

XXVII.

Aus der Dr. Hertz'schen Kuranstalt in Bonn
(leitende Aerzte: Priv.-Doz. Dr. H. König, San.-Rat Dr. A. Wilhelmy).

Beiträge zur Verlaufsart beim manisch-depressiven Irresein.

Von

Joseph M. Kill.

(Mit 17 Kurven im Text.)

„Das manisch-depressive Irresein ist eine dauernde Anomalie, die Schwankungen im Sinne von Manie und Melancholie produziert und sich auch sonst leicht als Labilität der Empfindungen oder in Form habitueller Verschiebungen der Stimmung äussert“ sagt Bleuler und umreisst damit mehr symptomatologisch ein Gebiet der Psychiatrie, dessen Systematik seit Kraepelin's Beschreibung von 1904 in fortwährendem Wandel bis zu den weitesten Grenzen vorgeschritten ist, sodass der Name des manisch-depressiven Irreseins heute keineswegs mehr einen einheitlichen Begriff enthält. Wir werden an Hand eines kurzen historischen Ueberblicks am besten diesen Weg verfolgen, dessen Kritik hier nicht zur Erörterung steht, werden uns aber wohl fragen, ob wir rein klinisch gesprochen diese Entwicklung als günstig hinnehmen, bzw. was uns zu tun bleibt, um bei dem heutigen Stand der Systematik dieses Irreseins weitere Arbeit zu leisten.

In seinem 1904 erschienenen Lehrbuch fasst Kraepelin unter manisch-depressivem Irresein einerseits das ganze Gebiet des sogenannten periodischen und zirkulären Irreseins, anderseits die meist noch davon unterschiedene einfache Manie zusammen. Er sieht die vorgenannten Erscheinungen nur als Ausdruck eines einzigen Krankheitsvorganges an, dessen Zustandsbilder sie darstellen. Dass keines dieser letzteren durch irgend einen charakteristischen Zug als zu einem zirkulären oder periodischen Irresein oder zur einfachen Manie gehörig in dem Augenblick feststellbar ist, in dem das betreffende Bild ohne Anamnese vorliegt, gibt Kraepelin die Berechtigung zu dieser Grenzziehung, für die er Uebergänge und Zusammenhang nur zum Gebiet des Entartungsirreseins

zugibt. Die, wie er anfangs glaubte, einfache Melancholie des Rückbildungsalters hat er als selbständige Krankheit später fallen lassen und mit ins Gebiet des manisch-depressiven Irreseins hinübergezogen. Eine sehr grundlegende Verschiedenheit war es demgegenüber nicht, wenn andere deutsche Schulen im Bestreben einer genaueren Einteilung einfache und periodische Manie und Melancholie einerseits und zirkuläres Irresein anderseits trennten und auch heute noch scheiden, eine Einteilung, die letztthin auf den Arbeiten der französischen Schule Falret's und Baillarger's fußt. Für diejenigen Fälle freilich, bei denen manische und melancholische Phasen ohne jede Regelmässigkeit wechseln, ergibt sich dabei eine gewisse Schwierigkeit der Unterbringung im Schema. Dieser hat man durch den Einwand zu begegnen gesucht, dass hier eine eigentliche Zugehörigkeit zum periodischen oder zirkulären Irresein nicht vorliege, dass es sich vielmehr um Rezidive oder um voneinander unabhängige Erkrankungen an Manie und Melancholie handle. So kommt in unser Gebiet der Begriff der Periodizität hinein, dessen Antipode das Rezidiv sein soll. Mit diesen Unterscheidungen setzt sich Kraepelin auseinander und verwirft sie. Wie er keine Differenzierungsmöglichkeit zwischen der einfachen und periodischen Manie sieht, so ist ihm auch eine Grenzziehung zwischen periodischer Manie und dem zirkulären Irresein nicht erlaubt.

Weniger einfach scheint ihm allerdings die Frage für die periodische Melancholie zu liegen. Für die Fälle, in denen sich zwischendurch auch einmal ein manischer Zustand bildet, scheint ihm die Verwandtschaft mit dem zirkulären Irresein erwiesen; die Formen dagegen, bei denen er lange andauerndes, eintöniges, ängstliches Jammern, leichteste Verstimmung mit stark psychogener Färbung, lebhafte Erregungszustände mit abenteuerlichen hypochondrischen Vorstellungen und Verfolgungs-ideen fand, will er nicht ohne weiteres als mit zirkulären Depressions-zuständen gleichwertig gerechnet sehen. Die Schwierigkeit sei hierbei die, dass wir über die Gestaltung der Symptomkomplexe zirkulärer Depressionen noch nicht hinreichend unterrichtet seien, um periodische Melancholien mit ihnen auf eine Stufe zu stellen. Doch gibt es im Sinne Kraepelin's nur ein einziges manisch-depressives Irresein, dessen Unterabteilungen nur künstliche sein können, und bei dessen Anfällen man nur allgemein von der Neigung zum wiederholten Auftreten reden sollte. Dass späterhin doch wieder einzelne Untergruppen für unser Gebiet sich herauskristallisiieren, bleibt als möglich offen.

Dass im Verlauf eines manisch-depressiven Krankheitsbildes Zustände zur Beobachtung gelangten, die eine Mischung der für Manie und Depression bezeichnenden Symptome zu enthalten schienen, gab

Kraepelin den Anstoss zu seiner scharfsinnigen Untersuchung der Mischzustände. Wenn die Symptomatologie derselben auch heute noch keine erschöpfende ist, so wurden sie doch insofern von Wichtigkeit, als sie die Frage der Involutionsmelancholie Kraepelin's im Sinne der Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein zu lösen geeignet schienen. Dreyfuss nämlich, ähnlich wie Thalbitzer, sah bei seinen Melancholiekranken gewisse manische Symptome neben teilweise vorhandener oder gar fehlender Hemmung, hält also die Melancholie für einen eigenartigen Mischzustand. Den Ergebnissen dieser Beobachtungen schloss sich Specht an. Dabei ist es wichtig, dass nach den Feststellungen dieser Autoren die Involutionsmelancholie nicht, wie Kraepelin zunächst glaubte, eine einmalige Erscheinung ist, sondern dass durch sorgfältige Anamnese in den meisten Fällen schon einzelne melancholische Schwankungen im Vorleben sich zeigten, dass aber außerdem bei genügend langem Leben der Involutionsanfall Nachfolger besass. Ferner ergab die Nachuntersuchung des Kraepelin'schen Materials, dass der anfangs festgestellte und als wesentliches Kriterium bewertete Ausgang in eine gewisse Demenz nur ein scheinbarer gewesen war, der sich fast in allen Fällen zurückbildete. Wenn wir uns erinnern, wie Kraepelin in gerader Linie von der einfachen Manie über die periodische zu der zirkulären Fortschritt, alle mit dem Oberbegriff der Eichartigkeit verbindend, so sehen wir nach dem eben ausgeführten das gleiche für alle depressiven Erkrankungsformen hiermit gelten: Sie sind nunmehr im zirkulären Irresein untergebracht.

Nun erweitert sich Schritt für Schritt das Krankheitsbild. Specht bezieht den Querlantenwahn und die Paranoia hinein, die nach ihm ihre Wurzel im zirkulären Irresein haben. Heilbronner findet Beziehungen zur hysterischen Veranlagung. Andere sehen in den konstitutionellen Verstimmungen ein abgeschwächtes manisch-depressives Irresein — kurz wir sind im Begriff, jede genauere Grenzziehung zu verlieren.

So ist die Entwicklung der Systematik des manisch-depressiven Irreseins seit Kraepelin's Abgrenzung von 1904 bis auf unsere Tage ein Fortschreiten in immer weiteren Kreisen. Gewonnen ist hiermit nichts, und es bleibt, da uns die ätiologische Forschung dieser tief endogenen, in der Persönlichkeit verankerten Krankheit bisher im Stiche liess, nur der Versuch, das erschlossene Gelände rückläufig zu umgrenzen, zu parzellieren. Für die konstitutionelle Verstimmung hat Reiss insofern schon sehr wertvolle Arbeit geleistet, als es ihm gelungen zu sein scheint, aus seinem Material 2 Typen von depressiv Verstimmten herauszuheben. Ueber die Spielbreite der Symptome beim

manisch-depressiven Irresein und bei den Degenerationspsychosen arbeitete kürzlich Schröder, die manisch-depressive Anlage und einige ihrer Ausläufer nahm sich Hübner zum Vorwurf. So herrscht überall Bewegung und Leben zu dem Ziele hin, die Systematik bzw. die Symptomatologie unseres Gebietes auf verlässliches Fundament zu gründen. Denn Reiss hat Recht, wenn er sagt, dass sich mit einem Krankheitsbegriff, der ein solches Chaos nur lose verbundener Symptomenbilder umfasst, klinisch nicht mehr arbeiten lässt. Von diesem Gesichtspunkte aus ist jeder Beitrag zur Verlaufsart beim manisch-depressiven Irresein willkommen, wenn er sich an die Bedingung hält, dass er sich auf eine sorgfältige Krankengeschichte mit genügend langer Beobachtungszeit erstreckt. Ich glaube diese Bedingungen bei den folgenden, der Hertz-schen Kuranstalt Bonn (Leiter: Privatdozent Dr. H. König) entnommenen Akten hinreichend gewährleistet zu sehen.

Der besseren Uebersicht halber lasse ich meine Fälle in Gruppen folgen: Vorangehen die periodisch-melancholischen, dann schliessen sich an die periodisch-manischen und weiterhin die manisch-depressiven. Unter letztere fasse ich Bilder mit unregelmässigem Wechsel von Manie und Melancholie. Hieran reihen sich dann diejenigen Krankengeschichten, die periodisch begannen, aber zirkulär auswuchsen; es finden sich hierunter neben initial periodisch melancholischen auch initial periodisch manische. Den Schluss der Arbeit werden die Fälle bilden, welche seit Beginn zirkulär verliefen.

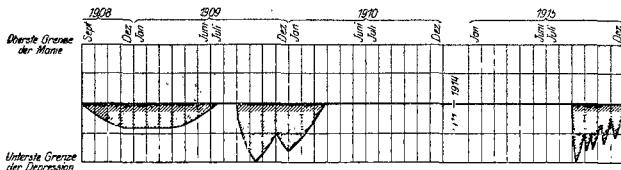
Zu den beiliegenden Kurven ist zu bemerken, dass ein querer, schwarzer Mittelstrich die normale Affektlage gibt. Manische Phasen sind von links oben nach rechts unten schraffiert, depressive von links unten nach rechts oben; Mischzustände sind mit gekreuzt schraffierten Feldern durchsetzt. Sollten zwischen den Altersangaben, die der Kurve voranstehen, und denen, die in der Beschreibung sich finden, Unterschiede auftreten, so ist dies dahin zu verstehen, dass die ersten für den ersten in der Kurve überhaupt vermerkten Anfall Geltung haben, während die letzteren sich auf die z. Z. der Behandlung unterliegenden Phasen beziehen. Wo die Akten Angaben über Menses und Gewicht enthielten, sind diese aufgezeichnet, die Gewichtszahlen unter den Depressionen, die Menses über den Manien.

Gruppe I: Periodisch Melancholische.

Fall 1. Der erste Anfall dieser Krankheit fällt ins 32. Lebensjahr und stellt eine Depression dar. Anamnestisch ist eine Geisteskrankheit der Mutter feststellbar; die Art des Leidens weiss die Pat. nicht zu bestimmen. Zwei Schwestern sind gesund: sie selbst war stets ein fröhliches Menschenkind, auch

körperlich recht rüstig; lebte lange in den Tropen, ohne Schaden zu nehmen. Seit 1905 verheiratet; nach der gut verlaufenen Geburt des ersten Kindes (Dezember 1906) traten geringe nervöse Beschwerden unbestimmter Art auf (Hyperästhesie, Parästhesie), dabei eine gewisse Reizbarkeit; alles ging wieder vorbei. Zweite Geburt im August 1908: Kurz hinterher traten ähnliche nervöse Beschwerden auf, unter denen eine Schlaflosigkeit diesmal sehr stört, und gehen nun in eine deutliche Depression über.

Kurve 1. (Fall 1, Alter 32 Jahre.)



Kritik: Eine Wiederholung des melancholischen Anfalls ist 1909 eingetreten, ebenso 1915 wieder nach vier freien Jahren. Es ist dabei recht auffallend, dass alle drei Male der Beginn der Depression auf den Anfang September fällt. Die erste Andeutung einer psychischen Affektion werden wir schon in jenen, an die erste Geburt anknüpfenden nervösen Störungen sehen, die sich wegen ihrer Unbestimmtheit jedoch hier nicht graphisch verwerten lassen. Immerhin dauern sie mehrere Monate an. Die zweite Geburt löst wiederum eine Depression aus, denn von einer Auslösung werden wir bei dem offensichtlichen zeitlichen Zusammenhang der Psychose mit dem ersten und zweiten Partus reden. Aber wir sehen doch auch 1915 eine neue Melancholie ohne erkennbaren Grund auftreten. Wir haben hier einen der Fälle, die eines Anstosses erst bedürfen, um sich zu offenbaren, und die dann von alleine weiter schwanken.

Symptomatisch hat kein Anfall wesentliche Besonderheiten; doch zeigen beim letzten (1915) die Menses verschlimmernden Einfluss auf das Krankheitsbild. Die Zacken der Kurve sind teilweise hierdurch bedingt: die Patientin hat sich dann gebessert der Behandlung entzogen. Auch fiel in dieser Depression eine grosse Gliederunruhe auf, kein hysterisches Zeichen, sondern nur ein Ausdruck der melancholischen Hemmung, da die Kranke mit sich nichts Rechtes anzufangen wusste.

Vererbung oder doch die Möglichkeit der geisteskranken Disposition scheint mit der Krankheit der Mutter für die Patientin gegeben. Dem als sonnig und fröhlich geschilderten Temperamente nach hätte man aber vielleicht eher ein Vorwiegen der Manie bezw. eine periodische Manie erwarten sollen. Doch möchte ich die Frage der Beziehung

zwischen Veranlagung und der Färbung der Psychose bis zum Schlusse zurückstellen.

Es hat sich inzwischen herausgestellt, dass ein Junge der Patientin konstitutionell depressiv ist.

Fall 2. 54jährige Kranke, verheiratet (3 gesunde Kinder), deren Anamnese von Nervosität der Verwandten mütterlicherseits zu berichten weiß; sie selbst hat immer alles schwer genommen. 1898 erlitt sie anlässlich eines Umzuges in ein neugebautes Haus einen depressiven Anfall. 1917 eine gleiche Phase. 1918 neue Melancholie.

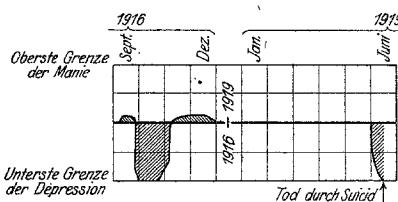
Kritik: Körperlich hat die Patientin keine Besonderheiten. Die beiden ersten melancholischen Anfälle haben symptomatisch nichts Wesentliches geboten. Dagegen zeigt die Depression von 1918 sehr viele abenteuerlich hypochondrische Ideen und zeitweiligen agitierten Einschlag sowie Anklänge an Versündigungsideen.

Auf die Nachricht vom Tode des Mannes reagiert die Kranke für wenige Minuten mit starkem Affekt, fällt aber sofort wieder in das alte Geleise hypochondrischer Wahnideen zurück.

Die Krankheit weist Neigung zur Verschlimmerung auf; sie imponiert als periodische Melancholie.

Ein Zug von konstitutionell depressiver Anlage ist vorhanden; Heredität ungewiss.

Kurve 2. (Fall 3, Alter 57 Jahre.)



Fall 3. 57jährige verwitwete, kinderlose Dame mit bemerkenswerter Familienanamnese. Der Vater war ein Sonderling mit Hang zur Einsamkeit, die Mutter ein sehr herber, strenger, verschlossener Charakter, beide aber sonst gesund. Eine Schwester der Patientin erkrankte mit 25 Jahren an akuter Manie, worauf später wiederholt Anfälle zirkulärer Art folgten. In den freien Zeiten bestanden heftige Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Die Anfälle waren in den letzten Jahren milder. Von den 9 Geschwistern hatte eine andere Schwester Neigung zur Melancholie und war stets unzufrieden. Ein Bruder ist ein Sonderling in der Art des Vaters. Zwei andere Brüder sind sehr regsam und tüchtig, neigen aber zu ausserordentlich heftigen Ausbrüchen. Die Pat. war immer sehr harmlos und stützbedürftig und macht einen leicht kindlichen Eindruck. Früher viel Kopfschmerzen; späte Ehe, kinderlos. Tod des Mannes vor 4 Jahren. Einsetzen der Verstimmung etwa Anfang September 1916.

Kritik: Wir sehen der schweren Depression von Oktober 1916 eine geringe hypomanische Affektschwankung vorangehen. Wir werden hierin ein Prodromalstadium erkennen, wie es öfters Depressionen einleitet. Gerade der ganz kleine Ausschlag und die Dauer von wenigen Tagen lässt diesen Teil des Bildes nicht als eine eigene Manie impnieren. Symptomatisch beherrscht eine schwere halluzinatorische Verwirrtheit mit ständiger motorischer Unruhe die melancholische Phase. Ueber Nacht kehrt das psychische Verhalten zur Norm zurück, nachdem schon vorher eine Besserungstendenz sichtbar ist. Eine geringe hypomanische Stimmung folgt auf diesen Absturz der Depression. Sie möchte ich schon eher als das leicht manische Prodromalstadium als eigene Manie ansehen, weil sie volle 2 Monate anhält und die Kranke während derselben reizbar und nörgelnd war. Es ist hierauf eine ganz freie Zeit bis Juni 1919 gefolgt, wo während einer tiefen Depression die Kranke sich erhängt hat.

An interkurrenten Krankheiten sind eine Furunkulose mit starker Eiterung, ein Kollaps, eine diffuse, fiebrhafte Bronchitis aufzuzählen. Psychisch blieben sie ohne Wechselwirkung.

Eine leicht gehemmte seelische Konstitution scheint der Patientin eigen zu sein. Da der erste Anfall ins Senium fällt, liegt der Gedanke an ein manisch-depressives Irresein mit seniler Grundlage nahe. Reiss hat den ersten Ausbruch dieser Psychose im Senium oft bei konstitutionell Depressiven gesehen.

Sehr interessant war mir die Familienanamnese. Bei Vater und Mutter, die beide vom konstitutionell-depressiven Typ sind — die Mutter steht ihm wenigstens nahe —, ist es zu Anfällen nie gekommen. Unter den 9 Kindern aber sind die Psychosen bzw. deutliche Konstitutionsverstimmungen gehäuft. Ein Bruder ist das Abbild des Vaters in seinem Hang zur Einsamkeit. Eine Schwester ist melancholisch veranlagt. Auch unsere Patientin rechne ich zur melancholischen Verstimmung. Diesen Geschwistern stehen die beiden Brüder mit deutlich manischem Temperament gegenüber. Gleichsam um die Varietäten voll zu machen, ist eine andere Schwester nach anfänglicher akuter Manie und späterer Depression regelrecht zirkulär geworden und es bis heute geblieben. Diese Schwester, die zum erstenmal im 25. Lebensjahre erkrankt, hat, wie unsere Patientin, ebenfalls mit vielen Kopfschmerzen zu tun gehabt.

Wir sehen aus alledem schon, dass sich hier gewisse Eigenarten der Persönlichkeit mitvererben; so ist der eine Sohn das Abbild des Vaters. Andererseits sehen wir symptomatologische Uebereinstimmung in der Neigung zu Kopfschmerzen bei unserer Kranken und der zirkulären Schwester.

Die Vererbungsvarietäten der Geschwister sind nicht ungewöhnlich. Denn wie wir wissen, dass sich die manisch-depressive Anlage als solche vererbt, so sehen wir öfters eine Melancholie in der Deszendenz durch eine Manie oder einen Mischzustand ersetzt, wenn auch die gleichartige Vererbung das häufigere ist (Hübner). Die beiden Eltern aber reichten beide, wie wir sahen, deutlich in das Gebiet der depressiven Anlage hinein.

Da mir trotz der diesbezüglichen voraufgehenden Bemerkungen die Diagnose eines manischen Zustandes sui generis nicht einwandfrei möglich schien, habe ich den Fall als letzten und zweifelhaftesten der melancholisch Verstimmten unserer Kranken aufgenommen.

In dieser Gruppe von 3 Fällen periodischer Melancholie beginnen die Anfälle der ersten Patientin im 32. Lebensjahr; sie boten bisher nie eine Besonderheit und zeigten das Bild der gewöhnlichen Depression, wie sie auch im zirkulären Irresein herrscht. Anders bei den beiden letzten Kranken. Hiervon zeigt Fall 2 ein Bild, wie es Kraepelin (1914) für seine Melancholie des Rückbildungsalters — die Patientin ist 54 Jahre alt — beschreibt. Es ist wertvoll, dass wir hier anamnestisch zwei dem Involutionsanfall voraufgehende Depressionen feststellen können, die nie symptomatisch waren, sich aber von dem letzten Anfall sehr unterscheiden, welcher namentlich zögernd einsetzt und viel länger dauert; wir können somit hier bei einem Bild der Involutionsmelancholie, wie es auch Dreyfuss tat, eine voraufgegangene Periodizität nachweisen, wenn auch bisher keine nachfolgende. Dies aber erlaubt uns Fall 3, der im übrigen, ebenso wie Fall 2, in den Rahmen der Involutionsmelancholie sich zwanglos einfügt, und zwar unter die von Kraepelin hervorgehobenen schweren Formen. Die plötzliche Lösung des ersten Anfalls bei Fall 3, die auch Kraepelin aus manchen Beobachtungen kennt, spricht ihm zugunsten einer Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein. Es geht schon aus diesen kurzen Erwägungen hervor, dass die Scheidewand zwischen Kraepelin's „Melancholie“ und manisch-depressivem Irresein keine starke sein kann, und Kraepelin hat ja auch neuerdings nicht gezögert, sie folgerichtig niederzulegen.

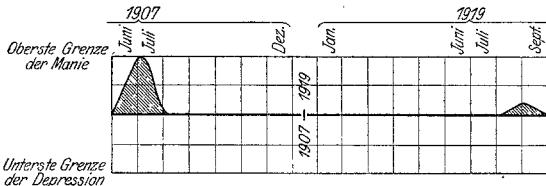
Als Beleg für eine periodische Manie war nur ein Fall zu finden, dazu einer, bei dem wir mit dem strengen Begriff der Periodizität kaum hinreichen. Ich möchte ihn daher eher als rezidivierende Manie bezeichnen, auf welche Unterscheidung das Schlusswort zurückkommen wird.

Gruppe II: Periodisch-Manische (Rezidiv?).

Fall 4. Anamnestisch und körperlich nichts Auffallendes. Patient (verheiratet) ist ein im Jahre 1870 geborener Kaufmann. Die erste Manie war

schwer und fiel in das 37. Lebensjahr. Nach 12 jähriger geistiger Gesundheit folgt nochmals eine leichte Hypomanie, deren Veranlassung Patient in häuslichen Verhältnissen sucht.

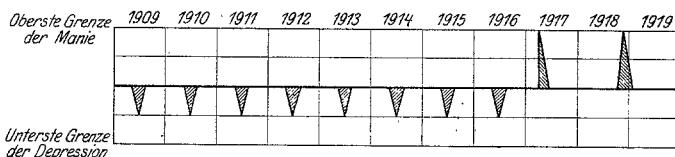
Kurve 3. (Fall 4, Alter 37 Jahre.)



Die nun folgenden beiden Fälle waren im periodischen Irresein homogener Färbung nicht unterzubringen, auch nicht im streng zirkulären; um die schon eingangs für diese Fälle erwähnten Schwierigkeiten zu umgehen, wollen wir sie allgemein als manisch-depressiv bezeichnen.

Gruppe III: Manisch-Depressive.

Kurve 4. (Fall 5, Alter 35 Jahre.)



Fall 5. 43 jährige Kranke; heiratete nach dem Tode ihrer Schwester deren Mann. Gröbere geistige Störungen sind nicht in der Familie vorgekommen. Nur muss ein Bruder der Patientin wegen krankhafter Stimmung zuweilen im Beruf aussetzen. Zwei gesunde Kinder; Heirat im 33. Lebensjahr. Seit 1909 ist sie jedes Jahr etwa 2 Monate lang deprimiert; der Zustand leitet sich langsam ein; auf dem Höhepunkte der Verstimmung liegt sie viel teilnahmslos zu Bett. Erst eine am 31. März 1917 plötzlich auftretende schwere Manie macht Anstaltsbehandlung erforderlich. 1915 hat die Patientin eine Kropfoperation durchgemacht. Seit 1917 zeigte sich dann wieder Schwelling der Schilddrüse.

Körperlich fallen unregelmässige Zähne und differente Gesichtshälften auf.

