

Aus der Nervenklinik der Universität München  
(Direktor: Prof. Dr. K. KOLLE)

## Die anankastische Depression

Von

**HANS LAUTER**

(*Einbegangen am 5. Juli 1962*)

### 1. Fragestellung

Die anankastische Depression ist eine Krankheit, deren Erkennung und differentialdiagnostische Abgrenzung im allgemeinen einfach ist. Ein offenbar so wenig problemreiches Zustandsbild scheint das wissenschaftliche Schattendasein zu verdienen, welches ihm seit seiner Entdeckung zu Anfang dieses Jahrhunderts und seit den grundlegenden Arbeiten HEILBRONNERS, BONHOEFFERS und STÖCKERS zugeschlagen ist. Trotzdem verbirgt die Zwangsdepression bei näherem Zusehen viele Fragwürdigkeiten. Schon bei der genauen begrifflichen Auseinandersetzung mit der mehrdeutigen Krankheitsbezeichnung ergeben sich zahlreiche Probleme und Schwierigkeiten. Es bedarf einer näheren Erklärung, welcher Stellenwert dem Eigenschaftswort „anankastisch“ im Zusammenhang mit den hier gemeinten depressiven Erkrankungen zukommt. Soll dieses Attribut nur zur unverbindlichen Kennzeichnung eines besonders vordergründigen Symptoms dienen, welches aus der unberechenbaren Dynamik des cyclothymen Prozesses hervorwächst? Dann würde man von der Zwangsdepression etwa im gleichen Sinn sprechen können wie von einer agitierteren oder gehemmten Depression — Ausdrücke, mit denen ebenfalls lediglich das Leitsymptom des Antriebsmangels oder -überschusses festgehalten werden soll. Oder meint man doch etwas anderes, wenn man das Adjektiv „anankastisch“ im Zusammenhang mit der Zwangsdepression gebraucht? Will man damit vielleicht bereits andeuten, daß das zwangsneurotische Gepräge der Cyclothymie nicht ausschließlich in dem biologischen Prozeß wurzelt, sondern darüber hinaus in einer besonderen dispositionellen Bereitschaft verankert ist? In diesem Fall würde der Begriff der anankastischen Depression eine ähnliche Beziehung zwischen Primärpersönlichkeit und Symptomgestaltung implizieren, wie sie nach den Untersuchungen JANZARIKS über den Zusammenhang zwischen Wahnhalt und individuellem Wertgefüge etwa für die Schuld- oder Verarmungsdepression anzunehmen ist. Es wäre dann die Aufgabe der klinischen Analyse, das Wesen dieser charakterlichen Veranlagung näher zu bestimmen. Schließlich wäre aber noch eine dritte Möglichkeit denkbar.

Die Zwangsdepression könnte nämlich nicht nur hinsichtlich der Primärpersönlichkeit, sondern auch in bezug auf andere wesentliche Merkmale der Cyclothymie — etwa Dauer, Erscheinungsform und Verlauf der depressiven Phase — charakteristische, sich von Fall zu Fall regelmäßig wiederholende Kennzeichen aufweisen. In diesem Fall müßte es möglich sein, die Zwangsdepression unbeschadet ihrer Zugehörigkeit zur nosologischen Einheit der manisch-depressiven Erkrankung von der großen Zahl andersartiger melancholischer Verlaufsformen abzutrennen und als einen einheitlichen Krankheitstyp innerhalb der Cyclothymie zu beschreiben.

## 2. Methodik

Mit diesen Fragen wurde bereits die Richtung festgelegt, in welcher sich die folgende Untersuchung bewegen soll. Dabei wurde von den Krankengeschichten aller derjenigen Patienten ausgegangen, die sich in der Zeit vom 1.1.1950 bis 31.12.1959 wegen einer anankastischen Depression in stationärer Behandlung der Nervenklinik der Universität München befanden. In unseren Diagnosebüchern ließen sich innerhalb dieses Zeitraums nur 4 männliche und 29 weibliche Kranke mit einer Zwangsdepression ermitteln. Es wurden daher die Krankengeschichten aller Patienten durchgesehen, die während der genannten Zehnjahresperiode wegen einer endogenen Depression in klinischer Beobachtung standen. Hierbei wurde die Kombination anankastischer Symptome mit einer manisch-depressiven Erkrankung insgesamt 89 mal angetroffen. Von diesen 89 Krankengeschichten blieben 17 unberücksichtigt, da die Endogenität der Depression zweifelhaft war oder die anankastischen Symptome nicht der Definition von KURT SCHNEIDER entsprachen („Man spricht von Zwang, wenn jemand Bewußtseinsinhalte nicht verdrängen kann, obschon er sie als unsinnig oder als ohne Grund beherrschend und beharrend beurteilt.“), an die wir uns bei dieser Untersuchung gehalten haben.

Der Anteil der Zwangsdepressionen an der Gesamtzahl von 4072 endogenen Depressionen betrug 1,7%. Unter den 72 Patienten waren 57 Frauen und 15 Männer. Das deutliche Überwiegen des weiblichen Geschlechts kommt nur zum Teil dadurch zustande, daß in unserem Krankengut die Diagnose der endogenen Depression bei Frauen etwa  $2\frac{1}{2}$ —3 mal so häufig ist wie bei Männern (2936 Frauen gegenüber 1136 Männern). Selbst wenn man von einer gleichen Zahl cyclothymer Männer und Frauen ausgeht, ist noch eine leichte Häufung von Zwangsdepressionen beim weiblichen Geschlecht vorhanden; unter 1000 Männern mit einer endogenen Depression haben durchschnittlich 13, unter 1000 Frauen durchschnittlich 19 Probanden anankastische Symptome.

Von den 72 Krankenblättern mußten 10 weitere ausgeschieden werden, weil sie den Anforderungen einer wissenschaftlichen Untersuchung nicht genügten. Es blieben also 62 Probanden — 11 männliche und 51 weibliche — übrig. Acht von ihnen haben wir in der Klinik exploriert. 36 weitere Patienten sind nach ihrer Klinikentlassung zu Hause aufgesucht worden; dieser Besuch diente der katamnestischen Ergänzung der Krankengeschichte und der Erfassung der Persönlichkeitszüge des Probanden mit Hilfe einer Exploration und eines zu diesem Zweck vorbereiteten Fragebogens. Fast in allen Fällen war es möglich, dabei auch die Angaben von Angehörigen zu verwerten. Der Einblick in das häusliche Milieu der Probanden erwies sich als großer Gewinn. Die Nachuntersuchung und die Beantwortung unseres Fragebogens nahm durchschnittlich 1—2 Std in Anspruch, mußte aber in einigen Fällen wegen ungünstiger äußerer Bedingungen etwas abgekürzt werden.

Den 62 in dieser Weise untersuchten Probanden wurden zwei Vergleichsgruppen gegenübergestellt. Bei der ersten dieser Gruppen handelt es sich um 77 Zwangskranke; sie stellen eine nach Zufallsgesichtspunkten erfolgte Auslese aus 133 Patienten dar, die in den Jahren 1950—1959 unter den Diagnosen „Anankastische Persönlichkeit“, „Anankastische Entwicklung“, „Zwangsneurose“ oder „Zwangskrankheit“ in der hiesigen Klinik behandelt wurden. Zu ihnen gehört also nicht nur die Zwangskrankheit im engeren Sinne, sondern auch der psychasthenische Zwang und die Zwangsneurose. Der Einfachheit halber werden wir aber im folgenden stets von der Gruppe mit reiner „Zwangskrankheit“ sprechen. Die zweite Gruppe besteht aus 86 Kranken, bei denen eine endogene Depression ohne anankastische Begleitsymptome vorlag; um auch hier eine möglichst zufällige Auswahl zu erhalten, wurden sämtliche Patienten berücksichtigt, die in den ersten 5 Monaten des Jahres 1958 unter der Diagnose „Cyclothymie“, „Endogene Depression“, „Involutionsdepression“ oder „Rückbildungsdepression“ in stationärer Beobachtung waren. Die beiden Vergleichsgruppen enthalten also Fälle reiner Zwangskrankheit und reiner endogener Depression und sollen unserer Hauptgruppe von 62 Probanden gegenübergestellt werden, bei denen sich die beiden Syndrome miteinander kombinieren.

