

Entstehungsbedingungen des phobisch-anankastischen Syndroms*

V. ALSEN

Neurologisch-psychiatrische Klinik der Krankenanstalten des Westfälischen
Diakonissenmutterhauses Sarepta (Chefarzt: Prof. Dr. V. Alsen), Bethel

Eingegangen am 2. April 1970

The Pathogenesis of the Anancastic Syndrome

Summary. 78 unselected in-patients with phobic anancastic syndroms were examined under the same conditions. Unexpectedly, this showed a division into 3 diagnostic groups: neurotic psychopathic evolutions and reactions (26) cases, endogenous psychoses (27) cases and organic brain lesions (25) cases.

The first group included the genuine obsessional states, various psychopathies with obsessional characteristics, and phobic anancastic actual neurosis combined with addiction or mental subnormality. Among the endogenous psychoses with obsessive states, schizophrenics were less common than depressives. Genuine anancastic depressions should be distinguished from depressions in anancastic psychopaths and from combinations of a depression with an obsessive illness. Obsessive syndromes accompanying brain lesions included mainly cryptogenic encephalopathies and latent epilepsies. The other organic cases were manifest epilepsies, cerebro-vascular diseases, encephalitis or hepatogenous encephalopathia.

The diagnosis and genesis of the syndromes are discussed with the literature. The phobic anancastic syndromes usually have a multiple causation. For the individual case it is necessary to discover the relative importance and interaction of the endogenous, environmental and organic factors.

Key-Words: Obsessional Neurosis — Schizophrenia with Obsessional Symptoms — Anancastic Depression — Encephalopathy — Pseudopsychopathy.

Zusammenfassung. 78 stationär unter gleichen Bedingungen untersuchte unausgelesene Kranke mit phobisch-anankastischem Syndrom sind wider Erwarten fast zu gleichen Teilen als *neurotisch-psychopathische Entwicklungen* oder Reaktionen (26 Fälle), als *endogene Psychosen* (27 Fälle) und als *organische Hirnschäden* (25 Fälle) zu diagnostizieren.

Bei der *neurotisch-psychopathischen Gruppe* sind neben der echten Zwangskrankheit, Psychopathien unterschiedlicher Struktur mit Zwängen und phobisch-anankastischen Aktualneurosen Kombinationen mit Sucht oder Schwachsinn beachtenswert. Unter den *endogenen Psychosen* mit Zwangszuständen treten die Schizophrenien gegenüber den Depressionen weit zurück. *Anankastische Depressionen* im engeren Sinne werden von Depressionen bei anankastischen Psychopathen und von Kombinationen einer Depression mit einer Zwangskrankheit unterschieden. Besonders eingehend werden die *Zwangssyndrome bei Hirnschäden* behandelt. Hier

* Herrn Prof. Dr. Dr. h. c. Walter Schulte zum 60. Geburtstag.

überwiegen die kryptogenen Encephalopathien einschließlich latenter Epilepsien. Daneben finden sich manifeste Epilepsien, Hirngefäßkrankheiten, Encephalitiden und eine hepatogene Encephalopathie.

Probleme der diagnostischen Zuordnung und der Syndromgenese werden mit dem Schrifttum erörtert. Meistens ist eine multifaktorielle Entstehung des phobisch-anankastischen Syndroms anzunehmen. Im Einzelfall gilt es, Stellenwert und Art des Zusammenwirkens struktureller, situativer, endogener und organischer Faktoren zu bestimmen.

Schlüsselwörter: Zwangsnurose — Schizophrenie mit Zwangssymptomen — Anankastische Depression — Encephalopathie — Pseudopsychopathie.

Fragestellung

Die von Weitbrecht (1959) mit Nachdruck verfochtene These von der Unspezifität aller psychopathologischen Syndrome läßt sich aus dem Schrifttum auch im Hinblick auf das phobisch-anankastische Syndrom belegen. Daß es im Prodromalstadium und im Verlauf von Schizophrenien Zwangssymptome gibt, ist seit Bumke (1906), E. Bleuler (1911), K. Schneider (1925), Jahrreiss (1926), u. a. unbestritten. Anankasmen im Zusammenhang mit Depressionen sind schon von Heilbronner (1912), Bonhoeffer (1913), und Stöcker (1914) beschrieben worden. Phobien und Zwänge organischer Genese sind seit den Erfahrungen bei der epidemischen Encephalitis (Mayer-Gross u. Steiner, 1921) bekannt. Dennoch wird bis heute das phobisch-anankastische Syndrom fast ausschließlich mit den abnormen Spielarten seelischen Wesens (K. Schneider, 1966) in Verbindung gebracht. Zwang in seinen vielfältigen Erscheinungsformen scheint nur ausnahmsweise bei endogenen Psychosen und gar bei Hirnkrankheiten vorzukommen, in aller Regel dagegen auf eine psychopathische Grundstruktur, eine neurotische Entwicklung oder einen fehlverarbeiteten Konflikt hinzuweisen.

Diese bisher nie ernstlich bestrittene, aber auch meines Wissens nie durch exakte vergleichende Untersuchungen begründete Meinung soll auf Grund eigener Erfahrungen überprüft werden. Damit wird an frühere Untersuchungen angeknüpft, in denen gezeigt wurde, daß die endoformen Psychosyndrome viel häufiger mit belangvollen körperlichen Befunden verknüpft sind, als im allgemeinen angenommen wird (Alsen, 1960, 1961a, 1969a, 1969c). Die Grundfrage lautet also: Wie häufig ist das phobisch-anankastische Syndrom als rein *psychopathisch* oder *neurotisch* bedingt zu interpretieren, wie häufig findet es sich eingebettet in *endogene Psychosen* schizophrenen und depressiven Typs und wie häufig sind bei Kranken mit Phobien und Zwängen *organische Hirnschäden* nachzuweisen? Danach wird dann die Wertigkeit struktureller, erlebnisreaktiver, endogener und organischer Faktoren im Bedingungsgefüge des psychopathologischen Erscheinungsbildes zu erörtern sein. Das Schwergewicht der Erwägungen zur Syndromgenese wird dabei auf dem organischen Faktor liegen, nicht weil ich ihn für den wichtigsten halte, sondern weil er bislang im Schrifttum am wenigsten Beachtung gefunden hat.

Krankengut und Methode

Die Untersuchung stützt sich auf 78 Kranke, die in der Zeit zwischen dem 1. 4. 1961 und dem 31. 1. 1970 stationär in der Neurologisch-psychiatrischen Klinik der Krankenanstalten Sarepta behandelt wurden. Berücksichtigt wurden ohne Ausnahme alle Kranken mit eindeutig nachweisbaren Phobien und/oder Zwängen. Fast immer war das Zustandsbild von diesen Symptomen entscheidend geprägt. Zwang wurde nach der Definition von K. Schneider (1966) dann angenommen, wenn der Kranke Bewußtseinsinhalte nicht loswerden konnte, obschon er sie gleichzeitig als inhaltlich unsinnig oder wenigstens als ohne angemessenen Grund beherrschend und beharrend beurteilte. Unter Phobien wurden mit Weitbrecht (1968) Zwangsgänste und Zwangsunterlassungen verstanden.

Alle Kranken habe ich selbst gesehen und beurteilt, alle wurden unter meiner Leitung nach gleichen Gesichtspunkten untersucht. Nicht wenige Kranke kamen während dieser Zeitspanne wiederholt zur Aufnahme oder waren bereits früher hier oder anderwärts in klinischer Beobachtung. Bei diesen wurden alle erreichbaren Unterlagen ausgewertet.