Kritik: Ein manisch-depressives Bild, das sich aus einer periodischen Melancholie heraus entwickelt, — ein Beweis dafür, wie sehr die periodische Verstimmung in dem grossen Krankheitsbegriff des manisch-depressiven Irreseins aufgeht. Die periodischen Anfälle der Depression versucht die Kurve mangels genauer Daten schematisch festzuhalten.

Der ersten Manie von 1917 ist eine gleich schwere im Jahre 1918 gefolgt. Jede dauert etwa 2 Monate; die Zeitdauer der Verstimmung hat sich somit erhalten, die Affektlage aber verschoben.

Während die Depressionen nur dem gewöhnlichen Bilde einer mittleren Hemmung entsprechen, sehen wir die Kranke während der manischen Phase in schwerer Verwirrtheit. Gegen Ende der letzten Manie ausserordentlich gesteigerte Esslust. Seit wann die Struma besteht, sagt die Anamnese nicht. Das ist insofern bedauerlich, als wir beim Fall 14 einen gewissen Zusammenhang des Wiederausbruchs der Krankheit nach 19 freien Jahren mit dem Auftritt einer Struma herstellen können. Indes erscheint unsere Patientin zur psychischen Affektion hereditär geneigt; die periodischen Verstimmungen des Bruders werden ähnliche sein. Somit erhält das Kropfleiden für die manische Psychose höchstens einen determinierenden Wert.

Hier muss ich noch einen Fall anführen, dessen Anamnese zwar den Aufbau einer Kurve nicht gestattet, der aber zweifellos in unser Gebiet gehört.

Fall 6. Der 32jährige Patient, der in erheblich manischem Zustand in die Anstalt gebracht wird, ist zeitlich und örtlich orientiert. Aus seinen Angaben, welche durch die seiner Frau bestätigt werden, ist Heredität nicht zu erschliessen. Es steht fest, dass er schon vor seiner Heirat (1913) verschiedentlich krankhafte Erregungszustände sowie auch einzelne Melancholien durchmachte; diese Anamnese deutet auf ein manisch-depressives Bild, in dem ein zirkulärer Verlauf nicht zu herrschen scheint. Der manische Anfall, welcher die hiesige Anstaltsbehandlung erforderte, ist nach einer Morphin-entziehungskur aufgetreten, in deren Verlauf sich der Patient des jahrelang gebrauchten Giftes völlig entwöhnte. Dabei ist ein Zusammenhang zwischen der Kur und dem Ausbruch der Psychose zweifellos.

Körperlich nichts Besonderes. Da in dem Verlaufe der Krankheit bisher die manischen Phasen durchaus vorherrschten, sei noch darauf hingewiesen, dass der Patient von jeher von sehr zappeligem, auffahrendem Wesen war. In seinen guten Zeiten zeigte er stets ein grosses Redetalent, war ein geschickter Kaufmann, dem jedes Unternehmen glückte. Da unter diese guten Tage auch grosse Teile seiner früheren Hypomanien rechnen, zeigt sich hier eine Parallelie zu dem, was ich beim Fall 18 über die Anlage des Kranken im Dienste seines Berufes ebenfalls werde zeigen können: Auch hier unterstützt die leichte Erregung mit ihrem Redefluss die Aufgabe des handelnden Kaufmanns.

Kritik: Die hier behandelte erhebliche Manie war bei der Aufnahme des Kranken schon ein wenig abgeklungen. Sie hatte mit einem schweren manischen Verwirrtheitszustand eingesetzt, der aber nach wenigen Tagen zu einer Hypomanie überleitete, in welcher der Patient wenigstens die äussere Haltung zurückgewann. Die Schwere des initialen Verwirrtheitszustandes scheint wesentlich mit der Entziehungskur zusammenzuhängen; nie war bisher ein derartiger beobachtet. Das hervorstechendste Symptom des reduzierten Zustandes ist eine ausserordent-

liche Ideenflucht, die bei der Fülle sich jagender Gedanken den Kranken dazu bringt im „Telegrammstil“ zu reden, um ja alles herauszubringen, was ihm durch den Kopf geht. Im folgenden eine Probe davon:

(Der Kranke ist aufgefordert, von seiner Kur zu berichten, nach deren Abschluss er im Streit mit dem behandelnden Arzt geschieden war.)

„ geistig tadellos normal körperlich geschwächt Skisport Fuss geknackt Morphium Sanatorium X falsche Behandlung mit Arzt Differenzen gehabt habe ihm Wahrheit gesagt Arzt Hypnotiseur, genial veranlagt gemeine Behandlung, Betrug rechtlich veranlagt Klage bei ihm rausgeschmissen erhöht 20 pCt. den Preis Beweis: Tatsache Kind Diphtherie Mk. 20000 futsch Reklame gemacht“

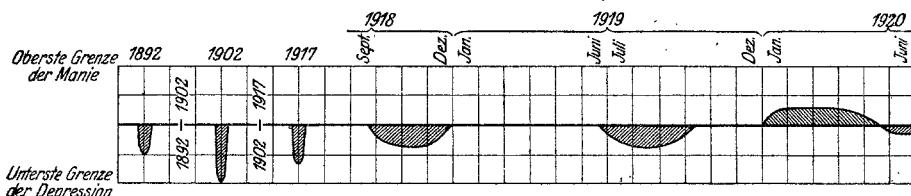
Diese Probe klingt noch ziemlich kohärent, wenn auch Andeutung der Ideenflucht gegen Schluss erkennbar ist. Andere Sätze zeigen einen wesentlich gesprengteren Zusammenhang.

Dass der Patient in seiner Anlage konstitutionell erregt ist, scheint aus der Anamnese hervorzugehen. Es passt hier hinein, dass er angibt, Gonorrhoe „mehrfach in allen Stadien“ gehabt zu haben, ferner 3 lebende, uneheliche Kinder.

Ich gehe nunmehr zu denjenigen Fällen über, die periodisch begannen, die aber zirkulär ausliefen. Diese Reihe wird im absteigenden Sinne nach der Zahl der Anfälle einer Färbung geordnet sein, welche dem Einsetzen des Zyklus vorausgingen.

Gruppe IV: Periodischer Beginn mit Uebergang zum Zyklus.

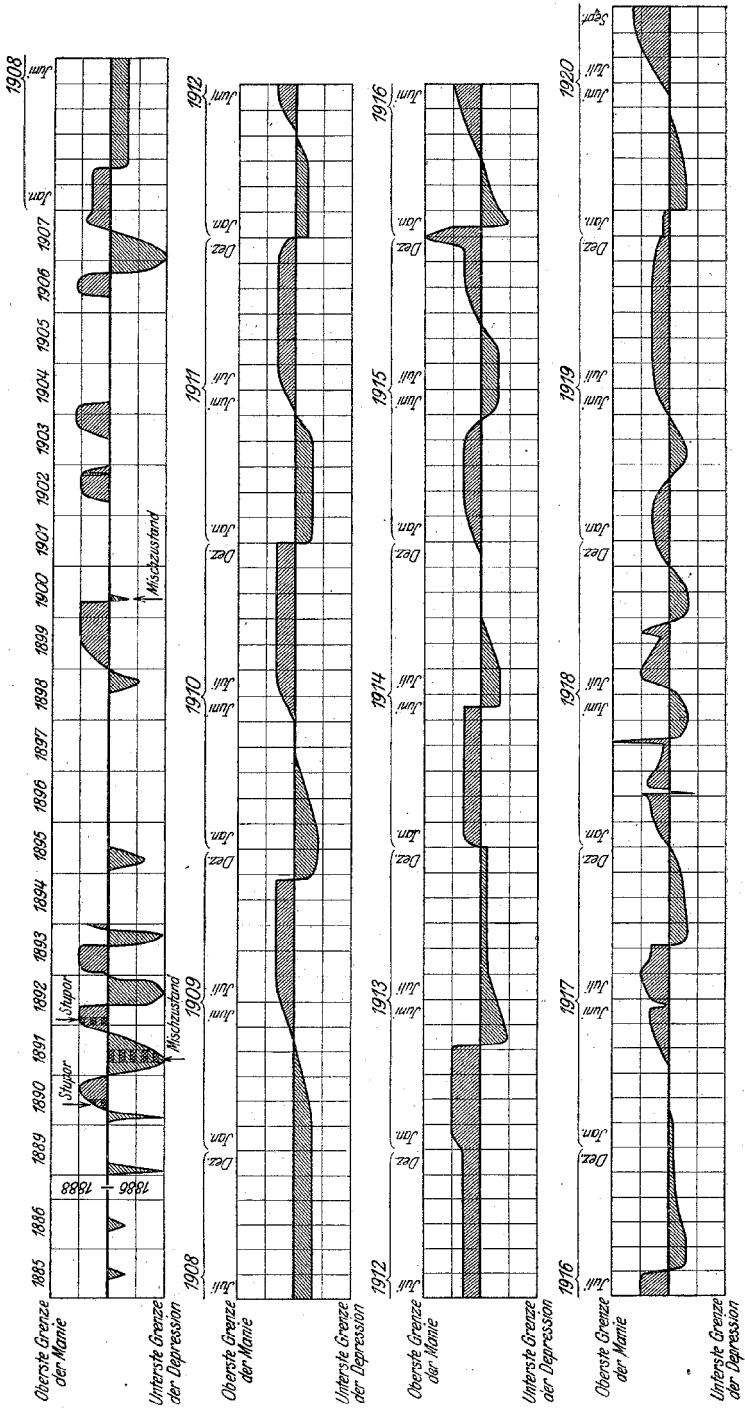
Kurve 5. (Fall 7, Alter 27 Jahre.)



Fall 7. Wir haben eine im Jahre 1865 geborene, unverheiratete Patientin vor uns, deren Vater und Mutter Vetter und Kusine waren, die aber von den Eltern her nicht belastet erscheint. Körperlich nichts von Belang. Sie war von Jugend auf sehr ernst, nicht eigentlich menschenscheu, befand sich aber in Gesellschaft nie wohl. 1892 Depression. 1902 wieder eine melancholische Verstimmung, diesmal schwerer. Neuer Anfall 1917, 1918, 1919; seit 1920 eine Manie mit folgender Depression.

Graphisch war für die Depressionen von 1892, 1902, 1917 die Jahreszeit nicht bestimmbar, während die Zeitdauer von je 3 Monaten sowie die Schwere des Anfalls sich anamnestisch ermitteln liess.

Kurve 6. (Fall 8, Alter 20 Jahre.)



Kritik: 10 Jahre liegen zwischen den beiden ersten Anfällen, 15 Jahre zwischen dem zweiten und dritten. Dann aber ist 1918 und 1919 gleich hintereinander befallen. Die Intensität, die Qualität und die Dauer der Anfälle ist dabei die gleiche geblieben.

Ein Blick über die Kurve von 1892—1919 wird eine reine Melancholie feststellen. (Wegen der Frage: periodische oder rezidivierende? sei auf die Schlussbetrachtung verwiesen.) Exaltationen sind nie aufgetreten. Wäre die Patientin Ende 1919 gestorben, so hätte diese Diagnose festgestanden; und doch sehen wir, wie das Jahr 1920 nach 27jährigem mehr oder minder latentem Verlauf der Krankheit unsere Vermutung durchkreuzt — ein Vorgang, der zu einer gewissen Vorsicht mahnt, wenn man eine scharfe Grenze ziehen will zwischen periodisch depressiver Verstimmung und zirkulärem Irresein. Denn die anfängliche reine Melancholie ist nunmehr in einen Zyklus übergegangen.

Ziehen erwähnt solche Fälle als sehr selten. Zeichen einer depressiven Prädisposition haben nach der Anamnese von Jugend an bestanden.

Fall 8. Die ledige mosaische Kranke ist geboren 1865 und erscheint sowohl von väterlicher wie mütterlicher Seite belastet. Die Mutter des Vaters nämlich war einmal vorübergehend geisteskrank. (Die Art der Affektion liess sich nicht feststellen.) Der Vater selbst ist gesund. In der Linie der Mutter finden sich zahlreiche geistige Abnormitäten. So befand sich zur Zeit, als bei unserer Pat. der erste grössere Anfall auftrat, die Mutter in Anstaltsbehandlung. Ein Onkel und ein Vetter mütterlicherseits sind ebenfalls geisteskrank. (Auch hier konnte die Art des Leidens nicht ermittelt werden.) Von den 5 Geschwistern der Kranken verfiel eine Schwester puerperal in ein geistiges Leiden; die übrigen sind gesund. Ueber die Jugend der Pat. ergibt sich nichts besonderes, ebensowenig körperlich. Schon 1885 und 1886 hatte sie leichtere depressive Stimmungsschwankungen; 1889 begann sie sich unfrischer zu fühlen und wurde in der Nacht vom 7. auf den 8. Februar von einer schweren verworrenen Depression befallen. Dieser folgte seit 1890 ein zirkuläres Irresein, welches vom 25. Lebensjahr bis heute ins 55. sich fortsetzte.

Kritik: Die Analyse der Kurve ist dadurch etwas erschwert, dass die Krankengeschichte von 1894—1906 nicht alles bietet, was im Hinblick auf eine genauere Zeichnung und Besprechung wünschenswert gewesen wäre. Ich muss mich daher darauf beschränken, zu bemerken, dass die freien Intervalle jener Zeit höchstwahrscheinlich artefizielle sind. Doch lässt sich auch so ein kritischer Zusammenhang mit den Jahren seit 1906 herstellen.

Wir haben einen typischen Fall des zirkulären Irreseins vor uns, der sich mit einigen vereinzelten Depressionen einleitet (1885, 1886, 1889). Ein Blick über das ganze Bild lässt eine Tendenz zur Milde-

rung der Anfälle beider Phasen im Laufe der Zeit erkennen. Seit dem Jahre 1908 wenigstens scheint mir dies deutlich. Sehr interessant ist es nun, dass es dabei zu einem endgültigen Ausgleich der beiden Phasen nicht kommt, was Schwere und Zeit betrifft. Vielmehr sehen wir folgendes Bild: Vereinzelte melancholische Anfälle haben die Krankheit eingeleitet; die Melancholie überwiegt anfangs, mindestens an Schwere, vielleicht auch der Dauer nach, so wohl noch im Jahre 1908. Von Mai 1909 bis Mai 1912 scheint mir dann eine ziemlich vollständige Ausgleichung der alternierenden Ausschläge vorzuliegen; aber seither verschiebt sich das Verhältnis klar zugunsten der Manie. Ich darf hier vorausnehmen, dass wir beim Falle 12 ein ähnliches Verhalten der Kurve zu erkennen glauben.

Es fällt auch auf, dass die Zeit von 1906—1920 sich in vier deutlich geschiedene Anfallsserien gliedert, deren jede mit manischem Auf-takt beginnt und mit melancholischem Nachschlag endet:

1. Teil: April 1906 bis April 1910: 3 manische, 3 depressive Phasen.

2. Teil: Juli 1910 bis September 1914: 4 manische, 4 depressive Phasen.

3. Teil: Dezember 1914 bis Januar 1917: 3 manische, 3 depressive Phasen.

4. Teil: April 1917 bis Mai 1920: 5 manische, 5 depressive Phasen.

Sehr eigen-tümlich, wie in jedem Teil der Monat des Beginns auch ziemlich genau der Monat des Endes ist, wenn man von der Jahreszahl absieht!

Die Uebergänge der beiden Phasen ineinander sind in einer Beziehung bis heute fast durchweg charakteristisch. Langsam mündet die Melancholie in die Manie, aber der Wechsel der Erregung zur Depression ist ein kritischer.

Zwischen 1890 und 1900 treten vereinzelte Mischzustände auf, später jedoch nie mehr.

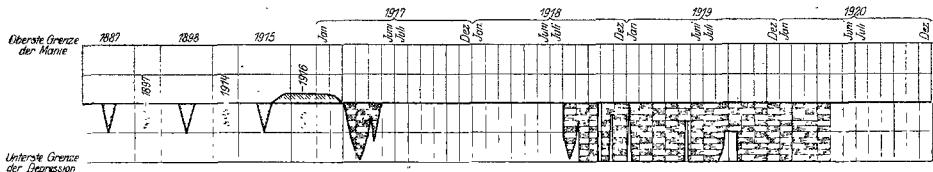
Die ersten Depressionen gehen mit schwerer Verwirrung einher; seit 1895 bietet die Melancholie nur noch das Bild der Hemmung. Hält sich die Manie dagegen von jeher in leichteren Grenzen, so ist doch auf der Jahreswende 1915/16 sowie Anfang Mai 1915 ein kurzer aber schwerer Verwirrtheitszustand zu vermerken. Während im übrigen die Melancholie ihre ruhige Linie wahrt, neigt die Manie seit 1918 verschiedentlich zu flackernder Kurve. Während einiger manischer Phasen hat die Kranke den Drang zu reisen, der sie mehrmals zu Fluchtversuchen veranlasst hat. Das ist uns bei Manisch-depressiven nichts neues; nur wird man, wenn man solche Züge öfters im Krank-

heitsverlauf sieht, an die „Wanderer“ Kraepelin's erinnert, deren psychopathischer Bewegungsdrang wohl in naher Beziehung zum manisch-depressiven Irresein steht.

Aussere Anlässe sehen wir nirgends in das Leiden formgebend eingreifen. Wohl erfolgt ein wuchtiger Ausschlag als der Vater der Patientin im Mai 1906 stirbt, aber er trägt eine stark manische Färbung; erst im Anschluss hieran erfolgt eine tiefe Depression — ein Beweis dafür, wie wenig die Affektlage der Psychose der Stimmungslage des affizierenden Ereignisses entsprechen muss!

Interkurrente Krankheiten traten nicht auf. Die erbliche Belastung unserer Kranken ist schwer zu nennen. Gleichartige konnte jedoch nicht ermittelt werden.

Kurve 7. (Fall 9, Alter 18 Jahre.)



Fall 9. Die Pat., welche mit 48 Jahren in einer depressiven Phase in hiesige Behandlung eintritt, weiss nichts von geisteskranker Belastung der Familie. Der Vater starb an Diabetes, die Mutter ist eine gesunde Frau von 83 Jahren. Ein erster leichter Depressionsanfall zeigte sich im Alter von 18 Jahren und ging gut vorüber. Nach 10 freien Jahren folgte wieder ein ganz ähnlicher, darauf wieder 16 freie Jahre. Dem Anfall des Jahres 1915 folgt eine manische Stimmungslage; fortgesetzt wird das so eingeleitete zirkuläre Irresein dann durch zwei Mischzustände in den Jahren 1917 sowie 1918—1920.

Kritik: Aus einer periodischen Melancholie, deren Anfälle durch erhebliche freie Zwischenzeiten getrennt sind, erwächst im Laufe von 30 Jahren noch ein zirkuläres Irresein. Die Patientin wird als gleichmässig fröhliche Natur geschildert. Den Anstoss zur Entwicklung der ersten Depression 1887 soll eine starke Ueberanstrengung während der Lehrzeit gegeben haben. Wesentliche frühere Krankheiten oder körperliche Anormalitäten liegen nicht vor. Die Kurve selbst zeigt eine Neigung zur Verschlimmerung und Verschleppung. Auffallend gering, aber einwandfrei feststellbar, ist die Hypomanie 1915—1917, in der die Kranke reizbar, nörgelnd, und dauern „obenauf“ war.

Da der Fall symptomatologisch von Interesse ist — es treten 1917 und 1918 bis 1920 atypische Zustandsbilder auf —, wird er am Schluss eine eingehendere Besprechung erfahren.

Während der letzten Melancholie bestanden heftige Kopfschmerzen, Schwindel, Herzklagen. Organtherapeutische Präparate (Hormin, Oophorin) zeigten keine Wirkung.

Ein Gesichtserysipel im Oktober 1919 beeinflusste den Zustand nicht.

Fall 10. 40jähriger, verheirateter, mosaischer Kranke, der aus belasteter Familie stammt. Die Mutter nämlich erkrankte nach dem Tode ihres Mannes mit Verfolgungsideen, wurde aber wieder gut. Eine Schwester des Pat. verfiel in ein gleiches, 5 Jahre dauerndes Leiden mit den nämlichen Verfolgungsideen („sollte umgebracht werden“). Pat. selbst, der von Jugend auf am Star leidet, ist immer gesund gewesen; er ist ein fleissiger, äusserst gutmütiger Mann. Die kinderlose Ehe ist durch ein gewisses Missverhältnis zur Frau getrübt. 1912 erkrankte Pat. an einer kurzen Melancholie, die sich von selbst verlor. Aber der Gedanke, seine Frau wolle ihn umbringen, vergiften, der ihn in jenen Wochen beherrschte, scheint ihn nicht mehr recht verlassen zu haben. 1917 beim Militär ein ähnlicher Anfall. 1919 tiefere Depression mit anschliessender Hypomanie.

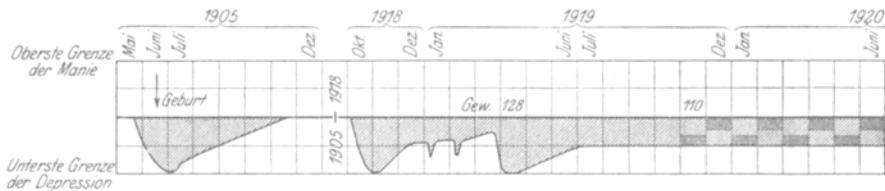
Kritik: Körperlich fällt bei der Aufnahme im Juli 1919 eine Asymmetrie der beiden Schädelhälften sowie deutliche Dermographie auf. Dabei ist der Puls regelmässig aber recht beschleunigt (120).

Der Kranke zeigt während der Depression 1919 eine agitierte Melancholie, die einmal in einen kurzen, aber sehr schweren Verwirrheitszustand mit tobender Unruhe übergeht. Ein generelles papulomakulöses Exanthem geht diesem Ausbruch parallel und schwindet mit ihm; die Temperatur ist dabei erhöht (Arzneiexanthem nach Nirvanol-Kalzium-Darreichung?). Mitte September verhält sich der Patient ganz vernünftig beim Besuch der Frau, erleidet aber dann nochmals einen kleinen Rückfall.

Erbliche Belastung ist nach der Anamnese vorhanden, sehr auffallend erscheint dabei, dass der Patient ebenso wie seine Mutter und seine Schwester paranoische Verfolgungsideen während seiner melancholischen Phasen entwickelt. Es scheint mir wertvoll, festzustellen, dass in unserem Falle eine spezifische Färbung der Anfälle in der Vererbung erhalten geblieben ist.

Hübner hat eine Reihe ähnlicher Beobachtungen kürzlich veröffentlicht. Er sagt: „Man sieht also, dass die hereditären Beziehungen sich nicht auf die Vererbung der manisch-depressiven Krankheitsdisposition im allgemeinen beschränken, sondern dass wesentliche Eigenschaften der Gesamtpersönlichkeit sich auch bei anderen Gliedern der Familie finden“. Der vorgenannte Fall bestätigt diese Ansicht. Die gleiche Feststellung erlaubte uns Fall 3.

Kurve 8. (Fall 11, Alter 26 Jahre.)

