

(Aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik der Universität Freiburg i. B. [Geh.-  
Rat *Hoche*].)

**Menstruation und Psyche.**  
(Versuch einer „verständlichen“ Inbeziehungsetzung somatischer  
und psychischer Erscheinungsreihen.)

Von  
Professor Dr. Alfred Hauptmann.

(*Eingegangen am 8. März 1924.*)

Wenn man nach etwa 50 Jahren auf unsere Disziplin zurückblicken wird, so wird man die jetzige Zeit als den Beginn einer neuen Ära bezeichnen, als einen Wendepunkt, an welchem die psychiatrische Forschung dahin gelangt war, aus ihren Kinderschuhen herauszutreten. Sie hat gerade jetzt eine Umdrehung auf der Spirale zurückgelegt, die bekanntlich durch jeden Forschungsweg gebildet wird, und sie befindet sich wieder auf dem gleichen Punkte, wie vor vielen Jahren, nur auf verändertem Niveau. Dieser Weg führte sie von rein psychologisierenden Tendenzen zur Auffassung der Psychose als der unmittelbaren Äußerung des organischen Gehirnprozesses; und nun haben wir uns wieder weitgehend der früheren Richtung genähert, ohne aber doch darum im Erscheinungsbilde der Psychose die Bedeutung des pathologischen somatischen (denn es braucht sich nicht immer um einen primär cerebralen zu handeln) Vorganges zu vernachlässigen.

Es ist ja bekannt, daß wir in der Psychose jetzt ein äußerst kompliziertes Gebilde erblicken, das wir zu zergliedern und vor uns aufzubauen trachten. Es handelt sich eben nicht nur um die einem bestimmten körperlichen Prozeß jeweils unabänderlich zugeordneten psychischen Symptome, wir sind vielmehr der Meinung, daß diesen pathologischen Elementarphänomenen mehr oder minder verständliche Reaktionen der so veränderten psychischen Individualität auf die einzelnen Erlebnisse übergeordnet, bzw. um sie als Kern herumgelegt sind. Es kommen weiter hinzu Färbungen und Gestaltungen dieses schon recht komplizierten psychischen Gebildes durch den individuellen Charakter, also ein Anlagebestandteil, durch frühere Erlebnisse und Erfahrungen, durch frühere Erkrankungen u. a. m., was in einzelnen Fällen dann zu einem den Grundtypus fast verwischenden Erscheinungsbilde führen

kann. Dieser „Aufbau der Psychose“ (*Birnbaum*) charakterisiert unsere moderne Forschungsrichtung, und allerorten sucht man Ordnung in die Symptom-Gruppierungen zu bringen: *Bleuler* tat es mit seinen Grund- und akzessorischen Symptomen bei der Schizophrenie, allerdings viel mehr in eindimensionalem Sinne, als etwa *Kretschmer*, von dem die Bezeichnung der „mehrdimensionalen Diagnostik“ stammt, *Hoche* sprach bei der Paralyse von „Achsen- und Rand-Symptomen“, *Kehrer* hat uns Proben derartiger psychologischer Zergliederungen geliefert, um nur einige Autoren zu nennen.

So erfreuliche Resultate diese Forschungsrichtung nun auch bei Psychosen, die, wie etwa die paranoiden, als einfühlbare Reaktion einer abnorm veranlagten Persönlichkeit, rein psychologisch verstehend analysiert werden können, oder auch bei hysterischen, kurz bei im weitesten Sinne „psychogen“ zu nennenden psychischen Erkrankungen (richtiger gesagt Reaktionen) geliefert haben mag, so tragen doch die meisten sonstigen Arbeiten auf diesem Gebiete einen rein programmatischen Charakter, und die Bemühungen, auch den eigentlich organischen Psychosen, also den irgendwie doch somatisch fundierten, in ihrer Struktur auf den Grund zu kommen, scheinen mir noch allzu problematisch, müssen unzulängliche Versuche bleiben, da die Vorarbeiten für solche Untersuchungen noch gar nicht angestellt sind.

Freilich hatte man bisher ja auch dieses Ziel vor Augen gehabt, insofern man durch Vergleichung einer möglichst großen Anzahl von Erscheinungsbildern einer Psychose, unter Abstraktion nur gelegentlich auftretender psychischer Äußerungen, das eigentliche Wesen der Erkrankung zu eruieren suchte; es kam das aber doch im Grunde nur auf eine Parallelstellung des — in den meisten Fällen übrigens größtenteils recht wenig bekannten — somatischen Vorganges mit den psychischen Phänomenen hinaus, ohne daß man diese beiden Erscheinungsreihen in einen verständlichen Zusammenhang bringen konnte, und auch ohne daß man da, wo dies nicht möglich war, und wohl auch prinzipiell gar nicht zu erwarten war, etwa einmal systematisch untersucht hätte, *welche gesetzmäßigen Beziehungen denn zwischen bestimmten, klar überschaubaren somatischen Vorgängen und ihnen zugeordneten psychischen Äußerungen bestünden.*

Man könnte einwenden, daß solche Untersuchungen doch an experimentell herbeizuführenden Vergiftungen bereits angestellt wurden, aber auch diese stammen meist aus Zeiten, wo man sich eben noch nicht bemühte, die psychotischen Phänomene auf ihren inneren Aufbau zu durchforschen, so daß man das gesamte *komplexe* psychische Gebilde ohne nähere Strukturanalyse als Ausdruck der Einwirkung des toxischen Agens auf das Gehirn ansah. Damit kann uns aber bei unserer modernen Auffassung nicht gedient sein.

Noch viel weniger an Vorarbeiten ist aber da vorhanden, wo es sich um toxische Einwirkungen aus dem Organismus selbst handelt, insbesondere solche des *endokrinen Drüsensystems*, was angesichts der neueren Bemühungen einer dahin tendierenden ätiologischen Fundierung mancher Psychosen doch unbedingt gefordert werden müßte, bevor man daran gehen darf, das psychische Bild strukturanalytisch zu zerlegen. Ja, so wertvoll für diese Forschung auch manche Beobachtungen über die Wirkung der Entfernung oder der Hyperfunktion einer dieser Drüsen sein mochten — auch hier noch eindimensional beobachtet —, so meine ich, daß man noch weiter wird zurückgreifen müssen, nämlich auf die normale Funktion dieser Drüsen, um ihren Einfluß auf die psychische Tätigkeit zu ergründen.

In dieser Hinsicht kommt uns die Natur nun selbst entgegen, indem sie uns in der periodisch auf- und abschwellenden Tätigkeit der Ovarien, bzw. ihres für die Menstruation maßgebenden Anteils<sup>1)</sup> ein Experiment schafft, an dem wir diesen Fragen nachgehen können. Die *Menstruation* ist zum Zwecke der genannten Vorarbeiten um so wertvoller, als die hier gewonnenen Ergebnisse bei dem — m. E. noch immer nicht restlos geklärten — Problem der eigentlichen Menstruations-Psychose, bei den periodischen Psychosen und bei den klimakterischen Psychosen vielleicht Anwendung finden könnten.

Die klare *Fragestellung* bei meinen Untersuchungen war folgende:

1. Sind bei der Menstruation *bestimmte* psychische Erscheinungen vorhanden, deren *regelmäßiges* Auftreten eine *gesetzmäßige* Beeinflussung des Gehirns durch endokrine Vorgänge anzunehmen gestattet? oder
2. Sind die psychischen Erscheinungen nur der Ausdruck der jeweiligen *Prädisposition* des menstruierenden Individuums? oder
3. Sind *über-einstimmende* psychische Äußerungen vorhanden, die bei näherer Analyse als verständliche, *überindividuelle Reaktion* auf menstruelle Einwirkungen im weitesten Sinne (also nicht nur wie bei Frage 1) angesehen werden müssen?

Man sieht unschwer, daß das Gewicht meiner Untersuchungen Punkt 3 betrifft, während die ersten beiden Punkte auch schon den Gegenstand mancher Untersuchungen früherer Autoren gebildet haben, wenn natürlich auch nicht mit den Methoden, die uns die analysierende moderne Forschungsrichtung nahelegt. Gerade die Anwendung dieser Methoden aber ist die notwendige Voraussetzung für das Gelingen einer Beantwortung der drei Fragen.

Das menschliche Experimentierobjekt mußte bei der Beantwortung der Fragen mithelfen. Die Versuchspersonen mußten sich selbst

<sup>1)</sup> Wobei ich es — als für unsere Zwecke irrelevant — dahingestellt sein lasse, ob die Ursache dieser Periodizität im Ovarium selbst oder in dem Gesamtsystem der endokrinen Drüsen oder gar in einem zentral-nervösen Mechanismus gelegen ist.

genau beobachten, um die komplexen psychischen Phänomene zu zerlegen, damit sie dann in gemeinsamer Arbeit mit dem Untersucher als verständliches Gebilde wieder aufgebaut werden konnten. Nur so war ein Eindringen möglich, nur so war der Beweis für die Gültigkeit einer Zerlegung zu erbringen: die gefundene psychische Struktur durfte nicht nur dem Untersucher verständlich erscheinen, sie mußte auch von der Versuchsperson als den Tatsachen entsprechend anerkannt werden.

Ein solches Resultat konnte bei früheren Untersuchungen — abgesehen natürlich von dem Fehlen einer entsprechenden Fragestellung — schon deshalb nicht erzielt werden, weil die Versuchspersonen mangels fehlender psychologischer Vorbildung zu einer Autoanalyse gar nicht in der Lage waren. Deshalb wählte ich bei meinen sich über die letzten zwei Jahre erstreckenden Untersuchungen als Versuchsobjekte *Studentinnen*, die meine oder *Hoches* Vorlesungen besuchten, also genügende psychiatrische Kenntnisse besaßen, um die Fragestellung zu verstehen.