Ergebnisse

In der Tab.1 ist das Krankengut im Sinne der Grundfrage dieser Untersuchung aufgegliedert worden. Es zeigt sich, daß von den insgesamt 78 Kranken 26 Kranke der neurotisch-psychopathischen Gruppe, 27 Kranke der endogenen Gruppe und 25 Kranke der organischen Gruppe zuzuordnen sind. Wider Erwarten verteilt sich somit das hier bearbeitete Krankengut praktisch gleichmäßig auf die drei Bereiche des triadischen Systems der psychiatrischen Diagnostik.

1. Die neurotisch-psychopathische Gruppe

5 dieser Kranken gehören zur Kerngruppe dessen, was im Schrifttum als echte Zwangsnurose, Zwangskrankheit, anankastische Entwicklung oder malignes Zwangssyndrom (Langen, 1964; Rümke, 1967) bezeichnet wird. Hier greifen wohl stets und jedenfalls im eigenen Krankengut vorgegebene abnorme Persönlichkeitsmerkmale im Sinne der sensitiv-anankastischen Struktur mit milieu- und situationsbedingten Störungen der Charakter- und Triebentwicklung nahtlos ineinander derart, daß fast immer schon in der Kindheit oder Jugend die verhängnisvolle und chronisch fortschreitende Fehlentwicklung in Gang kommt. Recht scharf hebt sich davon eine Gruppe von 6 Kranken ab, bei denen Phobien und Zwänge in bunter Vielfalt aus ganz heterogenen pathocharakterologischen Wurzeln herauszuwachsen scheinen. Züge der Asthenie, der Selbstunsicherheit, der Stimmungslabilität, vor allem aber der Haltschwäche und Geltungssucht geben diesen Bildern ihr charakteristisches Kolorit. So verwundert es nicht, daß hier häufiger eine Verquickung mit süchtigen Entwicklungen beobachtet wird, als bei der echten Zwangskrankheit und den phobisch-anankastischen Aktualneurosen. Diesen aktuellen Konfliktreaktionen, bei denen die charakterologische Disposition gegen-

Tabelle 1. *Diagnostische Aufgliederung des phobisch-anankastischen Syndroms*

I.	Neurotisch-psychopathische Reaktionen und Entwicklungen	26
1.	Echte Zwangskrankheit	5
	davon mit Abusus:	1
2.	Psychopathen mit Zwangssymptomen	6
	davon mit Abusus:	1
3.	Phobisch-anankastische Aktualneurosen	13
	davon mit Abusus:	1
4.	Bei Minderbegabung	2
II.	Endogene Psychosen	27
1.	Schizophrenien	2
2.	Depressionen	25
a)	Kombination von Zwangskrankheit und Depression	5
b)	Depression bei ausgeprägt anankastischer Persönlichkeit	6
c)	Anankastische Depression	14
III.	Organische Hirnschäden	25
1.	Arteriosklerose und Hypertonie	4
2.	Chronische, oder Zustand nach Encephalitis	3
3.	Hepatogene Encephalopathie	1
4.	Epilepsie	4
5.	Kryptogene Encephalopathie	13
	davon mit Verdacht auf latente Epilepsie	4
	Gesamtzahl	78

über peristatischen Faktoren ganz in den Hintergrund tritt, waren 13 Kranke zuzurechnen. Es bleiben 2 Kranke, deren phobisch-anankastisches Syndrom nur bei Berücksichtigung der zugleich vorhandenen Minderbegabung verständlich wird. Da dieser Sachverhalt im Schrifttum kaum gewürdigt wird, sei eine Krankengeschichte kurz skizziert.

Fall 1. M. G., 33 J. Kr. Nr. 12820/1966. Die aus den Ostprovinzen vom Lande stammende Frau war schon immer sehr ordentlich, ängstlich und leicht aufgereggt. Die Schulleistungen entsprachen einem IQ von 70. Den Anforderungen der 1956 geschlossenen Ehe und der Versorgung der 1956 und 1958 geborenen Kinder war sie gewachsen, solange die Schwiegermutter sich um alles kümmerte. Nach deren Tode aber 1962 begann sie sofort zu kränkeln. Aus „nervösen“ Herz- und Kreislaufbeschwerden kristallisierte sich seit 1963 eine Herzphobie und Agoraphobie heraus. Ohne Begleitung wagte sie sich nicht mehr auf die Straße. Das Einkaufen überließ sie dem Ehemann, an den sie sich wie ein Kind, Geborgenheit suchend, klammerte. Haushalt und Kinder wurden zunehmend vernachlässigt.

2. Die endogene Gruppe

Darunter waren nur 2 Schizophrenien. Im einen Fall war eine seit Kindheit bestehende schwere Zwangskrankheit ohne scharfe Zäsur spätestens in der beginnenden Involution in eine chronische paranoide Psychose eingemündet. Bei einer anderen, damals 52jährigen Frau war nach einer Strumektomie wegen Thyreotoxikose ein ganz massives Zwangssyndrom entstanden. Heute, 12 Jahre später, bietet sie das Bild einer expansiven Paraphrenie, in die jedoch alle Zwänge mit hineingenommen sind.

Diesen 2 Schizophrenien stehen 25 Depressionen gegenüber. 14 und damit mehr als die Hälfte derselben entsprechen dem von Lauter (1962) umschriebenen Typ der anankastischen Depression. Die Phasen sind relativ lang und flach, oft nicht scharf abgesetzt, von situativen Faktoren vielfältig mitbestimmt. Unter den Zwängen ragen Aggressionsphobien und religiöse Kontrastvorstellungen hervor. Außerhalb der Phasen klingen manifeste Zwangssymptome höchstens eben an, im Persönlichkeitsbild verbinden sich oft Selbstunsicherheit bei sthenischem Stachel, Gewissenhaftigkeit und Ordentlichkeit mit einem cyclothym-syntonen Temperament. Fehlt dieser ausgleichende Temperamentshintergrund und ist zugleich die in sich kontrastierte sensitiv-anankastische Struktur schärfer akzentuiert, dann hat man auch außerhalb der Phasen deutlich abnorme Persönlichkeiten mit manifesten anankastischen Erscheinungen vor sich. Aber nur in der Depression bekommen sie Krankheitswert. Dieser Typus fand sich 6 mal. In 5 Fällen schließlich schien sich eine genuine Zwangskrankheit mit einer endogenen Depression zu kombinieren.

3. Die organische Gruppe

Bei 25 Kranken erbrachte die klinische Untersuchung Hinweise auf Hirnschädigungen verschiedener Art und Ausprägung. 4 dieser Kranken litten an cerebralen Durchblutungsstörungen. Dabei handelte es sich in 3 Fällen — bei Menschen im 6. und 7. Lebensjahrzehnt — um das Bild einer arteriosklerotischen Altersdepression, wie es ähnlich von Greger u. Popella (1967) beschrieben worden ist. Zwangsunterlassungen, Vergewisserungzwänge und zwanghaftes religiöses Kontrastdenken waren hier die führenden Symptome. Die 4. Kranke ist väterlicherseits mit Hochdruckleiden, mütterlicherseits mit Schizophrenie belastet. Sie selbst leidet seit ihrem 17. Lebensjahr an einer inzwischen bei Werten um 220/140 mm Hg nach RR. fixierten Hypertonie mit coronaren Durchblutungsstörungen und encephalopathischen Beschwerden. Mit etwa 37 Jahren entwickelte sich bei der heute 41jährigen Lehrerin zunächst ein phobisch-anankastisches Syndrom mit sexuellen und religiösen Zwangsvorstellungen blasphemischen Charakters, mit Zwangsgrübeleien,

Beichtzwang und Phobien. Im Laufe der Jahre sind dann paranoid-halluzinatorische Erlebnisveränderungen hinzugekommen, so daß jetzt ein schizophenes Bild mit aufdringlichen Zwangssphänomenen und Neigung zu tiefen und elementaren depressiven Verstimmungen vorliegt.

