

## Psychogene Polydipsie\*

### Klinische und experimentelle Befunde

D. BERNING, J.-E. MEYER und V. PUDEL

Psychiatrische Klinik der Universität Göttingen (Direktor: Prof. Dr. J.-E. Meyer)

Eingegangen am 26. Januar 1972

#### Psychogenic Polydipsia: Clinical and Experimental Findings

*Summary.* 2 cases of compulsive drinking are described. Both showed a marked hysterical neurosis with typical conflict situations, which determined manifestation and course of the polydipsia. Apart from the abnormal thirst, from which the patients suffered most, there were numerous other psychosomatic complaints. Experimentally it was possible to reproduce the pathological drinking behavior, the main symptom through acute stress.

*Key words:* Compulsive Drinking of Non-alcoholic Fluids — Diabetes Insipidus — Hyperphagic Reaction to Stress — Oral Substitute Gratification.

*Zusammenfassung.* Es wird über 2 Fälle von „Trunksucht“ berichtet. Beide zeigten eine ausgeprägte Neurose mit typischen Konfliktsituationen, die für Manifestation und Verlauf der Polydipsie maßgeblich waren. Neben dem abnormen Durst, unter dem die Patientinnen am meisten litten, bestanden zahlreiche andere psychosomatische Beschwerden. Experimentell gelang es, das pathologische Trinkverhalten als Hauptsymptom unter aktuellem Streß zu reproduzieren.

*Schlüsselwörter:* Trunksucht — Diabetes insipidus — hyperphage Reaktion auf Streß — orale Ersatzbefriedigung.

Neben dem Diabetes insipidus, welcher durch direkte oder indirekte Schädigung der Neurohypophyse, d.h. durch Mangel an Adiuretin, evtl. auch durch eine Störung der Osmorezeptoren hervorgerufen werden kann [3], hat die psychogene oder „nervöse“ Polydipsie wenig Beachtung gefunden. Man hat sich meist mit der pauschalen Feststellung ihres Vorkommens begnügt; eingehende kasuistische Darstellungen fehlen aus neuerer Zeit fast ganz, die Angaben über den spontanen Verlauf sind uneinheitlich [2,7]. Auf die unter Umständen schwierige Differentialdiagnose und das Vorkommen von Mischtypen zwischen Diabetes insipidus und psychogener Polydipsie ist wiederholt verwiesen worden [2,5]. Bei Fällen von Diabetes insipidus läßt sich, wie bei anderen endokrinen Störungen, der Einfluß psychischer Faktoren oft deutlich erkennen. Besonders eindrucksvoll sind die beiden von Angst referierten Tumor-

---

\* Mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (SFB 33).

fälle von Cushing und von Putnam mit post mortem nachgewiesenen Hypothalamus- bzw. Mittelhirntumoren, bei denen sich unter psychotherapeutischer Behandlung die Polydipsie weitgehend zurückbildete. Das diagnostische Problem wird auch dadurch kompliziert, daß über Jahre anhaltende psychogene Polydipsie zu einem Diabetes-insipidus-ähnlichen Zustand führen kann [4]. Auch an die Änderung des Durstverhaltens beim Kleine-Levin-Syndrom ist zu denken, solche Fälle sind gelegentlich als psychogene Polydipsie beschrieben worden.

Die Seltenheit kasuistischer Mitteilungen oder zusammenfassender Berichte über psychogene Polydipsie und vor allem die Möglichkeit einer experimentellen Symptomreproduktion bei 2 von uns klinisch beobachteten Patienten scheint uns ihre Publikation zu rechtfertigen. Es geht dabei vor allem um folgende Gesichtspunkte:

1. Persönlichkeitsstruktur der Patienten und ihre biographische Entwicklung;
2. Symptom-auslösende Umweltbedingungen;
3. die experimentelle Reproduzierbarkeit des Symptoms.

### Kasuistik

*Fall 1.* Die jetzt 45jährige Frau N. S. (K.G. 018599) kommt wegen eines seit 13 Jahren, in verstärktem Maße seit 4 Jahren bestehenden gesteigerten Durstgefühls in klinische Behandlung. Vor 4 Jahren wurde im Allgemeinen Krankenhaus St. Georg, Hamburg, das Vorliegen eines Diabetes insipidus oder mellitus ausgeschlossen.