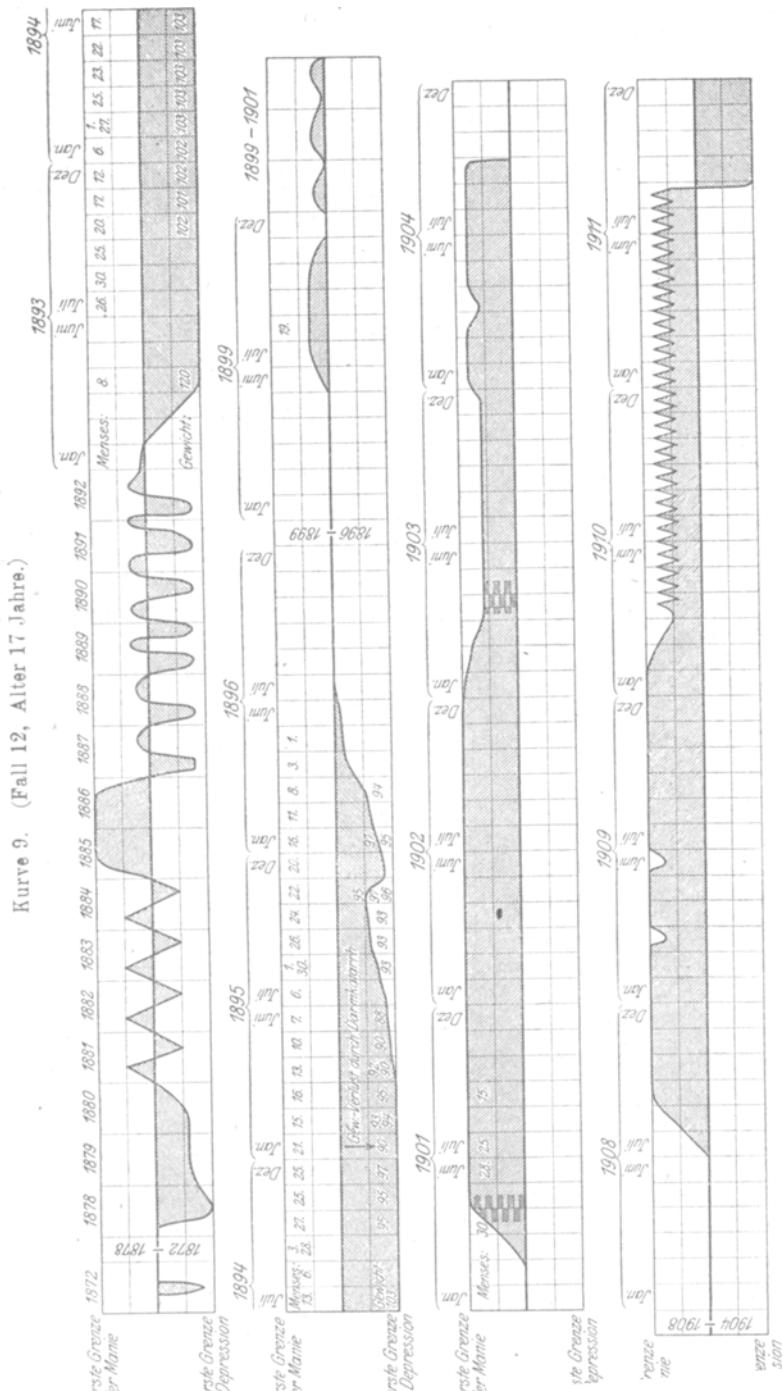


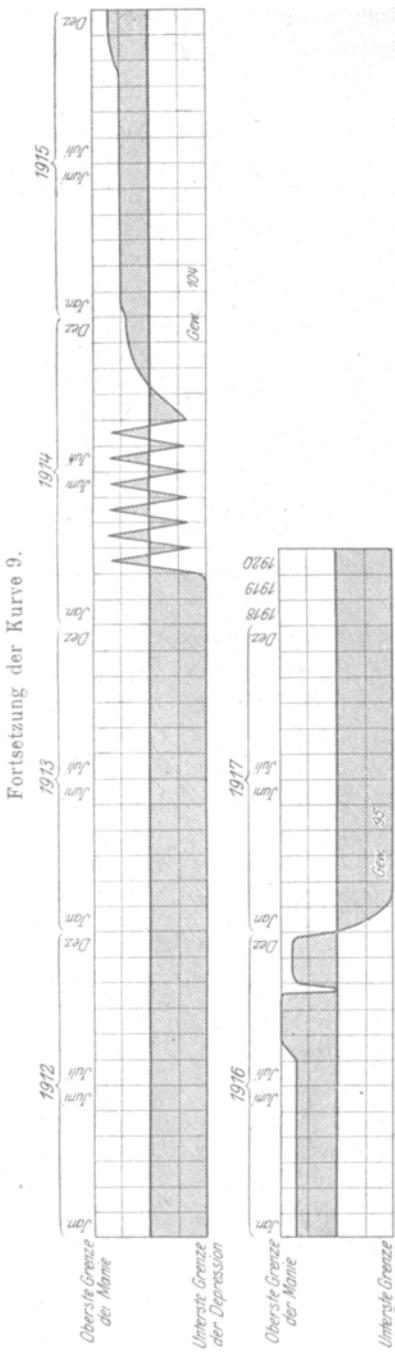
Fall 11. Pat. verheiratet, geboren 1879; mässig intelligent; stets pessimistische Lebensauffassung; nie ausgeprägte Verstimmungen oder hysterische Symptome. Kurz vor der Geburt des ersten Kindes (1905) fiel bei ihr eine scheue Apathie auf, die post partum zu einer schweren Melancholie wurde. Anstaltsbehandlung, Heilung. 18 gesunde Jahre, in denen ein zweites Wochenbett (1906) normal bleibt. Körperlich in diesem Zeitraum viel Unterleibsbeschwerden und Gallensteinkolik. Oktober 1918 schwere Gallensteinoperation mit Entfernung des Wurmfortsatzes, ferner Uterusausschabung. Kurz vorher Andeutung beginnender Depression, die sich voll entwickelt. Sedobrokur: Deutlicher Erfolg, in dem Pat. ihre depressiven Ideen sichtlich korrigiert. Die Zacken der Kurve im Januar und Februar 1919 erklären sich dadurch, dass eine zu schnelle Verminderung in der Dosierung des Mittels die Verstimmung schwerer werden lässt. Versuchsweise Entlassung im März 1919 misslingt, in schwerster Depression wird Pat. nach wenigen Tagen zurückgebracht. Viel Sinnestäuschungen; seit August 1919 Mischzustand.

Kritik: Es scheint, als habe die Schwangerschaft des Jahres 1905 die erste Depression ausgelöst. In dieser ertränkte die Patientin ihr kleines Kind, hatte aber nicht den Mnt, sich auch selbst das Leben zu nehmen. Wieweit die Depression 1918 durch die erwähnten Unterleibs- und Gallenbeschwerden akut wird, ist fraglich; postoperativ ist sie nicht; wohl aber kann die Schwere des Leidens zu der Zeit, wo es eine Operation erforderte, kraftvoll genug gewesen sein, die Melancholie auszulösen; während der Jahre bis 1918 ist das Ausbleiben einer solchen trotz bestehender Beschwerden dann durch deren geringere Intensität erklärt. Zu Anfang dieser zweiten Depression macht die Patientin wieder einen Mordversuch und zwar diesmal an ihrem 12jährigen Knaben. Es ist, als gehe ein blitzartiges Erinnern an die erste Tat durch die wieder verwirrte Psyche.

Der bis heute bestehende Mischzustand hält sich in der Mitte zwischen einem manischen Stupor und einer gedankenarmen Manie im Sinne Kraepelin's. Wir haben es also mit einem zirkulären Irresein zu tun.

Die Patientin ist konstitutionell depressiv-veranlagt.





Fall 12. Pat., mosaisch, verwitwet, geboren 1855. Von Temperament nervös-zappelig. 1872 erlitt sie einen depressiven Anfall, welcher in $2\frac{1}{2}$ Monaten vorüberging. Sie heiratete sich 1874 und geba^r 2 gesunde Kinder. Trotz vieler Aufregungen blieb sie psychisch durchaus gesund bis ins Jahr 1878. Damals begann mit einer schweren Depression ein zirkuläres Irresein.

Kritik: Die Kurve gliedert sich in vier Perioden, welche sich durch freie Intervalle scheiden. Die erste reicht von der Geburt der Kranken bis 1872. Es folgen 6 gesunde Jahre. Die zweite Periode geht von 1878—1896, dauert also 18 Jahre. Freie Zeit von 3 Jahren. Die 3. Abteilung der Zeichnung berechne ich von 1899—1904, also auf 5 Jahre. Die letzte Periode beginnt 1908 und ist heute, nach 12 Jahren noch nicht abgeschlossen.

Die Anfälle von 1872—1892 Ende mussten zum grossen Teil schematisch an Hand einer nicht sonderlich genauen Anamneserekonstruiert werden. Immerhin kommt der regelmässige Wechsel zwischen Depression und Manie deutlich zum Ausdruck. Die Depression, welche diesen Zeitabschnitt beschliesst, endet mit voller Heilung 1896. Auch die dritte Periode trägt den Stempel eines zirkulären Irreseins durch ihre beiden Mischzustände. Im letzten Abschnitte wechseln wieder ganz regelmässig Manie und Depression.

Die Schwere der Anfälle ergibt für die letzten 3 Perioden ein besonderes charakteristisches Bild. Insfern ist die Unterscheidung dieser

Abschnitte — ich lasse die vereinzelte Melancholie von 1872 als unwesentlich beiseite — auch innerlich gerechtfertigt.

Während der zweiten Periode nämlich überwiegt sichtlich die Melancholie über die Manie. Immerhin sind zu dieser Zeit beide Phasen noch von erträglichem Grade und nicht durchweg protrahiert. In der dritten Periode eine Manie nach der anderen; dazwischen nur zwei geringe Mischzustände. Der Schweregrad ist hier allerdings schon gesteigert. In der vierten Periode endlich sehen wir schwere und protrahierte Manien mit eben solchen Depressionen gesetzmässig wechseln. Es ist fast so, als sei der Ausschlag der Wage von 1872—1896 zu weit nach der Seite der Depression, von 1899—1904 zu weit nach der Manie hin verfolgt, und erst in der vierten Periode habe sich der Schwereausgleich in immer gleichem Rhythmus gefunden.

Der Uebergang der beiden alternierenden Phasen vollzieht sich seit der vierten Periode ziemlich plötzlich; auch die Manie von 1904 sinkt schon kritisch ab. Bis dahin ist sanftes Auf- und Absteigen die Regel. Ein Flackern der manischen Kurve zeigt lange vorher den Beginn der 1911er Melancholie an, ein zirkuläres Schwanken leitet von der 1914er Depression zur Manie des gleichen Jahres über.

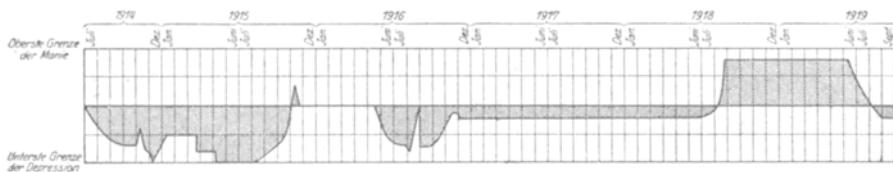
Die Symptome der Anfälle haben nichts Besonderes an sich. Die Melancholie der ersten beiden Perioden, bei jedem Anfall von den gleichen Versündigungs- und Wahnsinnen begleitet, zeigt agitierte Züge; die Depressionen der vierten Phase bieten das Bild ängstlicher Hemmung. Seit 1918 ist jeder Tag symptomatisch die Photographie des vorhergehenden. Bei den Manien überwiegen Verwirrtheitszustände.

Körperlich hat die Patientin stets einen sehr kleinen und schnellen Puls; dieser kann irregulär werden bei Anfällen von Herzangst und Atemnot, wie sie die manischen Phasen einleiten und begleiten. Die Melancholie zeigt keine beachtenswerten somatischen Begleiterscheinungen. Die Menses sind ziemlich regelmässig und steigern während der Melancholie 1893/1896 zuweilen die Unruhe.

Verschiedene Krankheiten hatte die Patientin durchzumachen. Ich nenne eine schwere Verbrennung als Folge eines Suizidversuches im April 1893. Die Wunden heilen in normaler Zeit schön ab, ein Zeichen dafür, dass die Stoffwechselintensität in der Melancholie nicht herabgesetzt sein muss. Auf die Wahrscheinlichkeit einer konstitutionellen Komponente komme ich später zurück. Januar 1895 verliert die Kranke durch einen Darmkatarrh 7 Pfund am Gewicht, holt diesen Verlust aber wieder rasch ein. Im Mai 1901 wird sie von einer rechtsseitigen Mastitis befallen: Glatte Heilung nach Inzision. April und Mai 1903 leichte Fazialisparese unbekannter Aetiologie.

Alle diese und andere minder bedeutende exogene Momente haben den bestehenden Zustand in nichts beeinflusst. Es muss auch bei der Betrachtung dieses Falles wieder hervorgehoben werden, dass gerade die für unsere Patientin schwerste Zeit von 1872—1878 mit ihrer Unruhe, ihren beiden Schwangerschaften und Wochenbetten überhaupt keine reaktiven Zustände gebracht hat. Aber auch sonst war für keinen der Anfälle jemals eine Veranlassung aufweisbar.

Kurve 10. (Fall 13, Alter 40 Jahre.)



Fall 13. Die 40jährige Kranke ist einziges Kind und weiss nichts von Heredität. In der seit 20 Jahren bestehenden Ehe gebaß sie 4 Kinder; die Geburten waren normal. Körperlich und geistig immer gesund; von Charakter ist sie sehr aufopfernd, anspruchslos und vor allem streng gegen sich und geht energisch gegen alle Mühsal an, ist aber dabei von recht fröhlichem Wesen. Schon im Winter 1913/14 wurde sie ohne ersichtlichen Grund nervös, erholte sich aber vollkommen; im Juli 1914 begann sie auf einer Auslandsreise still zu werden; bei Kriegsausbruch musste sie dann plötzlich nach Hause reisen, wo sie am Hilfswerk der ersten Kriegstage tätigen Anteil nahm. Mitte August verschlimmerte sich der Zustand zu einer deutlichen Depression, woran sich im Laufe der Jahre ein zirkuläres Irresein anschloss.

Kritik: Von einem zirkulären Irresein werden wir seit 1916 gewiss reden können, nachdem auf die Melancholie dieses Jahres eine massive Manie 1918/1919 gefolgt ist. Das Verbindungsstück zwischen diesen beiden Phasen ist eine leicht depressive Stimmung, die seit dem Abfall der zweiten Depression im November 1916 bis in den Sommer 1918 hineinzieht. Auf die Manie ist dann wieder eine Melancholie gefolgt, deren Anfangsteil nur verzeichnet werden konnte, da die Kranke im September 1919 die Anstalt verliess. Die Feststellung, wie weit die erste Depression 1914/15 schon zu dem späteren Zyklus rechnet, ist schwierig, da die kleine manische Zacke im November 1915 höchstens den Sinn einer reaktiven Manie hat. Da ich aber aus verschiedenen der Fälle die Ueberzeugung gewonnen habe, dass zwischen dem reaktiven Nachstadium einer Psychose unseres Gebiets und einer selbständigen, alternierenden Phase die Uebergänge denkbar fliessen (siehe hierüber auch den Schluss), ist die Entscheidung in solchem Falle unwichtig und mag dahingestellt bleiben.

Die verschiedenen Unregelmässigkeiten der Kurvenbegrenzungen sind rein endogen bedingt.

Die Depressionszeiten zeigen eine typisch traurige Verstimmung mit Hemmung und Versündigungsideen. Trotzdem diese Phasen zeitweilig sehr schwer sind, fällt es doch auf, wie immer wieder die Kranke sich in die Hand zu bekommen sucht, und auch stellenweise bekommt. Der Einfluss der eingangs geschilderten Veranlagung ist auffallend: In keinem meiner hier aufgeführten Fälle fand ich etwas Gleiches wieder.

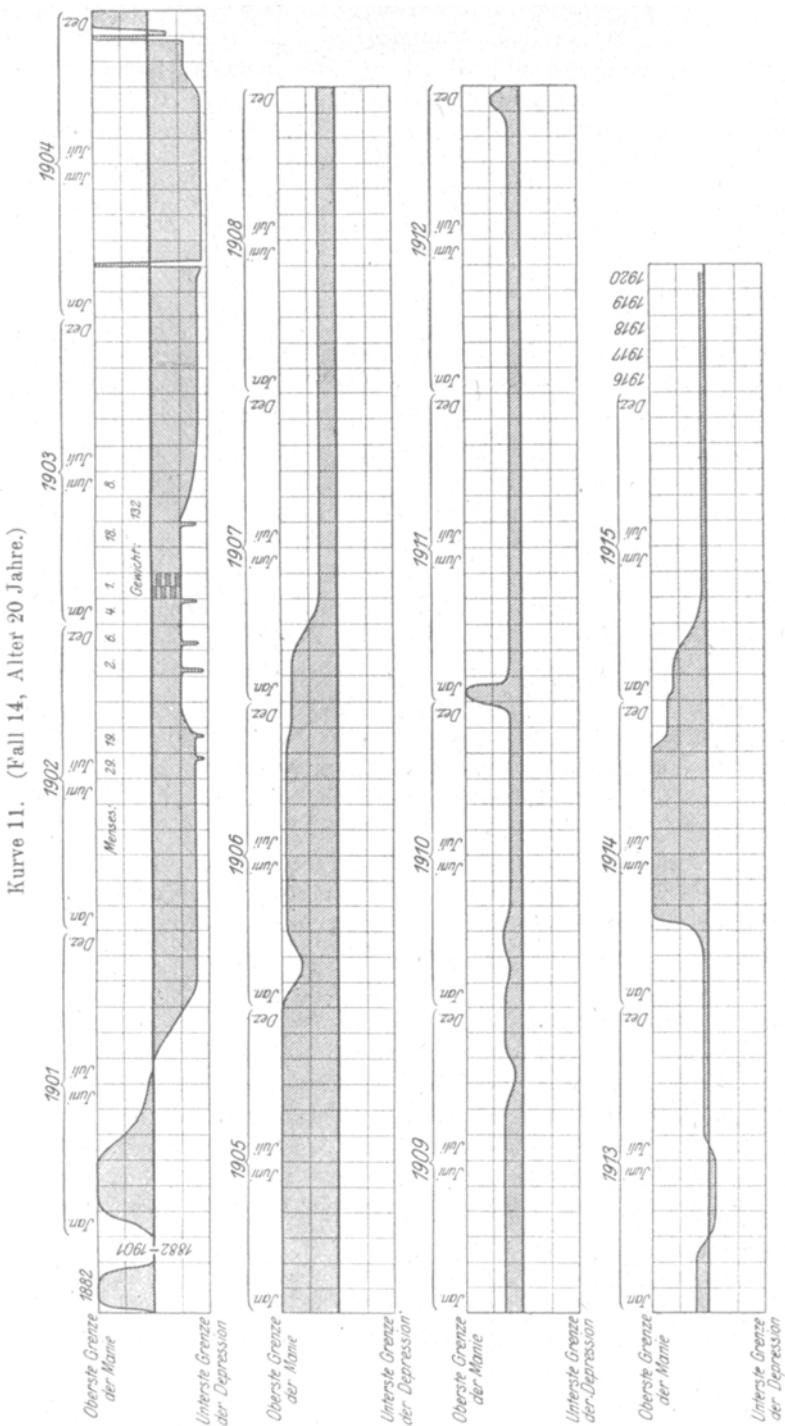
Aber auch die grosse Manie 1918/19 zeigt Besonderheiten. Sie entspricht im ganzen einem ziemlichen Verwirrtheitszustande. Zunächst hört die Kranke massenhaft Stimmen ihrer Angehörigen und führt lange Unterhaltungen mit ihnen, indem sie dabei wie eine Telegraphistin auf die elektrische Klingel ihres Zimmers drückt. Zeitlich ist sie nicht orientiert. Dann aber zeigen sich auch einzelne paranoische Ideen: So seien alle behandelnden Aerzte schuld an ihrem Unglück, sie werde dieselben vor Gericht stellen; auch eigenartig hypochondrisch verfärbte Wahnideen: Sie leide an Zucker, sie habe taubeneigrosse Gehirntuberkel, sie habe einen Schlaganfall gehabt, bis zum Nabel sei erst alles gelähmt gewesen, dann aber wieder normal geworden. Da die Kranke gleichzeitig an Kopfschmerzen leidet, anderseits Parästhesien und Hyperästhesien sowohl während der Melancholie wie auch während der Manie vorkommen können, werden wir letztere Wahnideen als umgedeutete Sensibilitätsstörungen ansehen dürfen.

Auch erhebliche Grössenideen („Tochter ist mit Hindenburg verheiratet“) sind beobachtet.

In ein eigenartiges Gewand hat sich die bei weiblichen manischen Kranken oft stark entwickelte Erotik gekleidet. So glaubt Patientin, dass sie täglich mehrere Kinder gebäre, legt sich auch hier und da nieder, um zu gebären. Eines Tages wieder erbittet sie Glückwünsche zur Geburt eines Kindes in der vergangenen Nacht.

Während der manischen Zeit zeigt die Kranke einen enormen Heiss-hunger.

Fall 14. Pat. verwitwet, geboren 1864. Im Jahre 1882 litt sie an einer Manie, welche in ihr 20. Lebensjahr fiel, das ganze Jahr andauerte und in völlige Heilung überging. Im 24. Lebensjahr hat sich die Pat. verheiratet. Die Ehegemeinschaft dauerte, da der Mann bald starb, nur 3 Jahre. In dieser Zeit gebärt sie 2 gesunde Kinder. Ende der 90er Jahre zeigte sich bei der Pat. eine leichte Adipositas und eine Struma. Durch vorsichtige Dosen Jodkali verloren sich die Beschwerden. Statt dessen trat ein erheblicher Grad von Strematismus (Anämie) verbunden mit Herzklopfen, schnellem Puls und schlechtem Schlaf auf. An der Jahreswende 1900/01 kam es zu einer neuen Manie, die ein zirkuläres Irresein einleitete.



Kritik: Auf die erste schwere Manie des Jahres 1882 folgt eine 19jährige vollkommen gesunde Zeit. Eine neue Manie leitet 1901 die bis heute bestehende Krankheit ein. Mitte 1901 wird diese Manie von einer langen Melancholie abgelöst. Dieser erste Zyklus reicht bis Januar 1903. Denn mit dem im Februar 1903 hervortretenden Mischzustand leitet sich die zweite Doppelphase ein, die Ende 1904 in eine neue Manie umschlägt; diese besteht noch jetzt und dauert schon 15 Jahre. Sie ist chronisch geworden (wenn man will; periodisch ohne freies Intervall); wir vernachlässigen dabei die eben erkennbare Depression von 1913.

Eine Andeutung der Schwere der Anfälle enthält schon die Manie von 1882, die tobsuchtsartig beginnt und nur recht langsam abfällt. Ueberhaupt zeigt ein Blick über die Kurve, dass die manischen Phasen ohne Ausnahme unvermittelt steil werden und lytisch enden. Sehr schön ist dieses Emporschnellen in den beiden manischen Zacken des März und November 1904 erkennbar. Die Melancholie beginnt langsam im August 1901, schlägt aber Ende 1904 plötzlich in die Manie um. Diese Melancholie ist durchweg schwer und zeigt eine menstruelle Verschlimmerung ihres Zustandes. Es ist das in der Kurve angedeutet.

Auf eine zeitliche, in der Zeichnung zum Ausdruck kommende Eigentümlichkeit möchte ich hinweisen: Es ist der Umstand, dass die Monate Dezember—Januar verschiedentlich mit dem Beginn stärkerer Kurvenausschläge identisch sind (1882, 1901, 1904 Ende, 1910 Ende, 1912 Ende). Aehnliches sieht man auch bei den anderen Kurven mehrfach. Wird sich derartiges, wie ich annehme, bei einem grösseren Material nachweisen lassen, so liessen sich vielleicht besonders gefährdete kritische Zeiten von Fall zu Fall angeben.

Zur Symptomatologie der Anfälle folgendes: Von September 1906 bis Oktober 1907 zeigen sich massenhafte Gehörshalluzinationen; die Kranke glaubt durchs Telephon Stimmen ihrer Kinder und Verwandten zu hören, die ihr gewöhnlich Todesfälle mitteilen. Einsicht in die Unmöglichkeit dieser Dinge ist mit dem Abklingen des Zustandes vorhanden. April 1907 hat Patientin Einsicht für die vorhergegangene Depression. Im selben Jahre allerlei hypochondrische Beschwerden. In der Manie von 1914 wieder die gleichen Gehörshalluzinationen wie 1906/07; seit 1918 wickelt sich das Leben der Patientin ein um den anderen Tag in völlig gleicher, geordneter Weise ab. Die melancholische Phase zeigt nichts Besonderes. Sie entspricht dem Bild einer schweren Hemmung, welches menstruell allerdings agitierte Züge zeigt.

Körperlich ist schon seit Ende der 90er Jahre eine Struma bemerkt und behandelt worden. Sie geht einher mit viel Atembeschwerden, Herzklopfen nach Treppensteigen, Kopfdruck, Schwindelgefühlen, Adipositas und einem von Jugend auf bestehenden Pulsus perpetuus.

irregularis. Ein organischer Herzfehler ist nicht festzustellen. Bei der Aufnahme im Juli 1902 fällt ein Exophthalmus auf (kein Basedow), 2 mal Thyreoidinkur: August 1907 und März 1908. Jedesmal Besserung der Beschwerden. Die Atemnot ist übrigens während der Manie und Melancholie beobachtet, Herzbeschwerden nur während der Manie. Bei Atemnotanfällen Zyanose des Gesichtes; Juli 1902 gleichzeitig dabei eine sehr starke Schweißsekretion und starke Schuppenbildung des Kopfes. Auffällig ist ein aussergewöhnlicher Durst während der geringen Depression von 1913. Urin sehr vermehrt, ist dabei wie stets ohne Eiweiss und ohne Zucker selbst bei alimentärer Zuckerdarreichung. Spezifisches Gewicht damals 1008.

An interkurrenten Krankheiten sind anzuführen: eine dreitägige fieberrhafte Influenza (März 1908), eine geringe Furunkulose (Oktober 1908), Druckempfindlichkeit der Lebergegend (1909), ein Anfall von Cholelithiasis (Januar 1910), stärkere Furunkulose (März 1911, November 1911), Furunkulose (Ende 1915), fieberrhafte Angina und Furunkulose (Mai 1919). Die Furunkulose steht somit im Vordergrunde.

Der Charakter ist seit Ende 1911 schon im Sinne einer leichten nörgelnden Reizbarkeit bei Mangel an Affekt verändert.