Um trotz der aus der natürlichen Schamhaftigkeit bei der Erörterung dieser Fragen erwachsenden Hindernisse die Untersuchungen auf eine möglichst breite Basis stellen zu können, habe ich zunächst einmal an alle einen ausführlichen Fragebogen geschickt, dessen anonyme Beantwortung ich ihnen freistellte. Es ist ein Beweis für den wissenschaftlichen Ernst unserer studierenden Damen, daß nur ganz wenige die Beantwortung unterließen. Die meisten gaben sich wirklich Mühe, meinen Forderungen um genaueste Selbstbeobachtung und Zergliederung gerecht zu werden, und vor allem bin ich jenen zu Dank verpflichtet, die sich mir persönlich zur Verfügung stellten, damit in gemeinsamer Arbeit an die Analyse der psychischen Vorgänge gegangen werden konnte.

So waren die Bedingungen geschaffen, die durch die geistige Qualität der Versuchspersonen, durch ihre psychiatrische Schulung, durch das voraussichtliche Fehlen grob-pathologischer Elemente geeignet waren, Resultate zutage zu fördern, die eher Anspruch auf wirkliche Gültigkeit erheben konnten, als wenn man, wie früher, gesunde Laien oder Patientinnen zu Untersuchungen benutzte, die sich im wesentlichen mit den *Molimina menstrualia* befaßten, oder, wenn sie psychische Phänomene zum Gegenstande hatten, so sehr an der Oberfläche blieben, daß sie nicht mehr zutage förderten, als man durch unwillkürliche Beobachtung an seiner weiblichen Umgebung schon hatte feststellen können.

Ich verzichte auf die nur Seiten füllende Abschrift der Beantwortung der einzelnen Fragebogen und die Wiedergabe der gemeinsam ausgeführten Analysen und berichte lieber gleich über das Gesamtergebnis, das ich in folgende *fünf Gruppen* einteilen möchte:

*Erste Gruppe.*

Hier handelte es sich um seelisch und nervös durchaus vollwertige Individuen, deren Familien auch keine nennenswerte nervöse Veranlagung zeigten. Bei den meisten fehlten wesentliche körperliche Beschwerden während der Menstruation, bei einigen waren sie aber doch vorhanden, was besonders hervorgehoben werden soll, da es zeigt, daß die Ursache für das psychische Verhalten der Angehörigen dieser Gruppe nicht in dem Fortfall somatischer Belästigungen gesucht werden darf.

Ihr seelisches Befinden während der Menstruation bot keine qualitativen Abweichungen von ihrem Normalzustand, es befand sich vielmehr nur auf verändertem u. z. erhöhtem Niveau. Hierzu bedurfte es nicht irgendwelcher spezifischer, psychisch einwirkender Agentien, die gesteigerte psychische Leistungsfähigkeit entsprach vielmehr nur und entstammte einer gesteigerten Sinnesempfindlichkeit. Die psychische Maschinerie lief mit erhöhter Tourenzahl bei gleichbleibender oder doch verminderter Reibung, weil die Aufnahmeorgane, die Antriebs Elemente auf die üblichen Reize der Außenwelt ein Plus an Energie hineinwarfen. Dabei wurden aber nicht etwa pathologische Werte erreicht: ich meine, es kam z. B. zwar zu einem beschleunigten Gedankenablauf, aber nicht zur Ideenflucht. Dem entsprach auch, daß trotz erleichterter und verbreiteter Auffassungsfähigkeit, die es ihnen also gestattete, in der Zeiteinheit nicht nur schneller aufzufassen, sondern auch gleichzeitig mehr Eindrücke aufzunehmen, keine gesteigerte Ablenkbarkeit vorhanden war; sie waren vielmehr sehr wohl in der Lage, sich zu konzentrieren, also trotz der Ansprechbarkeit der Sinnesorgane die aufgenommenen Sinnesreize gar nicht erst zu Wahrnehmungen werden zu lassen oder doch wenigstens deren störende Wirkung auf die aktuelle Denkrichtung auszuschalten.

Es ist das übrigens insofern auch eine *allgemeiner interessierende* Beobachtung, als es zeigt, das zum Zustandekommen des manischen Symptomenkomplexes: Ideenflucht — gesteigerte Ablenkbarkeit — erhöhte und erleichterte Psychomotilität (zu dem natürlich, wie ich wohl weiß, auch die veränderte Stimmungslage gehört) nicht etwa nur das Plus einer erhöhten Ansprechbarkeit, sondern auch gleichzeitig das Minus eines mangelnden inneren Zusammenhaltens, einer Direktionschwäche, also eines Willensvorganges, gehört.

Hierzu stimmt sehr gut, daß, wie schon aus der normalen Konzentrationsfähigkeit geschlossen werden kann, bei den Versuchspersonen dieser Gruppe keinerlei Störungen der Willensfunktion vorhanden waren. Es war höchstens, entsprechend ihrem übrigen Verhalten, auch in dieser Hinsicht eine gewisse Potenzierung zu bemerken, insofern ihre Entschlußfähigkeit zu diesen Zeiten besonders ausgeprägt war, und sie

auch tatsächlich mehr zustande brachten. Und zwar kam es, da gleichzeitig die assoziative Bindungsfähigkeit eine größere war, da ihnen „mehr einfiel“, zu einer wirklich produktiven Tätigkeit, es wurden reale Werte geschaffen, und nicht etwa nur eine leere Betriebsamkeit entwickelt. (Wie man sich das Verhältnis des Willens zu den übrigen psychischen Teilfunktionen hier zu denken hat, darüber soll Näheres bei Besprechung der Gruppe 2 gesagt werden.)

Für die Frage des Zustandekommens von *Sinnestäuschungen* war es sehr interessant, wie die Helligkeit, die über das ganze seelische Innenleben ausgebreitet war, die dynamische Lebhaftigkeit der Vorstellungen so steigerte, daß sie in einem Falle anfangen, plastische Gestalt anzunehmen, eine sinnliche Komponente zu bekommen. Die betreffende Studentin hörte, was in ihrem Denken vor sich ging, gleichzeitig in Worten mitklingen, und verglich dieses Phänomen selbst mit dem „Gedankenlautwerden“ der Schizophrenen, wobei sie sich natürlich durchaus und ständig über den subjektiven Charakter der Erscheinungen klar war. Und auch auf optischem Gebiet fand etwas Ähnliches statt: wenn sie sich an eine ihr bekannte Person, oder auch an eine Landschaft oder einen Gegenstand erinnerte, so trat das betreffende Bild ihr lebhaftig vor Augen, aber wiederum natürlich so, daß sie sich durchaus des ihrem Vorstellungsraum Zugehörigen bewußt blieb. Angedeutet war dies übrigens auch noch auf einem dritten Sinnesgebiet, dem Schmecken (bzw. dem Riechen, was sie nicht immer deutlich auseinander halten konnte) der Fall. Dabei war es ihr in den Zeiten zwischen den Perioden nicht möglich, diese Phänomene hervorzurufen, auch wenn sie ihre Vorstellungen noch so lebhaft zu gestalten suchte. Die Steigerung der Sinnesempfindlichkeit, die die ganze Gruppe charakterisierte, war bei ihr ganz besonders deutlich ausgeprägt, und sie konnte das namentlich auf dem Gebiete des Hörens gewissermaßen experimentell konstatieren, insofern sie zu den Zeiten ihrer Menses den Schlag einer im Nachbarhause befindlichen Uhr wahrnahm, was sonst nicht der Fall war, und auch früher, als sie noch im Elternhause war, das Schnarchen ihres einige Zimmer entfernt schlafenden Vaters hörte. Sie bot im übrigen psychisch in der menstruationsfreien Zeit nichts Besonderes, es wäre höchstens ihre Neigung zu kunstwissenschaftlichen bzw. kunstästhetischen Studien hervorzuheben, da sie durch die Beschäftigung auf diesem Gebiete gewohnt war, sich mannigfache anschauliche Erinnerungsbilder parat zu halten. Doch war sie, wie oben schon erwähnt, eben außerhalb der Menses nicht in der Lage, diesen Erinnerungsbildern eine sinnliche Gestalt zu geben. Ich habe sie übrigens auch auf ihre eideischen Fähigkeiten (*Jaentsch*) hin untersucht, sie hatte aber weder zur Zeit der Menses noch sonst Anschauungsbilder.

Jedenfalls scheint mir diese Beobachtung für die *Genese mancher*

*Sinnestäuschungen* doch von gewisser Bedeutung zu sein, insofern sie es nahelegt, daß die Empfindlichkeitssteigerung der zentralen Sinnesflächen hier die Grundlage für diese den Sinnestäuschungen wenigstens nahestehenden Phänomene abgegeben haben könnte, wobei natürlich nicht daran gedacht werden darf, echte Sinnestäuschungen nun etwa einfach aus einer weitergehenden Steigerung dieser Empfindlichkeit abzuleiten. Immerhin scheint mir die Überlegenheit diskutabel, ob nicht doch auf dieser Basis eine echte Sinnestäuschung entstanden gedacht werden könnte, wenn nämlich irgendwelche Momente hinzukommen, die, wie etwa eine Bewußtseinstrübung leichten Grades oder eine schizophrene Spaltung, die *Stellungnahme der Person zu diesem Phänomen* unschärfer bzw. unmöglich machte.