Neben dem als Symptom eindeutig dominierenden abnormen Durst bestehen noch zahlreiche andere Beschwerden: Herzjagen, Zittern, Schwächegefühl, brennende Schmerzen im ganzen Körper, Lichtscheu, Brechreiz und Erbrechen. Diese Beschwerden, vor allem Schwächegefühl und Lichtscheu, sind zeitlich z.T. an jeweils morgendliche Durstanfälle gebunden. Weiter wird über Angstzustände und gelegentliche suizidale Gedanken geklagt.

*Befund.* Neurologisch, im EEG und auf Röntgenaufnahmen des Schädels nichts Auffallendes. Es bestand ein deutlicher Leidensdruck, der sich in einem starken Aussprachebedürfnis und in einer z.T. auch vorwurfsvollen Klagsamkeit äußerte, ferner eine vermehrte Suggestibilität. In einzelnen T.A.T.-Bilddeutungen dominiert das Motiv des heimlichen Übergriffs: Der Junge in Bild 1 hat die Geige möglicherweise gestohlen, die junge Frau in Bild 6 GF wird als ertappte Sünderin bezeichnet: „Ich möchte nicht in ihrer Situation sein.“ Für die psychologische Situation der Lebensmitte, des Abschieds vom Jung-sein und des als Bedrohung erlebten Alterns ist der Kommentar zu Bild 12 F bezeichnend, welches eine junge und eine dahinter hervorblickende alte Frau darstellt. Die junge Frau kann von Patientin nicht als Frau oder Mann identifiziert werden. Von der alten Frau sagt sie: „Sie führt etwas Böses im Schilde. Ich hätte furchtbare Angst, wenn die alte Frau nachts an meinem Bett stände und mich vergiften würde.“

*Zur biographischen Anamnese.* Patientin stammt als einziges, (als Junge) erwünschtes Kind aus einer Kaufmannsfamilie, in der über psychische Erkrankungen oder Auffälligkeiten nichts bekannt ist. Sie wurde nicht gestillt, wuchs als Einzelkind auf und litt unter den ehelichen Spannungen der Eltern, vor allem unter der tyrannischen Wesensart des Vaters, deren Auswirkungen für sie und ihren Mann jetzt immer noch erheblich sind. Kinderneurotische Symptome werden verneint, jedoch war sie als Kind Einzelgänger, im Jugendalter schwärmerisch mit romantischen Neigungen, die auch jetzt noch — als in ihrem Alltag unerfüllbare Wünsche — lebendig sind. Nach dem Abitur heiratete sie mit 20 Jahren. Die Ehe, in der sie frigide und amenorrhöisch gewesen sein soll, wurde hauptsächlich wegen Kinderlosigkeit nach 4 Jahren geschieden. Vor der 2. Ehe lernte sie ihre „große Liebe“ kennen, es kam zur Gravidität, der Mann wandte sich von ihr ab, was als lange nicht zu überwindende Kränkung erlebt wurde. Damals kam es nicht zu einer Polydipsie. Mit 28 Jahren 2. Ehe, aus der 2 Mädchen hervorgegangen sind. Der unehelich geborene, inzwischen adoptierte 19jährige Sohn hat die Schule abgebrochen, keine Ausbildung begonnen und arbeitet nicht. Er war wegen Drogenabhängigkeit in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Die 13jährige Tochter ist wegen einer seit  $1\frac{1}{2}$  Jahr bestehenden Pubertätsmagersucht in einer psychiatrischen Klinik.

Die Ehe der Patientin leidet neben den Erziehungsschwierigkeiten mit ihrem Sohn in erster Linie unter der beruflichen Überbeanspruchung des Mannes und seinen Spannungen mit ihrem Vater, dessen Betrieb er vor 4 Jahren übernommen hat. Hinzu kommt die als cholerisch bezeichnete Wesensart des Mannes: „Wenn ich nur einen Mann hätte, der ausgeglichener wäre, wäre es nicht so weit mit mir gekommen.“ Auch sexuell soll die Ehe oft lange Zeit wenig befriedigend gewesen sein, obwohl Frigidität angeblich nicht mehr oder nur zeitweise besteht. In den letzten Jahren hat die Patientin, für die Zärtlichkeiten wesentlich wichtiger sind als die sexuellen Beziehungen selbst, vor allem vermißt, daß der Ehemann wenig Zeit für sie hat und, wie es ihr vorkommt, mit anderen eher über seine persönlichen Probleme spricht als mit ihr. Patientin leidet ferner darunter, daß der Ehemann „mehr und mehr dem Alkohol zuspricht“. Ein Gespräch mit dem Ehemann bestätigte die konfliktreiche Abhängigkeit von den Eltern der Patientin. Er meint, die Beschwerden seiner Frau und ihre Empfindlichkeit gegenüber Aufregungen, in die sie sich (auch nach Bagatellen) bis zum Weinkrampf „willkürlich steigere“, seien vor allem auf den schwierigen, alle terrorisierenden Vater zurückzuführen.