Wenn wir uns nach der Einwirkung exogener Momente fragen, so ist zunächst festzustellen, dass die interkurrenten Krankheiten Einfluss auf Ablauf des Leidens nicht zeigen. Auch die Struma mit ihren verschiedenen Beschwerden bestimmt das Bild nicht erkennbar. Dabei ist jedoch festzuhalten, dass nach 19 jähriger geistesgesunder Zeit die neuvenile Erkrankung zeitlich mit dem Auftreten einer Struma zusammenfällt. Ein Zusammenhang (genetischer?) scheint vorzuliegen. Ausgelöst wurde dann die Manie 1901 weiter durch Aufregungen in der Erziehung des Sohnes sowie besonders durch einen nächtlich der Patientin zugestellten Eilbrief. Die beiden manischen Zacken 1904 entstehen ohne Grund, ebenso der Umschwung zur Manie im Dezember gleichen Jahres. Die Erwartung des Besuches von Sohn und dessen Braut Ende Dezember 1910 macht die Patientin innerlich unruhig, wodurch eine kurze, aber schwere Manie ausgelöst wird. Die kleine Manie des Dezembers 1912 entsteht unmotiviert. Dagegen entsteht keinerlei Reaktion, als Patientin im Februar 1913 die Nachricht vom Tode ihrer Schwester und ihres Schwagers erhält. Von August bis Oktober 1913 war die Kranke dann zu ihren Kindern beurlaubt und kam recht geordnet zurück. Sie wurde hierauf probeweise im Februar 1914 nochmals entlassen, um es mit einem eigenen Heim zu versuchen. War der Versuch vorher gut gegangen, so scheiterte er jetzt beim ersten Konflikt mit der Aussenwelt und brachte eine ausserordentlich schwere Manie hervor. Seither blieb die Kranke in Anstaltspflege.

Der Fall zeigt wieder, wie es oft keineswegs die schweren Erlebnisse des Lebens sind, die wir verantwortlich sehen für den Ausbruch der Anfälle, sondern vielfach gerade die kleinen, alltäglichen Mühen und Ereignisse.

Fall 15. Verwitwete Patientin, 43 Jahre alt; zwei Kinder, davon eins gesund, eins schwachsinnig. Vater und Mutter der Patientin starben in hohem Alter an Arteriosklerose. Ein Bruder der Kranken befindet sich in einer Anstalt. Sie selbst hatte als Kind epileptische Anfälle, war aber sonst gesund. 1914 zwei Anfälle manischer Färbung. Seit Februar 1920 stärkere Depression, die in Manie umschlägt.

Kritik: Interessant ist, dass dieses zirkuläre Irresein auf dem Boden einer Epilepsie gewachsen scheint, wenn man nicht an eine zufällige Kombination von Epilepsie mit manisch-depressivem Irresein denken möchte. Denn wie als Kind, so hat die Kranke in der Zeit des Ueberganges der Depression in die Manie wieder einen Anfall von epileptischer Bewusstlosigkeit (Zungenbiss). Der Intellekt der Patientin erscheint erheblich geschwächt.

Auslösende Momente, wie Ueberanstrengung und unangenehme geschäftliche Dinge, werden für die manisch-depressiven Anfälle von ihr herangezogen; der Tod des Mannes (1915) löst keinerlei Reaktion aus.

Fall 16. 24jährige Patientin, unverheiratet; keine Heredität. Alle Familienangehörigen sind geistesgesund, recht alt geworden. Auch die Kranke selbst war von Jugend auf immer gesund, körperlich wie psychisch. Sie lernte gut, ist auch künstlerisch recht begabt und war von heiterem, ausgelassenem Temperament, dabei ein wenig sensibel und zeitweise verschlossen. Mit 12 Jahren (1908) machte sie eine Operation durch; kurze Zeit danach wurde sie sehr aufgereggt und unruhig, sah auch „Bilder“. Das ging aber rasch vorüber. Als sie 1914 mit Kriegsausbruch die Schweiz plötzlich verliess, wo sie bis dahin in Pension war, soll diese Reise bei ihr eine Erregung ausgelöst haben, während welcher sie dauernd lachte. Auch das ging vorüber. Im Anschluss an die Operation einer Hernie (Herbst 1915) klagte sie über Appetitlosigkeit und wollte nicht essen; obwohl das über ein Jahr so blieb, fühlte sie sich sonst wohl, konnte auch gut arbeiten. Nach einem Jahr sagte sie plötzlich: „Nun kann ich wieder essen“. Damit war dieser Zustand behoben. Frühjahr 1917 begann sie ausserordentlich geistig zu arbeiten, las die schwersten Bücher, war recht vergnügt und aufgereggt. In jene Zeit spielen verschiedene Liebesangelegenheiten hinein, die die vorhandene Erregung noch steigerten. Im Herbst 1917 machte sie die Hochzeit einer Kusine mit. Als während derselben ihr ein Vetter, den sie wohl liebte, den sie aber aus äusseren Gründen nie hätte heiraten können, ihr eine Liebeserklärung macht, fällt sie ohnmächtig zusammen. Von diesem Augenblick an ist sie deutlich deprimiert, was bis Mai 1918 anhält. Hierauf folgt eine Zeit sehr wechselnder Stimmungslage. In diese Tage fällt ein Heiratsantrag, den der Vater einer sehr guten Freundin ihr

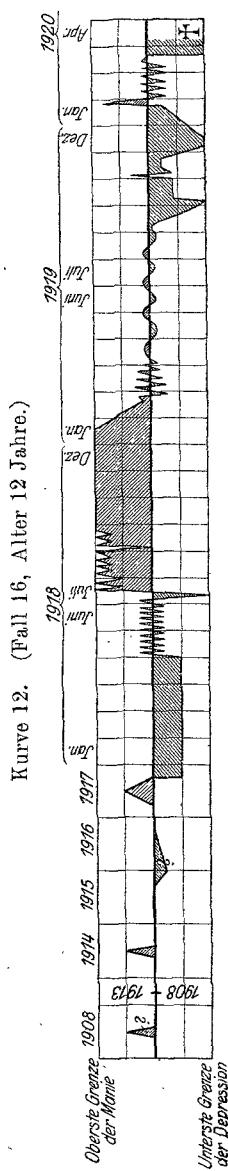
macht. Ausser einer ziemlichen Aufregung bringt er keinen psychischen Aus- schlag. Im Juli 1918 macht die Pat. einen plötzlichen Weinkrampf durch, dem eine massive Manie auf dem Fusse folgt. Seit jener Zeit ist sie deutlich zirkulär gewesen bis zu ihrem Tode, der im April 1920 während einer tiefen Depression infolge einer Sepsis erfolgte.

Kritik: Für die Jahre 1908—1917 ist die Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein eigentlich nur für die Hypomanie 1914 gesichert, wie aus der Vorgesichte hervorgeht; ebenso für die Hypomanie 1917. Der erste Anfall, wenn man davon reden darf, im Jahre 1908 kann nach der ungenauen Anamnese sowohl ein manischer oder depressiver Anfall wie eine postoperative Halluzinose gewesen sein. Das lässt sich so nicht entscheiden. Ein Analogieschluss auf ein manisch-depressives Bild läge insofern nahe, als nach einer Hernienoperation im Jahre 1915 ebenfalls ein Anfall eintritt, der zwar auch keine deutliche Färbung zeigt; ich glaube aber immerhin hier eine Andeutung melancholischer Zustände in der Appetitlosigkeit, die über ein Jahr andauert, erkennen zu können; merkwürdig ist das ganz unvermittelte Uebergehen dieses Zustandes zur Norm. Das spricht eher noch wie die Dauer für die psychische Bedingtheit der Erscheinung. Eine postoperative Halluzinose ist diesmal ausschliessbar.

Aus den angegebenen Gründen nahm ich die bezeichneten Phasen in die Kurve mit einem Fragezeichen auf.

Im weiteren Verlauf bietet die Zeichnung dann ein klares Bild; die tiefe melancholische Zacke im Juli 1918 stellt den Weinkrampf dar, der unmittelbar in die Manie übergeht. Etwas schematisch sind die Uebergänge zwischen den grossen Phasen gehalten. Wir sehen freie Intervalle nicht mehr, seit der Zyklus entfesselt ist.

Die Manie 1918 ist sehr schwer. Die Kranke ist dabei leicht verwirrt. Sie hört viel Stimmen, mit denen sie mitunter leise unter der Bettdecke spricht. Ausserordentliche motorische Unruhe. Dabei muss bemerkt werden, dass trotz des Herumtobens und Springens



im Zimmer während der Manie (1918/19) keine Spur von Ermüdung auffällt; sobald aber der Abfall der Erregung im Februar 1919 da ist, kann die Patientin nicht mehr auf den Beinen stehen und geht längere Zeit mit zitternden Schritten.

Auch katatoniforme Symptome treten in Erscheinung, sie beherrschen jedoch nicht ganz das Bild. So hält während der Depression 1920, die sowohl Hemmungszustände wie agitiert-melancholische produziert, die Kranke den Stuhl stark zurück, verharrt zuweilen in unbequem krampfhafter Stellung, übt bei der Sondenernährung eine heftige Resistenz, gibt die eingegebene Nahrung wieder, plärrt mit vor dem Munde hängender Zunge in eigentümlicher Weise, wobei ihr Schaum und Speichel heraustrieft. Die Augen sind dabei halb geschlossen. So bleibt es bis in die letale Sepsis hinein, die sie durch eiternde Wunden sich zuzieht, welche beim andauernden Scheuern der Füsse sich bildeten. Vielleicht lässt sich in diesem Zusammenhang auch der Umstand verwerten, dass während der beiden erwähnten Depressionen die Kranke wiederholt versucht, sich aus dem Bette herausfallen zu lassen. An sich wäre das ja während einer Melancholie auch im suizidalen Sinne erklärbar, aber schon in der Manie 1918 tritt das gleiche vereinzelt auf.

Exogene Momente spielen, wie wir schon sahen, eine nicht zu verkennende Rolle, namentlich bis 1918. Ich möchte noch auf eins hinweisen, was in diesem Falle sehr schön in Erscheinung tritt. Zweimal werden der Patientin Heiratsanträge gemacht; wir haben so Gelegenheit, den Effekt zu studieren, den das gleiche Erlebnis unter mutatis mutandis gleichen Umständen hervorbringt. Er ist für das, was wir bisher erkannten, bezeichnend: Das einmal antwortet die Patientin mit einer sofortigen, deutlichen Depression, das anderemal geht die Erregung nicht über ein Normalmass hinaus.

Die nun folgenden typischen zirkulären Fälle, die seit Beginn als solche verliefen, sollen die Arbeit beschliessen.

Gruppe V: Zirkuläres Irresein seit Beginn.

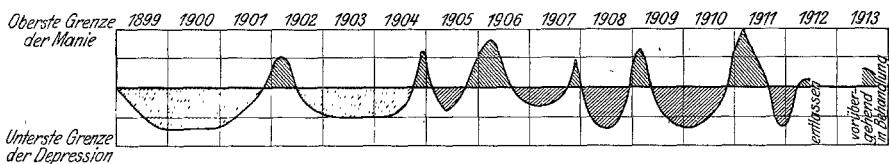
Fall 17. Pat., mosaisch, geboren 1881, von Kind auf wechselnder Stimmung: einmal ganz stumm, dann wieder sehr vergnügt. Ein Onkel geisteskrank, ein Vetter hysterisch. Heiratete mit 21 Jahren. Im Anschluss an das erste Wochenbett (November 1903) starke Depression, die in Hypomanie überging. Seither kommt die Kranke aus dem Zyklus nicht heraus. Im Oktober 1906 Geburt des zweiten Kindes während der Depression. Der erwartete Umenschlag der Hypomanie erfolgt gesetzmässig. Während der Manie 1917—19 zeitweise katatone Symptome: Wortsalat, stereotype Redensarten, ziemliche Affektstiefe, Grimassieren und Haltungsmanieren. Seit dem 10. Juli 1919 einen

um den anderen Tag eine Ampulle Hormin (Natterer) subkutan; die Injektionen werden nach Besserung des Zustandes am 4. Oktober 1919 abgesetzt. Juni 1920 hat eine neue Depression begonnen.

Kritik: Die Kranke ist von Jugend auf offenbar zyklothym. Die erste Geburt steigert die Anlage nur quantitativ; die Kurve ergibt ein zirkuläres Irresein. Die Frage nach freien Intervallen ist dahin zu beantworten, dass anormale Schwankungen auch zwischen den Phasen fortbestanden haben; sie mögen aber auch oft sehr gering gewesen und unbemerkt geblieben sein. In der Schwere der Anfälle haben weder Manie noch Melancholie bis 1917 viel geschwankt, auch die Zeitdauer der Phase ist ziemlich gleichmässig. Aus dem Rahmen heraus fällt die Manie der Jahre 1917—19, die ebenso schwer wie protrahiert ist. Bei ihr treffen wir auf Symptome, die wir bis dahin bei der Kranken nicht sahen. Es sind die oben erwähnten katatonen Erscheinungen. Gerade die fehlende Affektivität und das Grimassieren hat neben dem Wortlaut und dem übrigen Verhalten der Kranken Anstoss zu der Bemerkung in den Akten gegeben: „Macht ganz den Eindruck eines verblödenden Kata-tonikers“ (28. 1. 1918). Von den sonstigen Begleiterscheinungen der manischen Zeiten unserer Patientin will ich nur eine unerhört gesteigerte Esssucht erwähnen, außerdem ein geringes Ansteigen der Erregung zur Zeit der Nenses.

Inwieweit die Hormininjektionen auf die Lösung der Manie Einfluss hatten, lasse ich dahingestellt. Selbst wenn die Kurve gleich hinterher zur Norm zurückkehrt, liegt das post hoc, ergo propter hoc allein schon bei der Länge der Phase zu nahe. Außerdem zeigt beim Fall 9 die Därreichung des gleichen Präparates gar keine Wirkung trotz langer Anwendung.

Kurve 13. (Fall 18, Alter 48 Jahre.)



Fall 18. Der 1907 deprimiert in die Anstaltsbehandlung eingetretene Pat. ist 56 Jahre alt und stammt aus einer schwer belasteten Familie. Der Vater starb an Altersschwäche; die Mutter litt ihr ganzes Leben lang an religiösem Wahn. Zwei Schwestern der Mutter starben im Irrenhaus. Von den 13 Geschwistern des Kranken leben noch 4. Eine Schwester starb im Alter von 24 Jahren an Selbstmord aus Liebeskummer. Ein Bruder ist sozial sehr heruntergekommen und führt ein kümmerliches Dasein. Die Frau des Pat. ist

geistig gesund. Der Ehe entsprossen 2 lebende Kinder, von denen eine Tochter etwas im Wesen verschroben ist. Der Sohn wurde vom Vater schon in früher Jugend zu ausschweifendem Leben verführt und ist gesundheitlich wie sozial heruntergekommen.

Schon in seinen jungen Jahren besass Pat. eine phantastisch-theatralische Art, sich zu geben; er zeigte eine gewisse Grossmannssucht, war ausgelassen in Venere et Baccho, konnte sehr viel vertragen. Im Kriege 1870/71 wurde ihm der linke Arm durch einen Schuss gebrauchsunfähig.

Kritik: Der Kranke, der körperlich sehr stark gebaut ist und keine Anormalität zeigt, ist von Beruf Grossagent einer hervorragenden ausländischen Industrie. Er tritt in einer leichten Depression in die Anstalt ein, die in eine Hypomanie übergeht, welche der Depression eines neuen Zyklus weicht. Wir sehen ein schönes Beispiel eines zirkulären Irreseins im Bilde vor uns.

Rein formal fallen zwei Abschnitte innerhalb des sonst sehr einheitlichen Verlaufes auf. Von 1899 bis September 1907 reicht der erste Teil, welcher sich durch ein Abschwellen der melancholischen Phase kennzeichnet, während die manische schubweise wächst. Von September 1907 bis August 1911 wiederholt sich dieses Spiel der Manie genau so, während die Depressionen gleich schwer bleiben. Einen dritten Teil der Kurve glaube ich ausserdem in den Jahren 1912 und 1913 erblicken zu dürfen, wenn auch die Beobachtung in dieser Zeit sehr gering ist. 1912 wurde der Kranke leicht hypomanisch entlassen, 1913 war er auf wenige Wochen vorübergehend in Behandlung. Immerhin lässt sich feststellen, dass die manische Phase, wenn wir einen Rekonstruktionsversuch wagen wollen, dies eigenartige Anschwellen von neuem zeigt. Die vorauszusetzende Depression zwischen 1912 und 1913 fehlt zwar im Krankenblatt, immerhin ist ihre Existenz äusserst wahrscheinlich.

In diesem Zusammenhang muss bemerkt werden, dass über den Anfang seiner Krankheit der Patient angibt, dass ein dauernder manischer Zustand (Hypomanie) mit seltenen Depressionen bis 1899 geherrscht habe. Schon als junger Soldat im Kriege von 1870 hat er manische Zustände gekannt. Diese Angaben sind um so verlässlicher, als der Patient eine vorzügliche Selbstbeobachtung zeigt. Es ist also festzustellen, dass ein vorwiegend chronisch- (periodisch?) manischer Zustand in ein zirkuläres Irresein übergeht. Ich möchte hier vorweg nehmen, dass wir das Umgekehrte bei Fall 19 sehen werden.

Der vorzüglichen Selbstbeobachtung des sehr gebildeten und intelligenten Kranken verdanken wir eine gute Schilderung seiner Anfälle. Ich will einiges daraus mitteilen, da es auch auf die Symptomatologie der Anfälle ein Licht zu werfen geeignet ist.

Während der Jahre bis 1899 war Patient, wie auch später, als Grossagent einer der grössten Zuckerraffinerien des Auslandes tätig. Er stellte sich als solcher die Aufgabe, alljährlich den Stand der Rübenkulturen ganz Europas (!) aus eigener Anschauung kennen zu lernen, worauf er seine Preiskalkulationen gründete. Das war sein System, mit dem er zum Erfolg kam. So reiste er Tag und Nacht kreuz und quer durch Europa, von Italien bis tief nach Russland, durch Deutschland, Belgien, Holland, wo nur eine Rübenkultur sich fand. Während dieses „Rasens“, wie er selbst es nennt, stand er mit Sonnenaufgang am Fenster seines Abteils, Notizen machend, und ebenso unermüdlich fand ihn der Abend, während rechts und links die Kulturen vorüberglitten. Er benutzte alle denkbaren Züge, stieg unzählige Male um, während er die Nacht benutzte, wertlose Strecken zu befahren. Dabei schliess er monatelang kaum einige Stunden; ja, wenn er abends nach langem Jagen in einer Stadt abstieg, erledigte er seine laufenden Rechnungen, kombinierte Börse und Wetterberichte, schrieb an Broschüren, machte Gedichte, von letzteren bis 15 in einer halben Stunde. Wohin er kam, gab er Feste und Bankette, fuhr stets im blumengeschmückten Auto, warf Geld mit vollen Händen aus, nahm alle Genüsse rücksichtslos mit. Dabei leitete er eine von ihm selbst gegründete Fachzeitschrift ganz allein, die ihm noch zu klein schien, alle Gedanken aufzunehmen; so schrieb er noch für namhafte Kontinentzeitungen. Aber auch schon damals hatte er seltene Zeiten, wo er kaum eine Zeile schreiben konnte, wo er verzagt war, während er an „normalen“ Tagen sich mit Napoleon und Goethe verglich und sich für den begabtesten aller Menschen hielt.

Seit 1899 begannen dann Depressionen und Erregungen regelmässig zu wechseln. Davon waren die Hemmungen so stark, dass er in diesen Phasen nicht mehr arbeiten konnte, während die Manien seine Grössenideen so steigerten, dass sein klares Urteil getrübt wurde und seine Geschäfte öfters schief gingen. Eine schöne Beschreibung gibt der Patient von seiner Manie des Jahres 1905/06, in denen jene Grössenideen klar hervor treten. Er hatte damals den Gedanken, auf der Höhe von Kiew ein Denkmal „à la Nero oder Kaligula“ sich zu Ehren aufstellen zu lassen, welches den Blick über die Dnjeprrübenkulturen richten sollte, ein Symbol dafür, dass alle seine Feinde, von seiner geistigen und körperlichen Kraft überwältigt, im Dnjepir versinken sollten. Uebrigens hatte er einen ganz ähnlichen Denkmalsplan schon in der Manie 1904 gehabt. Zur Einweihungsfeier dieses Monuments sollten dann auf ein gegebenes Zeichen 6000 Wassermühlen des Dnjepir mit einem elektrischen Schlag entzündet werden, und zwar so, dass die Flammen die russischen Nationalfarben trügen. Das alles wollte er

von seinem zu erwartenden Verdienst bestreiten. Als er dann von Russland abreiste, gab er den Spitzen der Industrie in Kiew ein Abschiedsbankett, dessen überaus prunkvoller Verlauf die manische Erregung in allen Einzelheiten erkennen lässt, allerdings auch ersichtlich macht, mit welchen Feinheiten dieser von einer Psychose beherrschte Geist seine unglückliche Anlage zu nutzen, bewusst zu nutzen verstand. Ja, in der Erkenntnis dieser gesteigerten, kombinatorischen und produktiven Schaffensmöglichkeiten bittet der Patient den Arzt, die Melancholien zu kürzen, die Manie aber leichter, jedoch recht lang zu machen. Sehr gut zusammenfassend sagt der Kranke 1911: „In der Erregung bin ich ein grosser Ballon voll Gedanken, in der Depression ein zusammengefallener Mehlsack mit etwas trüber Gelehrsamkeit.“

Die Grössenideen neben dem masslosen Rasen sind es also, welche die manischen Zeiten beherrschen, und die rückwirkend wieder die Arbeitswut zu steigern scheinen, so dass die Art und Weise des Schaffens bei dem Kranken ein fortwährendes Sichselbstüberbieten wird. Immerhin ein meist erfolgreiches, wie überhaupt im praktischen Leben eine derartige Anlage auch positive Bedeutung gewinnen kann. Vielleicht tut sie es öfters, als wir wissen. So ist unter Künstlern die manisch-depressive Grundstimmung eine auffallend häufige und für manche unserer vergangenen Geistesgrössen feststehend; hier haben wir einen Vertreter grösster Industrieinteressen vor uns, der von einem zirkulären Irresein eingefangen, aus seiner Anlage Kapital zu schlagen verstanden hat.

Fall 19. Es handelt sich um eine 1868 geborene Dame, deren Gemahl eine höhere Offizierstelle bekleidete. Der Vater soll nervös gewesen sein. Auch die Mutter wurde nach Geburt der Pat. nervös. Sie äusserte Sterbegedanken, wurde aber wieder gut. Eine Schwester der Mutter erkrankte ebenfalls im Wochenbett psychisch. Pat. selbst war als Mädchen gesund, nie hysterisch, hatte aber ein weiches Gemüt. Sie hat 3 Kinder geboren, von denen das zweite im März 1891 zur Welt kam. Das Kind wurde von ihr 8 Wochen gestillt. In dieser Zeit litt sie an einem Magengeschwür. Seit Anfang Juli begann alsdann mit einer Depression ihre Krankheit, die sich mit Unterbrechungen bis heute (1920) hingezogen hat, und in deren Verlauf die Kranke die Hertz'sche Kuranstalt Bonn 24 mal aufsuchte.