Die 3 Fälle mit Phobien und Zwängen bei oder nach Encephalitis sollen nicht im einzelnen dargestellt werden, da über dieses Thema seit der Mitteilung von Mayer-Gross u. Steiner (1921) bis zu den Arbeiten von Alzheimer (1953), Nylander (1955), Allert u. Meyer (1958) und den Übersichten von de Boor (1949), Conrad (1960) und Petrilowitsch u. Baer (1967) eine verhältnismäßig reiche Kasuistik vorliegt. Kurz erwähnt sei dagegen eine 62jährige Frau mit einer über 17 Jahre zurückreichenden Leberanamnese. Jetzt konnte eine chronische Cholecystitis mit Zeichen von Stauung und einer Fettleber 2. Grades histologisch nachgewiesen werden. Psychopathologisch bestand ebenfalls seit vielen Jahren eine Phobie vor allen giftigen Pflanzen, die sich mit Verschmutzungsfurcht und Waschzwang sowie an- und abschwellenden depressiven Verstimmungen verband. Das EEG zeigte mäßige Allgemeinveränderungen. In der Literatur finden sich zwar Hinweise auf apathische, depressive und dysphorische, nicht aber Zwangssyndrome bei chronischen Lebererkrankungen (Ewald, 1928; Zillig, 1947, 1948; Fleck, 1960; Burgmann, 1965; Bodechtel, 1965; Brühl, 1965).

Die spärlichen Berichte über das Zusammentreffen von Zwangsneurose und Epilepsie (de Boor, 1949; Richter, 1961; Ernst, Kind u. Rotach-Fuchs, 1968) können um 4 eigene Fälle bereichert werden. Eine dieser Krankengeschichten wurde andernorts publiziert (Alsen, 1969 b). Recht ähnlich war die Entwicklung bei einer anderen Kranken: Bis in die Pubertät hinein hatte sie häufige Absencen. Seit dem 25. Lebensjahr kam es wiederholt zu Depressionen mit äußerst qualvollen Aggressionsphobien. Bei der Pneumencephalographie (PEG) war die Cella media deutlich verplumpt, der 3. Ventrikels auf 9 mm erweitert. Ein $7\frac{1}{2}$ -jähriger Junge ist von Vater und Mutter mit Epilepsie belastet. Anfälle hat er selbst noch nicht gehabt. Das EEG ist retardiert und entspricht dem eines 4—5jährigen. Er hat bis vor kurzem eingenäßt, neigt zu Erbrechen und Allergie, ist zappelig, übergewissenhaft und perfektionistisch. Seit dem 3. Lebensjahr besteht ein Pavor nocturnus und eine ganz abnorme Dunkelangst. Im 4. Lebensjahr stellte sich ein Waschzwang und eine Neigung zu zwanghaften Selbstbeschuldigungen mit Bestrafungssucht ein. Die 4. Krankengeschichte sei etwas ausführlicher referiert.

Fall 2. H. G., geb. 1935, Kr. Nr. 13921/1968 und 1969. FA: o. B. Selbst Frühgeburt, 2 Monate im Brutkasten, mit 3 Monaten Säuglingskrämpfe, auch später noch seltene Anfälle. Seit Kindheit viel Kopfschmerzen. Schulentwicklung glatt, dann Kindergärtnerin. Heirat 1959. Nach dem 2. Partus 1962 zunehmende psychische Störungen. Anfangs klagte sie über multiple Schmerzen. Dann kam es wiederholt zu schweren Depressionen und Suicidversuchen. Zustände von Kontaktfähigkeit

keit und Apathie wechselten mit Perioden heftigster aggressiver Erregung. Entfremdungserlebnisse, Störungen der Meinhaftigkeit, Wahneinfälle, Wahnwahrnehmungen und akustische Trugwahrnehmungen ergaben über längere Strecken das typische Bild einer Schizophrenie. Durch diese bunt wechselnden Syndrome zogen sich aber wie ein roter Faden Zwangsantriebe, Wiederholungswänge, Grübelwänge, Zwangsunterlassungen und Zwangsbefürchtungen, darunter auch Aggressionsphobien hindurch. Das EEG zeigte eine leichte Allgemeinveränderung (AV) und Hyperventilationsveränderung (HV). Im PEG kam eine mittelstarke, deutlich rechtsbetonte Erweiterung des ganzen Ventrikelsystems (3. Ventrikel 12 mm) zur Darstellung. Unter 6 Tbl. Tegretal und 150 mg Ciatyl ist die Kranke jetzt gut kompensiert und fähig, Haushalt und Kinder zu versorgen.

Nicht nur wegen ihrer relativen Häufigkeit (13 unter 25 Fällen) sind von besonderer Bedeutung jene Zwangssyndrome, bei denen nur gründliche klinische Untersuchungen zum Nachweis einer meist kryptogenen Encephalopathie führten. Die Krankengeschichten sind in Tab. 2 zusammengefaßt. Mindestens bei 4 dieser Kranken, den Fällen 3, 6, 9 und 10 der Tabelle, besteht nach Familienbild, somatopsychischer Konstitution und EEG der Verdacht auf eine latente Epilepsie. Sie gehören zum iktaffinen Formenkreis (Mauz, 1937). Bei Fall 1 kann eine Hirnmißbildung, bei den Fällen 5 und 7 ein Zustand nach kindlicher Encephalitis vermutet werden. Keine Hinweise auf die Genese des Hirnschadens sind in den Fällen 2, 4, 8 und 13 zu gewinnen. Bei den Fällen 11 und 12 bleiben Zweifel am Bestehen einer cerebralen Schädigung.

Besprechung der Ergebnisse

1. Zur diagnostischen Zuordnung

Tab. 1 hatte u. a. die überraschende Tatsache veranschaulicht, daß phobisch-anankastische Syndrome nicht seltener bei organischen Hirnschäden und bei endogenen Psychosen als auf rein neurotisch-psychopathischer Grundlage vorkommen. Wie läßt sich eine so eklatante Abweichung von überlieferten Meinungen und dem allgemeinen Eindruck erklären?

Der Übergang einer Zwangsnurose in eine Schizophrenie oder wohl richtiger die spätere Demaskierung einer Zwangsnurose als pseudoneurotisches Vorstadium einer Schizophrenie spielt dabei offenbar keine Rolle. Denn das ist auch nach meinen Befunden in Übereinstimmung mit C. Müller (1953), E. Rüdin (1953), K. Ernst (1959), Ingram (1961), Krüggen (1965) und Eggers (1968) relativ selten. 2 Fälle unter 78 — oder 4 bei Einbeziehung der organischen Pseudoschizophrenien (Rümke, 1958) — bringen keine wesentliche Verschiebung vom neurotischen zum endogenen Pol.