Wir kennen doch gerade bei fieberhaften toxischen, halluzinatorischen Zuständen Sinnestäuschungen, die auch für den Kranken eben auf der Grenze zwischen Vorstellung und Wahrnehmung stehen, wie es etwa auch beim Normalen in den hypnagogen Halluzinationen der Fall ist. Und nun ist es auch bei unserer Studentin interessant, daß sie während der Menses besonders lebhaft Träume hatte. Man brauchte also nur den im Wachen bei ihr vorhandenen psychischen Begabenheiten eine gewisse verminderte Stellungnahme zu ihren intrapsychischen Phänomenen, wie sie etwa durch eine leichte Bewußtseinstrübung gegeben wäre, hinzuzufügen, um ihre sinnlich lebhaften Vorstellungen als echte Sinnestäuschungen in Erscheinung treten zu lassen.

Es wäre eigentlich zu erwarten gewesen, daß die erhöhte Spannung unter der sich alle sensorischen und psychischen Gebiete befanden, auch eine erhöhte *Stimmungslage*, also der manischen, expansiven Gemütsverfassung entsprechend, mit sich gebracht hätte. Das war nun aber interessanterweise nicht der Fall. Wohl war die Stimmungslage eine zufriedene, aber sekundär infolge der Befriedigung über ihre Leistungsfähigkeit, und es war nicht eine primäre Euphorie, eine wirklich gehobene „gute Laune“ vorhanden. Das scheint mir insofern sehr beachtenswert, als wir daraus schließen können, daß zum Zustandekommen einer wirklichen Euphorie doch von der körperlichen Seite eben mehr gehört, als eine bloße vitale Steigerung, nämlich eine mehr spezifisch wirkende toxische Komponente, wie sie bei exogen hervorgerufenen Krankheitsbildern etwa im Alkohol oder in dem noch unbekannten Gift des paralytischen Prozesses gegeben ist; oder aber es handelt sich, wie bei der Manie, um ein nicht-spezifisches toxisches Produkt, dann aber repräsentiert eben die Anlage das Spezifische, auf dem die abnorme Stimmungslage erwächst. (Wir werden das bei Gruppe 5 sehen, wo die Menstruation bei prädisponierten Individuen eine solche Stimmungsanomalie hervorrufen kann.)

*Zweite Gruppe.*

Die Angehörigen dieser Gruppe zeigen fast sämtlich eine gewisse nervöse Konstitution, sei es, daß diese sich in erblicher Hinsicht kundtut oder daß sie selbst irgendwelche Züge neurasthenischer und psychopathischer Veranlagung boten. Doch handelte es sich um so geringgradige Abweichungen von der Norm, daß man sie landläufig sicher noch nicht zu den „nervösen“ Individuen gerechnet hätte; nur wenn sie sich und ihre Familie auf Grund ihrer psychiatrischen Vorbildung unter die Lupe nahmen, ließen sich deutliche Abweichungen von der ersten Gruppe feststellen; es fehlten hier aber völlig die Anlagebestandteile zu wirklichen Psychosen, es war also weder eine „schizoide“ noch „cycloide“ Veranlagung vorhanden.

Körperliche Belästigungen von ihrer Menstruation empfanden sie etwa in dem gleichen zahlenmäßig niedrigen Verhältnis wie bei Gruppe 1.

Und die Wirkung der Menses entsprach auch durchaus dem dort Beobachteten, d. h. es fand sich auch nur eine quantitative Steigerung der Sinnesempfindlichkeit mit den gleichen Konsequenzen für das Seelenleben, aber doch mit anderen komplexen Auswirkungen. Traten doch hier schon psychische Erscheinungen zutage, von denen man sagen mußte, daß sie den Rahmen des Normalen entschieden überschritten. Während es sich dort um eine allgemeine Aktivitätssteigerung handelte, die eine Förderung des Individuums bedeutete, da wirkliche Werte geschaffen wurden, erschöpfte sich hier der gesteigerte Antrieb größtenteils in einer *leeren Betriebsamkeit*. Wo dort die gesteigerte Sinnesempfindlichkeit eine vermehrte Aufnahmefähigkeit mit sich brachte, war hier eine *Reizbarkeit* vorhanden und das Plus an Wahrnehmungen wurde nur unangenehm empfunden. Und wo dort die Fülle der sich anbietenden Gedanken zum Anlaß neuer schöpferischer Überlegungen wurde, kam hier die Reichhaltigkeit der Assoziationen nur als unproduktives „*Gedanken-drängen*“ zum Bewußtsein. Dementsprechend trug die Psychomotilität nicht den Stempel eines planmäßigen Handelns, sondern einer „Geschäftelhuberei“, wie die treffende Bezeichnung einer Studentin lautete. Was in den Blickpunkt des verbreiterten Auffassungskreises fiel, wurde zum Gegenstande der Betätigung, aber eben nur einer momentanen, um sehr bald von einem anderen Objekte abgelöst zu werden. Und jeder neue Einfall, der anschoß, wurde Ziel eines Vorsatzes, der mitten in der Ausführung wieder durch einen frischen verdrängt wurde.

Es war so, daß das Motorische, besser gesagt, *das Kinetische*, hier die *Hauptrolle spielte*. Die etwas minderwertige nervöse Anlage zeigte sich, im Gegensatz zu Gruppe 1, darin, daß mit dem angebotenen Material nicht genügend angefangen werden konnte, daß es nicht verwertet werden konnte. Der Überfülle des Herangeschwemmten gegen-



über versagte der Verarbeitungsapparat. Dort konnte das vollwertige Individuum auch mit einem Mehr an Wahrnehmungen und Einfällen fertig werden, indem es sie benützte, um etwas Neues zu schaffen, oder aber es half sich dadurch, daß es durch die Konzentration einen gewissen Teil gar nicht in den Mittelpunkt des Bewußtseins gelangen ließ. Der nervös minderwertige Organismus verfügt aber nicht über diese Steigerungsmöglichkeit seiner Betriebskräfte, über diese Anpassungsfähigkeit, die den vollwertigen auszeichnet. So mußte es dahin kommen, daß hier das Räderwerk des Willens, anstatt sich des Sinnesmaterials und seiner gedanklichen intrapsychischen Auswirkungen zu seinen Zwecken zu bemächtigen, von diesem zur Tätigkeit angetrieben, gewissermaßen überwältigt wurde, so daß das Handeln dieser Personen etwas Passives bekam. *Sie handelten nicht eigentlich, sondern waren Objekte des Geschehens.* Ihre Persönlichkeit ging in dem Ansturm von außen und innen zum Teil unter. Sie wurden getrieben, anstatt Treibende zu sein. Sie mußten allerhand verrichten und denken, was gar nicht Ausfluß ihrer Persönlichkeit, Ziel ihrer aktuellen Tendenzen war. Es war sehr viel Betrieb da, aber kein adäquat geordneter und verwerteter Betriebsstoff.

Eine solche Analyse der psychischen Verfassung dieser Versuchspersonen zur Zeit der Menses ist von allergrößter Bedeutung, bewahrt sie uns doch vor der *irrtümlichen* Auffassung, als ob es sich bei ihnen etwa um eine primäre *Willensstörung* handelte. Davon kann natürlich gar keine Rede sein, und gerade die Gegenüberstellung mit dem bei Gruppe 1 Beobachteten zeigt sehr deutlich, daß das, was uns bei Gruppe 2 als Willensstörung imponieren könnte, etwas rein Relatives ist, ein *Versagen der Willensfunktion gegenüber dem Plus an angebotem Material*, an Anregungen, ein Versagen auf Grund der minderwertigen nervösen Anlage. Unter normalen Umständen, außerhalb der Menses, war der psychische Apparat dieser Individuen durchaus im Gleichgewicht; hier war von einem Willensdefizit nichts zu merken, da das Angebot sich in den üblichen Grenzen hielt. Und umgekehrt wirft dieser Vergleich mit Gruppe 1 auch auf das früher Gesagte ein Licht, insofern er unsere Feststellung bekräftigt, das zum Zustandekommen des dort beobachteten psychischen Tatbestandes eine Beeinflussung der Willensfunktion sich durchaus erübrigt. Es genügt zum Verständnis der Genese der dort zutage getretenen höheren psychischen Leistungen vollauf die Steigerung an Wahrnehmungen und Einfällen bei normaler Verarbeitungsmöglichkeit, wie sie eben beim Vollwertigen vorhanden ist.

Es ergibt sich so die *interessante Feststellung*, daß die gleiche Funktionsänderung (die an sich noch nichts eigentlich Pathologisches ist) in dem einen Falle keine Störung des psychischen Lebens mit sich bringt, weil sie von einem nervös vollwertigen Organismus gewissermaßen *aufgefangen* und sogar zu einem günstigen Resultat verarbeitet wird, wäh-

rend sie im anderen Falle dadurch psychische Störungen schafft, daß der mangelhaft eingestellte Organismus sich ihr *nicht anpassen* kann. (An sich ist das gar keine neue Erfahrung, wenn man sie rein *biologisch*, und nicht nur psychologisch betrachtet: denn der mit einem anpassungsfähigen Verdauungsapparat ausgestattete Organismus wird auch mit einem gelegentlich gebotenen Übermaß an Nahrung fertig und kann sie sogar zum Nutzen des Ganzen verwerten, während ein minderwertiger Magen-Darm-Traktus mit Störungen und Schädigung des Ganzen reagieren wird.)

