Zwangsneurosen und Encephalitis epidemica. Berlin 1938.
- KLEIST, K.: Gehirnpathologische und lokalisatorische Ergebnisse. 7. Mitteilung. Die psychokinetischen, katatonen und myostatischen Störungen des Stammhirns. Jb. Psychiat. Neurol. **50**, 23 (1933).
- KRETSCHMER, E.: Der sensitive Beziehungswahn. 3. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1950.
- KRETSCHMER, E.: Medizinische Psychologie. 11. Aufl. Stuttgart 1956.
- LAMBO, A. T.: Psychiatric syndroms associated with cerebrovascular disorders in the African. J. ment. Sci. **104**, 133 (1958).
- MAUZ, F.: Vom Seelenleben des Menschen. In: Vom Unbelebten zum Lebendigen. Eine Ringvorlesung an der Univ. Münster i. W. Stuttgart 1956.
- MAUZ, F.: Die sogenannten kritischen Jahre der Frau in psychiatrischer und psychologischer Sicht. Arch. Gynäk. **193**, 50 (1959).
- MAYER-GROSS, W., u. G. Steiner: Encephalitis lethargica in der Selbstbeobachtung. Z. ges. Neurol. Psychiat. **73**, 283 (1921).
- MÜLLER, CH.: Vorläufige Mitteilung zur langen Katamnese der Zwangskranken. Nervenarzt **24**, 112 (1953).
- MÜLLER, CH.: Weitere Beobachtungen zum Verlauf der Zwangskrankheit. Mschr. Psychiat. Neurol. **133**, 80 (1957).
- PETERS, G., u. G. STRUCK: Pathomorphologische Befunde bei chronisch verlaufenden hirnorganischen Prozessen. Fortschr. Neurol. Psychiat. **27**, 549 (1959).
- PETRILOWITSCH, N.: Beiträge zu einer Struktur-Psychopathologie. Basel, New York 1958.
- PILCZ, A.: Zwangsvorstellungen und Psychose. Jb. Psychiat. Neurol. **41**, 123 (1922).
- RÜDIN, E.: Ein Beitrag zur Frage der Zwangskrankheit, insbesondere ihrer hereditären Beziehungen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **191**, 14 (1953).

- SCHIMMELPENNING, G. W.: Zur Entstehung paranoider Reaktionen und Entwicklungen auf dem Boden hirnatrophischer Syndrome. Ein Beitrag zur klinischen Konstitutionspathologie. Arch. Psychiat. Nervenkr. **199**, 138 (1959).
- SCHNEIDER, K.: Begriffliche Untersuchung über den Zwang. Allg. Z. Psychiat. **112**, 17 (1939).
- SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie. 4. Aufl. Stuttgart 1955.
- STERN, F.: Über psychische Zwangsvorgänge und ihre Entstehung bei encephalitischen Blickkrämpfen, mit Bemerkungen über die Genese der encephalitischen Blickkrämpfe. Arch. Psychiat. Nervenkr. **81**, 522 (1927).
- STÖCKER, W.: Über Genese und klinische Stellung der Zwangsvorstellungen. Z. ges. Neurol. Psychiat. **23**, 121 (1914).
- STÖRRING, G. E.: Ein Beitrag zum Problem der Zwangspsychopathie dargestellt an dem Fall eines anankastischen Psychopathen. Z. ges. Neurol. Psychiat. **139**, 589 (1932).
- WEITBRECHT, H.-J.: Cyclothymes Syndrom und hirnatrophischer Prozeß. Nervenarzt **24**, 489 (1954).
- WEITBRECHT, H.-J.: Zur Frage der Spezifität psychopathologischer Symptome. Fortschr. Neurol. Psychiat. **25**, 41 (1957).
- WEITBRECHT, H.-J.: Depressive Syndrome bei endogenen Psychosen und die Bedeutung exogener Faktoren. Regensburger Jb. ärztl. Fortbild. **6**, 194 (1958).

Dr. med. G. W. SCHIMMELPENNING,  
Münster in Westfalen, Universitäts-Nervenklinik