Viel gewichtiger sind in dieser Hinsicht die phasischen Depressionen, insbesondere die anankastischen Depressionen im engeren Sinne. Allein

Tabelle 2. Kryptogene Encephalopathien

Personali en	Aufn. Jahr	Familiäre Belastung	Vorgeschichte und Krankheitsentwicklung	Psychischer Befund	Körperliche Befunde
1. B. G. ♀ AZ 11427 geb. 1938	1962	∅	Wegen Schwäflichkeit erst mit 8 J. eingeschult, 2 mal sitzengeblieben. Seit 13. Lj. Herzbeschwerden, zunehmend nervös. Leicht erregt, langsam, umständlich. Wiederholungs-, Wasch- und Putzzwang	Debil. Unstetig, verlangsamt, erregbar, zapplig, logorrhoisch. Zwangshandlungen seit 13. Lj. <i>EEG</i> : leichte AV und HV mit Rechtsbetonung langsamer Zwischenwellen. <i>PEG</i> : Leichter Hydrocephalus int. et ext. <i>Liquor</i> : GE 53 mg-% mit tiefste Linkszacke in Mastix	Asthenie mit Dysplasien. Vorhof-Septumdefekt. Choreiforme Bewegungsunruhe.
2. K. M. ♂ AZ 11468 geb. 1939	1962	∅	Primär schüchtern, pedantisch, ängstlich, kontaktschwach. Seit Pubertät Onaniekomplex. Seit 15. Lj. Zwangsbefürchtung, keine Hose anzuhaben. Dadurch zunehmend unfähig zu gesellschaftl. u. berufl. Leben. Verschiedene Kontrollzwänge	Intelligent, differenziert, Sensitiv-anankastische Struktur. Kontrollzwänge, Zwangsbefürchtungen u. -unterlassungen seit 15. Lj. mit paroxysm. Dysrythmie u. Herdbefund li. temporo-basal	Asthenie mit Dysplasien u. veget. Dysregulationen, veget. linksbetont. <i>Liquor</i> u. <i>PEG</i> o. B. <i>EEG</i> : mäßige AV u. HV mit paroxysm. Dysrythmie u. Herdbefund li. temporo-basal
3. O. P. ♂ AZ 12414 geb. 1928	1965	Vater explorativ. Mutter sehr still	Primär ängstlich, unsicher, ehrgeizig. Vor Hochzeit u. berufl. Examen mit 28 J. akuter Beginn mit Herzphobie, Agora- u. Claustrophobie. Kontrollzwangen. Mehrere Psychotherapieversuche einschl. großer Analyse zwischen 1958 u. 1964 erfolglos	Sensitiv-anankastische Struktur. Phobisch-anankastische Entwicklung seit 28. Lj.	Asthenie. Hochgradig kurz-u. schwachsichtig. Reflexe linksbetont. <i>PEG</i> : leichte Erweiterung der Ventrikel, bes. des 3. V. <i>Liquor</i> : GE o. B., tiefe Linkszacke in Mastix, Gammaglob. 14 rel.-%. <i>EEG</i> : paroxysm. Dysrythmie bes. temp. u. temporo-basal bds.

Tabelle 2 (Fortsetzung)

Personen- lien	Aufn. Jahr	Familiäre Belastung	Vorgeschichte und Krankheits- entwicklung	Psychischer Befund	Körperliche Befunde
4. H. R. ♀ AZ 12676 geb. 1916	1965	∅	Seit 40. Lj. im Zusammenhang mit Konflikten Entwicklung von Wasch-, Zäh- und Kontrollzwang. Gleichzeitig Schlafstörung u. depressive Verstim- mung	Zwangsantriebe u. -handlungen mit subdepres- siver Verstimmung seit 40. Lj.	Neurot. leichter, aber ein- deutiger Halbebenbefund li. <i>EEG</i> : leichter HV u. HV mit Dysrhythmie u. Herdverdacht re.
5. R. K. ♀ AZ 12682 geb. 1931	1965	Mutter schizophren	Als Schulkind Erkrankung mit Doppelbildern u. fragl. Lähmungen. Seit 30 Lj. nach einem Ehekonflikt depressiv, schlaflos, vor allem von Angst besessen, geisteskrank wie ihre im Haushalt lebende Mutter zu werden	subdepressiv. Dabei seit 30. Lj. Zwangs- befürchtungen, geistes- krank zu werden	Asthenie. Vegetative Labilität. Neurol. leichter Halbseitenbefund li. <i>EEG</i> : leichter AV u. HV mit Dysrhythmie u. Herdverdacht re.
6. T. D. ♀ AZ 12737 geb. 1929	1965	∅	Seit 12. Lj. im Anschluß an Tod des Vaters Leichen- u. Infektionsphobie mit allmählicher Ausweitung zu schwersten ritualisierten Praktiken (Wasch- u. Reinigungszwänge)	Minderbegabung. Zwangs- handlungen, -befürchtun- gen u. -unterlassungen seit 12. Lj.	Amorphe Athletik. Vegetativität. <i>EEG</i> : mäßige AV u. HV mit paroxysm. Dys- rythmie
7. R. K. ♀ AZ 13108 geb. 1937	1966	Schwester d. Vaters Suicid	Als Kind Chorea minor. Fröhlich, aber hochsensibel u. explosiv. Seit 28. Lj. nach 1. Partus situativ ausgeklinkte Angstanfällen mit Herzphobie u. Claustrophobie	Stimmungslabile Struktur mit depr. Verstimmungen u. Phobien seit 28. Lj.	Dysplastisch-adipös, vegetative Labilität. <i>PEG</i> : Hydrocephalus int. mit bes. deutl. Erweiterung des 3. Ventri. <i>Liquor</i> : o. B. <i>EEG</i> : leichte bis mäßige AV u. HV
8. H. R. ♀ AZ 13234 geb. 1936	1967	Mutter Migräne	Seit Kindheit anankastische Züge, angstlich u. gehemmt. Seit 20. Lj. zunehmend Zwangsgrübeln, Wiederholungs- u. Kontrollzwänge	Bei ausgeprägt anankasti- scher Struktur seit 20. Lj. schwere amank. Entwicklung mit Zwangsdanken u. -handlungen	Dysplastisch, veget. Labilität. Neurol. leichter Halbseitenbefund li. <i>EEG</i> : mäßige <i>Liquor</i> o. B. <i>PEG</i> : mäßige linksbetonte Erweiterung d. Ventrikelsystems