Unsere Feststellung ist nur deshalb für uns von besonderer Bedeutung, weil sie uns zeigt, wie wenig wir den physio-psychischen Zusammenhang durchschauen können, wenn wir in der früher üblichen Weise vorgegangen wären, indem wir einer bestimmten körperlichen Funktionsanomalie einen ganzen Komplex psychischer Erscheinungen, wie er sich eben der naiven, ohne Analyse vorgehenden Beobachtung präsentiert, gegenübergestellt hätten. Da hätten wir als psychisches Korrelat der mit der Menstruation einhergehenden endokrinen Funktionsänderung bei den Personen der Gruppe 1 und 2 ein ganz verschiedenes Bild erhalten, mit dem wir nicht viel hätten anfangen können, da wir uns nicht hätten erklären können, wieso denn der gleiche körperliche Vorgang so verschiedene psychische Wirkungen hervorrufen konnte; bestenfalls hätte man sich mit der Erklärung getröstet, daß die Wirkung auf das nervös-minderwertige Gehirn eben eine andere als auf das robuste sei; und sicher hätten die Gegner einer somatischen Forschungsrichtung höhnisch über den Versuch gespöttelt, Körper und Seele überhaupt in eine Relation bringen zu wollen.

Das Bild ändert sich aber sofort, geht man mit unserer *modernen Betrachtungsweise* vor: da erkennen wir, wie die eingehende psychische Analyse eine Grundstörung als unmittelbare Wirkung des körperlichen Vorganges aufdeckt, und wie sich aus dieser im Zusammenhang mit der Erkenntnis der individuellen psycho-dynamischen Fähigkeiten das einzelne psychische Erscheinungsbild in verständlicher Weise ableiten läßt. Dahinter steckt nichts Mythisches, wie die rein philosophisch eingestellten Anti-Somatiker immer meinen, oder es ist jedenfalls nicht mythischer und mystischer als andere biologische Vorgänge. Denn ich kann wenigstens nicht einsehen, weshalb man sich etwa mit der Tatsache einer peripheren nervösen Erregbarkeitssteigerung nach einer Entfernung der Paratyreoidea eher abfinden können sollte, als mit der Annahme einer Steigerung der Sinnesempfindlichkeit durch die mit der Menstruation einhergehenden endokrinen Vorgänge — wenigstens ich in meiner Eigenschaft als Naturwissenschaftler! Und ich meine, daß die Psychiatrie einstweilen doch wohl noch zu den Naturwissenschaften gezählt werden sollte!

Daß die *psychologische Betrachtungsweise* hierbei *nicht zu kurz kommt*, ja daß gerade sie die *Hauptsache* bei unserer kombinierten Forschungsmethode ist, glaube ich, durch das Vorangehende genügend gezeigt zu haben. Viel eher könnte man mir den entgegengesetzten Vorwurf machen, den somatischen Teil meiner Untersuchungen vernachlässigt zu haben. Und diesem Vorwurf hätte ich tatsächlich nicht viel entgegenzuhalten: denn es wäre sicher noch notwendig experimentell-physiologisch nachzuweisen, daß nicht nur subjektiv, sondern auch objektiv eine Sinnesüberempfindlichkeit bei den menstruierenden Personen meiner Gruppen 1 und 2 bestanden hat. Und auch die endokrinen Produkte, von denen ich sprach, habe ich in ihrer Existenz vorausgesetzt, ohne sie nachgewiesen und ihre Einwirkung auf das Nervensystem experimentell gezeigt zu haben. Aber hieraus wird mir wohl kein arger Vorwurf gemacht werden können, denn anders als durch endokrine Beeinflussung wird man sich die Menstruation wohl kaum erklären können. Und ich habe eingangs schon betont, daß es schließlich für meine Untersuchungen gleichgültig ist, ob man die *Causa movens* in das Ovarium, in andere endokrine Drüsen oder in den Hirnstamm verlegt, ja es würde meinen Überlegungen auch nichts anhaben, wenn es sich in letzter Linie nicht um chemisch oder biologisch darstellbare Stoffe handelte, die das Gehirn beeinflussten, sondern wenn diese Beeinflussung von den endokrinen Organen aus reflektorisch etwa auf dem Wege des sympathischen Nervensystems geschähe.

Die ganze somatische Seite setze ich bei meinen Untersuchungen überhaupt voraus, und lege das *Hauptgewicht* darauf, zu zeigen, wie man mit Hilfe der *psychologischen Analyse* die in dem jeweiligen einzelnen Erscheinungsbild verschiedene, in der Grundrichtung aber einheitliche Wirkungsweise des körperlichen Vorganges eruieren kann.

Kehren wir nach diesem Exkurs noch einmal zu unserer Gruppe 2 zurück, denn wir haben uns noch mit einem psychischen Gebiet, mit der *Stimmung* unserer Versuchspersonen zu beschäftigen. Nach dieser Richtung war keine Einheitlichkeit vorhanden. Ein Teil von ihnen, und zwar gerade der, der die passivsten Naturen umfaßte, war trotz seiner Lebhaftigkeit, trotz des Umhergetriebenwerdens, in seiner Stimmungslage gar nicht verändert. Ein anderer Teil bezeichnete seine Stimmung selbst als „*ärgerlich*“. Und bemerkenswerterweise waren das die Personen, die weniger passiv erschienen. Darin liegt zugleich der Schlüssel für das Verständnis zum Zustandekommen dieser Ärgerlichkeit. Es handelte sich nämlich *nicht* etwa um eine *primäre* Veränderung des Affektlebens durch den endokrinen Vorgang, sondern die ärgerliche Stimmung war die subjektive (biologisch notwendige) affektive *Begleiterscheinung* einer Stellungnahme der Persönlichkeit zu dem Bewußtwerden der oben beschriebenen Überwältigung des Willens. Hier suchte

sich der Wille noch gegen diese Vergewaltigung zu wehren und dieser Kampf, die Einsicht in die ungleiche Kräfteverteilung, die Furcht vor dem Unterliegen und zugleich die Erfahrung von der Fruchtlosigkeit der Bemühungen, sich durchzusetzen, erzeugte die ärgerliche Stimmung. Immer wieder konnte man bei näherer Analyse auf diesen Zusammenhang stoßen, und ebenso regelmäßig wurde das Vorhandensein einer primär ärgerlichen Stimmung abgelehnt.

Es scheint mir überhaupt fraglich, ob die (von affektlabilen Personen) häufiger vorgebrachte Angabe einer primären ärgerlichen Stimmung nicht eine unrichtige Bezeichnung ist. Es gibt eine primäre, d. h. grundlose, depressive Verstimmung, es gibt aber keine grundlose ärgerliche Stimmung. *Ärgerlich* ist man immer *über etwas*; und da wo angeblich keine Ursache vorhanden ist, sind es sicher immer *Freudsche* Mechanismen — im weitesten Sinne — also ein ärgerliches, d. h. nicht-förderliches Erlebnis, das wirklich vergessen wurde, oder das man verdrängt hat, das sich aber in dem begleitenden Gefühlston noch fortexistierend erhält. Bei unseren Versuchspersonen lag, wie gesagt, das Ärgernis in dem vergeblichen Kampf gegen die anstürmenden Eindrücke und Vorstellungen, die nur als störend empfunden wurden.

Andere sprachen von einer „*Reizbarkeit*“. Dieser Ausdruck bezeichnet sehr viel eindeutiger, als es bei der „Ärgerlichkeit“ der Fall war, die Herkunft des Unlustgefühls. Und hier ist dieses Gefühl viel unmittelbarer gegeben als dort; denn Reizbarkeit ist hier nichts anderes, als die affektive Begleitnote der sensorischen Überempfindlichkeit dieser Versuchspersonen. Sie entspricht etwa der affektiven Unlustkomponente einer sensiblen (biologisch schädigenden) Empfindung, des Schmerzes. Die Versuchspersonen drückten also mit dieser Bezeichnung nichts anderes aus, als was wir von ihnen schon wissen, nämlich die Überempfindlichkeit, eben die gesteigerte „Reizbarkeit“ (objektiv angesehen) ihrer zentralen Sinnesflächen. Es ist also wiederum *kein neuer Vorgang*, der uns bei dieser Affektfärbung entgegentritt, wir gelangen auch von dieser Seite an die gleiche Grundstörung.

Dabei will ich gleich hier darauf hinweisen, daß in der Bezeichnung „Reizbarkeit“ noch mehr gelegen sein kann, nämlich daß ein an sich harmloses, biologisch nicht ungünstiges Erlebnis eine Verstimmung oder eine inadäquate reaktive Handlung bzw. eine paranoische Einstellung auslösen kann. Es könnte so scheinen, als ob es sich hier wirklich um eine primär veränderte Affektlage, was ich ja gerade bisher abgelehnt hatte, handelte, also darum, daß erst die pathologische Affektlage das neutrale Erlebnis zu einem feindlichen machte. Das ist aber, wenn man näher zusieht, doch nicht der Fall. An dieser Stelle kann ich hierauf nicht näher eingehen; das soll bei Gruppe 4 dargestellt werden. Hier sei nur

darauf hingewiesen, damit mir nicht der Einwand einer unvollkommenen Ausfüllung des Begriffes „Reizbarkeit“ gemacht wird.

### 3. Gruppe.

Maßgebend für die Aufstellung dieser Gruppe war nicht so sehr die Besonderheit des psychischen Bildes, das in einzelnen Zügen auch schon bei Gruppe 2 zu beobachten war, als vielmehr die Möglichkeit seiner *Ableitung* aus *unmittelbaren körperlichen Äußerungen* oder Begleiterscheinungen der Menstruation.

