

## Zur Frage der somato-reaktiven Auslösung episodischer Zwangssyndrome

ERICH POPELLA

Klinik für Psychiatrie und Neurologie der Friedrich Schiller-Universität,  
Jena, „Hans Berger-Klinik“ (Direktor: Prof. Dr. v. KEYSERLINGK)

Eingegangen am 5. November 1966

### I.

Aus der vielschichtigen Problematik, welche mit dem Phänomen des Zwangs verbunden ist, soll in der vorliegenden Arbeit ein begrenzter Aspekt herausgegriffen werden. Er betrifft die Frage der *Somatogenese* von Zwangsmechanismen, wobei jedoch nicht dem „symptomatischen“ Zwang bei cerebral-organischen Erkrankungen nachgegangen werden soll, wie er insbesondere bei postencephalitischen Zuständen beobachtet und in einem umfangreichen Schrifttum behandelt worden ist. Vielmehr soll hier ein allgemeinerer Gesichtspunkt der somatischen Verankerung verfolgt werden, nämlich der der Beziehung von Zwangssymptomen zu weiblichen Generationsvorgängen und postinfektiösen Erschöpfungszuständen. Damit wird weniger das immer noch aktuelle Problem der hirnlokalisatorischen Zuordnung berührt werden, als klinische Fragen und Schlußfolgerungen, welche sich aus Beobachtungen der Manifestation in derartigem Zusammenhang ergeben. Diese Beziehungssetzung soll auch einer mehrdimensionalen Betrachtungsweise nicht entgegenstehen, welche dem Zwang am ehesten gerecht wird. Doch liegt uns daran, auf die verschiedenartige pathogenetische Rolle und Wertigkeit der hier ins Auge gefaßten biologischen Faktoren einzugehen.

In den Theorienbildungen auch zum „originären“ Zwangsleiden, soweit sie nicht ausschließlich psychogenetische Standpunkte einnehmen, taucht die Frage einer letztlich somatischen Fundierung immer wieder auf.

KLUGE vertritt die Meinung, es sei heute wohl nicht mehr zweifelhaft, daß Zwangsphänomene keine Neurosen, keine nur aus der Lebensgeschichte erwachsenen Produktionen sind. Er verweist in diesem Zusammenhang auf WEITBRECHT, der aus dem stereotypen Wiederholen, aus den Rhythmisierungstendenzen schließt, daß die Störung tief in biologische Untergründe herabreicht. Vergleichbare Überlegungen stellt SPEER aus psychotherapeutischer Sicht an. Hier wären auch die Beobachtungen von spezifischer Vererbung bei anankastischer Psychopathie zu nennen (KEMPF; PILCZ; MEGGENDORFER; RÜDIN), welche für eine konstitutionelle Verankerung sprechen. An der im engeren Sinne neurotischen Natur der Zwangskrankheit äußert auch v. DITFURTH Zweifel. Aus pathologischen Stoffwechselbefunden schließt er auf eine diencephale Funktionsstörung als somatische Grundlage des Leidens. Für eine nosologische Verwandtschaft von genuinem Zwang und Zwang bei hirnanorganischen

Prozessen spricht seiner Auffassung nach auch die von ihm mitgeteilte Beobachtung des Auftretens von Zwangsblicken unter Megaphenwirkung bei einer Zwangskranken. Naheliegenderweise werden auch Analogieschlüsse von den postencephalitischen Zwängen aus gezogen. Aus dieser Position heraus neigt z.B. DE BOOR zu der Auffassung, daß es sich bei Zwangsmechanismen aller Art — einschließlich der „stillreinen“ — um die Manifestation einer vorerst noch nicht differenzierbaren Funktionsanomalie im Bereich des extrapyramidalen Systems handelt. Die Berücksichtigung eben der mannigfachen Möglichkeiten organischer Verursachung läßt wiederum RICHTER „keine allzu enge konstitutionsbiologische Betrachtungsweise“ empfehlen. Er charakterisiert das anankastische Erleben als „allgemein menschliche, wenn nicht ubiquitäre, so doch häufige Erlebnisweise“. Ähnliche Auffassungen vertreten auch RÜDIN und MÜLLER.

Auf einen somatischen Untergrund kann weiter geschlossen werden, wenn Zwänge im Zusammenhang mit *funktionellen* zentralnervösen Erkrankungen auftreten. Hier wäre etwa die Beobachtung BONHOEFFERS von Registrier- und Rekapitulierungszwang als Migräneäquivalent zu nennen, welche DE BOOR in seinem Übersichtsreferat zitiert. Auch die häufig erwähnten Zwangsvorstellungen und -erinnerungen bei Gesunden im Zustand der Ermüdung lassen sich an funktionell-nervöse Vorgänge geknüpft denken. JAHREIS sieht in „vorübergehenden nervösen Erscheinungen“ dieser Art eine Voraussetzung für das Auftreten von Zwangssymptomen selbst im physiologischen Ausmaß. Die Bedeutung von Erschöpfung nach körperlichen Erkrankungen hat für das Kindesalter schon HOMBURGER hervorgehoben. Ohne daß eine schwere psychopathische Anlage vorliege, könnten sich dann episodisch für Wochen oder Monate Zwangssymptome einstellen. Die Prognose sei in solchen Fällen am günstigsten. In diesem Zusammenhang ist weiter SKOOG anzuführen, der die Wichtigkeit „somatischer Gelegenheitsursachen“ für das Zwangsleiden behandelt. Wenn die konstitutionelle Betonung nicht stark genug sei, um in der Reifungsperiode manifest zu werden, so könnte es durch spätere Belastungen aktualisiert werden. SKOOG führt dabei neben endogenen Psychosen und Cerebralschädigungen auch Menses und Puerperium an.