9. E. B. ♀ 1967 AZ 13323 geb. 1923	Vater explosiv, Mutter d. Mutter Sünder nach 1. Partus Phobien wegen des Sohnes, dann Zahn- u. Kontrollzwänge bis zu massivsten Zwangseremonien grotesken Charakters	Primär schüchtern, ängstlich, pedantisch, empfindlich, erregbar. Seit 29. Lj. samt. IQ. 69. Zwangsbe- fürchtungen, -antriebe, -gedanken u. -handlungen zeremoniellen Charakters seit 29. Lj.	Haftend, explosiv, verlang Amorph-dysplast. Athletica. EEG: Mäßige AV u. HV mit Dysrhythmie, Zeichen gesteig. hirnelektr. Erreg- barkeit. u. Rechtsüberwiegen langsame Frequenzen
10. A. H. ♀ 1967 AZ 13324 geb. 1949	Schizophrenie Schon als Kleinkind einsiedlerisch, i. d. mütter- lichen, mehr- fach Epilepsie mit Wiederholungs-, Kontroll-, Zäh- leri. u. vätern. Familie	Schon als Kleinkind einsiedlerisch, eigenständig, pedantisch, klebrig. Seit 12. Lj. schwerste anank. Entwicklung -gedanken u. -handlungen zeremoniellen Charakters seit 12. Lj.	Infantil-läppisch, haftend, Amorph-dysplast. Athletica. umständlich, perseverierend, explosiv, schreckhaft. Zwangsantriebe, -gedanken u. -handlungen zeremoniellen Charakters seit 12. Lj.
11. K. Sch. ♀ 1967 AZ 13411 geb. 1927	Zweimal im Abstand von 2 J. im Rahmen einer vitaldepr. Verstimmung Grüber- und ganz ausgeprägte Kon- trollzwänge	Zweimal im Abstand von 2 J. im Rahmen einer vitaldepr. Verstimmung Grüber- und ganz ausgeprägte Kon- trollzwänge	Wenig differenziert, sehr unselfständig. Bild einer anankast. Depression mit Kontroll- u. Grübelzwän- gen im 39. u. 41. Lj.
12. R. E. ♀ 1968 AZ 13825 geb. 1937	Primär leicht erregbar u. übergrenau. Mit 31 J. in schwerer Ambivalenz- situation Entwicklung einer Agora- u. Claustrophobie	Angedeutet sensitiv-anan- kast. Struktur. Akutes veget. Auftreten von Phobien in Konfliktsituation im 31. Lj. Ligner: o. B. PEG: Sub- arachnoidal Luft, parietal grobstreichig. EEG: Dys- rythmie, Grenzbefund	Asthenie mit Dysplasien u. Rechts- veget. Labilität. Rechts- überwiegen d. Eigenreflexe.
13. A. L. ♀ 1970 AZ geb. 1939	In Grundschiule 1 mal sitzengeblieben. Mit 29 J. typ. depr. Erscheinungen, verbunden mit ganz in den Vordergrund tretenden Aggressionsphobien	Bild einer anankastischen Depression mit schweren Aggressionsphobien im 29. Lj.	Pykno-athlet. Konstitution. mäßige AV u. HV mit Dysrhythmie und deutl. Linksbetonung

diese machen ja fast 18% des Gesamtkrankengutes aus. Vermutlich werden sie oft als Aktualneurosen mit reaktiver Verstimmung gedeutet (Klages, 1967; Ernst, Kind u. Rotach-Fuchs, 1968). Die auch bei meinen Kranken auffällige, von Lauter (1962), Borgna (1965), Nava (1967) und Popella (1967) betonte Verquickung mit situativen Faktoren läßt das verständlich erscheinen. Die mindestens endogene Unterlegung ist aber angesichts des phasischen Verlaufs und des meistens klar erkennbaren vitaldepressiven Kernsyndroms (Alsen, 1961 b) kaum zweifelhaft. Von hier aus können wohl auch manche Erfolge mit Imipramin bei Aggressionsphobien (Tellenbach, 1963) verstanden werden, ist doch gerade diese Form von Zwangsimpulsen für die anankastische Depression charakteristisch.

Zu fragen wäre ferner nach der Berechtigung, die Kombinationen einer Zwangskrankheit mit einer Depression und die Depressionen bei ausgeprägt anankastischen Persönlichkeiten unter den endogenen Depressionen zu zählen (Tab. 1; II, 2a und b). Das geschah nur dann, wenn die Depression die typischen Merkmale des cyclothymdepressiven Syndroms aufwies; und es geschah dann nach dem von Weibrech (1959) im Anschluß an Jaspers (1959) vertretenen Prinzip, daß die organischen Symptomenkomplexe die endogenen, diese wiederum die neurotischen in diagnostischer und prognostischer Hinsicht relativieren. Wo also, wie hier, ein endogen-depressives Syndrom zu einem Zwangssyndrom hinzutritt, gebührt ihm bezüglich der diagnostischen Zuordnung der Vorrang.

Solche Fragen der diagnostischen Grundeinstellung, die nicht identisch ist mit der syndromgenetischen Interpretation, dürften auch mitverantwortlich dafür sein, daß in meinem Krankengut die organische Gruppe so unerwartet groß ist. Finden sich bei einer an sich typischen psychopathischen oder neurotischen Entwicklung wie z. B. bei den Fällen 1–3, 5, 6 und 8–10 der Tab. 2 eindeutige Zeichen eines alten Hirnschadens, dann wird eben das Neurotisch-Psychopathische vom Organischen relativiert. Der Fall gehört unter die Encephalopathien. Gleicher gilt für die diagnostische Wertung eines Zwangssyndroms bei Anfallsleiden und Encephalitiden. Sieht man eine anankastische Depression erstmals im Alter bei nicht zu übersehender Hirngefäßklerose auftreten (3 Fälle), ein Anfallsleiden episodisch begleiten (1 Fall) oder in Verbindung mit sicheren encephalopathischen Symptomen (z. B. Tab. 2, Fall 13), dann rücken diese Fälle aus der endogenen in die organische Gruppe. Ebenso ist es mit den beiden schizophreniformen Psychosen bei Hypertonie und Epilepsie.

Ein zweiter, wohl noch gewichtigerer Grund für den hohen Prozentsatz an organisch unterlegten phobisch-anankastischen Syndromen in

meinem Krankengut ist in Art und Ausmaß der angewandten Untersuchungsmethoden zu suchen. Es ist doch so, daß vielfach ein Kranker, der mit Phobien und Zwängen in die Klinik kommt, fast ausschließlich charakterologisch, nach neurosenpsychologischen Gesichtspunkten und vielleicht noch testpsychologisch untersucht wird. Ein Intelligenztest, der gelegentlich eine nach dem allgemeinen Eindruck nicht erwartete Minderbegabung aufdeckt, wie in 2 meiner Fälle, wird schon recht selten durchgeführt. Das Ergebnis kann aber für das Verständnis der Syndromgenese maßgeblich sein. Auch eine subtile klinisch-psychopathologische Untersuchung auf hintergründige vitaldepressive oder schizophrene Symptome, vor allem aber auf feinere psychoorganische Abwandlungen zumal im Bereich von Antrieb und Emotionalität wird erfahrungsgemäß nicht selten vernachlässigt. So waren die Fälle 1, 9 und 10 der Tab. 2 schon psychopathologisch als organisch zu erkennen. Entscheidende Hinweise auf Anlagestörungen oder frühe Schädigungen des Gehirns und speziell auch auf die Zugehörigkeit zum iktaffinen Formenkreis lassen sich ferner aus einer Analyse der somato-psychischen Konstitution gewinnen. Selbstverständlich muß diese auf die Familie ausgedehnt werden, was oft tiefere Einsichten vermittelt, als die üblichen Daten der Familienanamnese. Unter anderem waren solche Befunde bei den Fällen 3, 6, 9 und 10 der Tab. 2 diagnostisch wegweisend. Weiterhin wird manchmal angesichts der massiven psychopathologischen Phänomene, die die ganze Aufmerksamkeit auch des Untersuchers absorbieren, nicht hartnäckig genug nach evtl. weit zurückreichenden encephalopathischen Beschwerden und Funktionsstörungen gefahndet. Eine Fremdanamnese ist dabei eigentlich immer unentbehrlich. Die im Text als Fall 2 referierte Krankengeschichte ist ein besonders eindrucksvolles Beispiel für den Wert dieser Methode.