*Zur speziellen Symptomatik.* Der Durst tritt immer am Morgen auf. „Niemals kann ich mehr sagen: Wie fröhlich bin ich aufgewacht.“ Sie erwacht vielmehr meist mit einem solchen Durstgefühl, wie wenn sie

Tage lang „durch eine Wüste gewandert“ sei. Sie trinkt jetzt morgens vorwiegend große Mengen schwarzen Tee (früher Obstsäfte) und bleibt wegen Durst und Schwäche manchmal den ganzen Vormittag im Bett liegen. Mit jedem Schluck fühlt sie sich kräftiger, nachdem sie auch nach langem Schlaf wie zerschlagen erwacht ist. Alkohol verträgt sie nicht gut; er verstärkt schon in geringen Mengen den Durst am anderen Morgen. Es ist ihr aufgefallen, so berichtet sie spontan, daß der Durst zunimmt, wenn sie Sorgen hat.

Sie sei jetzt in gesteigertem Maße liebesbedürftig, empfinde intensiver und spüre, daß die Jahre dahingehen und man als Frau nicht mehr lange begehrenswert sein werde: „Man kann es eine Lebensgier nennen. Das sieht mein Mann nicht, er scheint mehr zu altern. Ich bin so in der Abendsonne.“

Seit dem klinischen Aufenthalt Anfang 1971 ist der Durst deutlich zurückgegangen; statt dessen hat sich, wie Patientin berichtet, eine „unheimliche Freßsucht“ eingestellt. Auch für das Essen, das früher „normal“ und auch in Streßsituationen nicht gesteigert war, hat Patientin eine situative Abhängigkeit beobachtet. Sie ißt dann „ganz wahllos, was mir begegnet, so eine Naschsucht“.

*Fall 2.* Es handelt sich um eine 40jährige Frau R. P. (K.G. 018757), bei der in erheblichem Maße seit 4 Jahren ein abnormer Durst besteht, wobei sie zeitweise, z.B. während eines internistischen Klinikaufenthaltes, bis zu 7 l getrunken hat, gegenwärtig aber mit 3½ l „auskommt“. Durch eingehende stationäre Untersuchung in der hiesigen Medizinischen Klinik (Prof. Scheler) sind Diabetes insipidus und mellitus ausgeschlossen.

Neben dem abnormen Durst bestehen folgende Beschwerden: Kolikartige Nierenschmerzen, wechselnde Schwellungen am Körper, die nach ihren Angaben zunehmen, wenn sie weniger trinkt, Herzbeschwerden, Schmerzen in den Augen, ein taubes Gefühl in der rechten Kopfseite und Schlafstörungen. Neurologisch keine krankhaften Veränderungen, außer einem L4/L5-Syndrom bei entsprechenden Veränderungen an der LWS. — Psychisch während der klinischen Beobachtung lebhaft, fröhlich und gesprächig.

*Zur biographischen Anamnese.* Patientin stammt aus kleinbürgerlichen Verhältnissen. Über psychische Auffälligkeiten in der Familie ist nichts bekannt. Die Ehe der Eltern wurde geschieden, als Patientin 4 Jahre alt war. Die Mutter heiratete 1 Jahr später wieder. Patientin wurde wie ihre Halbgeschwister lange, ein Dreivierteljahr, gestillt. Kinderneurotische Symptome: Daumenlutschen bis zum 10. Lebensjahr, Bettnässen persistierte bis zum 18. Lebensjahr. Sie war nach ihren Angaben ein sehr liebes, hübsches, phantasievolles Kind. Das Leben in der Familie wurde durch die Vertreibung aus Schlesien massiv gestört; man fand sich nach der Flucht nur allmählich wieder zusammen. Anscheinend gutes Verhältnis zum Stiefvater. Die Mutter konnte sich mit dem Verlust des gewohnten Lebens nicht abfinden und war im Gegensatz zu früher recht verständnislos gegenüber den Problemen und Wünschen ihrer Tochter.