Auf die Bedeutung der *Generationsvorgänge* für das Zwangsleiden bei Frauen ist seit langem schon aufmerksam gemacht worden. Die Erkrankung setzt relativ häufig mit dem Klimakterium ein (KAHN; LEVINGER), andererseits kann die Menopause auch ein Abflauen oder Verlöschen bewirken, wie MÜLLER bemerkt. Seinen Untersuchungsergebnissen zufolge ist dem Altern überhaupt ein günstiger Effekt auf das Leiden zuzuschreiben. Häufig wird eine Zunahme der Zwangsmechanismen mit der Menstruation angegeben, wiederum werden aber auch gegenteilige Wirkungen erwähnt (RÜDIN). Derartige Feststellungen beziehen sich im allgemeinen auf chronische Zwangsleiden, auf die sogenannten Zwangsneurosen bzw. Zwangspsychopathien. Näher berührt unser Thema der Hinweis WEITBRECHTS, daß im Rahmen menstrueller Verstimmungen kurze, nur wenige Tage anhaltende Depressionen mitunter auch einmal von früher fehlenden Zwangssymptomen begleitet sein können. Bei der engen Verbindung zwischen Zwang und Depression wird man sich im Einzelfall immer zu fragen haben, inwieweit episodisch auftretende Anankasmen nicht lediglich Symptome einer cyclothymen Phase sind. Andererseits kann man davon ausgehen, daß der Zwang trotz aller Bezüge zu den großen Psychosen eine eigene Position behält, daß Zwang und Cyclothymie bei aller Verwandtschaft doch gescheiden sind (KLUGE). Auch LANGE zufolge besteht keine Verankerung der Zwangssymptome im Anlageganzen der cyclothymen Depression.

Unsere nachfolgenden Beobachtungen scheinen geeignet, die Frage der Eigenständigkeit des Zwangsphänomens zu beleuchten, wie anderer-

seits auch seine Beziehungen zu depressiven Syndromen, wobei uns bemerkenswert erscheint, in welcher Weise sich hier Verbindungen zu nicht als cyclothym zu klassifizierenden Depressionen ergaben.

## II.

Bei 76 Kranken mit Zwangssymptomatik (43 Frauen, 33 Männer), die sich von 1950 — 1965 in unserer Klinik befanden, lag 44mal ein chronisches Zwangsleiden vor, bei den übrigen war das Symptom lediglich episodisch aufgetreten. Auf die klinischen Gesamtbilder, aus welchen die letztere Gruppe sich zusammensetzte, sei hier nicht eingegangen, es sollen nur die Fälle Beachtung finden, bei denen eine enge zeitliche Beziehung des Zwangs zu somatischen Vorgängen der Art, wie sie oben dargelegt wurde, auffiel. So ließ sich bei einem 14jährigen Mädchen eine Begrenzung der Zwangssymptomatik auf den Zeitabschnitt der *Menarche* verfolgen.

Diese uns als empfindsam und selbstunsicher geschilderte Pat. war schon 1 Jahr vorher wegen angstneurotischer Symptome in unsere ambulante Behandlung gekommen. Es stellten sich schließlich Kontroll- und Wiederholungszwänge vor allem bei Erledigung der Schulaufgaben ein, begleitet von verstärkter Ängstlichkeit, wobei jedoch nicht von einer eindeutigen depressiven Verstimmung die Rede sein konnte. Etwa 6 Wochen nach Beginn der Anankasmen trat die erste Regelblutung auf, ohne daß dieses Ereignis selbst das Mädchen sonderlich zu beeindrucken schien. Die Zwänge nahmen in den folgenden Monaten an Intensität mehr und mehr ab, traten aber mit der zunächst noch sehr unregelmäßigen Periode immer wieder auf, begleitet von verstärkter „Ängstlichkeit und Unruhe“. Als erst mit 16 Jahren die Menstruation regelmäßig zu werden begann, schwand die Symptomatik völlig. Die Pat. wandelte sich in ihrem Wesen in auffälliger Weise, sie erscheint heute — 20jährig — zwar introvertiert und schwernehmend, insgesamt jedoch wesentlich ausgeglichener.