Kritik: Die Familienanamnese deutet auf (gleichartige?) erbliche Belastung. Ueberblicken wir die gesamte Kurve, so können wir 2 Teile deutlich unterscheiden, die durch die Jahreswende 1904/1905 scharf gegeneinander begrenzt sind. In der Periode 1891—1904 haben wir es mit einem typischen zirkulären Irresein zu tun. Im 23. Lebensjahr beginnt die Krankheit mit einer Melancholie, der eine manische Phase auf dem Fusse folgt, und nun geht in ununterbrochenem Spiel die Wage

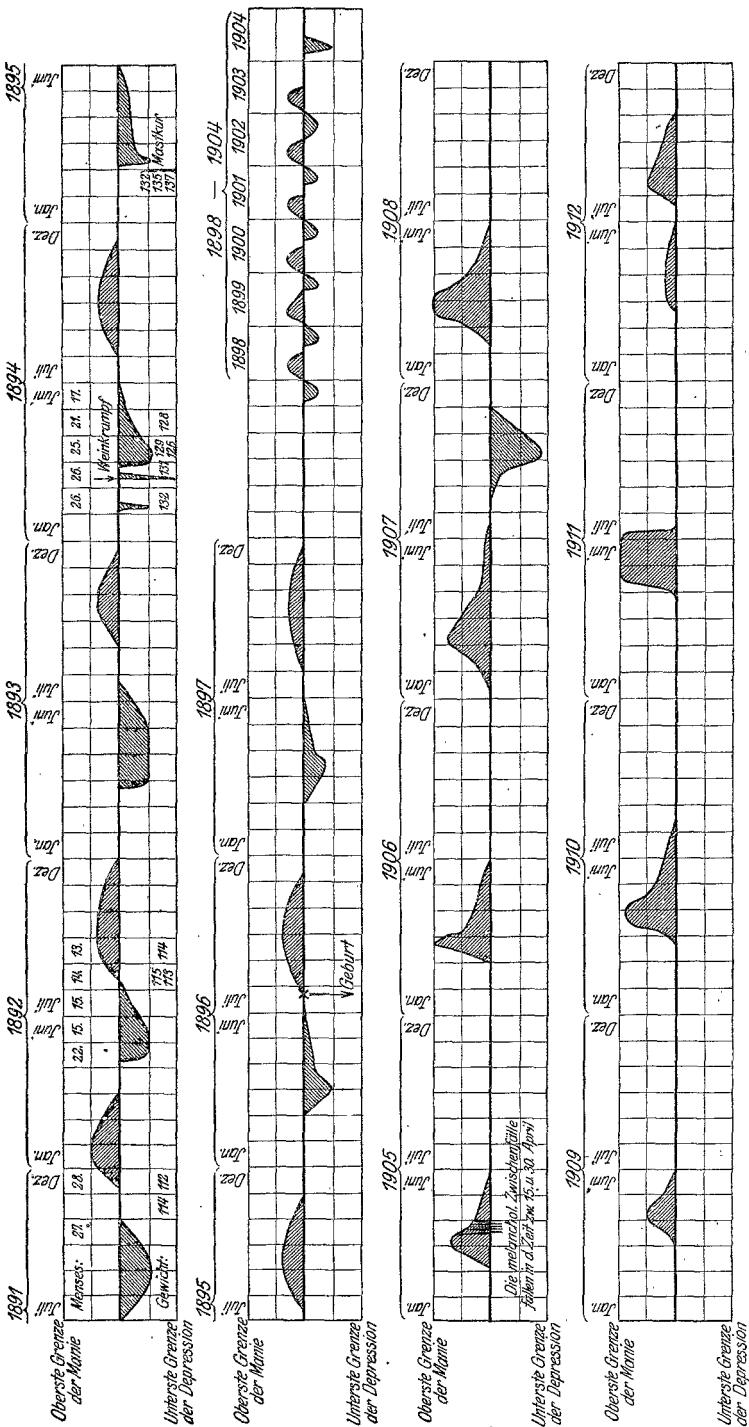
auf und ab. Wie öfters sehen wir auch in diesem Fall, dass von körperlichen Symptomen eine Obstipation wenigstens die ersten Anfälle der Melancholie regelmässig begleitet, plötzlich mit ihr einsetzt, um bei fortschreitender Besserung sich zu verlieren. Ein Gegenstück dazu findet sich darin, dass in den letzten Jahren der zweiten Periode (1905—1920) Herzbeklemmungen mit der manischen Phase einhergehen, ja den beginnenden Anfall geradezu anzeigen, ebenso ist das Hörvermögen während einer Manie meist herabgesetzt.

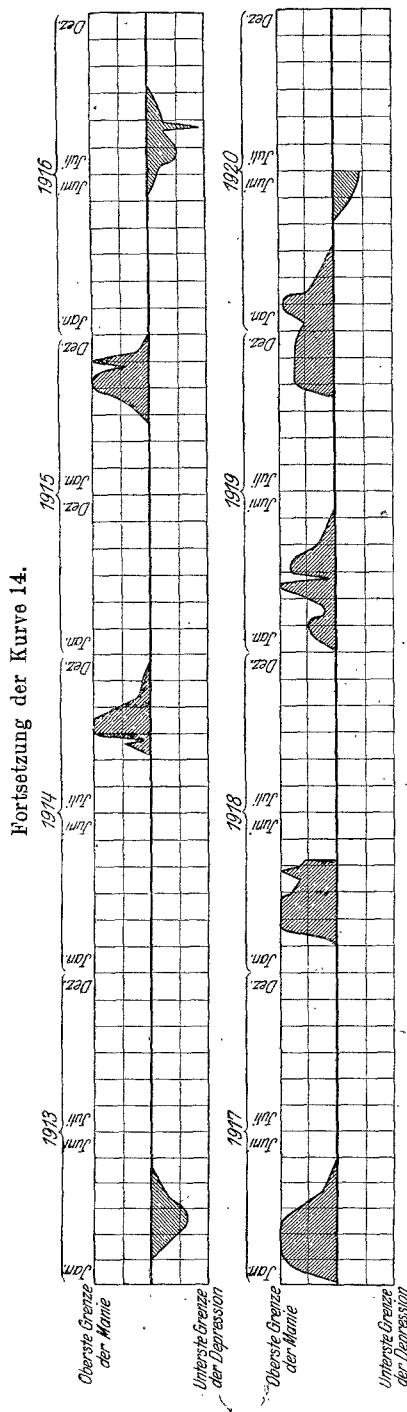
Aus den Kurven ersehen wir weiter, dass einerseits die einzelnen Anfälle seit dem Beginn der Erkrankung eine Tendenz zur fortschreitenden Abschwächung erkennen lassen. Dabei bleibt, wenn wir die erste Melancholie und die erste Erregung zusammen als Einheit betrachten, die Zeitdauer der Einheiten freilich konstant und beträgt 8 Monate. Anderseits verschiebt sich die Kurve so, dass der Beginn der Depression sich gegen 1904 mehr und mehr ins Frühjahr hinzieht und somit die Exaltation auch etwas später folgt. 1904 gerät die Depression sogar in den August hinein. Die Abschwächung der Anfälle geht so weit, dass die Patientin mühelos die einzelnen Phasen von 1897—1905 zu Hause abmachen kann. Ich habe die Kurve für diese Zeit etwas zusammengedrängt, weil die Anamnese für diesen Abschnitt eine genaue Individualisierung nach Zeit und Form nicht gestattet. Eine ähnliche Skizze, die sich in den Akten befindet, diente mir dabei als Unterlage.

Es liegt nun nahe, aus dem Verlauf der ersten Periode den Schluss zu ziehen, die Krankheit werde immer weiter in leichtere Bahnen geraten und endlich verlöschen. So haben französische Psychiater, denen durch eine Veröffentlichung Thomsen's (1900) die eben erwähnte Skizze zugänglich war, auch vermutet. Aber schon die Depression des Jahres 1904 geht über die vorangegangenen Anfälle in der Schwere wieder hinaus und mit März 1905 setzt der zweite grosse Abschnitt der Krankheit ein, der schon auf den ersten Blick sich durchaus anders darstellt, nämlich als periodische Manie mit seltenen Depressionen, eine Kurve, die wir, der Einleitung und der Gruppe III gedenkend, als eine „manisch-depressive“ bezeichnen könnten.

Es ist die melancholische Phase, die zugunsten der manischen so zurücktritt, dass in einer Zeit von 15 Jahren 4 Depressionen 14 manische Anfälle gegenüberstehen. Während die ersten aber im Fortschreiten der Zeit an Schwere verlieren, lässt sich über die Schweretendenz der Manien eher das Gegenteil sagen. Von einer Gleichmässigkeit der Kurve kann nur noch sehr beschränkt die Rede sein. Die Zeitdauer ist wenig einheitlich und hält sich im Rahmen von 3—5 Monaten, während die 3 Depressionen allerdings jedesmal in 3 Monaten sich ab-

Kurve 14. (Fall 19, Alter 23 Jahre.)





spielen. Nur einmal, im Jahre 1907, kann man, der Verteilung der Einheiten in der ersten Periode sich erinnernd, wohl den Versuch einer Zusammenfassung im Sinne des dort herrschenden 8 Monat-Typs machen.

Symptomatisch ist weder über die Manie noch die Depression etwas Besonderes zu sagen.

Werfen wir noch einen Blick auf die exogenen Momente, wie sie in den Verlauf der Krankheit eingreifen.

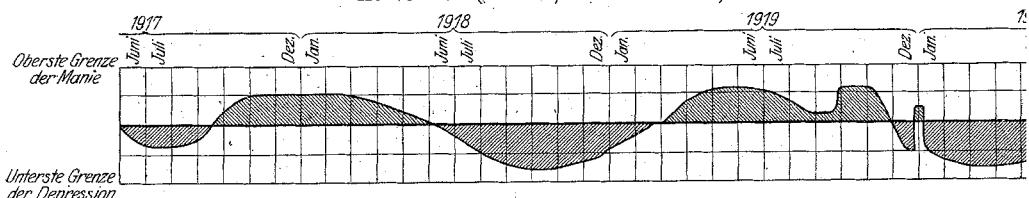
Die Geburt des zweiten Kindes im März 1891 liegt ebenso wie die im Juni 1891 beendete Laktationszeit der ersten Depression noch ziemlich nah, so dass von einem auslösenden Zusammenhang wohl gesprochen werden kann. Die Melancholie des Jahres 1892 entsteht unmotiviert. Eine Krankheit der Kinder mit viel Aufregung ist ihr im März voraufgegangen. Die Depression Ende März 1893 wird zwar akut im Anschluss an dienstliche Verärgerung des Mannes, aber die Kranke begann sich Anfang März schon unfrischer zu fühlen. 1894 folgt einer gesellschaftlichen Aufregung eine 2 tägige Depression, die sich mit geringer Unterbrechung trotz der Anstaltsbehandlung zum vollen Zustandsbild entwickelt. 1895 misslingt der Versuch, die zu erwartende Melancholie durch eine Mastkur hintanzuhalten. Gravidität hat auf den Verlauf der 96er Melancholie keinen Einfluss, ebenso wenig die Geburt im Sommer des

gleichen Jahres auf das Einsetzen der Erregung. Seit 1900 hat die Patientin durch den Tod des Vaters und grosse finanzielle Verluste des Bruders heftige Aufregungen. Trotzdem erscheint ein schwererer Anfall erst 1904 in Gestalt einer Depression. Herbst 1908 hat die Kranke ihren plötzlich schwer magenleidenden Mann allein gepflegt: Es folgt keinerlei Depression. Der Tod des Mannes zu Beginn des Jahres 1910 greift der Patientin gewaltig ans Herz: Wieder fehlt jede Andeutung einer Melancholie. 1916 löst ein unangenehmer Brief einen Rückfall in die schon abklingende Depression aus.

Einer Pneumonie, von der Patientin im März des Jahres 1919 befallen wird, geht allerdings psychisch ein freies Intervall parallel; immerhin ist hier ein Zufall nicht ausgeschlossen, da die manischen Kurven der zweiten Periode von freien Momenten öfters zerklüftet erscheinen.

Wir sehen also, dass keine Behandlung, sei sie prophylaktischer oder anderer Art, es vermocht hat, in den Ablauf dieses unerbittlichen Spieles gestaltend einzugreifen. Wir sehen ferner, wie gerade die kleineren Unannehmlichkeiten des Alltags bei unserer Patientin zu auslösenden Faktoren werden, während die Vorgänge, die am tiefsten die weibliche Psyche zu erschüttern geeignet sind, wie Krankheit der Kinder, Krankheit und Tod des Mannes, Tod und Verluste der Angehörigen kaum einen mit unseren Augen erkennbaren Einfluss zu gewinnen scheinen.

Kurve 15. (Fall 20, Alter 57 Jahre.)



Fall 20. 60jähriger Fabrikant, körperlich o. B., verheiratet, Bruder starb durch Suizid. Mit 21 Jahren „Platzangst“, die sich verlor. Sonst stets gesund, mässig gelebt, 3 gesunde Kinder.

Pat. leidet seit 1915 an Stimmungsschwankungen, die sich im Wechsel von Erregung und Energiesigkeit zeigen, 1915 lernte er (er ist seit 1887 verheiratet) eine junge Dame kennen, zu der er 8 Monate intime Beziehungen unterhielt. Damals viel Lebensfreude; auch Geschäft ging besser. Beziehungen erkalten dann: Pat. war nämlich „deprimiert“. Die Stimmungsschwankungen bleiben und sind seit 1917 ausgeprägt. Während der Manie 1917—18 kauft er seiner Bekannten (24 Jahre alt) eine Aussteuer. Regelmässig wechseln bis heute Erregung und Depression. Die mehr hypomanische Erregung hat den Pat. verschiedentlich in lebhafte Konflikte mit der Umgebung gebracht.

Kritik: Ein Fall von zirkulärem Irresein, der im Laufe der Jahre an Schwere zuzunehmen scheint. Auch hier können wir trotz fehlender Anamnese eine Heredität annehmen, da der Bruder sich erschoss, nachdem er „vor lauter Gutmütigkeit sein Vermögen losgeworden war“; körperlich nichts Besonderes. Die Krankheitszeichen selbst sind nirgends asymptomatisch: Erwähnung verdient die Tatsache, dass Patient, sonst ein angesehener Kaufmann, während seiner Manie 1919 sich schwindelhafte Beträgereien zu schulden kommen lässt, die seine Entmündigung zur Folge hatten. Hier liegen Beziehungen zum Psychopathischen, mit dem das manisch-depressive Irresein ja die gemeinsame Basis der Degeneration teilt; das bestätigt uns auch die vorübergehende „Platzangst“ im Jugendalter des Patienten; der Zusammenhang dieser Zwangsercheinungen mit der Anlage zum manisch-depressiven Irresein ist seit Kraepelin immer mehr beachtet und herausgehoben worden. Etwas ungewöhnlich ist der späte Ausbruch dieses zirkulären Irreseins im 55. Lebensjahr. Saiz hat bei dem Material seiner Untersuchungen keinen solchen Fall gefunden. Wir wissen aber, dass auch die zirkulären Erkrankungen öfters erst im Involutionsalter manifest werden. Der erste Anfall unseres Kranken entstand ohne ersichtlichen Grund.

Fall 21. 54jähriger Prokurist, der angibt, dass seine Mutter in höherem Alter an Melancholie gelitten habe. Er selbst war sonst gesund, erlitt aber 1896 zum ersten Male eine Depression von rund 2 Monaten, die aber wieder verschwand. Seither alle 5 Jahre ein ganz gleicher Zustand, auf den jedesmal eine Zeit gesteigerter Lebensfreude gefolgt ist. Die übrigen Jahre zwischen den Anfällen war er immer ein wenig nach der depressiven Seite verstimmt.

Körperlich nichts Besonderes; Eiweiss im Urin.

Kritik: Der Patient, welcher mit Beginn der Depression 1916 in die Anstalt eintritt und sie gebessert verlässt, hat vor der melancholischen Phase einen deutlich hypomanischen Affekt gezeigt. Er bleibt somit in den Zyklus eingespommen, der ihn im 34. Lebensjahr (1896) überfallen hat. Den Ersatz des freien Intervalles durch eine krankhafte Stimmungslage finden wir sehr oft bei denjenigen Formen des manisch-depressiven Irreseins, die eine solch ausgesprochene periodische Tendenz zeigen.

Die letzte Melancholie verläuft leichter als alle bisherigen, aber auch bedeutend protrahierter; ebenso wie die manischen Zeiten bieten die depressiven nichts Asymptomatisches.

Belastung liegt vor; ob gleichartige, bleibt ungewiss: Es heisst, die Mutter habe im hohen Alter an Melancholie gelitten.

Fall 22. Die hier zu besprechende Kurve gibt die Anfälle einer Pat. wieder, welche zum ersten Male 1906 im Alter von 26 Jahren geistig er-

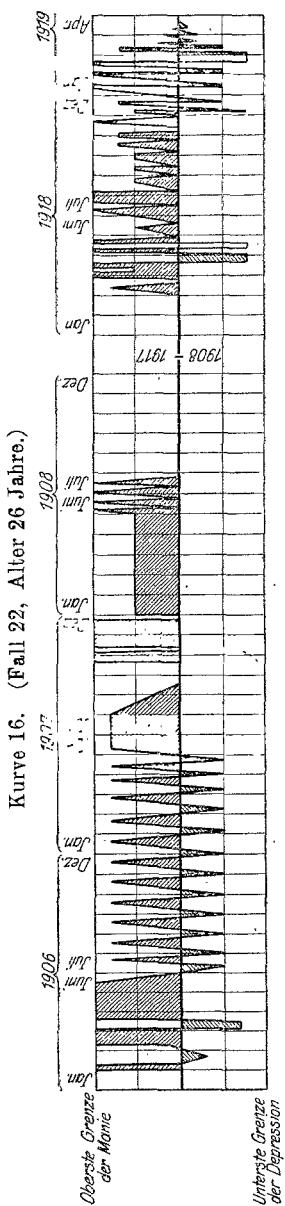
krankt ist. Eine Schwester derselben ist taubstumm; ein Halbschwester aus des Vaters erster Ehe schwachsinnig, die anderen Geschwister sind normal.

Die Mutter, die an Tuberkulose starb, scheint geistig gesund gewesen zu sein. Unsere Kranke war stets von sehr heiterem, Frohsinn um sich verbreitendem Temperament. Körperlich nichts Besonderes.

Kritik: Dem ersten Anfall, der $2\frac{1}{2}$ Jahre währt, geht voraus die Lösung einer heimlichen Verlobung durch den Vater; sie scheint doch von erheblichem Einfluss auf den Ausbruch der Psychose gewesen zu sein. Wir sehen ein ausserordentlich bewegtes, gewalttäiges Springen der Kurve, wobei die Manie aber immer schwerer und auch häufiger bleibt als die Depressionen. Sie zeigt oft Halluzinationen, wie sie überhaupt gern ins Deliriose gerät. Bis Mai 1907 ist ein deutliches zyklisches Wechseln der Phasen zu sehen, wobei die einzelnen Ausschläge über die Dauer von wenigen Wochen meist nicht hinausgehen. Es folgt dann eine ganz freie Zeit von rund einem Monat, an die sich eine schwere Manie anschliesst, welche durch freie Momente mehrfach zerklüftet erscheint. Wir werden aber kaum einen grösseren Fehler machen, wenn wir das luzide Intervall von September bis Oktober 1907 vernachlässigen und das Bild bis Juli 1908 als eine einheitliche Manie auffassen, so die Verbindung mit dem letzten Zyklus während.

Die nun folgenden geistesfrischen Jahre von 1908—1917 brachten mannigfache Gelegenheitsursachen für ein Rezidiv mit sich. Aber trotzdem z. B. 3 Brüder der Patientin im Kriege fielen und auch ihr Mann eingezogen war, erfolgte ein Rückfall erst im März 1918 ohne erkennbare Veranlassung. Für den nun folgenden Teil der Zeichnung erübrigt sich eine Sonderbesprechung, da das

Wesentliche, was für den ersten Anfall gilt, auch für diesen zu Recht besteht. Nur sind die Manien noch mehr aufgesplittet; das Ende ist



diesmal auch mehr lytisch. Formal fällt sonst jedoch im gesamten Bild das jäh An- und Abstürzen der Zacken auf.

Es ist wissenswert, dass die Patientin, die während des ersten Anfalls in einer anderen Anstalt war, damals als *Dementia praecox* galt. Es findet das einsteils seine Erklärung in dem aussergewöhnlich plötzlichen Wechsel zwischen Erregung und Depression, zwischen normaler Stimmung und Erregung, wie es sich aus der Analyse der Kurve eben ergab; aber es sollen auch negativistische Züge und Manieren sowie „Stimmen“ zur Beobachtung gelangt sein. Immerhin hätte doch das Fehlen jeder Verblödung trotz der ganzen Schwere des langdauernden Verlaufs von dieser Diagnose warnen müssen, deren grundlegende Symptome vielleicht kaum sehr charakteristisch erkennbar waren.

Während des zweiten Anfalls in hiesiger Anstalt war von Negativismus und Manieren nichts bemerkbar. Wohl aber prägte sich ein einwandfreies manisches Bild aus mit Ideenflucht, Reimereien, motorischer Unruhe; zwischendurch oft Halluzinationen und Verwirrheitszustände. Auch diesmal ist jeder Intelligenzdefekt ausgeblieben. Wir fassen die Kranke demnach wohl mit Recht als zirkulär im manisch-depressiven Sinne auf.

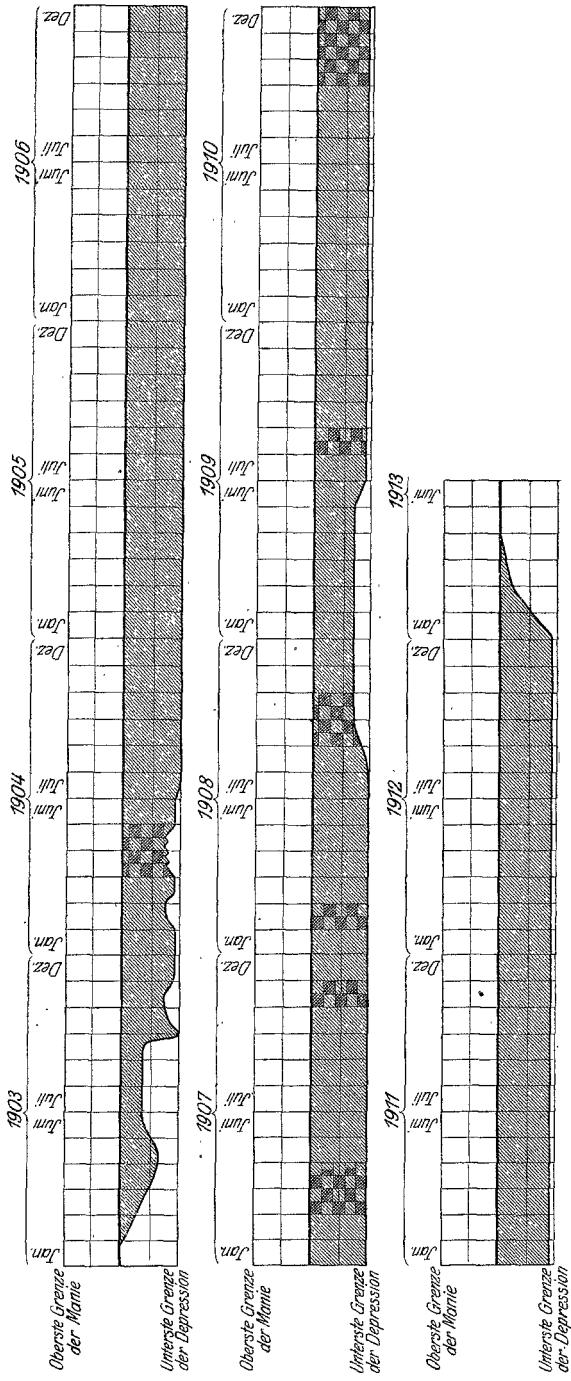
Vererbung ist nicht deutlich. Bei der von Natur aus recht heiteren Patientin beherrschen die manischen Phasen das Bild.

Fall 23. Pat. ist geboren 1864. Geschwister alle sehr ängstlich, ein Bruder starb durch Suizid in hochgradiger Melancholie; Pat. ist von Jugend auf pessimistisch, tüftelig, schwerfällig, aber nie eigentlich deprimiert gewesen. Zeitweise sehr chlorotisch. Beginn der Krankheit Januar 1903 ohne bewusste Veranlassung.

Kritik: Das Krankheitsbild, welches durch seine Mischzustände als zum zirkulären Irresein gehörig gekennzeichnet ist, zieht sich über 10 Jahre hin und endet lytisch, wie es auch langsam beginnt. Wesentliche Remissionen sehen wir nicht. Aussergewöhnlich stark tritt die Melancholie hervor, während die Mischzustände in der kurzen Zeit von 1—3 Monaten verlaufen. Eine gewisse Regelmässigkeit im Wechsel beider Phasen ist nicht ersichtlich. Eine reine Manie ist nie aufgetreten. Bemerkenswert ist auch die vollständige Heilung nach 10jähriger Dauer ohne eine Spur von Demenz, trotz der anhaltenden Schwere des Zustandes. Bis heute trat ein Rückfall nicht ein.

Eine im Oktober 1903 eingeleitete Opiumkur hatte eine vorübergehende Abschwächung der Depression zur Folge. Mit der Verringerung der Dosis verlor sich aber die Besserung, um mit höheren Gaben des Mittels Februar 1904 nochmals sich einzustellen. Dann aber ging die Entwicklung doch ihren Weg, und im August 1904 wurde das Opium abgesetzt.

Kurve 17. (Fall 23, Alter 39 Jahre.)



Besondere somatische Erscheinungen begleiteten die Krankheit nicht; doch soll erwähnt werden, dass die Patientin beim jammernden Umherstehen seit Februar 1907 aus rein mechanischen Gründen an Schwellungen der Füsse und des Unterschenkels litt, dass ausserdem seit April 1909 grössere Ulcera cruris auftraten, die aller Behandlung 4 Jahre lang trotzten, bis März 1913 mit Ablauf der geistigen Erkrankung auch sie in kurzer Frist heilen. Das bleibt auffällig, selbst wenn man an ein Hindernis für den Abheilungsprozess durch das jammernde Umherirren denkt; der Stoffwechsel ist während der Depression nicht nur verlangsamt, sondern auch wohl ein andersartiger als zur normalen Zeit. Doch sind hier Einflüsse konstitutioneller Art zu spüren. So heilen die Verbrennungswunden in Fall 12 in normaler Zeit, trotz bestehender Psychose, so zeigt der eine Kranke Obstipation, der andere nicht usw. Die Symptome der depressiven Phasen entsprechen denen einer agitierten Melancholie, welcher Halluzinationen und Wahnideen beigemischt sind. Die ersten sind nicht sehr stark und mannigfach; für die letzteren ist es charakteristisch, dass sie gern an die Zeitereignisse anknüpfen: So ist die Kranke 1904—1906 von der Idee beherrscht, den russisch-japanischen Krieg verschuldet zu haben, um dann im August 1906 bei der Kunde vom Erdbeben in Valparaiso sich der Urheberschaft auch dieses anzuklagen. Sehr variabel sind die Wahnideen nicht. Die Orientierung blieb dauernd erhalten; das Gedächtnis war zu verschiedenen Zeiten geradezu aussergewöhnlich zu nennen. Die anscheinend im Juli 1911 erfolgte Cessatio mensium hat der Verlauf nicht erkennbar beeinflusst. Während der Menses zeigte sich bisweilen eine Verschlechterung des Zustandes.