Patientin ist wegen dieser Schwierigkeiten mit 18 Jahren von zu Hause fortgelaufen. Kurz danach heiratet sie ohne Wissen der Mutter mit Erlaubnis ihres leiblichen Vaters. Diese Ehe ist mit vielen Konflikten belastet. Patientin ist durch das begrenzte berufliche Fortkommen, aber auch durch die geringen geistigen Interessen ihres Mannes enttäuscht; man könne sich mit ihm nicht recht unterhalten. Sie diskutiert sehr gern: „Das macht mich zufrieden, mit allen kann ich das, nur nicht mit meinem Mann, Sprechen erleichtert.“ Auf die Frage nach Wunschträumen berichtet Patientin über typische Metamorphopsien: „Ich kann mir aus allem optisch was vorstellen.“ Den Ehemann wie auch den leiblichen Vater bezeichnet die Patientin als „Trinker“.

Zur Sexualität: Eine Vergewaltigung während der russischen Besetzung blieb scheinbar ohne seelische Nachwirkungen: „Ich konnte so abschalten, daß ich es einfach nicht registrierte.“ Im Kontakt mit dem Ehemann fast stets frigide, dabei auch viel Schmerzen, legt ihrerseits vor allem auf Zärtlichkeiten Wert.

*Zur speziellen Symptomatik.* „Es ist kein normaler Durst, ich bin wie ausgetrocknet; es muß kalt sein, dann stürze ich es in einem Zug herunter, dann ist wieder alles in Ordnung, 2—3 Gläser hintereinander, das beruhigt mich.“ Zeitweise hat die Patientin z.T. auch mit Bier ihren Durst gelöscht, jetzt trinkt sie nur Mineralwasser und meidet wegen des Durstes süße und salzige Speisen.

Anamnestisch ist bemerkenswert, daß sie im Alter von 13 Jahren während des Krieges bei einem Tieffliegerangriff Wasser holen ging und sich dann mit zerschossenem Eimer in einem anderen Keller wiederfand. Deutlich ist ein Zusammenhang zwischen Lebenssituation und Durst für die starke Verschlechterung 1970 bei der Geburt der 2. Tochter zu erkennen. Der Ehemann wollte das Kind nicht, sie fühlte sich ganz verlassen, hat nur noch geweint. Auch bemerkte sie, wie sie berichtet, keine Kindsbewegungen, nahm während der Gravidität nicht an Gewicht zu, die Ärzte hatten Schwierigkeiten, die Herztöne des Kindes zu vernehmen.

„Nach der Entbindung hätte ich ein bißchen Unterstützung und Hilfe gebraucht, wenn man soviel Flüssigkeit verloren hat.“ Es soll sich um eine schwere Entbindung mit erheblichem Blutverlust gehandelt haben. Danach hat sie sehr stark, „wahnsinnig“ getrunken, einmal auch aus einer Wärmflasche. Vermehrter Durst, so berichtet Patientin auf Fragen, wenn sie nervös ist, wenn sie sich nicht aussprechen kann, sondern „alles in sich hineinfressen“ muß, wenn sie Zärtlichkeit vermißt und das Gefühl vorherrscht: „Du stehst ja doch allein“. Der Appetit nimmt bei Aufregungen ab.

### Experimentelle Befunde

Es sollte unter standardisierten Bedingungen geprüft werden, ob aktueller, während des Trinkens eingeführter Streß eine gesteigerte Flüs-

sigkeitsaufnahme hervorruft. Wir benutzten dazu den „Food-dispenser“, eine Methode, die sich in Untersuchungen zum Appetitverhalten bei Normal- und Übergewichtigen bewährt hat [10]. Die Probanden saugen so viel flüssige Nahrung aus einem Trinkröhrchen, bis sie meinen, ausreichend satt zu sein. Dabei können sie die aufgenommene Menge optisch nicht kontrollieren. Sinn dieser Untersuchungen ist es, das spontane Appetitverhalten weitgehend frei von sozio-kulturellen Faktoren zu untersuchen.

Subjektiv werden Durst und Appetit zwar als unterschiedliche Erlebnisqualitäten gedeutet; die Reduzierung von Durst und Hunger können mittels des Food-dispenser jedoch in gleicher Weise in einem kumulativen Zeit-Volumen-Diagramm erfaßt werden. Experimente zeigen, daß es bei Übergewichtigen erst nach längerer Zeit — im Gegensatz zu Normalgewichtigen — durch die calorische Konzentration der Flüssigkeit zur Sättigung kommt. Da man den Caloriengehalt der Flüssigkeit in weiten Grenzen variieren kann, eignet sich diese Versuchsanordnung auch zur Untersuchung von Patienten mit psychogener Polydipsie.