Zuletzt kann nicht ausdrücklich genug darauf hingewiesen werden, daß zur ausreichenden Untersuchung eines Zwangskranken in jedem Fall ein EEG, darüber hinaus oft die Erhebung eines Liquorstatus, ein PEG und manchmal auch eine Arteriographie gehören. So wären 2 meiner Encephalitiden ohne den Liquorbefund als phobische Aktualneurose, etliche der kryptogenen Encephalopathien (Tab. 2) ohne EEG oder PEG als Psychopathie oder Neurose verkannt worden. Bräutigam (1969) gibt den Anteil dieser pseudopsychopathischen oder pseudoneurotischen Encephalopathien unter Jugendlichen je nach diagnostischen Kriterien mit 30 bis 90% an. Huber (1964) weist auf die häufige Erweiterung des 3. Ventrikels bei schweren, chronischen anankastischen Verläufen hin. Pacella, Polatin u. Nagler (1944), Rockwell u. Simons (1947), Perris u. D'Elia (1960), Matousek u. Nesnidalova (1964) beschreiben pathologische EEG-Befunde bei anankastischen Zustandsbildern.

2. Zur Syndromgenese

Die Fähigkeit zu anankastischem Erleben ist wohl ubiquitär (Richter, 1961), in bestimmten biologischen Entwicklungsphasen aber gesteigert (Rümke, 1967). Der Persönlichkeitstyp des Selbstunsicheren (Schneider, 1950, 1966) bzw. des Sensitiven (Kretschmer, 1966) bildet indessen den charakterologischen Boden, auf dem phobisch-anankastische Entwicklungen vorzüglich gedeihen (dazu auch Petrilowitsch, 1955, 1956a, 1956b, 1964, 1966; Taschev, 1970). Daß Phobien und Zwänge jedoch keineswegs an diese Charakterstruktur gebunden sind, hat u. a. Skoog (1959, 1964) gezeigt. Das stimmt gut zu den eigenen Befunden, die nicht selten ein Vorherrschen von Haltschwäche und Geltungssucht erkennen lassen. Dann besteht erhöhte Gefahr eines Abgleitens in einen Alkohol- oder Medikamentenabusus, der vorübergehende Befreiung von Angst und Zwang verheißt. Ein Abusus kann aber umgekehrt auch der Manifestation von Phobien und Anankasmen vorausgehen und den Boden bereiten. In jedem Falle droht die Entwicklung eines verhängnisvollen Circulus vitiosus. Auf diese Kombination wird wohl gemeinhin zu wenig geachtet.

Das gilt auch für die Verbindung eines phobisch-anankastischen Syndroms mit einer Debilität. Bei meiner Patientin (Fall 1 im Text) führte die Angst vor dem Versagen angesichts von Aufgaben, denen sie nach dem Tod der Schwiegermutter allein gegenüberstand und infolge ihres Schwachsinsns tatsächlich nicht gewachsen war, ganz offensichtlich zur Entwicklung von Phobien, in und hinter denen sie nun einen Schutz vor allen nicht zu bewältigenden Anforderungen fand. In solchen Fällen bedarf es nicht jener tiefshürfenden anthropologischen Deutung (Von Gebtsattel, 1938; Straus, 1938) und psychodynamischen Interpretationen (Petrilowitsch, 1964; Quint, 1964; Biswanger, 1966; Göppert, 1966; Brast, 1967), deren Berechtigung bei den differenzierten Kranken mit phobisch-anankastischen Entwicklungen oder Reaktionen nach den eigenen Beobachtungen nur zu bestätigen ist.

Ob die echte Zwangskrankheit als psychopathische oder als neurotische Entwicklung zureichend definiert ist, oder ob sie nicht mit Kluge (1965) als dem Urgestein der Endogenität zugehörig zu gelten hat, bleibe unentschieden. Jedenfalls dürfte sie dem Endon (Tellenbach, 1960) besonders nahestehen. Damit ist die Frage nach der Beziehung zu den endogenen Psychosen aufgeworfen. Stengel (1960) hat sich mit ihr eingehend auseinandergesetzt. Nach Rüdin (1953) ist eine enge Zugehörigkeit zur Schizophrenie und Cyclothymie abzulehnen, wenngleich beide Psychosen in der Verwandtschaft von Zwangskranken etwas vermehrt vorkommen. Dem entsprechen auch meine Befunde. Nur selten treten phobisch-anankastische Erscheinungen bei Schizophrenien stärker in den Vordergrund, nur selten entwickelt sich eine Schizophrenie aus einem

phobisch-anankastischen Vorstadium. Daß hier die wahrscheinlich polygen vererbte Zwangsveranlagung durch den beginnenden schizophrenen Prozess aktiviert wurde, läßt sich mit Rüdin (1967) vermuten. Eine Mitwirkung endogener Faktoren ist auch in den beiden Fällen von organischer Pseudoschizophrenie bei Epilepsie und Hypertonie zu diskutieren, im zweiten Falle sogar familienanamnestisch naheliegend derart, daß hier eine echte Kombination zweier Erbzüge angenommen werden kann.

Auch die Anlage zu cyclothymer Depression kann sich, wie in dem Fall von Kluge (1965) und in 5 eigenen Fällen, mit einer aus anderer genetischer Wurzel stammenden Zwangskrankheit kombinieren. Klinisch davon nur unscharf zu trennen und vermutlich auch in genetischer Hinsicht ähnlich oder gleich gelagert sind jene Fälle, in denen eine anankastische Persönlichkeit in einer hinzukommenden depressiven Phase massive phobisch-anankastische Symptome produziert, die mit der Phase wieder in subklinisches Niveau absinken. Über ähnliche Fälle hat Gittleson (1966) berichtet. Am komplexesten und auch von Fall zu Fall verschiedenen akzentuiert scheint die Syndromgenese der im engeren Sinne anankastischen Depressionen zu sein. Die genaue Betrachtung der eigenen Fälle bestätigt die Angaben von Stengel (1960), Lauter (1962), Borgna (1965) und Nava (1967), daß hier endogene, situative und strukturelle Faktoren ineinander greifen. Diese Psychosen rücken damit in die Nähe der endoreaktiven Dysthymien von Weitbrecht (1952). Schwierig kann im Einzelfall die Abgrenzung von rein reaktiven Depressionen im Verlauf phobisch-anankastischer Entwicklungen oder mit phobisch-anankastischer Ausgestaltung sein.

Noch vielschichtiger werden die syndromgenetischen Überlegungen beim Nachweis einer cerebralen Funktionsstörung oder Läsion. Ein Hirnschaden kann natürlich mit einem Zwangssyndrom rein zufällig, ohne innere Beziehungen zusammentreffen. Das ist besonders bei selteneren Beobachtungen wie unserem Fall einer depressiv-anankastischen Entwicklung bei Fettleber zu erwägen. Hier ist von exakten korrelationsstatistischen Untersuchungen Klärung zu erhoffen.