Der gesamte Verlauf gestattete bei diesem Mädchen die Diagnose einer Reifungskrise. Gehen wir von der unverkennbaren neurotischen Entwicklung aus, so läßt sich von einer Neurose sprechen, welche in einer Zwangssymptomatik gipfelte. Damit bietet sich zwar eine psychologische Interpretation der anankastischen Erscheinungen an, gleichwohl erscheint es uns aber zweifelhaft, daß diese Steigerung zum Zwang hin nur zufällig mit der sich vollziehenden hormonellen Umstellung erfolgt sein sollte. Dieser Zusammenhang dürfte vielmehr die Vorstellung rechtfertigen, daß in diesem Fall erst biologische Faktoren zur Manifestation der Zwangsmechanismen führten. Die späteren, an den Monatscyclus gekoppelten Episoden deuten ebenfalls darauf, daß über eine lediglich psychoreaktive Genese hinaus auch eine *somatoreaktive* Kausalkomponente im Spiele war.

Ähnliche Konstellationen waren bei drei weiteren Frauen anzutreffen, bei welchen im *Klimakterium* bzw. Postklimakterium Zwangssyndrome auftraten, welche nach längerem Bestehen schließlich in hypochondrisch gefärbte depressive Bilder übergingen. Hier standen deter-

minierende lebensgeschichtliche Faktoren neben den somatischen Aspekten der klimakterischen Umstellung. In der Annahme enger ursächlicher Zusammenhänge zwischen Zwang — wie auch anderen psychischen Erkrankungen — und Klimakterium erscheint jedoch grundsätzlich Zurückhaltung geboten, da gewöhnlich der Zeitpunkt der hormonellen Umstellung, des Sistierens der Ovarialtätigkeit, nicht genau zu bestimmen ist.

Eine Ausnahme in dieser Hinsicht machte eine unserer Beobachtungen, eine Lehrerin, bei der mit 41 Jahren eine Totalexstirpation wegen Ovarialtumors durchgeführt worden war. Kurze Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus begann sie unter „Erschöpfungszuständen“ zu leiden, und zugleich und erstmals stellten sich ein hartnäckiger Zählzwang und Zwangsvorstellungen wechselnden Inhalts ein. Die Beschwerden schwankten in der Intensität und bildeten sich zeitweilig völlig zurück, die Pat. übte auch schließlich ihre Tätigkeit wieder aus. 2 Jahre später begann sie jedoch beruflich zu versagen, und wegen erneut zunehmender Zwangssymptome und depressiver Verstimmung, verbunden mit diffusen Organbeschwerden, gelangte sie schließlich in die Klinik. Hier klang die depressive Symptomatik unter medikamentöser Behandlung rasch ab, während die Anankasmen erst nach Monaten schwanden.

Für die gesamte Beurteilung ist auch bei dieser Pat. die frühere Vorgeschichte wesentlich. Es ließ sich nämlich bis in die Kindheit eine neurotische Entwicklung zurückverfolgen, welche in einer brüsken Ablehnung durch die Mutter wurzelte. Durch verschiedene Umstände war es im letzten Jahr vor der Klinikaufnahme zur Zuspitzung im Verhältnis zur Mutter gekommen. Daraus resultierte eine konflikthaft erlebte ambivalente Einstellung der Mutter gegenüber. Schon von Jugend an litt die Pat. unter Insuffizienzgefühlen und Kontaktschwierigkeiten, sie blieb unverheiratet und trug sich im Laufe ihres Lebens mehrfach mit Suicidabsichten.

In Anbetracht der Anamnese läßt sich auch bei diesem Fall der Zwang einerseits als psychologisch verständliche Reaktionsbildung auffassen, andererseits besteht wiederum ein Zusammenhang mit der — hier abrupten — endokrinen Umstellung. Die Bedeutung des letzteren Faktors kann allerdings relativiert werden durch die Frage, ob nicht das Erlebnis der Beendigung der Fortpflanzungsfähigkeit durch die Operation ein psychisches Trauma darstellte. Bei unserer Kranken jedoch ließ sich ein derartig aktuelles erlebnisreaktives Geschehen nicht aufdecken.

Die Gruppe der Fälle mit schon längerer abnormer seelischer Entwicklung, bei denen jedoch eine „somatische Gelegenheitsursache“ erst zum Zwangssyndrom führte, wird durch zwei männliche Patienten ergänzt, bei denen *postinfektiöse Erschöpfungszustände* im Spiele waren. Da beide einander sehr ähnliche Verläufe boten, beschränken wir uns auf eine kurze Darstellung nur eines Falles. Dieser 31 jährige Architekt war schon seit Jahren seiner beruflichen Position nicht voll gewachsen. Wegen wechselnder, vornehmlich kardialer, körperlicher Beschwerden hatte er mehrfach bereits mit seiner Tätigkeit ausgesetzt. Nach einem schweren fieberhaften Infekt schließlich erholte er sich nicht, er schlief schlecht und neigte zu Schweißausbrüchen. Kurz nachdem er trotzdem wieder zu

arbeiten begann, traten erstmals Kontrollzwänge auf, die zunächst lediglich als Übersteigerung seiner „Gewissenhaftigkeit“ imponierten. In den folgenden Monaten kam jedoch noch ein Waschzwang hinzu, der ihn bei Ausübung seines Berufes mehr und mehr behinderte. Wegen zunehmender depressiver Verstimmung erfolgte schließlich die Klinikaufnahme. In den ersten Wochen des viermonatigen Aufenthalts bereits klangen die Anankasmen ab, der Patient blieb jedoch noch lange Zeit moros verstimmt und klagte mit ausgeprägtem Krankheitsgefühl über wechselnde Organbeschwerden, die internistisch nicht zu objektivieren waren. Eine katamnestische Untersuchung 8 Jahre später ergab, daß unter stärkeren Belastungen immer wieder körperliche Beschwerden aufgetreten waren, jedoch nicht wieder Zwangssymptome.