### 3. Ergebnisse

#### *Erkrankungsalter*

Die Tab. 1 gibt einen Überblick über das durchschnittliche Erkrankungsalter unserer Probanden. Dabei wurde stets von der jeweils letzten Phase ausgegangen, die zu einer stationären Beobachtung geführt hatte; frühere Krankheitsperioden blieben unberücksichtigt. Über die Hälfte der Probanden befand sich zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr. Der Vergleich mit unserer Kontrollgruppe reiner Depressionen zeigt vor allem, daß das jüngere Lebensalter bei den anankastischen Depressionen etwas häufiger vertreten ist.

Tabelle 1. *Erkrankungsalter unserer Probanden*

| Erkrankungsalter | Prozent der Erkrankten bei anankastischer Depression | Prozent der Erkrankten bei endogener Depression ohne anankastische Züge |
|------------------|--|---|
| unter 40 Jahre   | 32,3   | 22,4  |
| 40—60 Jahre      | 56,4   | 62,7  |
| über 60 Jahre    | 11,4   | 14,9  |

#### *Konstitutionstyp*

Die Bestimmung des Konstitutionstyps erfolgte bei allen Kranken lediglich nach dem allgemeinen Eindruck. Genauere Messungen wurden nicht vorgenommen. 18% der Probanden konnten keinem der Kretschmerschen Konstitutionstypen ungezwungen zugeordnet werden. Die Pykniker waren mit 39% erheblich stärker vertreten als in der Durchschnittsbevölkerung (KRETSCHMER: 20%; SIMMEL: 12%); ihre Zahl lag aber beträchtlich unter den Werten, die KRETSCHMER für endogene Depressionen gefunden hat (67%) und auch unter den von HENCKEL für manisch-depressive Kranke Oberbayerns angegebenen Ziffern (57,6%). Der Anteil der Leptosomen unter unseren Probanden betrug 43%. Ein

Vergleich mit unseren beiden Kontrollgruppen reiner Depressionen und Zwangskrankheiten war nicht möglich, da in mehr als der Hälfte der Krankenblätter konstitutionstypologische Einträge fehlten. Gegenüber den Zwangspatienten von EDITH RÜDIN ist eine statistisch signifikante Differenz in der Verteilungshäufigkeit der Konstitutionstypen nicht vorhanden (siehe Tab. 2).

Tabelle 2. *Verteilung der Konstitutionstypen*

|  | Pykniker<br>% | Leptosome<br>und<br>Athletiker<br>% | Dysplastiker<br>% | Atypisch<br>oder nicht<br>zuermitteln<br>% |
|--|---------------|-------------------------------------|-------------------|--|
| Durchschnittsbevölkerung<br>(KRETSCHMER)               | 20            | 40-50                               | 5-10              | ca. 30                                     |
| Durchschnittsbevölkerung, männlich<br>(SIMMEL)         | 12            | 76                                  |                   | 12   |
| Manisch-Depressive Erkrankung<br>(KRETSCHMER)          | 67            | 24                                  | —                 | 9  |
| Manisch-Depressive Erkrankung,<br>Oberbayern (HENCKEL) | 57,6          | 30,1                                | —                 | 12,3                                       |
| Zwangskrankheit (E. RÜDIN)                             | 33            | 35                                  | 2                 | 30   |
| Anankastische Depression                               | 39            | 43                                  | —                 | 18   |

Tabelle 3. *Soziale Stellung unserer Probanden in Prozentzahlen*

|                                   | Gruppe<br>I | Gruppe<br>II | Gruppe<br>III | Gruppe<br>IV |
|-----------------------------------|-------------|--------------|---------------|--------------|
| Durchschnitt (zit. nach E. RÜDIN) | 8,7         | 28,9         | 38,1          | 20,1         |
| Anankastische Depression          | 4,7         | 37,7         | 51,4          | 6,2          |
| Endogene Depression               | 15,8        | 26,1         | 45,9          | 12,2         |
| Zwangskrankheit                   | 16,8        | 38,9         | 20,8          | 23,5         |

Die Einteilung in vier soziale Gruppen wurde nach LUXENBURGER vorgenommen.  
 Gruppe I: Akademiker, höhere Beamte, selbständige Kaufleute und Fabrikanten, Gutsbesitzer.  
 Gruppe II: Mittlere Beamte, angestellte Kaufleute, leitende Büroangestellte, selbständige Handwerker und Gewerbetreibende, Großbauern.  
 Gruppe III: Untere Beamte, Büroangestellte, angestellte Handwerker und Gewerbetreibende, Bauern.  
 Gruppe IV: Ungelernte Hilfsarbeiter.  
 Verheiratete Frauen wurden der Gruppe ihrer Ehemänner zugewiesen.

#### *Soziale Stellung*

Das soziale Niveau unserer Probanden weicht insofern von der Durchschnittsbevölkerung ab, als sich eine deutliche Bevorzugung der sozialen Mittelschicht ergibt. Wie die Tab. 3 zeigt, ist dagegen die sozial am höchsten stehende Schicht bei unseren Probanden nur etwa halb so oft vertreten, wie dies nach der durchschnittlichen Verteilung der sozialen

Gruppen in der Bevölkerung zu erwarten wäre. Bei unseren reinen Zwangskranken sind die Verhältnisse gerade umgekehrt; hier sind besonders die höchsten und — im Gegensatz zu den Ergebnissen von EDITH RÜDIN — auch die niedrigsten sozialen Schichten am häufigsten befallen. Bei unserer dritten Gruppe — den endogenen Depressionen — ist die soziale Stellung erwartungsgemäß deutlich erhöht; die niedrigste soziale Schicht ist gegenüber dem Durchschnitt etwa um die Hälfte vermindert.

#### *Erblichkeit*

Die Familien unserer Probanden ließen eine starke Belastung mit manisch-depressiven Erkrankungen erkennen, die sich aber von der Kontrollgruppe reiner Melancholiekranker nicht wesentlich unterschied. Über Inhalt und Gestaltung der depressiven Phasen bei den Angehörigen unserer Kranken ließ sich nur relativ wenig in Erfahrung bringen. Bei zwei Probanden lag bei einem Elternteil mit Sicherheit eine anankastische Depression vor. Bei zwei weiteren Patienten war ein Elternteil zwangskrank. Ein einziges Zwillingspaar war in unseren Beobachtungen nicht vertreten.

#### *Primärpersönlichkeit*

Das Vorkommen anankastischer Symptome im Verlauf einer endogenen Depression findet durch die Annahme einer besonders gearteten charakterlichen Veranlagung eine einleuchtende Erklärung. Eine solche dispositionelle Bereitschaft hat bereits im Jahre 1906 SOUKHANOFF vermutet; er war der Auffassung, daß die Zwangsdepression nur bei einer bestimmten Personengruppe vorkommt, nämlich den „scrupulo-inquiets“. Eine ähnliche Meinung wurde auch von vielen anderen Autoren vertreten, am entschiedensten vielleicht von HOFFMANN, der das Vorhandensein eines zu anankastischer Depression disponierenden Anlagefaktors für eine Tatsache hielt, die in jedem Fall empirisch belegt werden könne. Hierin wird ihm wohl nicht jeder Psychiater zustimmen. Denn wenigstens vereinzelte Kranke, bei denen sich anankastische und cyclothyme Erscheinungen miteinander verbinden, scheinen außerhalb der Depression heiter, natürlich und unbefangen zu sein und lassen eine habituelle Tendenz zum Auftreten von Zwangsvorstellungen nicht ohne weiteres erkennen. Auch unter den 22 Fällen, die HEILBRONNER beschrieben hat, lag nur bei 3 Kranken eine zwangsnervotische Veranlagung vor.