Die Aufstellung der Gruppen — mit Ausnahme der ersten — darf überhaupt nicht zu der Annahme verführen, als ob psychische Symptome der einen nicht auch bei manchen Personen der anderen Gruppe zu finden gewesen wären, und als ob die verschiedenartige und in verschiedenen Gruppen untergebrachte Veranlassung dieser Symptome sich nicht auch einmal gemeinsam bei *einer* Versuchsperson gefunden hätte. So ist es z. B. natürlich ganz selbstverständlich, daß die körperlichen Belästigungen der Menstruation einerseits und andererseits die sensorische Überempfindlichkeit aus endokriner Genese nebeneinander und miteinander bei *einer* Person wirksam sein konnten; und ebenso ist eine absolute Gruppentrennung deshalb nicht möglich, weil z. B. manche psychischen Äußerungen als Folge dieser beiden ätiologischen Faktoren die gleichen sein können, wie wir sofort sehen werden. Man muß also mit gewissen *Überdeckungen* dieser Gruppen rechnen, will man sich alle wirklich vorkommenden Bilder vergegenwärtigen.

Die Personen dieser Gruppe 3 also hatten alle mehr oder weniger starke *Beschwerden* von ihrer Menstruation, und zwar teils lokale, teils allgemeine, teils speziell nervöse wie etwa Kopfschmerzen oder Schwindel oder Brechreiz u. a. m., Beschwerden, auf deren Einzelschilderungen ich nicht einzugehen brauche, da ihre *Art* ohne Einfluß auf das Zustandekommen der psychischen Störungen war, und es sich eben nur darum handelte, daß sie als *Belästigung* empfunden wurden.

Diese Belästigung bildete in *zweifacher* Hinsicht die Wurzel der psychischen Äußerungen: einmal insofern die *Hinlenkung der Aufmerksamkeit auf die Beschwerden* den normalen Gang der psychischen Funktionen stören mußte, und dann weil der die Beschwerden begleitende *Unlustaffekt* von ungünstigem Einfluß auf den Ablauf der psychischen Vorgänge sein mußte.

Wir haben es hier also gar nicht mit irgendwelchen endokrinen Beeinflussungen des Gehirns zu tun, sondern mit Schmerzen und anderem körperlichen Unbehagen, das durch seine Abhängigkeit von der Menstruation keine besondere ätiologische Bedeutung bekam und als verursachender Faktor psychischer Äußerungen nicht anders gewertet

zu werden braucht, als Beschwerden, die von irgendwelchen anderen körperlichen Leiden ausgehen.

Dementsprechend werden wir also auch keine irgendwie spezifisch gefärbten psychischen Bilder zu erwarten haben, sondern dürfen damit rechnen, ihnen auch sonst bei Krankheiten und Unpäßlichkeiten begegnet zu sein. Daß dem wirklich so war, und daß wir somit eine Berechtigung haben, das hierbei beobachtete seelische Verhalten in dieser Weise abzuleiten, dafür sprechen zwei Feststellungen: einmal daß die hier zutage getretenen psychischen Anomalien immer gerade bei den Versuchspersonen vorhanden waren, die über körperliche Beschwerden zu klagen hatten, und dann, daß diese Versuchspersonen von dem gleichen psychischen Verhalten eben auch bei anderen körperlichen Indispositionen — nicht nur bei der Menstruation — berichteten.

Es bedarf ja eigentlich keiner näheren Schilderung dieses Seelenzustandes und seiner psychologischen Ableitung, da wir ihn alle schon am eigenen Leibe erfahren haben. Wir wissen, wie die dauernde Absorption unserer Aufmerksamkeit durch Schmerzen u. ä. unsere *Auffassungsfähigkeit* beeinträchtigt, unsere *Konzentrationsmöglichkeit* einschränkt, unsere *Denktätigkeit* lahmlegt, unsere *Interessen* vermindert und das Bedürfnis uns *abzuschließen* in uns mächtig werden läßt. Dazu kommt dann noch der Einfluß der *mißmutigen* Stimmung als unmittelbarer Begleiterscheinung der körperlichen Belästigungen, mit ihrer *retardierenden* Wirkung auf das *psychische Tempo* und ihrer *Bremmung des Antriebs*.

Dieses Stimmungsbild kann dann auch bisweilen eine Färbung nach der Seite einer *ärgerlichen* Note, wie sie bei der zweiten Gruppe beschrieben war, bekommen, wenn der noch vorhandene Rest von Wollen, von Betätigungsdrang, auf zu große, unüberwindliche Widerstände stößt, die hier in dem Versagen der genannten psychischen Funktionen (als Folge der körperlichen Beeinträchtigung) gelegen sind, wie sie dort in dem Zuviel an angebotenem Material beruhten. Oder es tritt mehr eine *Gereiztheit* zutage, wenn sich zu der Wirkung der körperlichen Belästigungen auch noch die endokrin bedingte Steigerung der Sinnesempfindlichkeit hinzugesellt.

So können sich also recht komplizierte Bilder ergeben, die einer unmittelbaren Deutung sicher schwer zugänglich sind, die sich aber doch entwirren und psychologisch klar aufbauen lassen, wenn man in der hier befolgten Weise verfährt. Bei der Häufigkeit körperlicher menstrueller Beschwerden ist es jedenfalls sehr wichtig, ihren Anteil an den psychischen Störungen genau abschätzen zu können, um nicht den Fehler zu begehen, den endokrinen Agentien eine ungehörlich wichtige Rolle in der Genese seelischer Anomalien zuzubilligen.

Die uns durch diese Gruppe von Versuchspersonen vermittelte Er-

kenntnis läßt also die *Bedeutung endokriner direkter Einwirkungen auf das Substrat unseres Seelenlebens zur Erklärung menstrueller psychischer Äußerungen noch mehr einschrumpfen zugunsten eines psychologisch fest gefügten einfühlbaren Strukturaufbaues.*

#### 4. Gruppe.

*Psychiatrisch am interessantesten* ist sicher der Einblick in die Genese der *psychotischen* Symptome bei den Versuchspersonen dieser Gruppe. Denn hatten wir es bisher immer noch mit seelischen Zuständen zu tun, die dem Normalen fast näher als dem eigentlich Geisteskranken standen (weshalb es hätte leicht sein können, rein psychologisch analysierend vorzugehen), so begegnen uns hier Verhaltensweisen, die viel eher den Charakter des Psychotischen tragen. Um so reizvoller mußte es sein, hier die neue Betrachtungsweise zu erproben.

Das Neue, was uns hier begegnete, sind *paranoische* Äußerungen.

Vorausgeschickt sei, daß es sich hier um Individuen handelte, die durchaus *nicht prädisponiert* zu paranoischer Auffassung ihrer Erlebnisse waren, und noch weniger, die etwa den Keim zu eigentlichen paranoischen Psychosen in sich selbst oder in ihrer Familie trugen. Einzelne zeigten wohl eine gewisse nervöse Disposition, aber höchstens in dem unbedeutenden Maße wie die Angehörigen der Gruppe 2.

Körperliche menstruelle Beschwerden waren bei einigen vorhanden, spielten aber keine so dominierende Rolle wie bei der vorigen Gruppe. Für die Erklärung des Zustandekommens der paranoischen Äußerungen kamen sie, wie wir sehen werden, in ganz anderem Sinne, als es dort der Fall war, in Betracht.

Der Seelenzustand, der das paranoische Verhalten gebär, hing zwar unmittelbar mit der Menstruation zusammen, aber nicht mit ihren Beschwerden, auch nicht mit ihren endokrinen Einflüssen, sondern nur mit der *Tatsache* der Menstruation. So wie der Soldat sich in seiner Uniform ein anderer fühlt, wie wir mit dem schwarzen Rock auch einen anderen Menschen anziehen, so war das *Ichgefühl* der Versuchspersonen mit der Menstruation ein *anderes* geworden. Das war nicht die Wirkung irgendwelcher ovarieller Sekrete, auch nicht die vollbewußte Hinlenkung der Aufmerksamkeit auf den uterinen Vorgang, sondern allein das mehr unterbewußte, periphere Wissen um die Tätigkeit ihrer Sexualorgane, was ihre *Einstellung zur Umwelt veränderte*. Sie waren, wie man sagen könnte, „*potenziert weiblich*“ geworden. Sie, die sich sonst auch Weib fühlten, wurden sich dieses Umstandes ganz besonders bewußt, und mußten demgemäß in ihrer Reaktion auf alltägliche Erlebnisse auch Andere werden.

Vielleicht war die Konstellation zum Zustandekommen solch' abnormer Reaktionen bei unseren Versuchspersonen besonders günstig:

denn als Studentinnen, und zwar gerade als Medizinerinnen waren sie gewohnt, von ihrer Weiblichkeit möglichst wenig Gebrauch zu machen; im täglichen Verkehr mit ihren männlichen Kollegen war das Weibliche an ihnen zugunsten des Kameradschaftlichen immer mehr zurückgetreten, sie waren Studierende, und erst in zweiter Linie Frauen. Dies war der eine Grund, weshalb die Menstruation eine so beträchtliche Umstellung des Ichgefühls zustande bringen mußte. Und der zweite lag darin, daß die Beschäftigung mit der medizinischen Materie in den Vorlesungen, dann aber auch die medizinischen Fachgespräche untereinander und schließlich auch der trotz aller schuldigen Rücksicht auf das andere Geschlecht doch immerhin etwas legere Ton unter den Kollegen leicht von außen Situationen herbeiführen konnte, die einen besonders irritablen psychischen Organismus zu abnormen Ausschlägen bringen mußten.

Damit will ich aber nur sagen, daß hier vielleicht die Verhältnisse besonders günstig lagen, was das zahlenmäßig starke Hervortreten paranoischer Reaktionen bei meinen Untersuchungen erklären könnte, nicht daß wir es nicht mit etwas Gesetzmäßigem von allgemeinerer Bedeutung zu tun hätten. Daß dies so ist, beweisen mir gleichgerichtete Analysen, die ich seither auch bei anderen, nicht-studierenden Frauen angestellt habe.