Während bei den bisher angeführten Fällen psychogenetische Faktoren unverkennbar waren, ergaben sich bei der nun folgenden Gruppe keine Hinweise in dieser Richtung. Ohne daß sich überzeugende Anhaltspunkte für eine psychologische Ableitbarkeit fanden, traten bei diesen Frauen Zwangssyndrome in sehr engem zeitlichen Zusammenhang mit Generationsvorgängen auf. Dabei war nicht nur ein auslösender Einfluß endokriner Umstellungen zu verfolgen, teilweise schien vielmehr auch das Abklingen der Symptomatik mit ihnen gekoppelt zu sein.

Dies zeigte sich recht eindrucksvoll bei der 1908 geborenen Gertrud G., bei der zur Familienvorgeschichte zu bemerken ist, daß ein Bruder wegen Schizophrenie in unserer Klinik behandelt worden war. Die Pat. selbst entwickelte sich unauffällig, sie sei ein lebhaftes und geselliges Kind gewesen und galt auch später als aufgeschlossenen und kontaktfähig. Mit 20 Jahren heiratete sie und führte eine harmonische Ehe in wirtschaftlich gesicherten Verhältnissen.

Mit Eintritt der *Menarche* mit 16 Jahren sei sie sehr unausgeglichen und ängstlich gewesen. Vor allem aber habe sie damals unter dem Zwang gestanden, sich ständig die Hände waschen zu müssen und jedes Stäubchen von der Kleidung zu entfernen. Nach wenigen Monaten sei seinerzeit dieser Zwang wieder geschwunden, sie habe lediglich ein etwas übertriebenes Sauberkeitsbedürfnis behalten. — Mit der ersten *Schwangerschaft* mit 21 Jahren trat erneut der Waschzwang in Erscheinung, er beschränkte sich jedoch auf die Zeit vom 2.—5. *Schwangerschaftsmonat*. Hinzu kam wieder Ängstlichkeit, jedoch sei sie nicht verstimmt oder gar schwermütig gewesen. Gleiches wiederholte sich bei einer zweiten Schwangerschaft 2 Jahre später, wieder bestand vom 2.—5. Monat ein Waschzwang, und wieder wurde sie danach völlig beschwerdefrei. — Weitere 11 Jahre später wurde die Pat. zum dritten Mal *gravide*, ohne daß sich dieses Mal in der Schwangerschaft der Zwang einstellte. Kurz nach der Entbindung jedoch trat er in der früheren Form erneut auf, er klang aber noch während der Stillperiode ab. In der Folgezeit blieb die Pat. dann ausgeglichen und leistungsfähig.

Mit 48 Jahren — ihre Periode war noch regelmäßig — erkrankte sie an einer hartnäckigen Cystopyelitis, welche ihr Allgemeinbefinden sehr beeinträchtigte. Schon im Verlauf dieser Krankheit stellten sich Beschmutzungsfurcht und Waschzwang wieder ein und blieben auch nach Abheilen der Cystopyelitis bestehen. Die Zwangsbefürchtungen und -handlungen machten sie zu jeder Betätigung im Haushalt unfähig, und deswegen wurde sie, wie sie meinte, immer schwermütiger. Durch recht banalen häuslichen Ärger geriet sie schließlich völlig aus dem Gleichgewicht,

so daß sie sich 5 Monate nach Beginn der Erkrankung in die Klinik begab. Hier war sie zunächst still, ängstlich und bedrückt. Sie klagte über Schwäche und über wechselnde körperliche Beschwerden. Lebensüberdruß wurde negiert, sie äußerte keine Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle. Während die depressive Symptomatik unter medikamentöser Behandlung schon in der 2. Woche deutlich zurückging, blieben die Zwänge weiterhin ausgeprägt. Auf eigenes Verlangen erfolgte die Entlassung schon nach 2 Wochen. Über den weiteren Verlauf war katamnestisch zu erfahren, daß in den folgenden Monaten auch die Zwangssymptome schwanden, und die Pat. ist seitdem beschwerdefrei geblieben.