Der Bruder der Patientin hat sich in hochgradiger Melancholie (Rückfall) erschossen. Das ganze Leben der Schwester bis zum akuten Anfall steht ebenso wie das der anderen Geschwister im Zeichen einer depressiven Konstitution, die in den häuslich sehr guten Verhältnissen keine Erklärung findet. Der Beginn des Irreseins fällt in das 4. Dezennum.

Fall 24. Patientin ist geboren 1872 und seit 1896 verheiratet. Vater soll in seniler Demenz gestorben sein. Mutter angeblich wegen hoher Morphiumgaben (Karzinose?) die letzte Zeit des Lebens geisteskrank. Sämtliche Schwestern sollen nervös sein. Von Kind auf schwächlich, anämisch, nervös; litt bei Aufregungen an Diarrhoe; sonst ruhig und verständig. Normale Ehe; erstes Kind 1897; wurde nicht von ihr gestillt, da keine Milch. Bis zur Geburt des zweiten Kindes körperlich und geistig ganz wohl. Drei Wochen nach Partus peritonitischer Prozess, der grössere Operation erfordert. Mit dem plötzlichen Einsetzen der Krankheit geht ein perakutes Delirium einher, weswegen die Kranke der Anstaltsbehandlung zugeführt wurde.

Kritik: Bis Oktober 1905 ist das Bild etwa folgendes: Erhebliche motorische Erregung, inkohärenter Rededrang, Grössenideen, Parästhesien, Erotismus, Gehörshalluzinationen. Dabei bestehen Stereotypien, Haltungsmanieren. Gedächtnis, Auffassung, Orientierung ziemlich erhalten. Im August höchste Steigerung der Erregung mit Einsetzen der Menses. Kindlich - läppisches Benehmen, lebhafte Halluzinationen des Gehörs, Gesichts, Geschmacks, Geruchs, Beziehungswahn, Beeinträchtigungsideen. Zeitweise ausgesprochener Mutazismus und Negativismus, auch kataleptische Symptome. Kot und Urin verhalten. Im Oktober auf einige Wochen weitgehende Besserung; dann wieder manische Erregung, am stärksten zur Zeit der Menses. Juli 1907 nochmaliges Ansteigen der Erregung mit erneuten Manieren. März 1908 Rückkehr zur Norm mit Krankheitseinsicht, anschliessend Melancholie. Seit August 1908 geht es der Patientin sehr gut.

Nach der Familienanamnese dürfen wir für die Kranke, die auch körperlich unter dem Mittelmass bleibt, eine Disposition zu geistiger Erkrankung voraussetzen. Das erste Wochenbett ist normal, an das zweite mit seiner peritonitischen Komplikation schliesst sich eine perakute Geistesstörung an. Ein kausaler Zusammenhang im Sinne einer Auslösung liegt hier gewiss vor.

Nach dem Verlauf handelt es sich wohl um einen isoliert gebliebenen Zyklus des manisch-depressiven Irreseins. Wegen der immerhin bestehenden diagnostischen Schwierigkeiten werde ich den Fall am Schluss wieder berühren. Asymptomatisch ist die Zeit vom Beginn der Erregung bis Oktober 1905. Zwar ist der manische Charakter des Zustandsbildes bis dahin und erst recht im weiteren Verlauf erkennbar, aber die katatonen Erscheinungen, untermischt mit paranoiden Ideen, drängen sich sehr auffallend in den Vordergrund der schweren Erregung, die gleichwohl Gedächtnis, Orientierung und Auffassung nicht allzu sehr beeinträchtigt. Gleiche Zustände treten Juli und Dezember 1907 nochmals auf, während die Zeiten dazwischen das Bild einer reinen Manie bieten, die mit den Menses deutlicher wird. Die von April bis August dauernde Depression vervollständigt den Zyklus.

Mit 24 Fällen manisch-depressiv Erkrankter hat sich der ausführende Teil der Arbeit beschäftigt. Sache der Schlussbetrachtung soll es sein, die dort berührten Fragen und Ergebnisse in kurzer Uebersicht zusammenzurücken.

Bei der Berechnung des Alters, in den der Beginn der Erkrankung fiel, mussten als unsicher ausscheiden Fall 6 und 18. Der erste Anfall der übrigen manisch-depressiven Patienten zeigte sich

im 2. Jahrzehnt bei 3 Kranken

„ 3.	“	“	7	“
„ 4.	“	“	9	“
„ 5.	“	“	1	“
„ 6.	“	“	2	“

Dass zum manisch-depressiven Irresein das weibliche Geschlecht mehr neigt als das männliche, ist bekannt. So sah Kraepelin bei seinem Material 2—3 mal soviel weibliche Kranke als Männer. Unter meinen Fällen finden sich 6 Männer und 18 Frauen. Die vorgenannten Verhältniszahlen stimmen dazu.

Man hat wohl auch der Rasse gewisse disponierende Momente zugeschrieben. So finden sich unter den Kranken vorliegender Arbeit 4 mosaischen Stammes, wie ja überhaupt die jüdische Bevölkerung einen recht beträchtlichen Prozentsatz manisch-depressiver Patienten stellt; wohl wegen der Neigung zur Verwandtschaftsheirat, deren degenerativ kumulierende Möglichkeiten Erfahrungstatsache sind.

Auch die Frage des so oft konstruierten Kausalnexus zwischen Ursache und Anfallseintritt fordert noch einige Worte. Schon bei der Kritik der einzelnen Fälle konnte ich wiederholt auf die weitgehende Unabhängigkeit der eintretenden Phasen von exogenen Momenten hinweisen. Ja, es war oft erstaunlich, das Missverhältnis zwischen der Schwere einer solch konsekutiven Depression und Manie und dem entfesselnden Geschehnis zu betrachten. Zwar liegt es oft genug so, namentlich bei erstmaligen Erscheinungen, dass wir gewissen schädigenden Aussenfaktoren, sei es, dass sie körperliche oder psychische Traumen oder gar beide zusammen setzten, eine grösere Bedeutung beizumessen haben. Aber wir werden im Gedanken daran, dass die hier behandelte Seelenstörung aus einer hochgradigen degenerativen Basis hervorwächst, aus dem manifesten ersten Anfall nur die bisherige Latenz der letzteren erschliessen, werden somit im gegebenen Falle mehr als einen determinierenden Wert in der „Ursache“ nicht sehen. Die Unfallsbegutachtung, welche sich mit dieser Frage eingehend befassen musste, hat dann auch das Vorliegen eines Kausalnexus s. str. im Grundsatz negativ entschieden. Schädeltraumen, denen angeblich ein manisch-depressives Irresein folgen kann, hält Reiss auch nur für Auslösungs faktoren. Erwähnung finde auch, dass Saiz (bei Besprechung seiner zirkulären Fälle) dem Wochenbett stets nur einen gleichen Wert verleiht (vergl. Fall 1 und 19). Wichtig ist ferner hier noch die begründete Annahme, dass 80 pCt. unserer Kranken erblich belastet sind.

Ueber die Grundlagen des manisch-depressiven Irreseins wissen wir wenig zu sagen. Und wenn Meynerts Theorie von der Labilität

der Vasomotoren auf toxischer Basis auch Verschiedenes für sich hat, so ist das Wie und Was dieser vermuteten Stoffwechselnoxe noch nicht gefunden. Immerhin weist Kraepelin auf die häufige Früharteriosklerose Manisch-Depressiver hin, wofür er eine zu starke Abnutzung der Gefässwände durch die labilen Vasomotoren erklärend mit heranzieht. In neuester Zeit gelangten öfters Schilddrüsenschwellungen bei Patienten unserer Art zur Beobachtung. Auch unter meinen Fällen sind zwei solche, von denen der eine an einen Zusammenhang zwischen Psychose und Drüsendiffunktion denken liess (Fall 5 und 14).

Die Wahrscheinlichkeit, dass der Stoffwechsel bei manchen Kranken anders als zur normalen Zeit vor sich geht, wurde schon oben betont.

Interkurrente Krankheit hatten keinen eindeutigen Einfluss: Die meisten Fälle wurden durch sie nicht berührt, andere wieder (Fall 10) erschienen dadurch verschlimmert, wieder andere (Fall 19, März 1919) bis zum freien Intervall vorübergehend gebessert.

Die Anwendung von Organpräparaten (Hormin) oder anderen therapeutischen Massnahmen zur Abkürzung oder Vermeidung der Anfälle, hatten keinen bzw. nur wenig Erfolg.

Wo die Menses während einer Manie oder Depression Einfluss zeigten, taten sie dies durchweg im ungünstigen Sinne.

Die Gewichtszahlen erlaubten auch bei einigen unserer Fälle die Feststellung, dass bei noch bestehender Psychose sowie gesicherter Diagnose ein langsames, aber stetiges Ansteigen des Körpergewichts einen prognostisch günstigen Wert besitzt, indem es die nahe Lösung des Anfalls vorhersagt.

Der Frage der Heredität suchte ich von Fall zu Fall nachzugehen. Nur bei der Minderheit gelang der Nachweis nicht. Als Ergebnis sei festgehalten, dass sich auch bei unseren Patienten das manisch-depressive Irresein gleichartig vererbte, teilweise sogar, wie auch Hübner es sah, unter Wahrung spezifischer persönlicher Eigentümlichkeiten (Fall 3 und 10).

Von forensischer Bedeutung wurde nur Fall 11. Naturgemäß fiel die Anklage wegen Kindesmords, als das psychiatrische Gutachten der Beschuldigten den Schutz des § 51 R.St.G. zubilligte. Dass manche, namentlich die leichten, für den Laien nicht ohne weiteres erkennbaren Kranken mit dem Strafgesetz oft in Konflikt kommen, ist erklärlich, wenn man sich vor Augen hält, dass der Mutterboden dieser Psychose das Degenerative ist (vergl. auch Fall 20). Stransky sagt im Hinblick auf diese leichten Formen, deren Leistungsfähigkeit in manischen Zeiten öfters gesteigert erscheint (Fall 6, 18), dass diese vermehrte Schaffenskraft durchweg durch Ausfälle in anderen Provinzen der Psyche

kompensiert zu werden pflegt. So ist es eben vorwiegend die ethische Sphäre, welche Einbussen erleidet.

Wenden wir uns nunmehr zu den Kurven, bei denen das Formale uns zunächst beschäftigt.

Eine einfache Depression haben wir unter ihnen nicht, wohl aber 3 Fälle (1, 2, 3), welche das Bild einer periodischen Melancholie bieten.

Mit dem Ausdruck, dass „die Natur 'nichts davon wisse“, wehrt sich Kraepelin gegen die Scheidung der einfachen von der periodischen Melancholie, ja, er sowohl wie Hecker, Mendel u. a. lassen die letztere grösstenteils wieder im zirkulären Irresein aufgehen. In der Tat: Fall 3 liess schon die Möglichkeit eines zirkulären Zustandes anklingen, während Fall 1 und 2 zunächst noch als periodische Depression imponieren. Sollte es aber nicht zu denken geben, dass Fall 7, 8, 9 und 10 als periodische Melancholie jahrelang besteht, um dann doch ins zirkuläre Geleise zu geraten?

Ein Beispiel einfacher Manie fand sich ebenfalls nicht, höchstens Fall 24 kann noch in Betracht kommen. Ich habe indes schon bei der Epikrise dieser Krankengeschichte gesagt, dass man zweifeln kann, ob hier eine Depression sui generis oder nur ein reaktives Nachstadium vorliegt. Nun ist es aber doch wohl so, dass sich der Mechanismus des letzteren von dem einer selbständigen melancholischen Phase nur quantitativ unterscheidet. Sollte hier eingeworfen werden, dass der nur reaktiven Depression die Hemmung fehle, so lässt sich erwidern, dass diese Hemmung sich in allen Graden zeigen kann. So leicht es also ist, den tiefsten Ausschlag der Kurve zu erkennen, so schwer dürfte es im Einzelfalle sein, eine scharfe Trennungslinie in den Fluss der Erscheinungsmöglichkeiten zu malen. Gerade bei der oben zitierten Kranken stand die melancholische Hemmung auf der Grenze der Erkennbarkeit. Scheinen uns mithin die Uebergänge fliessend, eine prinzipielle Verschiedenheit zwischen beiden als nicht bestehend, so ist es im Grunde nur ein Wortstreit, ob wir das, was vorliegt, eine einfache Manie mit reaktivem Nachstadium oder einen bisher isolierten Zyklus nennen. Andererseits stützt sich die Diagnose einer einfachen Manie gewöhnlich ihrerseits auf die Festlegung einer nur reaktiven Depression. Diese aber fehlt selten. Sieht man sich die Zusammenstellungen von Saiz an, so ist das Fazit aller der von ihm in dieser Frage angeführten Autorenansichten, dass eine Existenz der einfachen Manie zum mindesten zweifelhaft ist. Wir halten also folgendes fest: Wenn gewisse Schulen auch in Zukunft die einfachen Verstimmungen aus dem Gebiet der periodischen Affektpsychosen heraushalten, so sind wir uns mit Binswanger u. a. dennoch der Uebergänge bewusst und

werden Kraepelins weitere Begriffsfassung vom manisch-depressiven Irresein, auf welche einleitend schon Bezug genommen wurde, nicht verwerfen können.

Zur Periodizität der Anfälle im Gegensatz zum Rezidiv lässt sich dies bemerken: Ziehen, der grundsätzlich beides trennt, begründet seine Anschaugung damit, dass „sich für jedes neue Rezidiv eine Gelegenheitsursache nachweisen lässt, während beim periodischen Irresein in bestimmten Intervallen die Psychose wiederkehrt, ohne dass für den jeweiligen Wiederausbruch eine Ursache sich ausfindig machen lässt“. In diesem Sinne ist die Manie des Falles 19 (2. Teil der Kurve) sicher eine periodische, ist die Manie des Falles 4 wohl eine rezidivierende. Auch die Melancholie des Falles 11 kann man rezidivierend nennen. Auf einem Grenzgebiet fühle ich mich jedoch z. B. bei Fall 7. Hier ist für den ersten, zweiten und vierten Anfall ein exogenes Moment nicht nachweisbar, ein fragliches für den dritten und fünften. Andererseits aber sind die Intervalle nicht etwa gleichmässig. Die Entscheidung scheint mir demnach nicht eindeutig fällbar, vielmehr weist alles auf eine vermittelnde Stellung zwischen periodischer und rezidivierender Psychose. Unter den Autoren finden sich die Extreme der Auffassungen ebenso vertreten wie die Ansicht des fliessenden Ueberganges. Wieder ist es Kraepelin, der in seiner summarischeren Grenzumreissung beides nicht zu trennen findet. Seinen Argumenten hierfür muss Pilez recht geben, formuliert aber selbst seinen Standpunkt dahin: „Ich verstehe unter periodischen Psychosen ausschliesslich solche Krankheitsformen, deren einzelne Anfälle ohne bekannte äussere Veranlassungsursache in ihrer eigentümlichen Erscheinungsweise regelmässig periodisch wiederkehren.“ Hiermit ist wesentlich zweierlei gefordert: Erstens eine mehr oder minder grosse Regelmässigkeit der Wiederholung, zweitens, dass die einzelnen Anfälle einander bis zu einem gewissen Grade gleichen. Macht das erste dieser zwei Postulate Zugeständnisse nach der Kraepelin'schen Richtung, so bedarf das zweite einer genaueren Auslegung gegenüber dem Vorkommen atypischer Phasenbilder bei sonst einwandfreiem periodischem (z. B. zirkulärem) Irresein. Davon später.

Gehen wir über zur Frage nach der Dauer des einzelnen Anfalls. Dass sich hierüber keine bindende Regel aufstellen lässt, beweist jede einzelne Zeichnung. Genau so ist es mit der zeitlichen Aufeinanderfolge derselben. Durch ihre Unruhe, bedingt durch ein Sich-Jagen der zeitlich sehr kurzen Anfälle, ragt Kurve 16 hervor; ähnlich ist es bei Kurve 12.

An seelisch freien Zeiten sehen wir entweder gar keine (Fall 18, 20) oder nur wenige und unregelmässige (Fall 8, 12) oder trotz jahre-

langer, gleichmässig sich abwickelnder Krankheit solche von ziemlich gleicher Dauer (Fall 19). Freilich werden mit der Zeit diese freien Intervalle doch mehr oder minder einen pathologisch affektiven Zug hervorkehren, wenn auch nicht bei jedem Patienten (so bis heute nicht bei Fall 19).

Wir haben bisher bei unseren Betrachtungen mehr die reinen Typen manischer und melancholischer Phasen vor Augen gehabt, wie sie entweder periodisch auftreten oder sich im Zirkel aneinanderreihen. Sie brauchen nicht immer als reine Repräsentanten in die Erscheinung zu treten. So sehen wir Manien von depressiven Zwischenfällen durchbrochen (Fall 19, 1905) und das Umgekehrte, z. B. bei Fall 20. Doch ist letzteres seltener, da die konstantere, stabilere Phase die melancholische ist. Die schon eingangs erwähnten Mischzustände aber stellen sich geradezu als Kombination der manischen und depressiven Grundsymptome dar; sie zeigen also, wo immer sie einwandfrei festgestellt sind, eine zirkuläre Erkrankung an. Unsere Kurven verzeichnen mehrfach solche Formen. Man wird sie vornehmlich zu Zeiten des Uebergangs der beiden kontrastierenden Phasen erwarten dürfen; denn während die drei manischen Grundsymptome (heitere Stimmung, Ideenflucht, Bewegungsdrang) in die melancholische überwechseln (Depression, Denkhemmung, Bewegungshemmung), kann sich dieser Umschlag für jedes derselben zeitlich verschieden gestalten, so dass z. B. Depression mit Ideenflucht und Bewegungsdrang resultiert (Stransky). Aber auch zur Selbständigkeit innerhalb eines Krankheitsbildes können diese Kombinationsformen gedeihen; sehr schön zeigt dies Fall 23, wo überhaupt nie eine reine Manie, sondern als deren Aequivalent ein Mischzustand eingetreten ist. Fall 9 und 11 scheint eine ähnliche Entwicklung annehmen zu wollen. Zu bemerken ist noch, dass die agitierte Melancholie in Anlehnung an Stransky und andere Autoren von mir nicht als Mischzustand betrachtet wurde. Freilich erwähnt Stransky bei Besprechung der agitierten Melancholie Fälle, wo motorische Erregung, die nicht den Charakter der Angst an sich trägt, mit vorwaltend depressiver, aber angstfreier Stimmungslage und gedanklicher Hemmung sich vereinigt zeigt. Soweit hierbei nicht Katatonie im Spiele sei, will der Autor diese Zustände als Mischformen gelten lassen, wenn der weitere Verlauf einwandfrei manisch-depressiv ist. Weiter unten wird hiervon nochmals die Rede sein.

Es ist mehrfach versucht worden, die Art des Beginns zirkulärer Fälle festzulegen; man glaubt, dass sie selten mit der klassischen Zyklusform einsetzen, vielmehr durch einen oder mehrere Anfälle von Melancholie oder Manie eingeleitet werden. Der Beginn mit Melancholie

soll dabei häufiger sein. Ein Blick auf unsere Zeichnungen bestätigt das; immer aber muss man sich bewusst bleiben, wie leicht abortive Kontrastphasen in der Anamnese des Kranken untersinken, da sie für ihn nur einen reaktiven Wert besitzen, wenn er sie überhaupt beachtet. So dürften eben kleine manische Stimmungslagen, die auf die melancholischen Einleitungsanfälle etwa folgen, am ehesten übersehen werden.

Wichtiger schon erscheint die Frage des Ausgangs unserer Psychose. Eine entgültige Heilung wird man bei der Voraussetzung des degenerativen Mutterbodens für sie nicht erwarten dürfen. Dass unsere Therapie als nur symptomatische auf eine beschränkte Wirkung angewiesen ist, fand oben Erwähnung. Ein wesentlicher Lichtblick ist es immerhin, dass das manisch-depressive Irresein nur in wenigen Fällen in Demenz zu enden pflegt, ja dass es selbst bei vielen schweren Anfällen den normalen Rest der Psyche oft nur unwesentlich oder auch nicht verändert. Oftters werden im Laufe der Jahre die Anfälle kürzer, nehmen an Intensität ab (Fall 8), die Anfälle der einen Art beginnen zu überwiegen (Fall 14), bei anderen Kranken wird die eine Phase zum Schluss chronisch und damit meist leicht an Intensität (Fall 14).

Die Endzustände des manisch-depressiven Irreseins röhren nahe an die Zentralfrage: Wie steht es mit den Prognosemöglichkeiten? Mehr als bei den anderen mit unerbittlicher Gewalt dem geistigen oder körperlichen Ende zustrebenden Irreseinsformen wird dies die Frage unserer Patienten sein müssen, da ihnen das häufig vorhandene freie Intervall das Schreckgespenst des Damoklesschwertes immer von neuem vor die geschwächte, unstabile Psyche rückt.

Schon die klassischen französischen Autoren (Falret, Baillarger u. a.) haben sich bemüht, aus den Erscheinungsformen manisch-depressiver Kurven Typen herauszugreifen; sie fanden so eine folie à double forme et à accès isolés, folie à d. f. à type périodique, folie à d. f. à type continu, folie circulaire etc. Auch unter meinen Fällen zeigten Fall 8, 12, 18 gewisse formale Eigentümlichkeiten, deren daselbst gedacht wurde. Im Hintergrunde dieser Bemühungen stand wohl nicht zuletzt die Frage, ob mit dieser Schematisierung nicht auch prognostische Differenzierungsaussichten sich ergäben. Wiewohl dieser Versuch heute eine ziemlich allgemeine Ablehnung erfahren haben dürfte, so war seine Voraussetzung doch eine richtige: Verschiedene Unterabteilungen haben oft verschiedene Verlaufsaussichten, unterscheiden sich also nicht nur symptomatisch; ihre Auffindung aber fußt auf der Entdeckung wesentlicher Eigentümlichkeiten, welche eine Reihe von Fällen zusammenzufassen erlauben, ohne dabei die grosse Oberdiagnose zu be-

einträchtigen. Hier gibt uns das Material unserer Arbeit ebenfalls einige Wege an die Hand.

Wir sehen einmal Fälle, bei denen wir Auslösung gewiss annehmen durften; dabei aber wieder andere, wo der rein endogene Charakter schon beim ersten Anfall uns offenbar schien. Typen für die erste dieser Kategorien sind z. B. Fall 14, 22, 24; für die zweite Fall 8, 12, 20. Trotz dieser genetischen Unterschiede, wenn dies Wort in freierem Sinne hier erlaubt ist, sehe ich indes keine Möglichkeit zur Gruppendifferenzierung: der Verlauf ist in jedem Falle dem Schema widerstrebend; mag man Intervalle, Schwere der Phasen, Endzustände bei den lang beobachteten Fällen berücksichtigen: ein vergleichender Blick über die Kurven lehrt die Unmöglichkeit der Scheidung. Und wir sind ja nicht einmal in der Lage, auslösende Momente eindeutig zu werten. Denn wie sollen wir es uns verständlich machen, dass einmal nach menschlichem Ermessen ohne Zweifel eine Phase im Konnex mit dem betreffenden Geschehnis steht, das anderemal im selben Krankheitsverlauf bei ähnlich schwerem oder schwererem Vorfall gar keine Auslösung statthat oder bei minder schwerem eine schwerere Phase oder gar bei traurig betontem Aussenfaktor eine schwere Manie wie z. B. bei Fall 8?

Ein anderer Weg wäre mit folgender Fragestellung gegeben: Welchen Einfluss hat die affektive Veranlagung unserer Patienten, so weit eine solche deutlich ist, auf die Färbung der manifesten Psychose? Sind hier Zusammenfassungsmöglichkeiten?

Reiss hat in seiner tiefdurchdachten Untersuchung über konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein hierauf eine bejahende Antwort erteilt. Er hat aus dem Material seiner konstitutionell Depressiven 2 Typen herausgelöst, die sich in ihrer Art der Reaktion auf exogene Momente unterscheiden, und von denen der zweite die Uebergänge zum manisch-depressiven Irresein scharf beleuchtet; die konstitutionelle Verstimmung ist also ein Vorläufer des manisch-depressiven Irreseins. Ohne auf seine Ausführungen näher einzugehen, was in diesem Rahmen gar nicht möglich wäre, will ich der soeben aufgeworfenen Frage an Hand der vorliegenden Krankengeschichten nachgehen.