Unsere eigenen Untersuchungen ergaben, daß die Primärpersönlichkeit unserer Probanden in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine selbstunsichere Charakteranlage erkennen ließ. Die Züge der Selbstunsicherheit, auf deren enge Beziehung zu den Zwangsercheinungen SCHNEIDER hingewiesen hat, waren bei vielen Patienten bis in die Kindheit zurückzuverfolgen und äußerten sich in Schüchternheit, Gehemmtheit, geringem Selbstwertgefühl und starker Abhängigkeit vom Urteil der

Umwelt. Besonders kennzeichnend für die Charakterstruktur unserer Probanden ist aber die Beimischung eines kräftigen sthenischen Stachels (E. KRETSCHMER) zu dem asthenischen Gesamt der Persönlichkeit. Im Gegensatz zu manchen asthenischen und depressiven Psychopathen wird die Selbstunsicherheit daher von unseren Probanden nicht einfach passiv hingenommen und erlitten, sondern zu einer Haltung verarbeitet, welche die Welt aktiv ordnend zu beherrschen versucht. Unter den sthenischen Zügen fiel vor allem die stark ausgeprägte Gewissenhaftigkeit der von uns untersuchten Patienten auf. Diese Eigenschaft, in welcher wir das hervorstechendste Charaktermerkmal unserer Probanden erblicken möchten, konnte in mannigfachen Formen und Variationen auftreten. Da war der wegen seiner Zuverlässigkeit geschätzte Maurerpolier, der den Mörtel immer wieder auf seine Festigkeit nachprüfte und die Baustelle nie verließ, ohne alle Steine und Bretter wegzuräumen, über die ein unbedachter Fußgänger des Nachts hätte stolpern können. Oder die skrupulöse Landwirtstochter, die sich nach jedem Gespräch ängstlich fragte, ob sie nicht durch ein vorschnelles Wort den anderen gekränkt oder verletzt hatte, und deren empfindliches Schuldbewußtsein sich vor jeder Beichte zu selbstquälischer Gewissensangst steigerte. Oder schließlich jene kleinlich-sparsame Angestelltenfrau, deren übertriebenes Reinlichkeits- und Ordnungsbedürfnis an der ungemütlich blitzenden Sauberkeit ihrer Wohnung und an der phantasielosen Anpflanzung ihres Gartens abzulesen war, in dem Blumen und Salatköpfe gradlinig in Reih und Glied Spalier standen.

Trotz dieser einheitlichen charakterlichen Veranlagung, die wir bei 51 unserer Probanden antrafen, bestanden nur in 26 Fällen schon vor dem Einsetzen der depressiven Krankheitsphase anankastische Symptome, die in ihrer Intensität das Ausmaß eines leichten Kontrollzwangs oder ängstlichen Skrupulantentums überschritten. Die Zwangsscheinungen gingen bei diesen Kranken in die cyclothyme Phase ein und erfuhren durch die Depression meist eine Akzentuierung und Zusitzung. Bei 25 Probanden waren dagegen nennenswerte Zwangsscheinungen weder vor dem Auftreten der depressiven Krankheitsphase noch nach ihrem Abklingen bemerkbar. Hierfür zunächst ein Beispiel.

**Fall 11.** Frau M. Sch., geb. 1925 (Krankengeschichte 541/59), ist eine etwas runde, quiklebendige Frau von sprudelnder, temperamentvoller Lebhaftigkeit. Sie entstammt kleinbürgerlichen Verhältnissen. Ihr Vater scheint im Anschluß an eine wirtschaftliche Notlage vorübergehend schwermütig gewesen zu sein. Als Kind fiel die Pat. durch ihr ungestümes Wesen auf, kletterte auf Bäume, spielte mit Buben und fürchtete sich weder vor Hunden noch vor Gewittern. Sie war immer vergnügt und hatte viele Freundinnen, die sie anführte und herumdirigierte. Sie hat leicht gelernt und brachte es schon als junges Mädchen zu einer angesehenen Stellung als Kontoristin und Telefonistin. Im Alter von 21 Jahren heiratete sie einen wesentlich älteren Eisenbahner, mit dem sie eine glückliche Ehe führt.

Frau Sch. war schon immer ungewöhnlich ordentlich. In ihrer Schulmappe lag Heft am Heft. Alles mußte „aufs Tüpfel sitzen“. „Um jedes Schachterl war ein Banderl.“ Auch heute noch ist sie in ihrem Haushalt übergenau. Auf dem Sofa des Wohnzimmers liegen die Kissen mit einem Kniff in der Mitte eingedellt, sorgfältig aufeinander ausgerichtet; wenn sich jemand darauf setzt, könnte sie weinen. Ihre übertriebene Ordnungsliebe verbindet sie mit einem Reinlichkeitssimmel. Sie kann sich 20 mal am Tag die Hände waschen. Schon als Kind wollte sie nie schmutzig sein. Wenn sie sich einmal dreckig gemacht hatte, schrie sie so lange, bis sie von der Mutter gewaschen wurde. Sie ging nur ungern zu ihrer Großmutter, da es dort auf dem Bauernhof nicht sauber genug war. Sie nahm sich dann zwei Tücher mit, die sie sich aufs Bett legte und schlief in zusammengekauerter Stellung, wobei sie sorgfältig darauf achtete, nur ja nicht mit der Bettwäsche der Großmutter in Berührung zu kommen. Trotz ihres couragierten Temperaments fürchtet sie sich, wenn sie mit der Eisenbahn fahren soll. Es wäre ihr völlig unmöglich, jemals in ein Flugzeug zu steigen. Wegen ihrer übergroßen Skrupulosität geht sie nicht gerne zum Beichten. Zu ihrer Arbeit braucht sie länger als andere Menschen, da sie immer alles ganz genau machen will. Sie ist im allgemeinen heiter gestimmt, läßt sich aber leicht aus der Fassung bringen, wenn irgend etwas Trauriges oder Unvorhergesehenes passiert. Sie bevorzugt flache und hügelige Gegenden und fühlt sich in der Enge des Gebirges bedrückt. Es liegt ihr sehr viel daran, mit allen Menschen gut auszukommen. Sie gibt viel auf die Meinung anderer Leute.

Die Depression setzte bei Frau Sch. zu Beginn ihrer vierten Schwangerschaft ein. Im Vordergrund standen schwere aggressive Zwangsimpulse. Die Pat. fürchtete, ihrer Umgebung, vor allem ihren Kindern etwas antun zu können. Daneben bestand eine traurige Verstimmung mit Angstgefühlen und multiplen hypochondrischen Beschwerden. Die Aufnahme in die hiesige Klinik erfolgte im 8. Monat ihrer Schwangerschaft. Die Pat. war ausgesprochen ängstlich und äußerte zahlreiche Befürchtungen in bezug auf das Kind, das sie erwartete. Da ihr dritter Junge gerade eine Brille bekam, meinte sie, auch das vierte Kind könnte mit einem Sehfehler zur Welt kommen. Außerdem drängte sich ihr immer wieder die Vorstellung auf, daß das Kind als Mißgeburt geboren werden könnte. In der Klinik fürchtete sie, sie könne ihren Mitpatienten einen Schaden zufügen. Sie hatte das Gefühl, als stünde jemand hinter ihr, der ihr schlechte Befehle erteile, die sie dann gegen ihren Willen ausführen müsse.