Eine psychologisch verständliche Ausdeutung der Zwangsphänomene war auch bei 3 weiteren Frauen nicht möglich, bei denen sich klinisch jedoch andere Gesichtspunkte ergaben, wie noch zu erörtern sein wird. Beschränkte sich beim eben geschilderten Fall — wenn man von der letzten Episode absieht — die Symptomatik allein auf Zwangsmechanismen, so beherrschten letztere bei den folgenden Patientinnen nur eine gewisse Zeit das Krankheitsbild, um dann hinter einem schweren depressiven Syndrom zurückzutreten. So begann eine 27jährige Frau, die aus einer mit endogenen Depressionen vorbelasteten Familie stammte, im Wochenbett unter der Vorstellung zu leiden, ihr Kind verletzen oder vergiften zu können. 6 Wochen nach Einsetzen dieser Zwangsbefürchtungen stellte sich eine zunehmende depressive Verstimmung ein. Als sie 4 Monate nach der Entbindung aufgenommen wurde, bot sie das Bild eines melancholischen Wahns mit Schuld- und Versündigungsideen, welches die Anankasmen lange Zeit überdauerte, dann jedoch verhältnismäßig rasch abklang. Wie die Vorgeschichte ergab, hatte diese Kranke eine leichte depressive Phase schon zur Zeit der Menarche durchgemacht.

Eine andere 30jährige Frau, die sich als von Kindheit an ängstlich und unsicher bezeichnete, litt ebenfalls im Wochenbett nach der ersten Entbindung unter der Zwangsvorstellung, ihrem Kind etwas antun zu können. Auch sie wurde im weiteren Verlauf nach Wochen in ähnlicher Weise depressiv wie die vorige Kranke. Die Katamnese 8 Jahre später ergab, daß sie weiterhin unter „Zuständen von Angst und Schwermut“ litt, aber nicht mehr unter Zwängen. Bei einer weiteren 39jährigen Frau schließlich, die ebenfalls aus einer mit Depressionen vorbelasteten Familie stammte, traten 4 Monate nach der zweiten Entbindung ähnliche Zwänge „kriminellen“ Inhalts ein, die gegen ihr älteres Kind gerichtet waren, und zwar setzten sie prompt mit dem *Abstillen* ein. Wiederum glich der spätere Verlauf weitgehend den eben angeführten Fällen.

Diesen Manifestationen von Zwangserscheinungen im Zusammenhang mit endokrinen Umstellungen sei abschließend auch eine Beobachtung des *Ausbleibens* unter derartigen Bedingungen gegenübergestellt. Eine unserer Patientinnen, die seit ihrem 14. Lebensjahr unter schweren Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen litt, wurde lediglich während ihrer 3 Schwangerschaften völlig beschwerdefrei, und zwar jeweils

vom 5. Monat an, wie sie mit Bestimmtheit anzugeben wußte. Im Wochenbett schon traten die Zwänge stets in der alten Form wieder auf.

### III.

Der enge Zusammenhang zwischen episodisch auftretenden Zwangssyndromen und endokrinen Umstellungen bzw. postinfektiösen Erschöpfungszuständen, wie er in der Kasuistik dargestellt wurde, wirft die Frage auf, inwieweit man sich die Zwangsmechanismen biologisch verursacht denken kann. Schienen unsere Kranken teilweise auch von ihrer psychischen Konstitution und Entwicklung her eine spezifische Eignung für die Bildung anankastischer Erlebnisweisen zu besitzen, so sprach doch nicht nur das zeitliche Zusammentreffen für die Wirksamkeit eines „somatischen Grundes“, sondern auch die *Wiederholung* unter den gleichen Umständen, wie sie beobachtet werden konnte. Besonders offenkundig war dies bei dem eingehender geschilderten Fall Gertrud G. mit der Begrenzung der Symptomatik auf den 2.—5. Schwangerschaftsmonat. Diese Beschränkung auf den Abschnitt der Schwangerschaftsumstellung macht nicht nur psychogenetische Faktoren unwahrscheinlich, sie läßt auch den Schluß zu, daß sowohl für die Manifestation als auch für das Sistieren der Zwänge endokrine Vorgänge ausschlaggebend waren. Diese eigenartige Verlaufsform, das Abklingen des Syndroms zu einem Zeitpunkt, in dem die Wirkstoffe der Placenta ihre volle Funktion erreicht haben, läßt nach einer hier vielleicht speziellen Bedeutung von Hormonen fragen. Derartige Erwägungen werden aber hinfällig, wenn man die Erkenntnisse der endokrinologischen Psychiatrie in bezug auf die großen physiologischen Umstellungsphasen berücksichtigt. BLEULER führt in diesem Zusammenhang aus, es habe zwar nahegelegen, die Ursachen psychischer Veränderungen in den gewaltigen Umstellungen des Hormongleichgewichts während dieser Phasen zu suchen, das Kausalitätsverhältnis sei jedoch nicht einfach und eindeutig. Bisher sei es nicht überzeugend gelungen, bei Patientinnen mit Verstimmungen und anderen psychischen Störungen im Klimakterium, mit praemenstrueller Spannung oder mit Wochenbettpsychosen wesentlich andere Hormonbefunde zu erheben, als sie oft bei Frauen erhoben werden, die diese endokrinen Umstellungsphasen auch ohne psychische Störungen durchmachen. Schließlich fügt die Zwangssymptomatik selbst sich nicht in den Rahmen der Psychopathologie endokriner Umstellungsphasen. BLEULER hebt nämlich auch hervor, daß Zwangszustände sich von krankhaften Drängen, Trieben und Impulsen deutlich abheben. Sie seien der elementaren „biologischen“ Triebhaftigkeit mehr entrückt und dem geistigen Leben verwandter.