Aus äußeren Gründen konnten beide Patientinnen kein 12tägiges Untersuchungsprogramm durchlaufen. Auf eine statistische Analyse mußte daher verzichtet werden. Die Ergebnisse werden für jeden Einzelfall getrennt dargestellt.

*Fall 1.* Pat. nahm 4 Tage am Versuch teil. Kurz nach dem Aufwachen trank sie am Food-dispenser schwarzen Tee mit Citrone so viel und so lange, bis ihr Durst gelöscht war. An den ersten 3 Tagen unter Standardbedingungen nahm Pat. zwischen 400 und 480 ml Tee zu sich (Säulendiagramm in Abb. 1).

Am vierten Tage wurde ihr vor Beginn angeblich als Intelligenztest ein scheinbar leicht, tatsächlich aber sehr schwierig zu lösendes Puzzle vorgelegt. Nach wiederholten Falschlösungen sollte Pat. erst trinken und den „Test“ später wiederholen. Entgegen dieser Instruktion begann sie zwar zu trinken, bemühte sich aber weiter, eine Lösung zu finden. Erst nach einer Viertelstunde gelang ihr die Aufgabe. Ein weiteres, noch „komplizierteres“ Puzzle wurde vorgelegt, nach ergebnislosen Versuchen jedoch wieder zurückgenommen, da es für sie angeblich zu schwer sei. Erneut sollte Pat. jetzt die „Intelligenzaufgabe“ lösen, was ihr wiederum nicht sofort gelang. Daraufhin nahm der Versuchsleiter das Puzzle und verließ den Raum. Es konnte beobachtet werden, wie die Pat. dann versuchte, die Aufgabe zeichnerisch auf einer Serviette zu lösen. Während dieser Zeit behielt sie den Schlauch im Mund. Nach erfolgreicher Lösung steckte sie das Papier in ihre Handtasche und gab vor — sichtbar erleichtert —, die Aufgabe durch reines Nachdenken gelöst zu haben. Bis zu diesem Punkt ist die Trinkkurve durch sehr steilen Anstieg gekennzeichnet; die Pat. nahm in dieser Belastungssituation etwa die doppelte Menge auf, verglichen mit ihrem Standard. Ihren Angaben zufolge hat sie ihr Versagen in dem „Test“ als sehr starke Frustration empfunden. Sie befürchtete, daß sie beinahe noch so großen Durst habe wie zuvor. Die Aufgabe habe sie stark abgelenkt, wahrscheinlich habe sie weniger getrunken als an den Vortagen.

*Fall 2.* Wie in Abb. 2 dargestellt, nahm Pat. 3 mal unter Standardbedingungen und 3 mal unter Streß am Experiment teil (Geräuschbelastung, Flackerlicht, Puzzle).

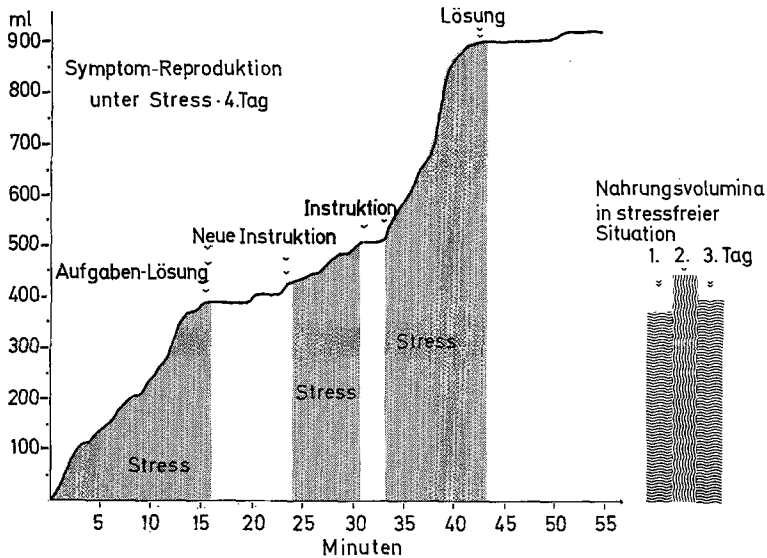


Abb.1. Die Flüssigkeitsaufnahme unter Streß in einem Zeit-Volumen-Diagramm kumulativ dargestellt. Zum Vergleich die Volumina der streßfreien Situationen rechts im Säulendiagramm