Unter einer Behandlung mit Megaphen besserte sich der Zustand. Die Pat. brachte einen gesunden Knaben zur Welt. Nachdem sie nach der Entbindung einige Tage fast völlig beschwerdefrei gewesen war, kam es 1 Woche danach wieder zur Verschlimmerung ihrer Depression. Im Laufe der folgenden Monate klangen aber die Beschwerden langsam ab. Die Zwangsgedanken traten zwar noch hin und wieder auf, wurden aber weniger quälend erlebt. Als Frau Sch. ein halbes Jahr nach der Klinikentlassung zu Hause aufgesucht wurde, befand sie sich in einer relativ ausgelassenen Stimmung; es ging aber immer noch eine hektische Betriebsamkeit von ihr aus. Sie wirkte agitiert und war immer nahe am Weinen. Die anankastischen Symptome waren noch nicht völlig wieder abgeklungen, äußerten sich aber jetzt vor allem in zwanghaften Suicidimpulsen.

Die vorliegende Krankengeschichte läßt die Züge der Ordentlichkeit und Gewissenhaftigkeit deutlich erkennen, welche für die Charakterstruktur dieser Persönlichkeitsgruppe kennzeichnend sind. Gewiß finden sich derartige Eigenarten auch bei manchen anderen Patienten, die während der depressiven Phase keine Zwangsercheinungen zeigen; keineswegs sind diese Wesenszüge bei den Melancholikern unserer Klinik

aber so allgemein verbreitet, daß sie dem von TELLENBACH konstituierten „Typus melancholicus“ ausnahmslos entsprechen würden. Gegenüber der Gruppe reiner Zwangskranker ist die Selbstunsicherheit bei unseren Probanden in einer geringeren Intensität vorhanden, erstreckt sich nicht auf alle Lebensgebiete und geht meist mit einem ausgesprochen cyclothym-syntonen Temperament einher. Die dysphorischen Temperamentseinschläge, die nach KAHN für über die Gesundheitsbreite hinausgehende Zwangsbildungen erforderlich sind, fehlen hier. Es handelt sich fast durchweg um Menschen, die wie im Fall der oben beschriebenen M. Sch. eine heitere, optimistische Grundstimmung aufweisen und von lebhafter, kräftiger Vitalität durchdrungen sind. Im Gegensatz zu den Anankasten der ersten Gruppe sind sie keineswegs introvertiert und von der Außenwelt abgewandt. Sie sind im Gegenteil zu einer ungezwungenen, unmittelbaren Weltverbundenheit fähig. In ihrer extravertierten Einstellung können sie warmherzig auf die Welt zugehen und die Dinge zuversichtlich „an sich herankommen lassen“. Die in dem Charakter verankerte Selbstunsicherheit und die damit verbundene zwangsneurotische Reaktionsbereitschaft wird also durch die Vitalität und weltoffene Kontaktfreude des cyclischen Temperamentes kompensiert, und es kommt unter „normalen“ Umständen nicht zu einer Störung des seelischen Gleichgewichts. Die zu dieser Gruppe gehörigen Probanden sind im Sinne KAHNS als diskordante Persönlichkeiten anzusehen, deren Selbstunsicherheit sekundär gut ausbalanciert ist und sich in einem harmonischen Gleichgewichtszustand befindet. Manifeste anankastische Symptome können daher erst auftreten, wenn das syntone Temperament solcher Menschen durch den cyclothymen Prozeß in seiner Entfaltung gehemmt wird. Die Gewissenhaftigkeit wird durch die endogene Depression „enthüllt“ (MAYER-GROSS) und bestimmt die anankastische Gestaltung der melancholischen Krankheitsphase.

#### *Situative Faktoren*

In der überwiegenden Mehrzahl unserer Fälle standen lebensgeschichtlich bedeutsame Situationen im Vorfeld der depressiven Phase. Dabei schien es nicht so sehr auf die besondere Stärke eines plötzlichen schockartigen Umweltreizes und auch nicht auf die ungewöhnliche Schwere einer chronischen Belastungssituation anzukommen. Es waren vielmehr relativ geringfügige und scheinbar alltägliche Erlebnisse, die der anankastischen Depression den Weg bereiteten. Entscheidend waren solche Erfahrungen, die das labile Selbstgefühl dieser Persönlichkeiten gefährden und ihr zartes Gewissen überfordern konnten. An dem folgenden Beispiel wird das Zusammenwirken einer diskordanten, normalerweise gut ausbalancierten selbstunsichereren Charakteranlage mit solchen Belastungs-

konstellationen bei der Provokation und der anankastischen Gestaltung einer depressiven Phase besonders deutlich.

**Fall 2.** Die heute 55jährige Maria D. (Krankengeschichte 933/55) ist eine selbstunsichere, ängstliche und skrupulöse Persönlichkeit, deren abnorme Wesenzeuge aber durch ein heiter-syntones Temperament und durch eine ungewöhnliche Tatkraft ausgeglichen werden. Sie hat bisher sechs typische Phasen einer Melancholie durchgemacht, die alle mit anankastischen Symptomen einhergingen. Die erste Phase trat unmittelbar vor der Verlobung, die zweite kurz vor der Niederkunft auf. Die dritte und vierte Phase standen in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Beichte. Die fünfte Phase setzte bald nach dem Krieg ein, als Frau D. lange Zeit ohne Nachricht von ihrem Mann blieb. Die letzte Erkrankung vor einigen Jahren begann unmittelbar vor einer größeren gynäkologischen Operation, welche auch eine Lebensbeichte erforderlich machte.

Eine zahlenmäßig besonders große Rolle bei der Auslösung anankastischer Depressionen spielt bei unseren Probanden das Erlebnis der *Schwangerschaft* und des *Wochenbetts*. Unter unseren weiblichen Kranken setzte die anankastische Depression bei fünf Patientinnen, also etwa bei 10%, während der Schwangerschaft oder kurz nach der Niederkunft ein. Die Primärpersönlichkeit wies bei zwei dieser Kranken überhaupt keine Selbstunsicherheit auf; bei zwei weiteren Patientinnen war sie nur sehr gering ausgeprägt. Eine von je her bestehende dispositionelle Bereitschaft kann also das häufige Auftreten anankastischer Wochenbetts- und Schwangerschaftsdepressionen nicht immer erklären. Vielleicht könnte man sich vorstellen, daß die auf endokrinem Wege bewirkten Persönlichkeitsveränderungen in einer derartigen biologischen Umstellungsphase dem Auftreten anankastischer Symptome Vorschub leisten. Dies wäre um so eher zu verstehen, als sich diese Veränderungen nach BLEULER in den Rahmen des endokrinen Psychosyndroms einfügen und mit Störungen des Antriebs und der Stimmung verbunden sind, die ja auch bei der Genese des Zwangs eine Rolle spielen. Neben den endokrinen Faktoren führen aber auch sicher psychologische Momente zu charakterlichen Umprägungen während der Schwangerschaft und im Wochenbett. Die Erwartung des Kindes weckt in der Frau zahlreiche Reaktionsweisen, die für die Pflege des Neugeborenen sinnvoll und zweckmäßig sind, bis dahin aber in dem Charaktergefüge oft eine untergeordnete Rolle gespielt haben. Diese Betonung und Zuspitzung „mütterlicher“ Eigenschaften während der Schwangerschaft führt auch bei Frauen, die vorher nicht in dieser Richtung disponiert waren, zu einer ängstlich-besorgten, übergenauen, gewissenhaften Persönlichkeitshaltung. INGRAM hat vor kurzem für die Zwangskrankheit einige auslösende Ursachen zusammengestellt und dabei eine Schwangerschaft als häufigsten provozierenden Faktor bei 15 seiner 89 Fälle gefunden. Bei unseren Probanden mündet die Situation der Schwangerschaft oder des Wochenbetts in eine anankastische Depression; im Brennpunkt der Zwangserlebnisse steht dabei

stets die ins Krankhafte verzerrte mütterliche Sorge um das Wohl des Kindes.