Demnach läßt sich für unsere Fälle eine einfache Abhängigkeit von bestimmten Hormonkonstellationen nicht annehmen. Es würde auch

eine Simplifizierung der Problematik bedeuten, wollte man gar — anknüpfend etwa an die eingangs zitierten Befunde v. DITFURTHS — aus den engen funktionellen Beziehungen zwischen Endokrinum und Teilen des zentralen Nervensystems, wie sie die moderne Endokrinologie lehrt, bereits hirnlokalisatorische Schlüsse für das Phänomen des Zwangs ziehen. Wie offenkundig sich im Einzelfall die pathogenetische Rolle hormoneller Umstellungen für Zwangsmechanismen auch anbieten mag, so läßt sich doch nicht mehr als die allgemeine Feststellung treffen, daß endokrine Gleichgewichtsveränderungen auch hier nur unspezifische Belastungen darstellen und zu emotionellen Erschütterungen führen, auf deren Boden sich die weitere Symptomatik gestaltet. In gleicher Weise lassen sich die Zusammenhänge bei den Fällen mit postinfektiösem Erschöpfungssyndrom verstehen. Dabei kann man unseres Erachtens auch von der Vorstellung einer somatogenen „Stress“-Situation ausgehen, durch welche „eine Art von Motivationszustand bzw. ein relativ unspezifischer emotionaler Zustand“ (LANGER) geschaffen wird. Die den Zwang tragende *Angst* — diese Koppelung war bei allen unseren Kranken unverkennbar — läßt sich so als „leibnahe“, als biologisch fundiert auffassen. Angst kann, wie die Stress-Forschung zeigt, zu individual-spezifischen psychischen Reaktionen führen, wie es andererseits weniger von der spezifischen Art der endokrinen Funktionsstörung als von anderen Faktoren abhängt, wie sich die psychischen Störungen im einzelnen gestalten (BLEULER). Nach allem lassen sich die hier beschriebenen Zwangssyndrome lediglich als somato-reaktiv *ausgelöst* auffassen und nicht als symptomatisch im engeren Sinne. Damit treffen wir auf einen Sachverhalt, auf den WEITBRECHT im Zusammenhang mit menstruellen Verstimmungen verweist. Durch die biologische Situation der Menstruation werde die ausbruchsbereite depressive Phase gewissermaßen episodisch „aktiviert“, während der Organismus noch einmal durch Kompensationsvorgänge den Phasenausbruch hinhalten konnte. Das Problem der „Auslösung“, welches damit berührt wird, hat für den Zwang CH. MÜLLER behandelt, und seine Gedanken lassen sich auch auf unsere Fälle anwenden. Bei einer Mehrzahl der Zwangskranken werde erst unter unabänderlichem äußerem Druck eine offenbar latent vorhandene Bereitschaft, mit Zwangsmechanismus zu reagieren, mobilisiert. Damit nähere man sich jenem Vorgang, der in anderem Zusammenhang als „Kipp-Phänomen“ bezeichnet wurde. Es schiene, als ob das Individuum sich in einem labilen Gleichgewicht befinde, das bei Erreichung eines gewissen Schwellenwertes von Belastung nicht mehr genügt, um die Angst zu bewältigen, so daß es zu einer neurotischen Notlösung komme. Einem derartigen psycho-reaktiven Auslösungsmodus läßt sich, wie wir meinen möchten, ein *somato-reaktiver Auslösungsmodus* gegenüberstellen. Im Einzelfall scheint gelegentlich eine ausgeprägte Bereit-



schaft zu bestehen, *ausschließlich* auf somatogene Reize hin mit Zwangsphänomenen zu reagieren. Die sich mit fast experimenteller Promptheit wiederholende Mobilisierung von Zwangsmechanismen unter gleichen oder ähnlichen Bedingungen, wie wir sie beobachten konnten, dürfte derartige Schlüsse zulassen.

Daß die Beziehungen zwischen Zwang und somatischen Einflüssen auch gleichsam in umgekehrter Richtung verlaufen können, zeigt die erwähnte Beobachtung des *Freiseins* bei einer chronisch Zwangskranken jeweils in der zweiten Schwangerschaftshälfte. Allerdings kann die Bedeutung biologischer Faktoren hier eingeschränkt werden durch die Frage, ob nicht das Erlebnis der Schwangerschaft zur „Insel“- und „Entlastungs“-Situation geführt hat in der Art, wie sie WALTER beschrieb. Neu auftauchende, für die Persönlichkeit positive, gefühlsunterbaute Zielsetzungen können auch STÖRRING zufolge zur Abschwächung bzw. Aufhebung von Zwangsmechanismen führen. Die Strecken des *Freiseins* bei unserer Pat. immer erst vom 5. Schwangerschaftsmonat an und lediglich bis zur Entbindung lassen aber doch eher an eine „Abhängigkeit von nicht weiter einsichtigen, wohl biologisch fundierten Verhältnissen“ denken, mit denen BÜRGER u. MAYER-GROSS Intensitätsschwankungen beim Zwangsleiden erklären. Die scharfe und sich in gleicher Weise wiederholende zeitliche Begrenzung bei unserer Kranken macht psycho-reaktiv bedingte Entlastungssituationen wenig wahrscheinlich.