Die Problematik der Genese depressiver und schizophreniformer Psychosen mit belangvollem körperlichen Befund ist in früheren Arbeiten (Alsen, 1967, 1969 a, 1969 c) erörtert worden, so daß sich eine Wiederholung angesichts des Sonderfalles anankastischer Schizophrenien und Depressionen erübrigkt. Man muß wohl in manchen Fällen mit der Mobilisierung endogener Bereitschaften durch das organische Geschehen, oft unter wesentlicher Mitwirkung situativer Dekompensationsfaktoren rechnen; diese im Verein mit charakterogenen Faktoren machen dabei dann die Aktivierung oder Akzentuierung anankastischer Phänomene verständlich. Denkbar ist aber in Einzelfällen auch einmal die unmittel-

bare Provokation einer dann echt symptomatischen Schizophrenie und Depression durch den Hirnprozeß. Hier dürfte hirnlokalisatorisch Fakultatives im Spiele sein.

Dieser letztere Gesichtspunkt ist auch hinsichtlich der Genese der organischen Anankasmen seit den Erfahrungen mit der Encephalitis epidemica immer wieder erwogen worden. So weisen in jüngerer Zeit Kulenkampff (1964) auf das limbische System und den Schläfenlappen, Lenz (1965) auf das aufsteigende pontomesencephale Reticularsystem, Greger u. Popella (1967) allgemein auf das Stammhirn hin. Angesichts der bekannten engen Beziehungen zwischen Leberschäden und Stammhirnläsionen wäre bei unserer Fettleberkranken auch dieser syndromogenetische Weg in Erwägung zu ziehen. Ähnliches gilt für die Kranken mit latenter oder manifester Epilepsie, für die Hirnarteriosklerosen und natürlich für die 3 Encephalitisfälle.

Im allgemeinen bedeutet aber die Unterstellung eines so einschichtigen Kausalkexus wohl sicher eine unerlaubte Vereinfachung. Zumal bei den phobisch-anankastischen Reaktionen und Entwicklungen bei kryptogener Encephalopathie weist eine subtile klinische Analyse auf ein unlösliches Zusammenwirken organischer, struktureller und situativer Faktoren hin. Die durch den Hirnschaden gestörte Persönlichkeitsentwicklung kann unmittelbar und gleichsam schicksalhaft-unausweichlich die Richtung zum Anankastischen hin nehmen, sie kann aber auch auf dem Wege über eine verminderte Toleranz gegenüber Frustrationen und Konflikten, negativen Milieueinwirkungen und Triebproblemen erst zum manifesten Zwang führen. Den ausnahmslos in diesem Sinne mehrdimensionalen Konzeptionen von Silverman (1949), Schachter (1949, 1963), Göllnitz (1964), Niedermeyer (1963); Huber (1964), Lempp (1964) und Bräutigam (1969) kann nach den eigenen Beobachtungen nur zugestimmt werden.

Alles spricht schon bei den phobisch-anankastischen Entwicklungen rein psychopathisch-neurotischer Natur, noch mehr bei deren Verflechtung mit endogenen Psychosen, vollends aber beim Hinzutritt cerebraler Alterationen für eine multifaktorielle Genese. Das Einfache ist auch hier die Ausnahme, die Vielschichtigkeit die Regel.

Literatur

- Allert, M. L., Meyer, J. E.: Anankastisches Syndrom als Encephalitis-Folge. Nervenarzt 29, 116 (1958).
- Alsen, V.: Endoforme Psychosyndrome bei zerebralen Durchblutungsstörungen. Arch. Psychiat. Nervenkr. 200, 585 (1960).
- Depressive Bilder in der zweiten Lebenshälfte. Arch. Psychiat. Nervenkr. 201, 483 (1961).
 - Das Kernsyndrom der endogenen Depression. Nervenarzt 32, 470 (1961b).

- Alsen, V.: Eine chronische paranoid-halluzinatorische Psychose bei hirntraumatischem Anfallsleiden. *Acta psychiatr. scand.* **43**, 52 (1967).
- Schizophreniforme Psychosen mit belangvollem körperlichen Befund. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **37**, 448 (1969 a).
 - Diagnostische Probleme im Grenzland hirnorganischer Anfallsleiden. *Med. Klin.* **64**, 1460 (1969 b).
 - Symptomatische Depressionen. In: *Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung*. Hrsg. von W. Schulte u. W. Mende. Stuttgart: G. Thieme 1969 c.
- Alzheimer, O.: Ungewöhnliche phobische Zustände bei einem Jugendlichen im Anschluß an eine Encephalitis epidemica. *Z. Kinderpsychiat.* **20**, 166 (1953).
- Binswanger, H.: Psychotherapeutische und graphologische Aspekte zur Genese und Struktur der Zwangsnurosen. *Z. psycho-som. Med.* **12**, 178 (1966).
- Bleuler, E.: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: *Handb. d. Psychiatrie*. Hrsg. von G. Aschaffenburg. Leipzig: Deuticke 1911.
- Bodechtel, G.: Zur Pathogenese und Differentialdiagnose der Enzephalopathien aus der Sicht des Internisten. *Regensburg. Jb. ärztl. Fortbild.* **13**, 117 (1965).
- Bonhoeffer, K.: Über die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zum manisch-depressiven Irresein. *Mschr. Psychiat. Neurol.* **33**, 354 (1913).
- Boor, W. de: Die Lehre vom Zwang. Sammelbericht über die Jahre 1918 bis 1947. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **17**, 49 (1949).
- Borgna, E.: La configurazione clinica e psicopatologica della depressione anancastica. *Psichiatria (Padova)* **3**, 13 (1965).
- Brast, R.: Beitrag zur Zwangsnurose in Kindesalter und Pubertät. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.* **99**, 313 (1967).
- Bräutigam, W.: Reaktionen, Neurosen, Psychopathien. Ein Grundriß der kleinen Psychiatrie, 2. Aufl. Stuttgart: G. Thieme 1969.
- Brühl, W.: Leber- und Gallenwegserkrankungen. Stuttgart: G. Thieme 1965.
- Bumke, O.: Was sind Zwangsvorgänge? Halle 1906.
- Burgmann, W.: Zerebrale Störungen und Wesensänderungen bei Leberkranken. *Med. Welt* **17**, 915 (1965).
- Conrad, K.: Die symptomatischen Psychosen. In: *Psychiatrie der Gegenwart*, Band 2. Hrsg. von H. W. Gruhle, R. Jung, W. Mayer-Gross u. M. Müller. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1960.
- Eggers, C.: Zwangszustände und Schizophrenie. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **36**, 576 (1968).
- Ernst, K.: Die Prognose der Neurosen. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1959.
- Kind, H., Rotach-Fuchs, M.: Ergebnisse der Verlaufsforschung bei Neurosen. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1968.
- Ewald, G.: Psychosen bei akuten Infektionen, bei Allgemeinleiden und bei Erkrankung innerer Organe. In: *Handbuch der Geisteskrankheiten*. Hrsg. von O. Bumke. Berlin: Springer 1928.
- Fleck, U.: Symptomatische Psychosen (1941—1957). *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **28**, 1 (1960).
- Gebssattel, V. E. von: Die Welt des Zwangskranken. *Mschr. Psychiat. Neurol.* **99**, 10 (1938).
- Gittleson, N. L.: The fate of obsessions in depressive psychosis. *Brit. J. Psychiat.* **112**, 705 (1966).
- Göllnitz, G.: Die Bedeutung der frühkindlichen Hirnschädigung für die Kinderpsychiatrie. Leipzig: G. Thieme 1954.
- Göppert, H.: Phänomenologie und Prognose der Zwangskrankheit. *Z. psycho-som. Med.* **12**, 111 (1966).