Wie sehr das mütterliche Verhalten anankastischen Symptomen im Rahmen depressiver Erkrankungen den Weg bereitet, zeigen zwei weitere Fälle, in denen die Depression erst einige Monate nach der Niederkunft auftrat. Wenn man hier auch nicht von einer Wochenbettsdepression im engeren Sinne sprechen kann, so läßt das Thema der Zwangsvorstellungen doch auch bei diesen Probandinnen daran denken, daß die anankastische Gestaltung der depressiven Krankheitsphase von der fürsorglich-mütterlichen Ängstlichkeit dieser Kranken her zu verstehen ist.

Um die Häufigkeit solcher Beobachtungen aber auch noch von anderer Seite her zu unterstreichen, haben wir die Krankenblätter von 28 Patientinnen durchgesehen, die sich wegen einer Schwangerschafts- oder Wochenbettsdepression in stationärer Behandlung unserer Klinik befanden. Unter diesen Fällen, die zum großen Teil in einem von unserem eigenen Ausgangsmaterial abweichenden Zeitabschnitt in klinischer Beobachtung standen, fanden sich fünfmal anankastische Symptome. Das Vorkommen von Zwangsvorstellungen war also zehnmal häufiger als das bei endogenen Depressionen sonst zu erwarten wäre.

BUMKE hat besonders auf die Häufigkeit anankastischer Depressionen des höheren Lebensalters hingewiesen. Das Nachlassen des vitalen Tonus, die Wirkung cerebraler Abbauvorgänge und die Umstellungen und Erlebniswirkungen des höheren Lebensalters sind sicher dazu geeignet, selbstunsichere Wesenszüge bei vorher ausgeglichenen und syntonen Persönlichkeiten aus der charakterlichen Gesamtkonstitution zu mobilisieren. In unseren eigenen Beobachtungen sind solche Fälle nur in sehr geringer Zahl vertreten. Wir möchten aber doch zum Schluß noch ein Beispiel anführen, in welchem das erlebnisreaktive Moment beim Zusammenbruch der bis dahin aufrechterhaltenen Selbstsicherung von ausschlaggebender Bedeutung ist.

**Fall 3.** Die 71jährige Frau F.Z. (Krankengeschichte 116/60) ist eine warmherzige, gemütvoll-heitere Frau. Sie lebte 49 Jahre lang mit ihrem Mann in einer harmonischen Ehe zusammen. Sie ist fröhlich, lebensbejahend und weltzugewandt, fällt allerdings schon immer durch ein übertriebenes Reinlichkeitsbedürfnis im Haushalt und durch einen leichten Kontrollzwang auf. Seit ihrer Jugend fürchtet sie sich vor geistigen Störungen und geht allem aus dem Wege, was nur im entferntesten mit Nervenkrankheiten zu tun hat. Als ihr Mann selbst gegen Ende seines Lebens eine schwere Cerebralsklerose durchmacht, erlebt sie seinen geistigen Verfall als Bedrohung ihrer eigenen Sicherheit und fürchtet sich, von seiner Krankheit angesteckt zu werden. Trotzdem pflegt sie ihren Mann 7 Jahre lang zu Hause, wobei sie immer wieder gegen ihre Angst und Unsicherheit ankämpfen muß. Endlich entschließt sie sich doch, ihn in eine Heil- und Pflegeanstalt einweisen zu lassen. In diesem Augenblick erkrankt sie an einer endogenen Depression, die mit den typischen melancholischen Erscheinungen einhergeht, bei welcher aber darüber hinaus auch phobische und anankastische Symptome, vor allem Ekel und Waschzwang, auftreten. Während einer stationären Behandlung in unserer Klinik erreicht sie die

Nachricht vom Tod ihres Ehemannes. Ihre Genesung macht daraufhin rasche Fortschritte, und einige Wochen später treffen wir sie in relativ ausgeglichenem Zustand im Haushalt ihrer Nichte wieder an, wo sie sich bereits einen neuen Wirkungskreis geschaffen hat. Sie ist wieder völlig frei von Zwangsercheinungen.

#### *Depressive Symptome*

Dispositionelle Bereitschaft und situative Einflüsse allein können aber das Zustandekommen zwangsnervotischer Erscheinungen im Verlauf melancholischer Phasen nicht erklären. Ohne Zweifel kommt auch den depressiven Grundstörungen bei der Entstehung der anankastischen Symptome eine große Bedeutung zu. Es wurde bereits erwähnt, daß bei elf unserer Probanden die selbstsichere, gewissenhafte und ordentliche Wesensart nicht bestand, so daß die Charakterveranlagung in diesen Fällen dem Auftreten von Zwangsercheinungen nur sehr wenig oder überhaupt nicht entgegenkam. Auf der anderen Seite zeichneten sich auch in unserer Kontrollgruppe reiner Cyclothymien einige der Kranken durch selbstsichere oder zwangsnervotische Wesenszüge aus, ohne daß es während der Melancholie zu anankastischen Erscheinungen gekommen wäre. Schließlich war der Einfluß des cyclothymen Prozesses besonders deutlich bei denjenigen unserer Probanden zu erkennen, die bereits mehrere depressive Phasen durchgemacht hatten. Unter 30 derartigen Kranken mit einer anankastischen Depression befanden sich 8, bei denen mindestens eine der früheren Phasen frei von Zwangsercheinungen geblieben war. Diese Beobachtungen sprechen dafür, daß nicht nur die Primärpersönlichkeit, sondern auch Art und Intensität der depressiven Grundstörungen darüber entscheiden, ob während einer Melancholie anankastische Symptome auftreten.

Die Beziehungen zwischen depressiven und anankastischen Erscheinungen sind außerordentlich eng. Fast in jeder Melancholie sind Elemente enthalten, die dem Zwang benachbart sind und einen Nährboden für anankastische Erscheinungen darstellen. Man denke an die „Gedankenmühle“ mancher Depressiver und ihre psychologische Nähe zum Zwangsgrübeln, an die Entschlußlosigkeit des Melancholikers und die Entscheidungsschwäche vieler Zwangskranker, an die Verwandtschaft zwischen der ethischen Feinfühligkeit der endogenen Depression und der Moralität des Anankasten. Man trifft ja auch bei der Genese der Zwangssymptome auf viele depressive Störungen, welche im Rahmen einer melancholischen Phase besonders intensiv ausgeprägt sind und damit eine wesentliche Voraussetzung für das Auftreten anankastischer Erscheinungen darstellen. Schon so geläufige melancholische Symptome wie die depressive Verstimmung und das Nachlassen der Vitalität begünstigen die haftende Erlebnisweise und leisten dem Kleben an Einzelheiten Vorschub. Die besondere Rolle, die sowohl der Ängstlichkeit als auch der Verlangsamung der Denkbewegung und dem Mangel an

Willensenergie beim Auftreten von Zwangsscheinungen zukommt, wurde bereits von FRIEDMANN klar erkannt, der damit den alten Streit zwischen den Verfechtern einer „emotionellen“ (LOEWENFELD; ASCHAFENBURG; KRAEPELIN; BLEULER; FREUD; STÖRRING) und einer „intellektuellen“ (BUMKE u.a.) Genese der Zwangsvorstellungen durch seinen vermittelnden Standpunkt entschied. Vor allem von der anthropologischen Forschungsrichtung sind die Berührungspunkte zwischen Depression und Zwang in vielen Analysen hervorgehoben worden; so wurde etwa die *Hemmung* im zeitlichen Grundgeschehen der werdenden Persönlichkeit von V. von GEBSATTEL als Achsensymptom sowohl der Melancholie als auch des Zwangs gekennzeichnet.