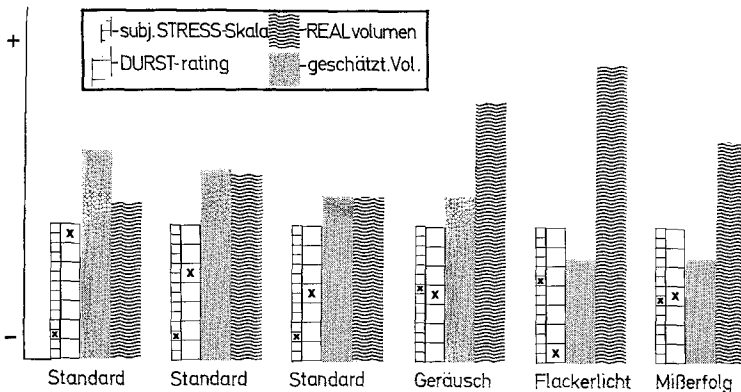


Abb.2. Die Interaktion 4 verschiedener experimenteller Parameter im Vergleich zwischen Standard- und Streß-Bedingungen: die tatsächlich getrunkene Menge, die vermeintlich aufgenommene Menge, subjektive Einstufung des Durstgefühls und Rating auf einer Streß-Skala

Sie trank ein Milch-Instant mit verschiedenen Geschmacksrichtungen. Ihr Standardvolumen lag zwischen 500 und 600 ml. Die Pat. war aufgefordert, zuvor die Durstintensität auf einer 7stufigen Skala zu quantifizieren, anschließend sollte

sie ihr getrunkenes Volumen abschätzen. Zusätzlich bezeichnete sie ihre Lagebefindlichkeit auf einer 14stufigen subjektiven Streß-Skala. In Abb.2 ist der Zusammenhang zwischen diesen Variablen zu erkennen.

Es fällt auf, daß sowohl Durstintensität als auch Volumenschätzung unter Streß-Bedingungen kaum eine Beziehung zu dem tatsächlich getrunkenen Volumen haben.

Die beiden Einzelfalldarstellungen zeigen, daß Patienten mit psychogener Polydipsie auf emotionale Belastung unmittelbar mit gesteigerter Flüssigkeitsaufnahme reagieren. Dabei wurde unter diesen experimentellen Bedingungen die erhöhte Flüssigkeitsaufnahme von beiden Patientinnen nicht bewußt registriert, wahrscheinlich einfach deshalb, weil die Versuchsanordnung eine optische Kontrolle der Trinkvolumina nicht zuläßt. Unter normalen Lebensbedingungen war unseren Kranken (wie in Fall 4 von v. Weizsäcker und bei den meisten Patienten von Barlow u. de Wardener) selbst ein Zusammenhang zwischen seelischer Belastung und Trinkmenge aufgefallen, jedoch nicht in so engem zeitlichen Zusammenhang.

### Diskussion

Bei beiden Patientinnen deutlich erkennbar, handelt es sich um eine ausgeprägte Neurose mit vorwiegend hysterischen Zügen. Übereinstimmend mit dem Testprofil des MMPI (Fall 1: 2'14367890 — 5 4:8:13; Fall 2: 3'194782 — 5 5:17:8) kommt dies auch in den körperlichen Begleitsymptomen wie zahlreichen psychosomatischen Beschwerden, z.T. von Konversionscharakter zum Ausdruck. Dabei besitzt der Durst, welcher als quälend und unnormal erlebt wird, zentrale Bedeutung. Störungen der Liebes- und Hingabefähigkeit (Frigidität) bei gleichzeitig gesteigertem Bedürfnis nach verwöhnender, also „einseitiger“ Zärtlichkeit sind beiden Fällen gemeinsam. Ebenso auch das gesteigerte, jedoch unerfüllt bleibende Kontaktverlangen, ein prononcierter Ehrgeiz und eine oft unrealistische Anspruchshaltung. Frau S. ist besonders begabt, der von ihr als enttäuschend erlebten Situation der Lebensmitte bildhaft Ausdruck zu verleihen. Sie spricht vom Leben im Abendsonnenschein und bezeichnet ihre Lebenslage als ein Abschiednehmen von der Jugend, vom Bewundert- und Begehrterwerden. Altern scheint wie im projektiven Test (TAT-Bild „Jugend und Alter“) als Bedrohung erlebt zu werden. Sie vermißt einerseits liebevolle Zuwendung durch ihren Mann, steht aber andererseits auch unter dem Eindruck, im bisherigen Leben und nun endgültig viel verpaßt zu haben. Im 2. Fall werden mangelnde Anerkennung und Bewunderung mehr im intellektuellen Bereich erlebt; Frau P. kann sich mit ihrem Mann nicht aussprechen, nicht wie mit anderen Menschen diskutieren, sie steht immer allein.