Angesichts der altbekannten Beziehungen zwischen Zwang und Depression überrascht es nicht, daß auch die hier beschriebenen episodischen Zwangssyndrome entsprechende Verbindungen aufweisen. Am eindeutigsten ist dies bei den 3 Frauen der Fall, bei denen die Zwänge schließlich in schwere, endogen anmutende depressive Bilder mit Schuld- und Versündigungsideen übergingen, welche sich klinisch unter die sogenannten Wochenbettpsychosen einordnen lassen. Der Beurteilung letzterer widmete in neuerer Zeit v. KEYSERLINGK eine eingehende Untersuchung. Die günstige Langstreckenprognose, die sich für den Großteil seines Krankengutes ergab, ließ ihn u. a. einem schädigenden Agens bzw. im Organismus in ungünstiger Weise ablaufenden biochemischen Reaktionen eine größere Bedeutung beimessen als endogenen Faktoren. Für einzelne seiner Fälle hob v. KEYSERLINGK jedoch das Vorliegen auch endogener Momente hervor, und bei unseren 3 Kranken deuten die erblichen Belastungen wie auch die früher vorangegangenen oder nachfolgenden Depressionszustände ebenfalls in diese Richtung. Im Zusammenhang mit unserer Thematik nun ist bemerkenswert, daß die Zwangssymptome, welche hier einige Zeit den Krankheitsablauf allein beherrschten, bereits gleichsam von einer endogen-depressiven Struktur her geprägt erschienen, nämlich durch ihre aggressiv-destruktiven Inhalte, welche für Zwangserscheinungen auf dem Boden endogener Depressionen als charakteristisch gelten (STENGEL). In dieser Hinsicht unterscheiden sich diese somato-reaktiv ausgelösten Zwangsepisoden, welche lediglich eine cyclothym-depressive Phase einleiteten, von den Zwängen nicht-

destruktiven und weniger quälenden Inhalts bei unseren anderen Patienten. Mündeten die Anankasmen auch bei ihnen in Verstimmungen, so ließen sich diese nicht unter die vorigen Bilder subsummieren. Mit den erheblichen vegetativen Dysfunktionen, dem ausgeprägten Krankheitsgefühl und der deutlich dysphorischen Note in ihrer Verstimmung imponierten sie weit eher als *Dysthymien*. Auch durch das für endoreaktive Dysthymien im Sinne von WEITBRECHT bezeichnende langsame Hineingleiten mit allmählicher Vitalisierung und durch das nur allmähliche Abklingen hoben sich diese Depressionszustände von den vorigen ab. Darüber hinaus gewann man aus den Verläufen den Eindruck, daß bei dieser Gruppe die Zwangsmechanismen der Verstimmung gegenüber mehr Selbständigkeit besitzen, der Zwang blieb in verschiedenen Episoden auch monosymptomatisch. Sicherlich bleibt es eine Frage der Auslegung, auch darin lediglich larvierte depressive Phasen zu sehen. Jedoch scheint uns auch die Deutung vertretbar, daß in diesen Fällen durch somatische Reize primär eine latent vorhandene Bereitschaft zu Zwangsmechanismen bloßgelegt wurde, welche einer zwangs-„psychopathischen“ Persönlichkeitsstruktur nähersteht als einer cyclothymen Veranlagung. Dann läßt sich Zwang hier als präformierte Reaktion auffassen, bei der noch relative Stabilität gewahrt wird. Als Ausdruck fortschreitender Dekompensation sind dann weiter die sich aus dem Zwangssyndrom entwickelnden Dysthymien zu verstehen, für deren Genese bekanntlich ebenfalls anhaltende körperliche wie auch seelische Belastungen bedeutsam sind. Bei anhaltender Labilisierung in der Leibsphäre gewinnt biographisches oder auch aktuelles Erlebnismaterial mehr und mehr an Gewicht, und zu seiner Bewältigung reicht schließlich Zwang als „neurotische Notlösung“ nicht mehr aus.

### Zusammenfassung

Es werden Zwangssyndrome in engem zeitlichem Zusammenhang mit Menarche, Klimakterium und postinfektiösen Erschöpfungszuständen, mit Schwangerschaft sowie mit dem Wochenbett behandelt. Teils sind psychoreaktive oder konstitutionelle Faktoren im Spiel, die Manifestation des Zwangs erfolgt jedoch immer erst unter dem Einfluß emotionaler Labilisierung durch endokrine Umstellungen bzw. in einer somatogenen „Stress“-Situation. Bei anderen Kranken fehlen psychische Kausalcomponenten, und ausgehend von einem Fall, bei dem sich mit fast experimenteller Promptheit episodische Zwänge unter gleichen oder sehr ähnlichen Bedingungen wiederholten, wird ein somato-reaktiver Auslösungsmodus herausgestellt. Die Beziehung der Zwangsepisoden zur Depression wird diskutiert. Gingen die Zwangsmechanismen im weiteren Verlauf in eine cyclothyme Depression über, so zeichneten sie sich durch aggressiv-destruktive Inhalte aus. Fehlten „kriminelle“ Inhalte, dann

blieben die Anankasmen monosymptomatisch, oder aber sie mündeten in Verstimmungen, die am ehesten endo-reaktiven Dysthymien im Sinne von WEITBRECHT entsprachen. Die Beobachtung von Beschwerdefreiheit bei einer chronisch Zwangskranken lediglich während dreier Schwangerschaften gibt Anlaß zu einer kurzen Erörterung über mögliche Ursachen zeitweiser Symptomfreiheit.