Zahlreiche depressive Grundstörungen können also in enger Wechselbeziehung miteinander und im Zusammenwirken mit der selbstunsicheren Persönlichkeitsanlage und besonderen situativen Einflüssen Zwangssymptome hervorbringen. Damit sind die Aufbauelemente der anankastischen Depression beschrieben. Wir fragen nun weiter, ob sich Zwangsscheinungen und melancholische Symptome lediglich additiv zu dem Krankheitsbild der Zwangsdépression vereinigen oder ob sie eine Wechselwirkung aufeinander ausüben, durch welche beide Symptomverbände in ihrer Erscheinungsform und ihrem Verlauf entscheidend beeinflußt werden.

#### *Die Zwangssymptome*

Die während einer endogenen Depression auftretenden anankastischen Symptome unterscheiden sich zwar nicht prinzipiell von denen einer Zwangsneurose, eines psychasthenischen Zwangs oder einer Zwangskrankheit. Wie aber die Tab. 4 zeigt, weicht die Häufigkeitsverteilung der Zwangsscheinungen bei den Probanden unserer beiden Gruppen doch erheblich voneinander ab. Bei der anankastischen Depression steht unter den Symptomen die Angst vor kriminellen und aggressiven Impulsen im Sinne einer altruistischen Zwangsbefürchtung an erster Stelle. In zweiter Linie folgen Zwangsideen auf religiösem Gebiet, fast immer in Form blasphemischer Vorstellungen oder sakrilegischen Kontrastdenkens. Zwangsvorstellungen indifferenter Art oder emotional gleichgültige Zwangsantriebe spielen ebenso wie der Kontroll-, Registrier- oder Wiederholungszwang eine relativ untergeordnete Rolle — ganz im Gegensatz zu den nicht cyclothymen Zwangskranken unserer Kontrollgruppe, bei denen gerade solche Erscheinungen im Vordergrund stehen, während die Aggressionsphobien und die religiösen Kontrastvorstellungen nur etwa halb so häufig sind. Ekelgefühl, Schmutzangst und Waschzwang sind bei den Zwangskranken von größerer Bedeutung als bei der Kerngruppe unserer Patienten. Während sich die anankastischen Symptome bei den reinen Zwangskranken auf verschiedene Gebiete erstrecken und thema-

tisch vielgestaltig sind, bieten sie bei der endogenen Depression meist ein recht eintöniges Bild und bleiben im allgemeinen auf einige wenige Inhalte beschränkt. Die Entwicklung eines Zwangsritals konnten wir bei den reinen Zwangskranken relativ häufig, im Rahmen einer endogenen

Tabelle 4. *Anankastische Symptome bei unseren Probanden und einer Vergleichsgruppe reiner Zwangskranker*

| Art der Zwangssymptome, die während der Depression oder im Verlauf der Zwangskrankheit im Vordergrund standen | 62 Probanden mit anankastischer Depression<br>% | 77 Zwangskranke<br>% |
|---|---|----------------------|
| „Altruistische“ Zwangsvorstellungen, Aggressionsphobien und kriminelle Impulse                                | 50  | 25                   |
| Religiöse Zwangsvorstellungen und religiöses Kontrastdenken   | 30  | 13                   |
| Zwangsvorstellungen sexuellen Inhalts   | 9   | 10                   |
| Ekel, Berührungsangst   | 19  | 25                   |
| Waschzwang  | 21  | 37                   |
| Kontroll- und Rekapitulationszwang  | 18  | 40                   |
| Zwangsvorstellungen oder Zwangstrieben indifferenter Art (Zähl-, Grübel-, Melodien-, Denkzwang)               | 14  | 34                   |
| Zwangseremoniell  | 3   | 20                   |

Depression dagegen nur in einigen wenigen Ausnahmefällen beobachteten, bei denen außerhalb der Cyclothymie bereits ein Zwangseremoniell bestand.

Auf Grund dieser Tatsachen halten wir es für zulässig, die anankastischen Symptome der Cyclothymie typologisch von den Zwangsercheinungen außerhalb der manisch-depressiven Erkrankungen abzugrenzen; wir sind uns allerdings darüber klar, daß es sich hierbei um eine vereinfachende und schematisierende Betrachtungsweise handelt. Die Verankerung der Zwangssymptome in der Übergewissenhaftigkeit und dem Pflichtbewußtsein der selbstunsicheren Persönlichkeit ist beiden Gruppen gemeinsam. Sie unterscheiden sich aber in ihrer Beziehung zur Außenwelt. Die Selbstunsicherheit des reinen Zwangskranken ist in erster Linie Weltunsicherheit. Ihm fehlt die lebendige Kommunikation mit dem Nächsten, das Vertrauen zur Umwelt und die Bindung an die Gemeinschaft. Gerade in diesen sympathetischen Beziehungen wurzelt aber die Gelassenheit des Normalen, — seine Fähigkeit, eine Erwägung nach gewisser Zeit zum Abschluß zu bringen und bei allen Verrichtungen in jener Vorläufigkeit und Partikularität zu existieren, aus der das menschliche Handeln normalerweise hervorgeht (STRAUS). Der Zwangskranke, der über diese kommunikativen Bindungen nicht verfügt, kann sich deshalb

mit einer solchen vorläufigen und partikulären Daseinsweise nicht zufrieden geben und strebt überall nach dem *ganz* Vollkommenen und *absolut* Gültigen. Die Außenwelt nimmt für ihn die Physiognomie des Unberechenbaren und Zufälligen an, das mit fortwährender wacher Aufmerksamkeit verfolgt und ausgeschaltet werden muß. Nur in der Sicherung gegenüber dem Außen kann sein Selbst Sicherheit erfahren. „Der Zwangskranke fürchtet nichts so sehr als den Kontakt mit Menschen und Dingen. Er möchte für sich sein, anstatt auf tausend Gefahren und Bedrohungen achtgeben zu müssen“ (J. E. MEYER). Sein Blick ist nach innen gewandt, sein Gewissen an einem „*introversiven*“ Werthorizont orientiert und auf unpersonliche, absolute Forderungen und unerreichbare Ideale ausgerichtet. Zwischen diesem überhöhten Werthorizont und der Gewissenhaftigkeit des selbstunsicheren Zwangskranken muß es zu einem dauernden dynamischen Spannungsgefälle kommen, aus welchem während des ganzen Lebens jederzeit Zwangssymptome hervorgehen können. Ihr Inhalt spiegelt die introversive Werthaltung des Zwangskranken eindringlich wider und läßt sein Bestreben erkennen, die Außenwelt — etwa in den Symbolen der Berührungsangst und des Waschzwangs — soweit als möglich von sich fern zu halten.

Ganz anders liegen die Dinge, wenn sich die Selbstunsicherheit mit einer extraversiven Werthaltung verbindet, wie das bei der Mehrzahl unserer Melancholiekranken mit anankastischer Symptomatik der Fall ist. Auch bei ihnen ist zwar wie bei dem reinen Anankasten die Gewissensphäre besonders gut entwickelt, — eine Tatsache, die ja in der vermehrten Sorgfalt, Genauigkeit und Skrupulösität vieler unserer Probanden deutlich zum Ausdruck kommt. Das Schwergewicht der Selbstunsicherheit liegt aber im Gegensatz zu der Gruppe reiner Zwangskranker keineswegs in der gestörten Beziehung zur Außenwelt. Die kommunikativen Bindungen an die Umwelt sind vielmehr verhältnismäßig gut erhalten. Daher versucht die Persönlichkeit im Zuschreiten auf die Welt ihres Selbsts inne zu werden und erfährt in der Begegnung mit dem Nächsten einen Zuwachs an Sicherheit. Das Gewissen solcher Menschen fühlt sich „persönlichen“ Werten verantwortlich, die sich in der dauernden Kommunikation mit einer antwortenden Umgebung bestätigen können. Im Gegensatz zu den reinen Zwangskranken ist also das Gewissen hier auf einen „*extraversiven*“ Werthorizont ausgerichtet. Die Postulate dieses Gewissens sind erfüllbar, solange sich das syntone Temperament dieser kommunikationsfreudigen Persönlichkeiten entfalten kann und die emotionale Verbundenheit mit der Umwelt erhalten bleibt. Das Spannungsgefälle zwischen Gewissen und Werthorizont erreicht also normalerweise nicht das Ausmaß, welches für die Gruppe der reinen Zwangskrankheiten kennzeichnend ist. Die Voraussetzung für das Auftreten anankastischer Symptome ist daher unter gewöhnlichen Umständen kaum