Die *paranoischen Reaktionen* meiner Studentinnen waren, bei individuell natürlich wechselnder einzelner Ausgestaltung, im Prinzip immer wieder die gleichen: ihre eigene veränderte Stellung zur Umwelt ließ sie den gegen sonst sicher durchaus unveränderten Umgang mit ihren Kollegen als zu wenig rücksichtsvoll empfinden. Sie fühlten sich in ihrer Weiblichkeit zu wenig respektiert. Man behandelte sie „nicht ritterlich genug“. Und es scheint mir für die Frage des Ausgangspunktes der paranoischen Reaktion gerade bemerkenswert, daß sich ihre Klagen nicht etwa auf ungenügende Rücksicht seitens ihrer Kolleginnen oder etwa seitens ihrer Wirtin oder anderer weiblicher Personen bezogen, nein, es waren immer Männer, die ihnen den schuldigen Respekt versagten, es war ihre Reaktion immer *gerade aus ihrer Stellung als Frau zu verstehen*. Das ist insofern wichtig, als man ja die ungenügende Rücksichtnahme, wenn sie allgemeinerer Natur wäre, auf die sensorische Überempfindlichkeit, wie ich sie oben beschrieben habe, hätte beziehen können. Daß der Zusammenhang im allgemeinen nicht ein derartiger war, ging übrigens auch daraus hervor, daß sich unter den paranoisch Reagierenden eine große Zahl solcher fand, bei denen eine Sinnesüberempfindlichkeit nicht vorhanden war.

Damit soll aber nicht gesagt sein, daß beim Zustandekommen einer paranoischen Reaktion bisweilen nicht doch auch die *körperlichen Beschwerden* eine Rolle spielten. Es fanden sich einige, die aus dem Ge-



fühl der *Schonungsbedürftigkeit* in ihrer Beziehung zur Umwelt andere geworden waren. Da diesem Verlangen durch das gegen sonst unveränderte Benehmen der Umgebung nicht entsprochen wurde, kamen sie zur Auffassung, daß man absichtlich, um sie zu stören, laut spräche, abends lärmte, daß man, um sie zu ärgern, sie gerade zu dieser Zeit zu Ausflügen aufforderte u. a. m. Solchen Einstellungen begegnete ich bezeichnenderweise gerade häufig bei nichtstudierenden Frauen. Bei ihnen war die Gewichtsverschiebung *innerhalb* ihres femininen Ichgefühls geschehen, während bei den Studentinnen die Frau an die Stelle der — neutralen — Kollegin getreten war.

Ein weiterer Beweis für die Gültigkeit meiner Analyse liegt dann darin, daß sie besonders Gespräche und Äußerungen, die nur entfernt etwas mit den Sexualorganen oder mit *Sexuellem* zu tun hatten, als sie betreffend und gegen sie gerichtet auffaßten. Ihre spezifische seelische Einstellung ließ eigens abgestimmte „Empfangsorgane“ entstehen, die „einschnappten“, wenn von außen das entsprechend passende Erlebnismaterial herangebracht wurde. Aus harmlosen, vielleicht wissenschaftlichen Zwecken dienenden Unterhaltungen hörten sie gegen sie gemünzte Spitzen heraus, ja häufig genügte das etwas länger dauernde Verweilen eines ihren Körper streifenden Blickes, um einen unartigen Annäherungsversuch in ihm zu sehen. Die seelische Empfindlichkeit einer meiner Versuchspersonen ging so weit, daß sie in diesen Zeiten nicht in das Kolleg der Frauenklinik gehen konnte, weil dadurch ihre Reaktionsbereitschaft Höhen erreichte, die sie außerstand setzten, dem Vorgetragenen überhaupt zu folgen. Es bestand dann eine dauernde paranoische Einstellung bei ihr, d. h. sie trug das Gefühl, daß man ihrer Weiblichkeit etwas anhaben wollte, ständig mit sich herum.

Diese *paranoische Dauer-Einstellung* ist schon ein komplizierterer Seelenzustand, sie bedeutet im strukturellen Aufbau schon ein *höheres Stockwerk*. Bisher hatten wir es mehr mit einem halbbewußten Gefühl für eine besonders betonte Weiblichkeit zu tun; hierzu gehört etwas Paranoisches durchaus noch nicht; es schlummert aber gewissermaßen in ihm, es ist die Matrix für das Paranoische, das eben als jeweilige Reaktion auf ein äußeres Erlebnis anzusprechen ist. Es wäre also verkehrt, wollte man, wie das bei oberflächlicher Betrachtung leicht geschehen könnte und auch vielfach geschehen ist, diese Stufe übersehen und sofort von einer paranoischen Einstellung, also etwas Dauerndem, sprechen. Das Wichtige meiner Untersuchungen scheint mir gerade darin zu bestehen, daß ich diese *erste* Stufe, diese Matrix der paranoischen Reaktion herausanalysiert habe. Und die paranoische Dauer-Einstellung ist gewissermaßen gar keine Einstellung, nichts Ständiges, Dauerndes, sondern eine immer wiederkehrende Reaktion, ein permanentes seelisches Antworten, ein fortwährendes Stellungnehmen der

Persönlichkeit zu entsprechend erlebten Begebenheiten aus diesem Gefühl der potenzierten Weiblichkeit heraus. Es ist ein dauerndes Wissen um solche schon eingetretenen (rein subjektiven) Verletzungen der weiblichen Schutzlosigkeit, und dieses *Wissen* ruft ein *Warten* auf neue gleiche Erlebnisse, als eine Art präventiver Abwehrstellung, hervor. *Paranoische Dauereinstellung* ist also nichts anderes als eine *Abwehr*-Stellung der Persönlichkeit auf Grund vorangegangener seelischer Verletzungen, die ihre Veranlassung nicht in den äußeren Ereignissen hatten, sondern in dem veränderten Ichgefühl.

Bei einigen Versuchspersonen war der Unterbau für die paranoische Reaktion nicht so sehr das Gefühl der „potenzierten Weiblichkeit“ schlechthin auf Grund des „Wissens“ um die Tätigkeit der Sexualorgane, es kam vielmehr hierzu noch eine *gesteigerte Libido*, die sie *sich nicht eingestehen* wollten, die sie zu verdrängen suchten. Das aus dem Kampf zwischen dieser Begehrlichkeit und den moralischen Hemmungen resultierende Spannungsgefühl brachte eine besondere Empfangsbereitschaft für auch nur entfernt sexuell Gefärbtes in ihren Erlebnissen zustande, und nun war es der lebhaft vorhandene Wunsch, den sie sich aber nicht eingestehen durften, der sie in die Abwehrstellung drängte, aus der heraus sie Harmloses und Gleichgültiges als persönlichen Angriff deuten mußten. Der *hier vor sich gehende psychologische Mechanismus* ist also der, daß man Wünschen oder Trieben, deren man sich schämt (oder schämen zu müssen glaubt), dadurch das Beschämende nimmt, daß man sie nach außen, in einen Dritten verlegt, und sich selbst zum Objekt dieses Wunsches macht. Es ist das ja im Grunde der gleiche Mechanismus, der sich da zeigt, wo man ein *persönliches Verschulden auf die Ungunst der äußeren Verhältnisse abzuwälzen sucht*.

Also *nicht der körperliche Vorgang*, nicht die Steigerung der Libido, ist als *Ursache der paranoischen Reaktion* anzusprechen. Wir kommen ihr erst auf die Spur, wenn wir die Stellung der Persönlichkeit zu dieser Potenzierung des Triebes untersuchen. Eine primitiver organisierte Persönlichkeit würde sich diesen Trieb einfach eingestehen, sich vielleicht seiner freuen und ihm womöglich nachgeben; hier würde nie eine paranoische Reaktion zustande kommen. Erst der *moralische Konflikt*, in den unsere Versuchspersonen gerieten, der Kampf zwischen dem natürlichen Wunsch nach Befriedigung des Triebes und den moralischen Hemmungen, dessen Entscheidung sie dadurch auswichen, daß sie sich den Wunsch als ihren eigenen nicht einzugestehen suchten, mußte zur paranoischen Reaktion führen. Und die Affekt-Energie der moralischen Entrüstung über das Ansinnen des Dritten war nichts anderes als die ihr gleiche Intensität des aus der gesteigerten Libido geborenen Wunsches nach Befriedigung.

Das *wichtige Ergebnis* aus der Analyse der Versuchspersonen dieser

4. Gruppe beruht also darin, daß wir hier psychotische Äußerungen — eine paranoische Reaktion — vor uns haben, die man bei oberflächlicher Betrachtung, wie sie *früher* geschah, einfach dem somatischen Vorgang, der Menstruation, parallel gestellt hätte, ohne daß es möglich gewesen wäre, eine psychologische Verbindungsbrücke zwischen beiden Reihen aufzuzeigen. Die *tiefer* schürfende Analyse führt aber zu der Erkenntnis, daß das Bemühen um die Auffindung einer solchen Brücke zum Nichtgelingen verdammt sein mußte, *weil die beiden Erscheinungsreihen sich gar nicht entsprachen*. Die psychischen Äußerungen erwiesen sich als *Oberbau* auf einem *Fundament*, das nicht ohne weiteres zutage trat, weil es nicht als solches nach außen wirkte. Denn das Fundament bestand in dem veränderten Ichgefühl, also einem dem Subjekt nur in seinem *Selbstbewußtsein* gegebenen Zustande; dieses Ichgefühl in seiner Beziehung zur Außenwelt führte zu Reaktionen, zu einer Stellungnahme der Persönlichkeit und wurde erst dadurch, nämlich in dem Oberbau, *nach außen kenntlich*.