Die Kindheit beider Patienten war deutlich gestört: Bei Frau P. bestanden über längere Zeit Bettnässen und Daumenlutschen, die



Eltern waren geschieden, später lief sie nach Auseinandersetzung mit der Mutter von zu Hause fort. Frau S. litt unter der gespannten Ehe ihrer Eltern, vor allem (bis in die Gegenwart hinein) unter dem überautoritären Verhalten ihres Vaters. In beiden Fällen sind jedoch auch die eigene Familie und Ehe beeinträchtigt. Zwei Kinder von Frau S. befinden sich in psychiatrischer Behandlung (Drogenabhängigkeit, Anorexia nervosa).

Eine eindeutig auslösende Situation zeigt sich bei Frau P. unter der zweiten Schwangerschaft, die von ihrem Mann abgelehnt, von ihr ausgesprochen ambivalent erlebt wurde. Bei Frau S. trat nach der zweiten Gravidität (das Kind war von den Eltern sehr erwünscht) eine erste mäßige Steigerung des Durstes auf, zur Trinksucht kam es zu einer Zeit, als ihr Mann unter erheblichen Spannungen die Firma des Vaters der Patientin übernahm.

Wir haben inzwischen noch eine dritte Patientin kurz ambulant untersuchen können, bei der sich eine Trinksucht in engerem zeitlichem Zusammenhang mit mehreren Schwangerschaften progredient entwickelt hat. Bei dieser jetzt 35jährigen Frau (H. H. P./4438/71) fand sich eine sehr ähnliche Konfliktsituation: Der spätere Ehemann wandte sich während der zweiten Schwangerschaft einer anderen Frau zu, so daß es erst 8 Jahre nach der ersten Schwangerschaft überhaupt zur Eheschließung kam. Auch hier lag eine hysterische Persönlichkeitsstruktur vor. Diabetes insipidus und mellitus sind von internistischer Seite ausgeschlossen.

In unseren Untersuchungen an Normal- und Übergewichtigen konnte bei einem Viertel die hyperphage Reaktion als Antwort auf aktuellen Streß experimentell reproduziert und im Einzelfall statistisch abgesichert werden [11]. Daß man mit gleicher Methodik auch das Symptom der psychogenen Polydipsie — vergleichbar der Dauerveränderung des Appetitverhaltens bei der Fettsucht — ebenfalls unter aktuellem Streß reproduzieren kann, scheint uns interessant und stellt einen Beitrag zu den meist methodisch schwierigen Möglichkeiten der Objektivierung psychosomatischer Symptome dar.

Mitscherlich hat hervorgehoben, daß es im Gegensatz zur Fettsucht und zum Alkoholismus bei der Trinksucht nicht um die Qualität, sondern um die Quantität geht. Wie früher gezeigt wurde, ist aber gerade auch die Hyperphagie unter Streß und in Langeweilesituationen [8] bei Fettsüchtigen wie bei Normalgewichtigen durch *wahllose* Nahrungsaufnahme gekennzeichnet. Bemerkenswerterweise hat sich bei Frau S. inzwischen anstelle der Trinksucht eine Tendenz zur Hyperphagie („Naschsucht“ bei Aufregungen) eingestellt; auch bei ihren Kindern ist es zu einer süchtigen Störung im oralen Bereich gekommen. Die Parallele zwischen dem ungerichtet-dranghaften, gierigen Hinunterstürzen von Flüssigkeit und hyperphagen Durchbrüchen, den Heißhungeranfällen Magersüchtiger ist deutlich. Die Verwandtschaft der Trinksucht mit dem Don Juanismus, der wahllosen, nie länger befriedigenden Aufnahme

von Sexualbeziehungen, hat Mitscherlich betont. Bei der Trinksucht fehlt die für Suchten sonst typische Bagatellisierung — vielleicht einfach deswegen, weil die Polydipsie im Gegensatz zu Alkoholismus ohne sozial inakzeptable Folgen bleibt.