gegeben. Dies kann sich aber ändern, wenn das Sich-Öffnen gegenüber Menschen und Dingen (RÜMKE) plötzlich in einer endogenen Depression nicht mehr gelingt und die kommunikativen Fähigkeiten ins Stocken geraten. Die Persönlichkeit ist dann an der Aktualisierung ihrer Strebungen gehindert und kann die durch das extraversive Wertgefüge bestimmten Postulate nicht mehr verwirklichen. Erst unter diesen Bedingungen kommt es zu Zwangsscheinungen, deren Inhalt von der kommunikativen Werthaltung geprägt ist. Die kriminellen Impulse, die Aggressionsphobien oder die religiösen Zwangsgedanken zeigen in gleicher Weise die Verantwortungsfreude dieser Persönlichkeiten und die Bedrohung ihres extraversiven Wertgefüges. Bei der großen Bedeutung, die der unversehrten Beziehung zur Mitwelt für die Selbstsicherung des cyclothymen Zwangskranken zukommt, erlebt er also die Zwangsscheinungen als Bedrohung dieser Kommunikation durch das eigene Ich. Der reine Zwangskranke dagegen, der seine Selbstsicherung dauernd gegen seine Umwelt verteidigt, muß in den anankastischen Symptomen gerade umgekehrt die Gefährdung des Ichs durch das andrängende Außen erfahren.

#### *Der Verlauf der depressiven Krankheitsphase*

Der Verlauf der Phase unterscheidet sich bei unseren Probanden in mehrfacher Hinsicht von dem normalen Ablauf der Cyclothymie. Wie schon erwähnt, erfolgt besonders häufig eine *Auslösung* der depressiven Krankheitsphase durch körperliche Noxen und vor allem seelische Belastungen, soweit sie in der oben beschriebenen Weise die Selbstsicherung der Persönlichkeit in Frage stellen. Die *Abgrenzung der einzelnen Krankheitsphasen* von der seelischen Dauerverfassung ist meist schwieriger als bei der Kerngruppe der Cyclothymie. Das Hineingleiten in die endogene Depression und das Herausgeraten aus ihr vollzieht sich im allgemeinen sehr langsam und nahezu unmerklich. Fast nie kann man den Zeitpunkt genau bestimmen, an dem die depressive Phase endgültig abgeklungen ist. In den meisten Fällen werden die melancholischen Erscheinungen durch die Zwangssymptome überdauert. „Die Gedanken und Vorstellungen sind noch da, aber sie sind nicht mehr so quälend“, erfährt man dann von den Patienten. In diesem Stadium kann es — besonders bei äußeren Belastungen — immer wieder zu einer Vitalisierung des Zwangs kommen; depressive Nachschwankungen sind viel häufiger als bei der Kerngruppe der Melancholie. Unter diesen Umständen läßt sich die *Phasendauer* schwer bestimmen. Wir haben trotzdem eine Berechnung versucht und kamen dabei auf eine durchschnittliche Phasenlänge von 13 Monaten für die anankastische Depression gegenüber 9 Monaten für die Kontrollgruppe reiner Melancholiekranker; viele Zwangsdépressionsen dauern noch länger, und der Circulus vitiosus von Zwang und Depression kann sich manchmal mehrere Jahre hinziehen. Die größere

Nachhaltigkeit der Krankheitssymptome wird aber durch ihre *geringere Intensität* wieder wett gemacht. Wo ein gewisser mittlerer Intensitätsgrad der depressiven Grundstörung überschritten wird, wo also die Lähmung des Antriebs, die Hemmung der Willenskraft oder die depressive Verstimmung zu stark sind, werden die anankastischen Symptome selbst bei nachweislich vorhandener Disposition inhibiert. Die anankastische Depression zeichnet sich aber gerade dadurch aus, daß dieser mittlere Intensitätsgrad über Wochen und Monate festgehalten wird. Die zwangsnervöse Persönlichkeit übt somit offensichtlich einen bremsenden Einfluß auf die depressiven Symptome aus — ein Umstand, auf den vor allem STENGEL wiederholt hingewiesen hat. Diese Bremswirkung auf die Intensität der Depression ist bei unseren Probanden deutlich zu erkennen und erstreckt sich auf sämtliche Erscheinungen der Cyclothymie. In mehreren Fällen sind während der anankastischen Depression auch Depersonalisations- und Derealisationsymptome nachweisbar. Wo sich, neben den ängstlich-skrupulösen Zwangsbefürchtungen depressive Insuffizienzgefühle, Schuldideen oder Versündigungsgedanken finden, wirken sie vergleichsweise gedämpft und erreichen nie das verzweifelt-selbstzerstörerische Ausmaß anderer Depressionsformen. Suicidale Intentionen spielen bei der Zwangsdépression eine erstaunlich geringe Rolle. Die aggressiven Impulse wenden sich fast ausschließlich gegen die Umwelt; wo sie gegen das eigene Ich gerichtet sind, kleiden sie sich in die Form zwanghafter Suicidimpulse und erleiden dadurch eine Verdünnung und Neutralisation, die einen Selbstmordversuch im allgemeinen nicht aufkommen läßt. Die Krankheitseinsicht war in allen unseren Fällen vollkommen erhalten, meist in Form eines vertieften, quälenden Krankheitsbewußtseins. Die vergleichsweise geringe Intensität anankastischer Depressionen kommt auch in der Tatsache zum Ausdruck, daß reaktive Momente während der Dauer der melancholischen Phase ihre Wirksamkeit nicht völlig einbüßen und sich mit den endogenen Faktoren verflechten. Die Zwangsdépression steht damit in dem Bezirk zwischen Endogenität und Reaktivität, der vor allem von WEITBRECHT erschlossen wurde und in letzter Zeit namentlich in den Arbeiten von PETRILOWITSCH und in der Melancholiestudie TELLENBACHS einen großen Raum einnimmt. Bei verschiedenen Kranken gewannen wir den Eindruck, daß die depressiven Symptome auch nach dem Abklingen der melancholischen Phase eine sinnvollere Interpretation und vollkommenere biographische Verarbeitung erfuhren, als das sonst nach einer abgelaufenen Cyclothymie der Fall ist. Die anankastische Depression zeigte bei unseren Probanden ausnahmslos einen *unipolaren Verlauf*. Manische Episoden haben wir nicht beobachten können. Auch von der Häufigkeit manisch-depressiver Mischzustände als Nährboden anankastischer Erscheinungen konnten wir uns nicht überzeugen; vielleicht haben wir den Begriff des Manischen

enger gefaßt als andere Autoren. Die *therapeutischen Erfolge* bei der anankastischen Depression waren im allgemeinen schlechter als bei der cyclothymen Kerngruppe; psychotherapeutische und soziale Maßnahmen erwiesen sich oft allen somatischen Behandlungsverfahren als überlegen.

### Zusammenfassung

Bei dem Versuch, die anankastische Depression unter klinischen Gesichtspunkten zu untersuchen und zu beschreiben, gingen wir von 62 Patienten aus, die sich in den letzten 10 Jahren wegen dieser Krankheit in stationärer Behandlung der Nervenklinik der Universität München befanden. Sie wurden einer Kontrollgruppe von 85 Depressionen ohne Zwang und 77 Zwangskranken ohne Melancholie gegenübergestellt.