### Literatur

- BLEULER, M.: Endokrinologische Psychiatrie. Stuttgart: G. Thieme 1954.  
 — Endokrinologische Psychiatrie. In: Psychiatrie der Gegenwart. I/1 B. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1964.  
 BONHOEFFER, K.: Störung des Zeiterlebens als Migräneäquivalent. Nervenarzt **13**, 154—156 (1940).  
 BOOR, W. DE: Die Lehre vom Zwang. Fortschr. Neurol. Psychiat. **17**, 49—85 (1949).  
 — Zwangssyndrom bei Meningitis tuberculosa. Z. Kinderpsychiat. **21**, 9—12 (1954).  
 BÜRGER, H., u. W. MAYER-GROSS: Über Zwangsphänomene bei Encephalitis lethargica u. über die Struktur der Zwangserscheinungen überhaupt. Z. ges. Neurol. Psychiat. **116**, 645—686 (1928).  
 DITTFURTH, H. V.: Über pathologische Stoffwechselbefunde bei Zwangskrankheit. Nervenarzt **24**, 204—208 (1953).  
 — Schauanfälle bei Zwangskrankheit infolge Megaphenwirkung. Nervenarzt **28**, 177—179 (1957).  
 HOMBURGER, A.: Psychopathologie des Kindesalters. Berlin: Springer 1926.  
 JAHREIS, W.: Störungen des Denkens. In: Handbuch der Geisteskrankheiten. I. Berlin: Springer 1928.  
 KAHN, E.: Die anankastischen Psychopathen. In: Handbuch der Geisteskrankheiten. V. Berlin: Springer 1928.  
 KLUGE, E.: Zwangskrankheit und Cyklothymie. Nervenarzt **36**, 11—14 (1965).  
 KEMPF, H.: Die psychischen Zwangszustände im Kindesalter. Leipzig: W. Nachod 1925.  
 KEYSERLINGK, H. V.: Zum Krankheitsbild der Wochenbettpsychosen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **203**, 632—647 (1962).  
 LANGE, J.: Die endogenen und reaktiven Gemütskrankungen und die manisch-depressive Konstitution. In: Handbuch der Geisteskrankheiten. VI. Berlin: Springer 1928.  
 LANGER, D.: Die wichtigsten Ergebnisse der Stress-Forschung (bis 1957) und deren Bedeutung für die Psychiatrie. Fortschr. Neurol. Psychiat. **26**, 321—354 (1958).  
 LEVINGER, E.: Über das Einheitliche des psychischen Bildes bei Eunuchoidismus und die organisch fundierte Entstehung eines Zwangssyndroms. Z. ges. Neurol. Psychiat. **116**, 371—381 (1928).  
 MEGENDORFER, F.: Über spezifische Vererbung einer Angst- und Zwangsneurose. Ref. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. **30**, 221 (1922).  
 MÜLLER, CH.: Vorläufige Mitteilung zur langen Katamnese der Zwangskrankheiten. Nervenarzt **24**, 112—115 (1953).  
 — Weitere Beobachtungen zum Verlauf der Zwangskrankheit. Psychiat. et Neurol. (Basel) **133**, 80—94 (1957).  
 PILCZ, J.: Über homologe Heredität bei Zwangsvorstellungen. Z. ges. Neurol. Psychiat. **43**, 134—146 (1918).  
 RICHTER, K.: Über einen Fall von gleichzeitigem Vorkommen von Epilepsie und Zwangsphänomenen. Nervenarzt **32**, 279—281 (1961).

- RÜDIN, E.: Zur Frage der Zwangskrankheit, insbesondere ihre hereditären Beziehungen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **191**, 14—54 (1953).
- SKOOG, G.: Einige Gesichtspunkte zum Zwangssyndrom. Ref. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. **124**, 327 (1953).
- STÖRRING, E.: Über Zwangsgedanken bei Blickkrämpfen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **89**, 836—848 (1930).
- SPEER, E.: Der Arzt der Persönlichkeit. Stuttgart: G. Thieme 1949.
- STENGEL, E.: Neurosenprobleme vom anglo-amerikanischen Gesichtspunkt. In: Psychiatrie der Gegenwart. II. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960.
- WALTER, K.: Zur Psychopathologie von Zwangsphänomenen. Nervenarzt **26**, 409—416 (1955).
- WEITBRECHT, J.: Depressive und manische endogene Psychosen. In: Psychiatrie der Gegenwart. II. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960.
- Psychiatrie im Grundriß. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1963.

Dr. E. POPELLA  
Universitäts-Nervenklinik  
X 69 Jena, Philosophenweg 3