Auf die Festlegung der affektiven Charakteranlage ist in der Beschreibung der einzelnen Fälle im Hinblick auf diese Erörterung Wert gelegt worden. Im Interesse einer eindeutigen Untersuchung seien also hier nur diejenigen Akten verwertet und ins Blickfeld gerückt, deren Vorgeschichte uns in eben jenem Punkte klar aufgeschlagen liegt.

Fall 1: Fröhliches, sonniges Wesen: Periodisch-melancholische Ausschläge; nie bisher Manie.

Fall 2: Depressive Anlage: Periodisch-melancholische Ausschläge, nie bisher Manie.

Fall 3: Leicht gehemmte Veranlagung: Ueberwiegen der (schweren) Depressionen.

Fall 4: Manische Anlage: Vorherrschend der manischen Phasen.

Fall 7: Depressive Anlage: Uebergewicht der Melancholie; doch bleibt die Entwicklung der zyklischen Phasen abzuwarten.

Fall 11: Depressive Veranlagung: Ueberwiegen depressiver Anfälle, jedenfalls bisher keine reine Manie, sondern nur ein Mischzustand. (Vgl. auch weiter unten die diesbezügliche Bemerkung bei Fall 23.)

Fall 16: Vorwiegend nach der manischen Seite veranlagt mit Einschlag in depressives Temperament: Ueberwiegen der Manie.

Fall 17: Zyklothyme Anlage: Gleichgewicht von Manie und Melancholie bis September 1916. Weitere Entwicklung muss abgewartet werden, da die massige Manie 1916—19 das bisherige Verhältnis zu stören scheint.

Fall 18: Manische Anlage: Bis 1899 leichte Manien; seit diesen Jahren Ueberwiegen der Melancholien.

Fall 22: Sehr heitere (manische?) Anlage: Ueberwiegen der Manie.

Fall 23: Depressive Veranlagung: Deutliches Uebergewicht der Depression, welche der kontrastierenden Manie nur in Mischzuständen anzuklingen gestattet.

Die vorstehenden Zusammenstellungen erlauben zu bestätigen, dass, wie Reiss es ausdrückt, „eine gewisse, oft recht weitgehende Bedeutung für die Verlaufsform der affektiven Konstitution nicht abzusprechen ist“. Freilich: Auch das Gegenteil erscheint uns. Man stelle nur oben Fall 1 und 2 gegenüber, wobei allerdings der Einwand Gelting hat, dass die Beobachtungszeit hier noch relativ kurz ist. Für unseren Ausgangspunkt, die Frage nach den Zusammenfassungsmöglichkeiten auf Grund der oben besprochenen Beziehungen zwischen Veranlagung und manifester Psychose, ergab sich jedoch nichts Wesentliches.

Die Möglichkeit einer Prognose beim manisch-depressiven Irresein ist, das geht aus den letzten Zeilen klar hervor, heute noch eine negative. Und wo sich wirklich wie bei der Frage: „Konstitution der Psyche und perfekte Psychose,“ ein Fernblick auftun will, bleibt er unzureichend.

Es wird uns nichts übrig bleiben, als im weiteren Verlaufe der prognostischen Forschung unsere Aufmerksamkeit erhöht auf das ur-

sächliche Moment zurückzuleiten, von dessen Aufdeckung wir uns durch die Möglichkeit einer kausalen Therapie eine gute Rückwirkung auf die Prognose noch am ehesten versprechen dürften. Da wir aber das bestehende Krankheitsbild in inniger Durchflechtung von Aetiologie wie geistiger und körperlicher Eigenart des Kranken zustande kommen sehen, werden wir, wie auch Kraepelin fordert, dringender Hilfe von seiten der Psychologie bedürfen. Sie muss uns durch die Ergebnisse einer klinisch-psychiatrisch brauchbaren Zergliederung geistiger Persönlichkeiten das letzte Licht leihen, geeignet, in die geheimnisvolle Tiefe zu leuchten, in der heute noch das Räderwerk des Kausalnexus so mannigfach und scheinbar unregelmässig seinen Gang geht.

Den Schluss unserer kritischen Erörterungen sollen die symptomatischen Fragen bilden. Es handelt sich dabei um die Stellungnahme zu den bei unseren Fällen mehrfach verzeichneten paranoischen und katatoniformen Erscheinungen. Denn die zahlreichen delirösen Zustände bei Manischen erfordern keine Sonderbesprechung. Sind sie doch so häufig und so zwanglos in den Rahmen sonst typisch manisch-depressiver Bilder einzureihen, dass wir sie mit den meisten Psychiatern als zum manisch-depressiven Irresein gehörig ansehen, wenn auch Stransky diese Frage halb und halb offen lässt.

Der paranoische Komplex erfordert eine Besprechung der Grössen- und Verfolgungsideen (Beziehungswahn) sowie der Sinnestäuschungen (Halluzinationen, Illusionen).

Stransky, der dem Mechanismus dieser Verfolgungsideen psychologisch nachgeht, findet sie bei der Manie aus Grössenideen hervorgegangen. Diese letzteren tragen oft einen geradezu phantastischen Charakter, sind aber bei der unkorrigierbaren Steigerung des Selbstbewusstseins geeignet, bei Zusammenstössen mit der Umwelt im Kranken die Vorstellung zu erwecken, er habe Feinde. Dementsprechend sind diese Ideen viel vergänglicher und wechselnder wie bei einer echten Paranoia und ebensowenig systematisiert.

In den Uebergangszeiten zwischen Depression und Erregung kommt es nach dem oben angeführten Autor durch ein Gemisch aus manischem Selbstgefühl und depressiver Angst und Unlust gelegentlich zum Mischaffekt des Misstrauens, auf dessen Boden ebenfalls länger dauernde Wahnbildungen entstehen können, die aber eben dieser Genese halber auch pseudo-paranoischen Charakter tragen.

In den Zeiten der Depression sind Beziehungsideen häufig vorhanden, wiederum aber der Gesamtstimmung und dem Bewusstseinsinhalt adäquat.

Halluzinationen gewinnen bei Manischen nicht entfernt die Bedeu-

tung für den Bewusstseininhalt wie bei der Verrücktheit, wenn sie auch gewiss vorkommen. Anders freilich in den melancholischen Zuständen, wo Sinnestäuschungen gar nicht selten sind, namentlich wenn es zu Wahnbildungen kommt, oder in der ängstlichen Agitation. Aber auch hier sind Beziehungen zwischen der vorherrschenden Gefühlsverfassung und dem Vorstellungsinhalt wohl immer nachzuweisen.

Fügen wir noch hinzu, dass Stransky bei den ersten Anfällen des manisch-depressiven Irreseins öfters ein atypisches Kolorit, z. B. ein paranoisches (neben deliriösem, katatonem, hysterischem) sah, so haben wir damit das Vorkommen paranoider Bilder für alle Erscheinungsformen manisch-depressiven Irreseins im Grundsatz festgestellt wie es auch Kraepelin getan hat; nur dass diese Bilder der überwiegenden Mehrzahl nach rein psychologisch erfassbar sind und ihre pseudoparanoische Natur erweisbar ist.

Dass aber die Mischungsfähigkeit des manisch-depressiven Irreseins und der Paranoia nicht bestritten werden kann, gibt auch Stransky zu; aber er engt hierfür die Grenzen sehr ein. Die Diagnose des kombinierten Irreseins ist nach ihm nur mit äusserster Vorsicht zu stellen; selbstredend darf überhaupt nicht davon gesprochen werden, wenn es sich bei einer Psychose um eine deutliche Grundstörung handelt, der lediglich disparate manisch-depressive Einzelzüge anhaften (zirkuläre Katanonie, zirkuläre Paralyse, paranoide Melancholie, gewisse Mischzustände), Züge, die zwar nicht selten kombinierte Disposition verraten, aber noch keine kombinierte Geistesstörung involvieren.

Sehen wir uns im Lichte dieser kritischen Erwägungen nunmehr diejenigen unserer Fälle an, welche paranoische Bilder zwischendurch aufweisen, so erfordert nur noch Fall 10 eine gesonderte Beachtung.

Wir haben hier eine periodische Melancholie, die später in ein zirkuläres Irresein ausläuft; bei jeder der Phasen treten paranoische Ideen auf. An sich sind diese Wahngedanken einer Vergiftung durch die Frau noch psychologisch erfassbar, wenn wir uns erinnern, dass das eheliche Einvernehmen sowieso kein sehr gutes ist. Und anderseits macht Stransky auf ähnliche Fälle aufmerksam, die in einzelnen Attacken mit depressivem oder — häufiger — manischem Aspekt erkranken und während derselben eine ganz deutliche paranoische Komponente enthalten. Aber auch nur in diesen Phasen, und gerade darum rechnet der Autor diese Formen noch zum manisch-depressiven Irresein, will er ein kombiniertes Irresein hier nicht gelten lassen. Wir sehen aber, wie bei Fall 10 der Patient auch intervallär den Vergiftungsgedanken lange nicht mehr recht los wird; doch ist mit der letztthin eingetretenen Hypomanie diese Wahnbildung verschwunden. So

wird es sich um sekundäre, die Depression begleitende und aus ihr wie aus der getrübten Ehe heraus erklärbare Ideen handeln, die wegen ihrer Vererbungstendenz uns wertvoll schienen. Ich möchte, nachdem wir unseren Patienten als manisch-depressiv diagnostizierten, für Mutter und Schwester gleichartig verfärbte Depressionen rekonstruieren. Denn die Transformation einer echten Paranoia, an welche zu denken wäre, zu einem manisch-depressiven Bild in der Deszendenz widerspricht der überwiegenden Mehrzahl der Autorenansichten.

Handelt es sich bei paranoiden Komponenten in einem manisch-depressiven Krankheitsverlauf immer mehr um die Frage: Kombination oder pseudoparanoische Ideen, so ist dies bei katatoniformen Erscheinungen sehr oft anders: Hier muss die Differentialdiagnose in den ausgesprochenen Fällen wohl immer zwischen den beiden Polen Schizophrenie und in spezie Katatonie oder Manisch-depressiv wählen. Eine manchmal denkbar schwere Aufgabe, zumal in dieser Hinsicht die Grenzfragen keineswegs so einheitlichen Anschauungen begegnen, wie dies bei vorbehandelten paranoiden Komplexen der Fall war. Hören wir zunächst wieder Stransky. Von den einzelnen Symptomen einer Katatonie kommen nach ihm Grimassieren, Wortsalat, Dämmerzustände bei Manischen und im manischen Stupor auch Mutazismus vor. Aber hier wie bei der Paranoia ist der Autor bestrebt, die Pseudonatur dieser Störungen durch die psychologische Forschung darzutun. So findet er Grimassen als Ausfluss übermütiger Stimmung namentlich dann auftreten, wenn die Maniaki aus Mangel an Umgebung ihr Spiel mit sich selbst treiben; selbst in den manchmal äusserst läppischen Fratzen jugendlicher Individuen bleibt die Idee des Spielerischen, des Scherhaften gewahrt. Aus hochgradiger Ideenflucht, durch Ueberpurzeln der Sprache entstehen Wortbildungen, die zuweilen an katatonen Wortsalat anklingen, ebenso ist scherzendes Vorbeireden nicht selten. Für die Dämmerzustände schizophrener Färbung wird die durch die manische Erregung erzeugte Erschöpfung erklärend herangezogen. Im manischen Stupor kann sich, wenn auch seltener, bei den Kranken auch in sprachlicher Hinsicht ein gewisser Mangel an Bewegungsantrieb zeigen, der zuweilen einen scheinbaren Mutazismus hervorruft. Eine Art Katalepsie kann durch Hemmung resultieren; in manchen Mischzuständen (unproduktive Manie) werden allerlei pseudokatatonische Läppereien hervorgebracht, so dass mitunter Schwachsinn vorzuliegen scheint. Doch schützt gegen letztere Annahme schon der weitere Verlauf.

Nun gibt es aber Fälle echter Katatonie, die trotz eines remittierenden bzw. intermittierenden Verlaufs bisher unbestritten als Schizophrenie aufgefasst wurden. Gerade diese Verlaufseigentümlichkeit, welche inter-

valläre Besserungen oder Heilungen produziert, gab in den letzten Jahren vor 1911 der Heidelberger Schule Veranlassung, derartige Patienten als manisch-depressive zu betrachten. Sie nahm eben diesen Zug zum zeitweiligen, sei es auch nicht dauernden Zurücktreten der Krankheitszeichen, als einen typisch manisch-depressiven auf, der so schwer wiegt, dass dem gegenüber die katatonen Komponenten an Bedeutung verliere. Hiergegen nimmt Stransky entschieden Stellung. Er argumentiert ganz richtig, dass eine dem periodisch-rezidivierend-remittierenden mehr oder minder nahe kommende Verlaufsgestaltung an sich noch kein Charakteristikum des manisch-depressiven Irreseins ist. Sieht man doch eine solche auch bei anderen Geistesstörungen wie der Paralysis progressiva schon. Den Hauptwert muss die diagnostische Bewertung immer auf die schizophrene Störung legen, die so ausgeprägt und andauernd dem manisch-depressiven Irresein kaum eignet. Ihr gegenüber hat es doch nur einen formalen Wert, ob das Ende der Psychose in Sprüngen oder langsam ansteigend erreicht wird. Stransky's Stellung zusammengefasst ist folgende: Jede Schizophrenie kann vorübergehend pseudoaffektive Zustände liefern. Die katatonische Form zeigt dazu nicht selten periodischen bzw. remittierenden Verlauf. Die Feststellung von Gruppen eindeutig schizophrener Züge entscheidet die Diagnose zugunsten der Dementia praecox, z. B. länger andauernd deutliche Spannungszustände, Bizarrierien, Stereotypien, soweit sie nicht der oben berührten psychologischen Erklärung fähig sind, — ein Gedanke, der stets berücksichtigt werden muss.

Seit Stransky seine Monographie schrieb, sind 9 Jahre vergangen. Die Frage der atypischen Zustandsbilder innerhalb des manisch-depressiven Irreseins hat seit jenen Tagen manch lebhafte Erörterung herausgefordert. Eine der letzten Arbeiten, die hierüber vorliegt, stammt von Schröder, der die Spielbreite der Symptome beim manisch-depressiven Irresein und den Degenerationspsychose untersucht. Deutlich paranoische Bilder sind unter seinen als manisch-depressiv bezeichneten Fällen nicht; wohl aber solche mit katatonen Erscheinungen (Hyperkinese, Akinese). Hieraus folgert Schröder, dass die scharfe Unterscheidung zwischen katatonischer Hyperkinese und manischer Erregung sowie zwischen Akinese und depressiver Hemmung nicht mehr möglich sei, oder dass „motorische“ Symptome nicht nur bei der Katatonie, sondern eben auch beim manisch-depressiven Irresein vorkommen. Rückblickend auf die anderen, mit der heutigen Symptomatik und Namengebung nicht genau zutreffenden Bilder, fährt er fort: Bei Manischen und Depressiven, soweit sie zum manisch-depressiven Irresein gehören, sind außer den manischen und melancholischen Symptomenkomplexen auch noch andere

Komplexe anzutreffen, ohne dass wir gezwungen sind, die Diagnose zu bezweifeln oder Komplikationen anzunehmen. Da Stransky's psychologische Auslegungsversuche gegenüber Schröder's Fällen versagen, andererseits der Gesamtverlauf der Krankheit sonst ein typisch manisch-depressiver ist, kann man sich des Eindrückes nicht erwehren, als habe Stransky 1911 noch die symptomatischen Grenzen der verschiedenen dem manisch-depressiven Irresein angehörenden Bilder ein wenig zu eng gezogen, wenn auch an sich sein Bestreben sehr wohl berechtigt war, den allzuweit gedehnten Begriff dieses Irreseins auf eine klinisch brauchbare Form zurückzuführen. Wir erinnern uns, wie Stransky eine sehr entschiedene Haltung einnimmt, wo es gilt, zwischen manisch-depressivem Irresein oder Katatonie die Diagnose zu stellen, wie er Bilder mit länger andauernden Bizarrierien, Stereotypien usw. unbedenklich der Schizophrenie zugezählt. Es geschieht hiermit das Umgekehrte, was andere Autoren üben, wenn sie in gleicher Diagnoseschwierigkeit jene Fälle dem manisch-depressiven Irresein zuweisen: die für die Psychiatrie fast zwangsmässig gewordene Alternative Dementia praecox oder manisch-depressives Irresein hat ungebührliche Erweiterung der beiden Begriffe mit sich gebracht.

Hier geht Schröder auf seine Beobachtungen gestützt nach folgenden Ueberlegungen eine Art Mittelweg zwischen den Extremen:

Nicht immer haben wir so gut ausgebildete Fälle vor uns, dass wir neben recht atypischen doch auch die für eine entsprechende Diagnose so notwendigen typisch manisch-depressiven Phasen sehen. Recht häufig stehen wir akuten Psychosen gegenüber, die wir nicht als manisch-depressiv bezeichnen können, obwohl bei allem Abweichen der Symptome manches für einen manisch-depressiven Fall spricht, und obwohl die Unterbringung in einer der anderen Krankheitsgruppen ausgeschlossen scheint. Sie numehr ohne weiteres entweder manisch-depressivem Irresein oder der Dementia praecox zuzuweisen, hiesse, in die oben erwähnten Fehler verfallen. Schröder fasst nun eine Anzahl derartiger Fälle unter dem Sammelnamen „degeneratives Irresein“ zusammen, worunter er solche psychotische Zustände verstanden haben will, welche zusammen mit den hysterischen und gewissen paranoischen Psychosen sowie dem manisch-depressiven Irresein eine einheitliche grosse Gruppe ohne scharfe Abgrenzbarkeit der einzelnen Formen gegeneinander bilden. Eng dazugehörig ist aber noch eine nicht kleine Menge weiterer Krankheitsbilder, die bald dieser, bald jener der oben genannten Formen symptomatisch nahe stehen, die aber zum Teil auch ganz andere Erscheinungen bieten. Für diese schlägt Schröder den Namen Degenerationspsychose (Bonhöffer) vor. Hierunter rechnen also Krankheits-

formen, so führt er aus, die zum degenerativen Irresein gehören, aber weder dem manisch-depressiven Irresein, noch den hysterischen Psychosen, noch den bisher beschriebenen Gruppen von paranoischen Psychosen einzureihen sind, obwohl sie bald zu dieser, bald zu jener Gruppe nahe Verwandtschaft zeigen; auch ganz der Katatonie gleichende Bilder von monatelanger Dauer geraten hier hinein, wie schwerer Stupor, Akinese, Mutazismus, Negativismus, Stereotypien, Perseveration, vollkommene Nahrungsverweigerung usw. bei Degenerierten. Gerade diese Zustände erscheinen nicht nur in Symptomatologie, sondern auch ihrer Psychogenie nach nahe verwandt mit den hysterischen Psychosen.

Mit dieser Nomenklatur des degenerativen Irreseins und seines Anhängsels, der Degenerationspsychosen, wird zwar, was uns hier zunächst angeht, der Gegensatz zwischen dem manisch-depressiven Irresein und den geschilderten atypischen Fällen fliessend; aber dennoch wird einerseits das manisch-depressive Irresein im engeren Sinne nicht mehr über Gebühr belastet, und anderseits die Diagnosestellung „manisch-depressives Irresein oder Katatonie?“ von ihrem zwangsmässigen Entweder-oder in erheblichem Masse befreit. In ganz schwierigen Fällen wird für die Erkennung, dass es sich nicht um eine Katatonie handelt, nur das Ausbleiben der charakteristischen Verblödung trotz langer Dauer der Erkrankung ausschlaggebend sein. Nötig ist nur die Wiedergewöhnung daran, dass solch' komplizierte Bilder mit allerlei Erscheinungen, die an die „akzessorischen Symptome“ der Dementia praecox erinnern, bei Degenerierten vorkommen. Die sehr verschiedenen Symptome, mit denen sich die Degenerationspsychosen darstellen, zeigt dann Schröder an einer Reihe von Fällen auf; er erinnert daran, wie auch sie die Eigenschaft zur öfteren Wiederholung im Leben zeigen. „Bei gleichzeitiger manischer oder depressiver Färbung des Krankheitsbildes dürfte es dann sehr schwierig sein zu entscheiden, ob ein atypisches manisch-depressives Irresein oder eine Degenerationspsychose vorliegt. Diese Schwierigkeit ist unüberwindbar, weil eine grosse scharfe Grenze zwischen beiden nicht besteht, und weil alle Uebergänge vorkommen müssen. Damit schliesst sich der Ring zwischen den atypischen Phasen des manisch-depressiven Irreseins und den Degenerationspsychosen. Es ist deshalb auch nicht angängig und ist irreführend, wenn der Dementia praecox und den übrigen bekannten psychischen Krankheiten und Krankheitsgruppen das manisch-depressive Irresein als solches gegenübergestellt wird. Die Gegenüberstellung gegen die anderen Erkrankungen muss heißen: Degeneratives Irresein; nur als seine praktisch wichtigste Unterform ist, soweit akute Psychosen in Betracht kommen, das manisch-depressive Irresein anzusehen.“

Soweit Schröder's Versuch, der mir ein guter Weg aus den in den letzten Seiten behandelten klassifikatorischen Schwierigkeiten zu sein scheint. Viele der von Pilcz als „periodische Amentia“ bezeichneten Krankheitsbilder werden bei den Degenerationspsychosen unterkommen, soweit nicht Mischzustände in Erwägung zu ziehen sind. Es bleibt nur noch übrig, das Material der vorliegenden Arbeit auch von dieser Seite zu beleuchten. In Frage kommen die Fälle 9, 16, 17, 22, 24.

Fall 9: Wir haben gesehen, dass die Kranke in den Jahren 1887, 1898 und 1915 melancholische Anfälle erlitt, die nie atypisch waren und stets in volle Heilung ausliefen. Erst mit den Depressionen von 1917 und 1918—20 ist dies anders geworden. 1917 zeigen sich einige paranoische Ideen, die hinter anderen mehr katatonen zurücktreten. Die letzteren bestehen einmal darin, dass die Redeweise, in der die Patientin, ohne sich fixieren zu lassen, dauernd vor sich hinredet, sehr an eine Art Wortsalat erinnert. Dazu würde es weiter stimmen, dass in einer Art Echolalie die Kranke das letzte Wort der Anrede verschiedentlich wiederholt. Auf der Höhe des Zustandsbildes Nahrungsverweigerung. Der Anfall geht in völlige Heilung aus. Für die Nahrungsverweigerung besteht Katamnesie mit Erklärung durch Appetitlosigkeit. Das Zustandsbild zeigt von Beginn an Verwirrung mit erheblicher motorischer Erregtheit. Der depressive Unterton war erkennbar, wenn auch nicht allzustark und auch nicht stets.

Der Anfall 1918—20 leitet sich mit gewissen prodromalen Erscheinungen ein wie abendlichem Angstgefühl, schlechtem Schlaf. Zu Beginn weint die Kranke häufig; gute Einsicht in das Anormale des Zustandes ist vorhanden. Die Verwirrung nimmt dann bald zu. Die Orientierung ist dementsprechend anfangs erhalten. Da aber lichte Stunden zwischendurch auftreten, ist sie auch später gelegentlich vorhanden. Ein Auszug aus dem Krankenblatt mag die Symptomatologie schärfer umreissen.

9. 8. 1918. Im Laufe des Nachmittags halluziniert sie zeitweilig; sieht den Teufel, wird ängstlich, äussert auch Vergiftungsideen (es sind die gleichen wie sie auch schon 1907 produziert wurden), kommt viel aus dem Bett.

13. 8. Steigerung der Unruhe. Zeitweilig sehr laut, viel ausser Bett, wirft sich viel im Bett herum, zieht zum hundersten Male das Oberbett von rechts nach links, legt es dann über den Kopf, macht Schwierigkeiten mit der Nahrungsaufnahme, halluziniert, ist verwirrt.

16. 8. Es wird, da sie fortwährend aus dem Bett sich auf den Boden fallen lässt, ein Bett auf dem Boden bereitet. Sie erkennt übrigens zeitweilig ihre Umgebung.

21. 8. Kriecht nach wie vor auf dem Boden herum; äussert in ihren verworrenen Redensarten allerlei Befürchtungen vor dem Teufel usw.

1. 9. Für einige Stunden ganz geordnet. Fühlt sich wohl, bittet entlassen zu werden. Sie meint selber, so krank wie jetzt sei sie noch nie gewesen.

5. 9. Inzwischen wieder ganz gehemmt, halluziniert stark. Lässt sich nicht anziehen, hält sich steif wie ein Stock, muss gefüttert werden.

10. 9. Sitzt tagsüber jetzt im Saal, spricht wenig, blickt stieren Augen den Ankommenden an, ohne ihn zu kennen. Lässt sich mitunter zur Erde fallen und hält sich dabei so steif wie ein Stock, so dass es z. B. grösserer Mühe bedarf, um sie auf einen Stuhl zum Sitzen zu bringen.