*Gegenüberstellen dürften wir demnach dem somatischen Vorgang nur jenes Fundament, das veränderte Ichgefühl.* Aber auch hier wäre eine Verbindungsbrücke unmöglich, wollten wir unter dem körperlichen Vorgang etwa die endokrinen Einflüsse auf das Nervensystem verstehen. Zwischen diesen beiden Reihen gibt es nichts Verbindendes, kann es nie etwas geben. Es bietet sich uns aber von selbst an, fassen wir den körperlichen Vorgang nur als Vorgang *am* Körper des psychischen Subjekts auf, als körperliches Geschehen, das dem psychischen Subjekt bewußt wird. Da haben wir die Brücke. Das *psychische Subjekt*, die Persönlichkeit, zu der ja auch das Bewußtsein ihrer Körperlichkeit gehört, empfindet die *an seinem Körper* vor sich gehende Veränderung und erfährt damit auch eine Umgestaltung seines Ichgefühls. Und hier stehen wir eben an der Grenze des noch naturwissenschaftlicher Überlegung Zugänglichen, an der Grenze zum Philosophischen: dem nur spekulativ lösbaren Widerspruch, daß das Psychische Ausfluß des Körperlichen ist, insofern es an die Existenz und normale Funktion des Somatischen gebunden ist, daß aber andererseits das Psychische in der Form des Selbstbewußtseins dieses Körperliche mit umfaßt, ihm gewissermaßen übergeordnet, von ihm losgelöst ist. Zur Persönlichkeit gehört eben auch das Bewußtsein ihrer Körperlichkeit, und doch existiert diese Persönlichkeit mit dem Bewußtsein ihrer selbst nur durch die Funktion des materiellen Substrates.

Für uns genügt es aber, hier die Brücke zwischen Somatischem und Psychischem insofern aufgezeigt zu haben, als wir die *einzig* Möglichkeit einer Inbeziehungsetzung dieser beiden Reihen nachwiesen. Und auf diesem psycho-physischen *Unterbau* ersteht als *Oberbau* ein weiteres Stockwerk, das in seiner psychischen Erscheinungsform den Charakter

individueller und spezifischer Färbung verloren hat; individueller: insofern wir es nicht mehr mit bestimmten Reaktionen *eines* Individuums zu tun haben, sondern mit solchen *überindividueller* Natur. Und spezifischer: insofern wir dieser Art psychischer Reaktion, nämlich der paranoischen, doch nicht nur bei dieser Gelegenheit, sondern auch sonst im Erscheinungsgebiet psychotischer Äußerungen vielfach begegnen.

Gerade darin zeigt sich also wieder, welchen Trugschlüssen wir unbedingt unterliegen müssen, wenn wir von dieser paranoischen Reaktion als dem mutmaßlichen psychischen Korrelat des somatischen menstruellen Vorganges ausgegangen sein würden. Hätten wir nicht durch unsere Analyse herausgefunden, welches denn die Wurzel dieser paranoischen Reaktion ist, so wäre uns der Zugang zu der somatischen Reihe versperrt geblieben, und wir hätten nie den gesamten psychischen Vorgang in seinem streng logischen und *durchaus einfühlbaren Aufbau* erfaßt. Denn einfühlbar ist er in seiner Gesamtheit, da über den vorhin schon geklärten Beziehungen des körperlichen Vorganges zu der Veränderung des Ichgefühls nun auch als oberes Stockwerk die typische, allgemein-menschliche, *überindividuelle* Reaktion des Individuums auf dieses veränderte Ichgefühl hinzukommt.

Es handelt sich dabei um eine uns durchweg gegebene, *unvermeidbare* Stellungnahme — weshalb sie uns ja ohne weiteres als verständlich eingeht —, die ihre tiefe *biologische Berechtigung* hat, insofern sie dem *Schutzbedürfnis* des Organismus dient. Die gesteigerte Verletzlichkeit erheischt eine gesteigerte Vorsicht, und so wird das einzelne Ereignis mit besonders fein differenzierten Fühlern abgetastet, bevor man es zu einem wirklichen Erlebnis und damit zu einem Bestandteil der Persönlichkeit werden läßt, oder aber das Individuum umgibt sich durch seine paranoische Dauereinstellung, wie oben näher geschildert, mit einem Schutzpanzer, den es erst auszieht, wenn die Periode seiner Vulnerabilität wieder vorbei ist.

Die lückenlose Rekonstruktionsmöglichkeit dieses ganzen psychischen Vorganges bei Gelegenheit der Menstruation weist uns aber gleichzeitig auf eine *andere Aufgabe* hin: bei jeder paranoischen Reaktion nach ihrer näheren psychologischen Begründung zu forschen. Ich meine damit natürlich nicht die Analyse psychopathischer, hysterischer oder sonst irgendwie abnorm angelegter Persönlichkeiten, wobei es sich nur darum handelt, aus der Entwirrung der Zusammenhänge von individueller psychischer Struktur und Erlebnis den Aufbau der paranoischen Reaktion abzuleiten — das ist oft genug geschehen und führt uns, so interessant es im Einzelfall auch sein mag, und so sehr wir dieser Forschung auch auf gewissen Gebieten, z. B. dem der Hysterie und des Charakterstudiums, wichtige Einblicke verdanken, m. E. in der Erkenntnis psycho-physischer Zusammenhänge nicht weiter — ich denke vielmehr

hier an die weitere *Zurückverfolgung gewisser paranoischer Reaktionen auf das somatische Gebiet*, ähnlich wie wir es hier bei der Menstruation getan haben.

Ich kann diese *Aufgabe* natürlich hier nicht eingehender darlegen. Es genügt anzudeuten, daß es z. B. paranoische Reaktionen gibt, die zwar auch auf verändertem Ichgefühl beruhen, das aber doch nach ganz anderer Richtung geht, als es hier bei unseren Menstruierenden der Fall war, nämlich nach der gehobenen Selbstgefühls, aus dem dann auf Grund einer Überschätzung der eigenen Person die Beziehungen zur Umwelt im Sinne einer mangelnden Anerkennung eine Verschiebung erfahren. Und nun käme es darauf an, den Zusammenhängen zwischen körperlichen Vorgängen und diesem gehobenen Selbstgefühl näher nachzugehen, wie etwa bei der *Paralyse* oder der *Manie*, oder, wo klarer überschaubare Verhältnisse vorliegen, bei *basedowoiden* Zuständen oder bei *Trunkenheit*. Solcher Zusammenhänge gibt es sicher noch weitere, wie z. B. das *Zusammentreffen* zwischen einem in der Anlage begründeten *Geltungsbedürfnis* und dem Gefühl einer auf *Organminderwertigkeit* beruhenden Leistungsunfähigkeit, das nicht zur Anerkennung kommen darf und daher zu einer Schuldverschiebung in die Umwelt, also zu einer paranoischen Reaktion, führt.

Ich glaube hier einen *Weg* zu sehen, auf dem es gelingen müßte, Körperliches und Psychisches in Beziehung zu setzen und so *psychophysische Ganzheiten* zu schaffen, wo man *bisher getrennte Erscheinungsreihen* hatte, oder doch mit *durchaus inkommensurablen Größen* arbeitete. Die Ergebnisse der Analysen bei dieser Gruppe 4 lassen die Forderung, in der gleichen Richtung vorwärts zu gehen, entschieden dringlich erscheinen.

### 5. Gruppe.

Als ich an die Untersuchung der Angehörigen dieser Gruppe ging, glaubte ich rasch mit ihnen fertig werden zu können, da ich der Ansicht war, dort alten Bekannten zu begegnen: nämlich einmal Individuen, die nach der Seite ihres Stimmungslebens besonders labil veranlagt waren und demnach sowohl durch äußere Ereignisse, wie die verschiedensten körperlichen Einflüsse leicht umgeworfen wurden; dann solchen, die ohne eine derartige Labilität schon früher Stimmungsanomalien entweder ohne hinreichenden bzw. klar erkennbaren Grund oder mit einem solchen (von außen oder innen kommenden) geboten hatten, von denen man also erwarten konnte, daß in gleicher Weise durch die Menstruation eine depressive oder expansive Stimmungslage herbeigeführt werden würde; weiter solchen, deren dauernd abnorme Einstellung nach der manischen oder melancholischen Seite eine starke Akzentuation durch die Menstruation bekäme, wie dies andere körperliche

Einwirkungen, besonders Krankheiten, auch sonst schon einmal bei ihnen getan hatten; schließlich solche, bei denen spezielle Charaktereigenschaften zu diesen Zeiten eine besondere Beleuchtung erfahren, analog der Erfahrung einer somatogen bedingten Potenzierung solcher Züge bei anderen Gelegenheiten.

Alle diese auf vorbereitetem Boden aufkommenden psychischen Erscheinungen hätte man, der üblichen Auffassung entsprechend, nicht anders anzusehen brauchen, denn als besonders üppige Entfaltung auch sonst hier wachsender psychischer Gebilde auf Grund des endokrinen Prozesses, der ja, wenn wir diesen Begriff zu dem der körperlichen Konstitution überhaupt erweitern, für die Eigenart des Charakters, des Stimmungslebens usw. verantwortlich zu machen ist.