Wenn man innerhalb der verschiedenen Formen süchtigen Verhaltens eine Unterscheidung vornehmen will, die auch das Phänomen Trinksucht besser zu verstehen hilft, so scheint ein Unterscheidungskriterium in folgendem zu liegen: Die unmittelbare und unkontrollierte Erfüllung des Durst-, Hunger- oder Sexualtriebs hat prinzipiell den Charakter einer primären Bedürfnisbefriedigung, während es bei dem Genuß von Alkohol und Drogen darüber hinaus und hauptsächlich um eine Veränderung der psychischen Gesamtbefindlichkeit (sekundäre Bedürfnisbefriedigung) geht.

Dabei hat die Trinksucht einen — auch in der Wesensart unserer Patientinnen spürbaren — hektischen Charakter: Der abnorme Durst kann sofort, in einem „Augenblick“ befriedigt werden, wie auch normaler Durst über längere Zeit schlechter ausgehalten wird als Hunger. Das gierige Verlangen zu trinken entsteht also aus dem „beherrschenden“ Charakter des Durstes und der Leichtigkeit seiner Befriedigung. v. Weizsäcker nennt die Durstkrankheit eine gleichsam entartete Lebenssucht.

Wie aus Selbstversuchen schon seit langem bekannt ist, spielt bei der als normal empfundenen täglichen Flüssigkeitsaufnahme die Gewöhnung eine ähnlich große Rolle wie beim Appetit. Nach längerer Zeit willkürlich gesteigerter Flüssigkeitsaufnahme ist es schwierig, zur normalen Trinkmenge zurückzukommen [6]. Es ist daran zu erinnern, daß Fettsüchtige etwa von Strang als Personen bezeichnet werden, die in der Kindheit auf einen höheren Sättigungsspiegel trainiert worden sind. Die psychogene Polydipsie scheint häufig Menschen zu betreffen, die schon vor der eigentlichen Trinksucht zu erhöhter Flüssigkeitsaufnahme neigen. Darin kann ein disponierendes Element liegen, wobei offenbleibt, ob schon diesem gewohnheitsmäßig mehr Trinken eine neurotische Komponente im Sinne oraler Ersatzbefriedigung zugrunde liegt.

### Literatur

1. Angst, J.: Die Psychiatrie des Diabetes insipidus. Arch. Psychiat. Nervenkr. **199**, 663—707 (1959).
2. Barlow, E. D., de Wardener, H. E.: Compulsive water drinking. Quart. J. Med. **28**, 235—258 (1959).
3. Dingman, J. F., Benurschke, K., Thorn, G. W.: Studies of neurohypophyseal function in man. Diabetes insipidus and psychogenic polydipsia. Amer. J. Med. **23**, 226—238 (1957).
4. Fanconi, G.: Zur Differentialdiagnose des Diabetes insipidus. Helv. paediat. Acta **11**, 506—537 (1956).

5. Jores, A.: Krankheiten der Hypophyse und des Hypophysenzwischenhirnsystems. In: Handbuch der Inneren Medizin VII/1, p.p 8—28. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1955.
6. Kunstmann: Über die Wirkung der Zufuhr großer Wassermengen auf den Organismus. Naunyn-Schmiedebergs Arch. exp. Path. Pharmak. **170**, 701—718 (1933).
7. Labhart, A.: Klinik der inneren Sekretion. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1971.
8. March, H.: Untersuchungen zum hyperphagen Reaktionstypus. Z. psycho-som. Med. **15**, 272—276 (1969).
9. Mitscherlich, A.: Vom Ursprung der Sucht. Stuttgart: Klett 1947.
10. Pudel, V.: Food-dispenser — eine Methode zur Untersuchung des spontanen Appetitverhaltens. Z. Ernährungswissenschaft **10**, 383 (1971).
11. — Experimentelle Untersuchungen über das menschliche Appetitverhalten unter Streß. Z. psycho-som. Med. **17**, 347—355 (1971).
12. Strang, J. M.: Obesity. In: C. G. Duncan (Ed.): Diseases of metabolism. Philadelphia-London: W. B. Saunders 1964.
13. Weizsäcker, V. v.: Studien zur Pathogenese, 2. Aufl. Wiesbaden: G. Thieme 1946.

Dr. D. Berning  
Professor Dr. J.-E. Meyer  
Dr. rer. nat. V. Pudel  
D-3400 Göttingen  
v. Siebold-Str. 5  
Deutschland