17. 9. Meist stark verwirrt. Kriecht auf dem Boden. Fasst jeden Vorübergehenden an oder steht mit glasigen Augen im Zimmer herum. Spricht nichts.

15. 10. Völlig verwirrt, zeitweilig unruhig. Neigt zu Tätigkeiten in der Weise, dass sie hüpfend und mit gesenktem Kopfe gegen jemanden anzurennen versucht. Sprachlich fast keine Aeusserung.

29. 10. Heute Abend in etwas klar. Fragt nach der Dauer ihres Aufenthaltes hier, erkennt die Personen ihrer Umgebung. Gesichtsausdruck aber nach wie vor ziemlich starr.

28. 12. Pat. hat in der Zwischenzeit kaum eine klare Stunde gehabt. Sie liegt meist zu Bett, schaut die Anredenden mit glasigen verschlafenen Augen an, ohne eine Antwort zu geben. Mitunter kann sie recht lebhaft sein, kommt aus dem Bett, läuft im Saal umher oder geht auf die Pflegerin los. Oder sie jongliert langsam im Bett herum, dabei bizarre Gesichter ziehend. Sie nimmt die Nahrung selber zu sich, doch macht sie, wenn jemand der Aerzte zuschaut, häufig ein eigenartiges Theater, schneidet Grimassen und gebärdet sich, als ob sie widerstrebe, isst aber dann doch nachher auf.

27. 5. 1919. Bis auf den heutigen Tag, wo Pat. beginnt aufzutauen, ihre Umgebung erkennt und über ihre Krankheit nachdenkt, zeigte sie denselben unveränderten Zustand; sie war die meiste Zeit verwirrt, hörte Stimmen, die ihr zuriefen, sie dürfe nicht reden, wurde häufig unruhig, kletterte aus dem Bett oder liess sich herausfallen, führte eigenartige Tänze auf, lief trotz ihres verkürzten Beines wie ein Wiesel durch die Abteilung, lachte und grimassierte, schlug mehrfach nach den Scheiben, musste einigemal mit der Sonde ernährt werden. In letzter Zeit nahm sie Nahrung nur, wenn sie gefüttert wurde. Unruhige Tage wechselten mit solchen ab, an denen Pat. steif und stumm, meist schlafend oder mit vollständig stierem Blick ins Leere schauend, im Bette lag. Die wenigen sprachlichen Aeusserungen, die von ihr zu erzielen waren, hatten den Inhalt, dass sie berichtete, sie sei in Rom gewesen, habe den Papst gesehen, oder sie warf den Pflegerinnen vor, man habe den lieben Gott getötet, und schickte sich an, in der Haltung einer Betenden für die Sünden Busse zu tun.

16. 8. In letzter Zeit nahmen die klaren Stunden zu. Pat. empfindet ihren krankhaften Zustand sehr, klagt über starke Mattigkeit und Kopfschmerzen

und ist mehr oder weniger auch noch von störenden und schreckhaften Halluzinationen und Bildern geplagt. Sie macht einen wehleidigen Eindruck, hat trügen Augenaufschlag und entgegen dem Verhalten in verwirrten Zeiten eine weniger starre Blickrichtung. Ziemliches Beharrungsvermögen: Sie bleibt lange Zeit auf einem Fleck stehen oder sitzt stundenlang still im Garten. Die Antworten erfolgen ganz langsam.

28. 12. Anhaltend schlechter Zustand. Pat. spricht spontan gar nichts, stiert vor sich hin und blickt ins Leere, steht in den Ecken herum, lässt sich plötzlich zur Erde fallen, hält sich steif wie ein Brett und schneidet wildverzerrte Grimassen. Sie isst meist selber, wenn auch sehr langsam. Ein eigenartiger Anblick ist es, wenn Pat. in erregter Stimmung klownartig herumtanzt oder sich an eine Mitpatientin klammert, sie umschlingt und zu küssen versucht. Der Gesichtsausdruck ist dann seltsam grotesk und steht im merkwürdigen Gegensatz zu der regungslosen Physiognomie und der starren Hemmung des apathischen Zustandes, der vorherrschend ist.

12. 2. 1920. Es kostet grosse Mühe, mit der Kranken einen Rapport herzustellen; man sieht es ihr an, welche Anstrengung sie die Ueberwindung der sprachlichen Hemmung kostet. (Das Examen ergibt klare Antworten.)

6. 4. Steht meist stupide herum. Spricht fast nichts. Aeussert ab und zu mit heiserer Stimme, sie habe Kopfschmerzen. Die Erregungszustände waren in letzter Zeit nicht mehr so häufig. Pat. zeigt dabei immer das gleiche Verhalten. Sie schlägt sich dabei auf den Kopf (was sie auch in kurzer Aufwallung tut), reiss an den Haaren, zerriss auch mehrfach ein Kleidungsstück (was jedoch nicht die Regel ist), lässt sich plötzlich zur Erde fallen, bleibt dort eine Zeitlang liegen, um von selbst aufzustehen; das Gesicht ist dabei schmerzverzogen; die Nahrungsaufnahme ist schwierig: sie muss immer wieder gedrängt werden, lässt sich aber nicht von fremder Hand füttern. Sie ist dabei wie auch sonst äusserst widerstrebend, macht allein keine Toilette, sträubt sich bei jeder mit ihr vorgenommenen Prozedur. Ist sie angekleidet, so lässt sie ihre Kleider in Ordnung. Psychisch apathisch und interesselos. Halluziniert oft, spricht sich aber über die Art der Halluzinationen nicht mehr aus. Nur einmal liess sie das Wort fallen, sie sehe „Bilder“.

Die Kranke ist hierauf einer anderen Anstalt zur Pflege übergeben worden.

Auf die Symptomatik der Anfälle von 1907 und 1918—20 kommt es uns an. Von dem letzten aus scheint sich das Verständnis der eigenartigen Bilder am leichtesten zu erschliessen. Grundlegend für die Beurteilung der Natur des Anfalles ist wohl die Notiz des Krankenblattes vom 28. 12. 1919: „Ein eigenartiger Anblick ist es“, heisst es hier, „wenn die Patientin in erregter Stimmung klownartig herumtanzt oder sich an eine Mitpatientin klammert, sie umschlingt und zu küssen versucht. Der Gesichtsausdruck ist dann seltsam grotesk und steht in merkwürdigem Gegensatz zu der regungslosen Physiognomie und der starren Hemmung des apathischen Zustandes, der vorherrschend ist.“

Dieser apathische Zustand mit starrer Hemmung gibt der Phase also das Gepräge, welche anderseits zu Beginn noch einen deutlich melancholischen Stempel trägt. Vergleichen wir die Notizen vom 10. 9. 1918, 17. 9. 18, 28. 12. 18, 16. 8. 1919, 6. 4. 1920, so ergibt sich im wesentlichen ein Bild apathischer Hemmung, das nur ganz vereinzelt eine depressive Note durchklingen lässt. Sehen wir von diesen seltenen Momenten ab, so ist jene Hemmung kaum der Ausdruck einer reinen melancholischen Phase: Es fehlt der Affekt. Gewiss: Auch ganz schwere Depressionen können Bilder mit scheinbar rezessiver melancholischer Stimmung gelegentlich zeigen. Aber nie dürfte es Schwierigkeiten hier machen, durch energisches Aufrütteln von dem Kranken eine Aeusserung zu erhalten, die beweist, dass auf dem tiefen Grunde der Psyche sich die Traurigkeit nur gesetzt hatte. Das aber will in unserem Fall durchaus nicht gelingen, und das spricht dagegen, hier noch einen reinen melancholischen Zustand zu sehen. Schauen wir weiter auf den ersten Teil der herangezogenen Notiz vom 28. 12. 1919. Dieses Herumtanzen, dieses Küssen (Erotik), die Erwähnung des Lachens unter dem 27. 5. 19, die unter dem 6. 4. 1920 bemerkte Neigung zum Zerreissen, auch die öfter zutage tretende Angriffslust — das alles sind unzweifelhaft manische Symptome; aber eine reine manische Episode ist mit jenen Beschreibungen noch nicht aufgezeigt. Der „grotesk“ genannte Gesichtsausdruck (28. 12. 1919) ist das Resultat manischer und hemmend-melancholischer Mischung. Ein Mischzustand ist der ganze Anfall von 1918—20, darauf sollen vorstehende Erörterungen hinaus; ein eigenartiger Mischzustand, der auch nicht den Namen einer agitierten Melancholie in Stransky's besonderem Sinne (siehe weiter oben) verdient, darum nicht, weil die hierbei zu fordernde „vorwaltende depressive Stimmungslage“ fehlt. Dabei ist übrigens der Gedanke nicht von der Hand zu weisen, dass das Klimakterium bzw. das nahe Senium einen spezifischen Einfluss auf den Symptomkomplex der Phasen 1917 und 1918—20 gewonnen haben.

Der Anfall des Jahres 1917 erscheint in diesem Lichte nunmehr als ein ähnlicher, nur schwächer ausgeprägter Mischzustand. Auch hier ist der depressive Affekt nur gelegentlich greifbar gewesen. Das ständige Reden der Kranken, die dabei nicht fixierbar ist, ist aber ebenfalls kaum anders als im Sinne eines manischen Zeichens erklärbar.

Nun zu den katatonen Symptomen: Wir erinnern uns an massenhafte Halluzinationen, die, wie wir sehen werden, in diesem Rahmen eine gewisse Bedeutung erlangen, die aber alle in gemeinsamem Zug zum Aengstlichen und Schreckhaften der Gemütslage in etwa adäquat

blieben. Weiter aber sehen wir, wenn wir beide Anfälle zusammennehmen, neben einer Art Wortsalat, einer Art Echolalie, namentlich in der Zeit von 1918—20 Grimassieren, Mutazismus, Negativismus und Spannungszustände. Aber die Diagnose des Mischzustandes wird uns vorsichtig dem Mechanismus dieser Bilder nachspüren lassen. Sind doch katatone Zeichen in gewissen Mischphasen keine Seltenheit und alsdann meist auch ungezwungen deutbar.

Der Wortsalat 1917 ist zwar stellenweise auf Schizophrenie verdächtig; aber 1918—20 zeigt sich derartige Wortverwirrtheit nicht mehr, wenn auch der Gang der Rede diesmal ein wenig inkohärent klingt, was durch die halluzinatorisch-phantastische Note aber bedingt sein dürfte.

Die Echolalie mag als Ausdruck der gedanklichen Hemmung hingehen. Die Kranke weiss mit sich und der Umwelt nichts anzufangen. Gibt es doch ähnliche Zustände bei nervösen Kollapsen im Augenblick, wo das Bewusstsein wiederkehrt; der oft hierbei dem Ohnmächtigen zugerufene eigene Name, als Schwellreiz in jenem Augenblicke wirkend, bringt gelegentlich eine an sich sinnlose Wiederholung des soeben erfassten Klangbildes, so des eigenen Namens, hervor. Ferner: Wer echolaliert mehr als das Kind, wenn der Sprachsinn sich entwickeln will? Vielleicht ist diese Echolalie als ein Nichtarbeiten (Noch-nicht-arbeiten) des mnestischen Sprachzentrums bei erhaltenem (funktionierendem) motorischen aufzufassen; vielleicht erklärt sich analog der glasige starre Blick der Patientin — namentlich 1918—20 beobachtet — durch eine gleiche Störung im Sehzentrum, zu welcher körperliche Hemmung sich gesellt.

Das Grimassieren ist eindeutig nicht erklärbar. Wir haben in der unproduktiven Manie gelegentlich solche Bilder, auch im manischen Stupor. Vielleicht erzeugt die Besonderheit des Mischzustandes diese eigenartigen Fratzen, die übrigens durch Aussenmomente (Notiz vom 28. 12. 1918) beeinflussbar erscheinen, was wiederum zu einer Katanonie nicht passen will.

Der Mutazismus ist, wenn man ihn nicht als Ausdruck der schweren Hemmung hinnehmen will, schon durch die Halluzinationen als sekundär bedingt zu erkennen (27. 5. 1919: „Hörte Stimmen, die ihr zuriefen, sie dürfen nicht reden.“)

Eine Deutung des Negativismus (6. 4. 1920) ist schwer. Möglich, dass manische Reizbarkeit sich hier anzeigt, möglich, dass unkontrollierbaren halluzinatorischen Einflüssen Raum gegeben wird.

Die Spannungszustände 5. 9. 1918, 10. 9. 18, 28. 12. 1919, 6. 4. 1920 vollends bleiben als wahrhaft katatonen Symptom bestehen.

Was aber trotzdem wohl mit Sicherheit eine Katatonie ausschliessen lässt, ist einmal der Umstand, dass zwar Apathie, aber keine Verblödung vorliegt, als die Kranke die Anstalt verlässt: letztere wäre nach so langem schwerem Krankheitsverlauf doch wohl schon eingetreten, zum mindesten hätte sich ein Intelligenzdefekt nach 1917 schon gezeigt, aber davon kann keine Rede sein. Ferner war das Bild bis 1917 typisch manisch-depressiv. Garnicht für eine Katatonie spricht es, dass in den klaren Stunden, die weder 1917 noch 1918—20 ganz fehlen, sogleich eine ziemliche Einsicht und Selbtkritik bei der Patientin erscheinen.

Zusammenfassung: Fall 9 bietet ein Krankheitsbild, bei dem es in einem vorher nie atypischen manisch-depressiven Irresein nacheinander zu zwei schweren Mischzuständen nominell nicht scharf erfassbarer Art mit katatonen Symptomen kommt. Von den letzteren sind einige als pseudokatatonisch nicht erkennbar. Trotzdem kann Schizophrenie ausgeschlossen werden. Der Fall ist Schröder's manisch-depressiven Krankheitsgeschichten mit atypischen Phasen gleichzusetzen.

Fall 16: Wir hatten bei dieser Kranken Spannungszustände, Negativismus, Manieren während der Depression von 1920 gesehen. Zur Erklärung ein Auszug aus dem Bericht:

19. 3. 1920 hat den Urin 24 Stunden angehalten, reagiert auf nichts; zwischendurch längere Zeit in unbequemer krampfhafter Stellung verharrend.

21. 3. Lässt nur alle 24 Stunden einmal Urin, hält auch den Stuhl stark zurück. War die vergangene Nacht unruhig; mit weit vor dem Munde hängender Zunge stösst sie ein eigentümlich plärrendes Weinen aus.

25. 3. Nach wie vor vollkommen stumm, hat vielfach die Zunge bei halb geschlossenen Augen vor dem Mund, aus dem ihr Schaum und Speichel trieft, wird seit gestern mit der Sonde ernährt, wobei sie ausserordentlich lebendige; aber nur passive Resistenz übt. Ist heute viel ausser Bett, geht mit hochgezogenen Schultern und vornübergeneigtem Kopf, einen Fuss an dem andern reibend, in eigentümlicher Weise plärrend, im Zimmer hin und her.

28. 3. (die beim Aneinanderscheuern der Füsse entstandenen Wunden haben zur Sepsis geführt). Spricht kein Wort, hat die Augen meist halb geschlossen, die Zungenspitze zwischen den Zähnen vorstehend. Lässt Speichel aus dem Munde läufen.

29. 3. Auch heute stundenweise sehr laut dadurch, dass sie eigentlich weint und plärrt.

Wenn wir bedenken, dass die Akten in der in Rede stehenden Depression seitens der Kranken ausserordentlich konsequente, immer wieder zu anderen Mitteln greifende Selbstmordversuche erwähnen, wird der „Negativismus“ der Nahrungsverweigerung (25. 3.) begreiflich.

Schwieriger sind die anderen Erscheinungen, vor allem dieses seltsame Plärren zu deuten (eigenartiger Mischzustand?); auch die letale Sepsis bringt keine Änderung in die Symptome. Wir werden uns begnügen festzustellen, dass katatonieähnliche Symptome einer Phase eines bis dahin einwandfrei manisch-depressiven Bildes etwas atypisches Gepräge geben, wenn sie auch nicht so stark in die Erscheinung treten, wie die bei Fall 9 beobachteten.

Fall 17. Die Beschreibung im ausführenden Teil hatte für die Phase dieser Kranken im Jahre 1917—1919 als katatone Symptome vermerkt: Wortsalat. Wortstereotypien, ziemliche Affektsteifheit, Grimassieren und Haltungsmanieren. Der Zustand selber trägt nach anfänglich rein manischem Gepräge seit Ende Oktober 1917 das Aussehen eines der unproduktiven Manie nahestehenden Mischzustandes. Daher auch wohl die Läppigkeit der Patientin, die zeitweise „ganz den Eindruck eines verblödenden Katatonikers macht“, wie der Bericht sagt. Immerhin haben jene schizophrenen Züge einer Phase des bis dahin klar manisch-depressiven Bildes ein asymptomatics Äusseres gegeben. Sowohl wegen des bisherigen, sonst typischen Verlaufs aber und auch wegen der bei der Kranken in klaren Momenten sogleich einsetzenden Selbstkritik und Einsicht des Anormalen konnte Dementia praecox ausgeschlossen werden.

Fall 22. Das für diesen Zusammenhang Wesentliche brachte der ausführende Teil. Das Ausbleiben jedes Intelligenzdefektes und das im zweiten Anfall zur vollen Klarheit entwickelte manische Bild lassen die Diagnose: „Dementia praecox“ verwerfen.

Fall 24. Bei dieser Patientin konnte namentlich, wenn man den Beginn der Krankheit ins Auge fasst, zunächst einmal die Differentialdiagnose gewissen Schwierigkeiten begegnen. Es konnte sich um eine akute halluzinatorische Paranoia (katatone Varietät) handeln, wie sie Ziehen beschreibt, und wie wir sie nach diesem Autor wohl im Wochentbett unter dem Einfluss einer Infektion auftreten sehen. Ein solcher Fall mit anschliessender Transformation in einem Zyklus fand sich in der Literatur bei Saiz. Dagegen steht die Tatsache, dass in diesem Falle der Krankheitsverlauf des Anfallen nicht derartig protrahiert gewesen wäre. Ausserdem wäre die Katamnese nicht so gut gewesen, wie ich sie in der Krankengeschichte fand. Aber auch die systematische Stellung dieser Ziehen'schen Paranoia ist nicht eindeutig; rechnet doch z. B. Kraepelin die meisten Fälle der akuten Paranoia anderer Autoren seinem manisch-depressiven Irresein zu. Ferner war an eine symptomatische Psychose zu denken: Sie kommt aber wegen der langen Dauer der Krankheit nach Ablauf der primären Infektion

nicht in Betracht, ebenso spricht hiergegen die gute retrograde Einsicht und das ziemlich erhaltene Bewusstsein. Auf diese wichtigen diagnostischen Merkmale hat Krisch noch kürzlich hingewiesen.

So bleibt es noch übrig, wegen der stark vorherrschenden katatonen Symptome die Diagnose: Manisch-depressives Irresein überhaupt anzuweifeln und Schizophrenie anzunehmen; nur spricht gegen diesen Versuch das Ausbleiben jeden Intelligenzdefektes nach vierjährigem, schwerem Verlauf; dann auch die gute Selbstkritik, welche in den wenigen, klaren Tagen der Kurve die Kranke sofort zeigt, ferner die sehr gute Rückerinnerung. Ein eigenartiger Mischzustand, wie er im Fall 9 die katatonen Symptome bis in etwa erklärt, scheint mir ausschliessbar. Da wir bei der Patientin sowohl eine einwandfreie Depression wie auch reine manische Zeiten ohne jene katatonieverdächtigen Zeichen sehen, mag, wie in den vorbesprochenen Fällen, auch hier der Satz Geltung haben, dass in einem feststellbar manisch-depressiven Irresein katatone Symptome diagnostische Schwierigkeiten bereiteten, wobei aber Schizophrenie gleichwohl abweisbar war.

Wir sehen aus den letzten Betrachtungen auch, wie Pilcz's oben erwähnte Definition der periodischen Psychosen insofern einer Korrektur bedarf, als die Forderung, dass die Anfälle bis zum gewissen Grade einander gleichen, nicht unbedingt aufrecht zu erhalten ist.

Nachtrag bei der Korrektur:

Die vorliegende Arbeit wurde abgeschlossen Anfang Januar 1921. Neues ist nur zu drei Fällen nachzutragen.

Fall 9: Die Mitte Juli 1921 erhobene Nachfrage ergab, dass bis heute die 1918 eingetretene Phase fortbesteht. Der starren Hemmung geht ein lebhaftes Grimassieren mit anfallsartigen Erregungen parallel. Ein Rapport ist zwar schwer, aber doch geordnet herzustellen. Bis Ende 1920 hielt auch das Hinfallen an. [...] Wenn der Arzt sie anspricht, macht sie allerlei Verdrehungen mit ihrem Körper und den Armen und fällt schliesslich vom Stuhl; anscheinend ist sie dann im Bewusstsein getrübt. . . Die epileptiformen Erregungen treten oft schon auf, sobald man sie berührt. . .] Seit Anfang 1921 scheint die depressive Note sich stärker aus dem Bild des Mischzustandes herauszuarbeiten.

Fall 13: Eine nunmehr 23jährige Tochter der Patientin ist manisch-depressiv erkrankt.

Fall 14: Die Patientin war am 9. August 1921 zu ihrem Sohn nach E. beurlaubt worden, nachdem sie seit 6 Jahren, wie aus der Kurve hervorgeht, nur ganz geringe manische Symptome zeigte und völlig ge-

ordnet war. Schon am 11. August wurde sie in E. deutlich manisch; die Erscheinungen wurden so stark, dass auf telegraphische Benachrichtigung durch den Sohn die Anstalt die Kranke am 14. August abholen liess. Patientin ist z. Z. ausgesprochen manisch; die andeutungsweise delirante Erregung ist noch im Wachsen; wieder die gleichen Herzbeschwerden wie bei früheren Manien. Es sei darauf hingewiesen, dass genau so wie die schwere Manie von 1914 nach langem leichtem Verlauf auf eine probeweise Entlassung folgte, auch diesmal nach 6 fast ganz geordneten Jahren ein gleicher Versuch eine erhebliche Manie auslöst.

Alsdann ist noch inzwischen erschienen die monographische Studie von O. Rehm: Das manisch-melancholische Irresein. Aus dem reichen Inhalt des Werkes, welchem über 400 einschlägige Fälle zugrunde liegen, soll nur einiges berührt werden.

Für atypische Phasen eines manisch-depressiven Irreseins, namentlich solche mit katatonen Symptomen, legt Rehm den grössten Wert auf klinisch klare Vor- oder Nachstadien (wie es im Text statt „Nachstudien“ wohl heissen soll), welch' letztere auch ihm, wenn sie beobachtet werden, eine Zuweisung des sonst unklaren Bildes zum manisch-depressiven Gebiete gestatten.

Ferner wird von Rehm bei Schwierigkeiten in der Diagnose Dementia praecox oder manisch-depressives Irresein das eventuelle Fehler des Negativismus als wichtig bewertet. Fehlt dieser, so soll das eine Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein beweisen. In verschiedenen unserer Fälle, welche diagnostisch gleiche Schwierigkeiten boten, ist jedoch ein einwandfreier Negativismus beobachtet worden; wenigstens schien hier kein Kriterium vorhanden, diesen Negativismus von einem echten katatonen zu unterscheiden. Der weitere Verlauf aber liess die Diagnose: Manisch-depressiv nicht bezweifeln. Ueber diesen Punkt sind weitere Beobachtungen notwendig.

Dagegen lässt sich Rehm's Hinweis auf die erhöhte Ablenkenbarkeit, welche nach ihm mit grösster Wahrscheinlichkeit gegen Katatonie und für manisch-depressives Irresein spricht, mehrfach auch bei unseren diesbezüglichen Kranken bestätigen.

Die schönen, der Monographie beigegebenen Kurven konnten leider nicht ausführlicher besprochen werden, wie es im Vergleich mit den Kurven vorliegender Arbeit in verschiedener Hinsicht vielleicht interessiert hätte.

Literatur.

- 1) Binswanger-Siemerling, Lehrb. d. Psych. — 2) Bleuler, Lehrb. d. Psych. — 3) Hübner, Ueber die manisch-depressive Anlage und einige ihrer Ausläufer. Arch. f. Psych. Bd. 60. H. 2 u. 3. — 4) Kraepelin, Psychiatrie 1904 und 1913. — 5) Krisch, Die symptomatischen Psychosen und ihre Differentialdiagnose. Berlin 1920. — 6) Pilz, Die periodischen Geistesstörungen. Jena 1901. — 7) Saiz, Untersuchungen über die Aetiologie der Manie, der periodischen Manie und des zirkulären Irreseins. Berlin 1904. — 8) Schröder, Die Spielbreite der Symptome beim manisch-depressiven Irresein und bei den Degenerationspsychosen. Berlin 1920. — 9) Stransky, Das manisch-depressive Irresein. Wien 1911. — 10) Reiss, Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. Berlin 1920. — 11) Ziehen, Lehrb. d. Psych.