Die Primärpersönlichkeit unserer Probanden zeichnete sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle durch Selbstunsicherheit, Ordentlichkeit und übermäßige Gewissenhaftigkeit aus; diese Charaktereigenschaften verbanden sich häufig mit einem heiteren Temperament, kräftiger Vitalität und weltoffener Lebenseinstellung und waren damit innerhalb der Gesamtpersönlichkeit gut ausbalanciert. Anankastische Symptome waren daher bei vielen Probanden in normalen Zeiten nicht oder nur in geringem Umfang vorhanden. Erst das Zusammenwirken der selbstunsicheren Charakteranlage mit den depressiven Grundstörungen schuf im allgemeinen jene Konstellation, aus welcher sich die Zwangsscheinungen entwickeln konnten. Darüber hinaus kam situativen Einflüssen vielfach eine entscheidende Bedeutung bei der Provokation und anankastischen Gestaltung melancholischer Phasen zu. In der Auswahl der anankastischen Symptome kam die extraversive, kommunikative Werthaltung der syntonen Persönlichkeit deutlich zum Ausdruck. Die Zwangsscheinungen beeinflußten das Erscheinungsbild der endogenen Depression in charakteristischer Weise. Zwang und Depression wirkten wechselseitig aufeinander ein und bildeten ein neues Ganzes, das einen eigenen, durch zahlreiche Merkmale gekennzeichneten Verlaufstyp der Melancholie darstellt.

### Literatur

- ASCHAFFENBURG, G.: Die Bedeutung der Angst für das Zustandekommen des Zwangsdenkens. Vortrag in der Gesellschaft deutscher Nervenärzte. Z. ges. Neurol. Psychiat. 2, 394 (1911).
- BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, 6. Aufl. Berlin 1937.
- BLEULER, M.: Endokrinologische Psychiatrie. Stuttgart 1954.
- BONHOEFFER, K.: Über die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zum manisch-depressiven Irresein. Mschr. Psychiat. Neurol. 33, 354 (1913).
- BUMKE, O.: Was sind Zwangsvorgänge. Halle 1906.
- BUMKE, O.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 7. Aufl. München: J. F. Bergmann; Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1948.

- FREUD, S.: Über den Mechanismus der Zwangsvorstellungen und Phobien. *Zbl. ges. Neurol. Psychiat.* **14**, 699 (1895).
- FRIEDMANN, M.: Über die Natur der Zwangsvorstellungen und ihre Beziehungen zum Willensproblem. Wiesbaden 1920.
- GEBSATEL, V. E. v.: *Prolegomena einer medizinischen Anthropologie*. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1954.
- HEILBRONNER, K.: Zwangsvorstellung und Psychose. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **9**, 301 (1912).
- HENCKEL, K. O.: Körperbaustudien an Geisteskranken. II. Der Habitus der Zirkulären. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **82**, 614 (1924).
- HOFFMANN, H.: Die konstitutionelle Struktur und Dynamik der originären Zwangsvorstellungsneurose. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **80**, 117 (1923).
- HOFFMANN, H.: Psychopathologie und Klinik der Zwangsnurose. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **91**, 586 (1930).
- INGRAM, I. M.: Obsessional illness in mental hospital patients. *J. ment. Sci.* **107**, 382 (1961).
- JANZARIK, W.: Die hypochondrischen Inhalte der zyklothymen Depression in ihren Beziehungen zum Krankheitstyp und zur Persönlichkeit. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **195**, 351 (1956/57).
- JANZARIK, W.: Die zyklothyme Schuldthematik und das individuelle Wertgefüge. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.* **80**, 173 (1957).
- KAHN, E.: Die psychopathischen Persönlichkeiten. In BUMKES Handbuch der Geisteskrankheiten, 5. Band, Spezieller Teil, I, S. 227. Berlin: Springer 1928.
- KRAEPELIN, E.: *Psychiatrie*, 8. Aufl. Leipzig: Joh. Ambrosius Barth 1909.
- KRETSCHMER, E.: Der sensitive Beziehungswahn, 3. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1950.
- KRETSCHMER, E.: Körperbau und Charakter, 23. u. 24. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1961.
- LÖWENFELD, L.: Die psychischen Zwangsercheinungen. Wiesbaden 1904.
- MAYER-GROSS, W.: Die Enthüllung des Charakters in der Depression. Vortrag auf der Tagung der Südwestdeutschen Neurologen und Psychiater, Baden-Baden, Juni 1921. Ref. *Zbl. ges. Neurol. Psychiat.* **27**, 405 (1922).
- MEYER, J. E.: Studien zur Depersonalisation. II. Depersonalisation und Zwang als polare Störungen der Ich-Außenweltbeziehung. *Psychiat. et Neurol. (Basel)* **133**, 63 (1957).
- PETRILOWITSCH, N.: Zur Problematik depressiver Psychosen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **202**, 244 (1961).
- PETRILOWITSCH, N., u. K. HEINRICH: Zur klinischen Differenzierung endogen-depressiver Erkrankungen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **202**, 371 (1961).
- RÜDIN, E.: Ein Beitrag zur Frage der Zwangskrankheit, insbesondere ihrer hereditären Beziehungen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **191**, 14 (1953).
- RÜMKE, H. C.: Betrachtungen zum Problem Sich-Öffnen und Sich-Schließen. *Psyche (Stuttg.)* **12**, 550 (1958).
- SCHNEIDER, K.: Die Lehre vom Zwangsdanken in den letzten zwölf Jahren. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **16**, 113 (1918).
- SCHNEIDER, K.: Begriffliche Untersuchung über den Zwang. *Allg. Z. Psychiat.* **112**, 17 (1939).
- SCHNEIDER, K.: Beiträge zur Psychiatrie. Wiesbaden 1946.
- SCHNEIDER, K.: Kritik der klinisch-typologischen Psychopathenbetrachtung. *Nervenarzt* **19**, 6 (1948).
- SCHNEIDER, K.: Die psychopathischen Persönlichkeiten, 9. Aufl. Wien 1950.

- SCHNEIDER, K.: „Der Psychopath“ in heutiger Sicht. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **26**, 1 (1958).
- SIMMEL, E.: Erster Bericht über die Untersuchung Jenaer Studenten nebst Bemerkungen zur Konstitutions- und Typenforschung. Sitzung der Med. Gesellschaft zu Jena vom 16. 12. 1925.
- SOUKHANOFF, S.: Les representations obsédantes hallucinatoires et les hallucinatoires obsédantes. *Revue Med. (Paris)* **1906**, 336.
- SOUKHANOFF, S.: Phobie du regard. *J. Psychol. Neurol. (Lpz.)* **6**, 241 (1906).
- STENGEL, E.: Über die Bedeutung der prämorbiden Persönlichkeit für Verlauf und Gestaltung der Psychose. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **106**, 509 (1937).
- STENGEL, E.: Some clinical observations on the psychodynamic relationship between depression and obsessive compulsive symptoms. *J. ment. Sci.* **94**, 650 (1948).
- STÖCKER, W.: Über Genese und klinische Stellung der Zwangsvorstellungen. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **23**, 121 (1914).
- STÖRRING, G. E.: Zur Psychopathologie und Klinik der Angstzustände. Berlin 1934.
- STRAUS, E.: Ein Beitrag zur Pathologie der Zwangsercheinungen. *Mschr. Psychiat. Neurol.* **98**, 61 (1938).
- TELLENBACH, H.: Melancholie. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1961.
- WEITBRECHT, H. J.: Zur Typologie depressiver Psychosen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **20**, 347 (1952).
- WEITBRECHT, H. J.: Depressive und manische endogene Psychosen. In: *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. 2. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960.

Dr. HANS LAUTER, 8 München 15, Nervenklinik der Universität, Nußbaumstr. 7