- Greger, J., Popella, E.: Zwangssyndrome bei Cerebralsklerose. *Nervenarzt* **38**, 126 (1967).
- Heilbronner, K.: Zwangsvorstellung und Psychose. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **9**, 301 (1912).
- Huber, G.: Neuroradiologie und Psychiatrie. In: *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. I. Berlin: Springer 1964.
- Ingram, J. M.: Obsessional illness in mental hospital patients. *J. ment. Sci.* **107**, 448 (1961).
- Jahrreiss, W.: Über Zwangsvorstellungen im Verlauf der Schizophrenie. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **77**, 740 (1926).
- Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie, 7. Aufl. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1959.
- Klages, W.: Neurose und Zwang. *Internist. Praxis* **7**, 131 (1967).
- Kluge, E.: Zwangskrankheit und Cyclothymie. *Nervenarzt* **36**, 11 (1965).
- Knauf, H.: Die Elektroenzephalographie in der Diagnostik verhaltengestörter Kinder und Jugendlicher. *Nervenarzt* **31**, 279 (1960).
- Kretschmer, E.: Der sensitive Beziehungswahn, 4. Aufl. Berlin: Springer 1966.
- Kringlen, E.: Obsessional neurotics. *Brit. J. Psychiat.* **111**, 709 (1965).
- Kulenkampff, C.: Angstfall und Temporallappen. *Nervenarzt* **35**, 161 (1964).
- Langen, D.: Die Unterscheidung der Zwangssyndrome in ihrer Bedeutung für die Psychotherapie. *Z. Psychother. med. Psychol.* **14**, 250 (1964).
- Lauter, H.: Die anankastische Depression. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **203**, 433 (1962).
- Lempp, R.: Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. Bern: Huber 1964.
- Lenz, H.: Unwirklichkeit und Zwang, eine Störung des Ichbewußtseins. *Nervenarzt* **36**, 343 (1965).
- Matousek, M., Nesnidalová, R.: Obsession in children as a manifestation of cerebral immaturity. *Cs. Psychiat.* **60**, 164 (1964).
- Mauz, F.: Die Veranlagung zu Krampfanfällen. Leipzig: G. Thieme 1937.
- Mayer-Gross, W., Steiner, G.: Encephalitis lethargica in der Selbstbeobachtung. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **72/73**, 283 (1921).
- Müller, C.: Der Übergang von Zwangsnurose in Schizophrenie im Lichte der Katamnese. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. **72**, 226 (1953).
- Nava, V.: Ossessioni e depressioni; contributo allo studio delle ossessioni sintomatiche. Rass. Studi Psychiat. **56**, 142 (1967).
- Niedermeyer, E.: Das EEG bei Psychopathen. *Nervenarzt* **34**, 168 (1963).
- Nylander, I.: Psychiatric aspects of the prognosis of encephalitis in children. Nord. Med. **54**, 1317 (1955).
- Pacella, B. L., Polatin, P., Nagler, S. H.: Clinical and EEG studies in obsessive compulsive states. Amer. J. Psychiat. **100**, 830 (1944).
- Perris, C., D'Elia, G.: Manifestazioni ossessivo-ansiose con reperti electroencefalografici di tipo epilettico. Rass. Neuropsychiat. **14**, 267 (1960).
- Petrilowitsch, N.: Über die charakterologischen Voraussetzungen der Phobien. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. **76**, 223 (1955).
- Zur Charakterologie der Zwangsnurotiker. Halle: Marhold 1956a.
- Testpsychologische Untersuchungen zur Persönlichkeitsstruktur der Zwangsnurotiker. Z. Psychother. med. Psychol. **6**, 267 (1956b).
- Zur Anatomie des Zwanges. Psychiat. et Neurol. (Basel) **148**, 195 (1964).
- Psychopathie und Neurose. Psychiat. et Neurol. (Basel) **152**, 17 (1966).
- Baer, R.: Psychopathie 1945—1966, Teil I u. II. Fortschr. Neurol. Psychiat. **35**, 557, 617 (1967).

- Popella, E.: Zur Frage der somato-reaktiven Auslösung episodischer Zwangssyndrome. Arch. Psychiat. Nervenkr. **209**, 174 (1967).
- Quint, H.: Psychoanalytische Therapie einer Zwangsnervose in einem Krankenhaus. Nervenarzt **35**, 429 (1964).
- Richter, K.: Über einen Fall von gleichzeitigem Vorkommen von Epilepsie und Zwangssymptomen. Nervenarzt **32**, 279 (1961).
- Rockwell, F. V., Simons, C. J.: The electroencephalogram and personality organisation in the obsessive-compulsive reaction. Arch. Neurol. Psychiat. (Chic.) **57**, 71 (1947).
- Rüdin, E.: Ein Beitrag zur Frage der Zwangskrankheit, insbesondere ihrer hereditären Beziehungen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **191**, 14 (1953).
- Endogene Psychosen. In: Humangenetik. Ein kurzes Handbuch in fünf Bänden, Bd. V/2. Stuttgart: G. Thieme 1967.
- Rümke, H. C.: Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien. Nervenarzt **29**, 49 (1958).
- Über die Klinik und Psychopathologie der Zwangsscheinungen. In: Eine blühende Psychiatrie in Gefahr. Ausgewählte Vorträge und Aufsätze. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1967.
- Schachter, M.: zit. nach Petrilowitsch u. Baer (1967).
- Schneider, K.: Zwangszustände und Schizophrenie. Arch. Psychiat. Nervenkr. **74**, 93 (1925).
- Die psychopathischen Persönlichkeiten, 9. Aufl. Wien: Deuticke 1950.
- Klinische Psychopathologie, 7. Aufl. Stuttgart: G. Thieme 1966.
- Silverman, D.: Implications of the electroencephalographic abnormalities in the psychopathic personality. Arch. Neurol. (Chic.) **62**, 870 (1949).
- Skoog, G.: The anancastic syndrome and its relation to personality attitudes. A clinical study. Göteborg: Munksgard 1959.
- The anancastic individual in psychological research. In: Psychologie und Psychiatrie. Basel: Karger 1964.
- Stengel, E.: Neurosenprobleme vom anglo-amerikanischen Gesichtspunkt. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1960.
- Stöcker, W.: Über Genese und klinische Stellung der Zwangsvorstellungen. Z. ges. Neurol. Psychiat. **23**, 121 (1914).
- Straus, E.: Ein Beitrag zur Pathologie der Zwangsscheinungen. Mschr. Psychiat. **98**, 61 (1938).
- Taschev, T.: Zur Klinik der Zwangszustände. Fortschr. Neurol. Psychiat. **38**, 89 (1970).
- Tellenbach, H.: Melancholie. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1960.
- Über die Behandlung phobischer und anankastischer Zustände mit Imipramin. Nervenarzt **34**, 133 (1963).
- Weitbrecht, H. J.: Zur Typologie depressiver Psychosen. Fortschr. Neurol. Psychiat. **20**, 247 (1952).
- Das Syndrom in der psychiatrischen Diagnose. Fortschr. Neurol. Psychiat. **27**, 1 (1959).
- Psychiatrie im Grundriß, 2. Aufl. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1968.
- Zillig, G.: Neurologische und psychische Störungen bei Lebererkrankungen. Nervenarzt **18**, 297 (1947).
- Neurologische und psychopathologische Befunde bei Lebererkrankungen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **181**, 21 (1948).

Prof. Dr. V. Alsen
D-4813 Bethel bei Bielefeld
Bethesdaweg 3