Sicher besteht diese Auffassung zum Teil zu Recht. Denn einige — allerdings ganz wenige — meiner Versuchspersonen wiesen bei der Menstruation Stimmungsanomalien im Sinne der Depression auf, wie sie bei ihnen auch sonst schon einmal durch körperliche Vorgänge heraufbeschworen worden waren, wie z. B. durch Krankheiten oder Übermüdung oder zu starke Hitzeeinwirkung u. a. Noxen, und man war um so mehr berechtigt, hier den endokrinen menstruellen Vorgang direkt ätiologisch anzuschuldigen, als diese Versuchspersonen ihre früheren Verstimmungszustände nie als psychologisch empfindbare Reaktion auf psychisch vermittelte äußere Schädlichkeiten, also Schreck, Ärger, Enttäuschung usw. bekommen hatten, man also vermuten durfte, daß der Grund der menstruellen Depressionen auch nicht dort zu suchen wäre, wo wir ihn bei Gruppe 3 und 4 fanden, nämlich in der Mißstimmung über körperliche Beschwerden, oder die durch sie bedingte Beeinträchtigung psychischer Funktionen, oder das Gefühl der ungerechten, unwürdigen Behandlung durch die Umgebung. Solche psychologisch verständlichen Motive ihrer Depression wurden bei der Analyse dieser wenigen Versuchspersonen denn auch nicht gefunden. Freilich ist es ein Schluß per exclusionem, hiernach endokrine Prozesse verantwortlich zu machen, aber es bleibt doch kein anderer Zusammenhang übrig, wenn wir sehen, daß die gleichen Verstimmungszustände früher auch schon durch somatische Vorgänge verschiedener Art provoziert worden waren. Denn ich würde es wenigstens für gekünstelt halten, wollte ich etwa, um bei dem obigen Beispiel zu bleiben, in dem Ärger über die körperliche Krankheit oder die Übermüdung oder die zu starke Hitzeeinwirkung die psychische Wurzel der nachfolgenden Depression suchen.

Bleibt man somit für diese wenigen Fälle bei der *körperlichen Provenienz* des Verstimmungszustandes, so darf man aber eben auch wieder *nicht* von irgendwelchen *spezifischen* Produkten sprechen, die etwa die Depression schufen; die Menstruation im weitesten Sinne ist es also nicht, die psychisch verändernd einwirkt, denn die gleiche Wirkung

hatten ja auch schon andere körperliche Einflüsse. Wir müssen uns den Zusammenhang vielmehr so denken, daß die Menstruation *eine* der Anstoßkräfte für gewisse bei derart Veranlagten parat liegende Mechanismen darstellt. Mit der Verschiebung des Pathologischen nach dieser Seite haben wir den menstruellen Einflüssen aber auch wieder das *Unverständliche genommen*. Denn es ist doch für uns als Naturwissenschaftler viel leichter vorstellbar, daß eine psychische Funktion (analog einer s. v. v. „neurologischen“) durch gewisse den *ganzen* Organismus umfassende begünstigende oder schädigende Momente eine vorübergehende Steigerung oder Minderung erfährt, als daß sie einer Einwirkung spezifischer Säfte auf das Gehirn ihre Entstehung verdankte. Durch diesen *Anschluß an die neurologische Betrachtungsweise* schwindet das Mißbehagen, das einen immer befällt, wenn man sich Psychisches aus einer somatischen Einwirkung *neu* entstanden denken soll. Analog dem in Gruppe 1 und 2 Gefundenen verlieren die psychischen Phänomene also auch da, wo körperliche Einflüsse maßgebend sind, das anscheinend Mystische ihrer Provenienz und *ordnen sich bekannten physiologischen Tatsachen unter*.

Diese Erkenntnisse sind, abgesehen von ihrer prinzipiellen Bedeutung, im Besonderen noch wichtig für die Frage der *Menstruationspsychose*. Denn man wird, meine ich, die Berechtigung, diesen Krankheitsbegriff völlig zu annullieren, möglicherweise nicht anzuerkennen brauchen. Allerdings hat diese Bezeichnung insofern zu verschwinden, als es *keine* derartige durch die Menstruation bedingte Psychose *spezifischen Gepräges* gibt, wie man ursprünglich annahm<sup>1)</sup>. Aber ebenso einseitig könnte es vielleicht sein, sie nun gänzlich als bloße Erscheinungsform im Rahmen anderer Psychosen, vor allem des manisch-depressiven Irreseins, untergehen zu lassen. Die Auflösung dieses Formkreises bzw. seine Erweiterung nach der Seite einer bloßen Anlage mit gleichsinnigen Äußerungen, aber der Verlaufsart und Auslösung nach verschiedenartigen Formen und Bedingungen, wie es *Kleist* propagiert, legt die Überlegung nahe, ob wir nicht psychotische Erscheinungen, wie die oben geschilderten, vor allem solche weiterer Ausdehnung und reicherer Gestaltung, aber doch prinzipiell der gleichen Genese, wenn sie bei Disponierten *nur* zur Zeit der Menses auftreten und die psychische Persönlichkeit trotz mehrfacher Wiederholung der einzelnen Anfälle intakt lassen, als *Menstruationspsychose* zusammenfassen können. Auf den *Charakter* der psychotischen Erscheinungen kommt es dabei, wie ich später an dem Beispiel eines lange beobachteten Falles zeigen werde, *gar nicht an*.

<sup>1)</sup> Wer sich für Literatur interessiert, sei auf das Referat von *Wexberg*: „Die obj. körperl. Symptome bei funkt. Psychosen“, u. zw. speziell auf den Abschnitt über „menstruelles Irresein“ im Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychol. **38**, 45 hingewiesen.

Dabei wollen wir eines an dieser Stelle — des Zusammenhanges wegen — gleich festhalten: wenn eine strenge Begriffsbestimmung auch zu fordern hätte, daß zum Wesen der Menstruationspsychose ein ausschließliches Hervorgerufenwerden der Störungen durch die Menstruation und nicht etwa auch durch irgendwelche sonstige körperliche Einwirkungen (Krankheiten usw.) gehörte, so wirft die Erfüllung dieser Forderung durchaus nicht unsere früheren Feststellungen um, wonach es nicht spezifische Sekretionsprodukte sind, die die psychotischen Phänomene schaffen. *Das Wesentliche bleibt auch hier die Anlage*; und wenn von allen überhaupt möglichen körperlichen Einflüssen nur gerade die menstruellen eine derartige Wirkung haben, so mag das an ihrer besonderen *quantitativen* Hochwertigkeit liegen. Bedürfte es zur Belegung dieses Schlusses noch eines Beweises — im Zusammenhang der bisherigen Argumente erscheint das fast überflüssig —, so kann ich schon jetzt auf die später zu schildernde Patientin hinweisen, die in den einzelnen Phasen ihrer Menstruationspsychose verschiedenartige Zustandsbilder geboten hat, was also, da ja der menstruelle Vorgang immer der gleiche war, nur auf die verschiedenen, jeweils ansprechenden Anlagebestandteile bezogen werden kann.

Nach diesem Seitenblick kehren wir zur Gruppe 5 zurück: wir wollen nicht vergessen, daß solcher Versuchspersonen, deren psychische Äußerungen rein somatogener Natur waren, nur sehr wenige waren. Die weit interessantere Feststellung war die, daß bei näherer Analyse alle Übrigen trotz ihrer abnormen Veranlagung in der Genese ihres psychischen Verhaltens den Einfluß seelisch wirksamer Elemente zeigten.

Da finden wir, daß ein auch sonst zu *depressiven Verstimmungen* — als Reaktion — neigendes Individuum zur Zeit ihrer Menses depressiv wurde, weil es das körperliche Unbehagen, die Abnahme seiner Leistungsfähigkeit, die Beeinträchtigung seiner psychischen Funktionen in dem bei Gruppe 3 geschilderten Sinne störend empfand und darauf mit der Verstimmung antwortete. Oder wir finden, daß eine *konstitutionell mißtrauisch* veranlagte Versuchsperson nun diese Anlage in der Potenz zeigte, weil die dauernd vorhandene Sicherungstendenz auf Grund der instinktiv erfüllten besonderen Schutzbedürftigkeit eine übermäßige Empfindlichkeit entstehen lassen mußte.

(Es ist übrigens eine nicht uninteressante Feststellung, daß sich bei solchen paranoischen Reaktionen *nie depressive Verstimmungszustände* fanden. Höchstens zeigte sich einmal als Folge der kränkenden Erlebnisse eine ärgerliche oder gereizte Stimmung, nie aber eine traurige. An sich sollte man ja erwarten, daß doch auch einmal die Erfahrung feindlichen Verhaltens der Umgebung eine depressive Verstimmung zeitigte. Die scheint aber nun einmal nicht zum *paranoischen Syndrom*



zu gehören. Da dies im allgemeinen mit unseren Erfahrungen an eigentlich paranoischen Psychosen übereinstimmt, da wir andererseits doch aber bei depressiven Zuständen gelegentlich auch paranoischen Einschlüssen begegnen, so ergäbe sich als diagnostisches Prüfungsmittel die *Lehre*, daß da, wo im psychischen Bilde depressive und paranoische Elemente gemeinsam auftreten, das krankhafte Grundsymptom immer die Depression ist.

Derartige Ergebnisse beweisen, mit welchem Recht *Hoche* schon vor langer Zeit für die Bedeutung einer näheren *Erforschung der Syndrome* eingetreten ist. Denn die genaue Kenntnis der Art ihres Zustandekommens, ihres „Umfanges“ und ihrer „Affinitäten“ zu anderen psychischen Gebilden geben uns die Möglichkeit, bei komplizierteren Psychosen, die eine Entwirrung nur schwer zulassen, insofern rascher einen Einblick zu bekommen, als wir eben dadurch erfahren, von welcher Stelle aus der Zugang zum Durchwandern des ganzen psychischen Bauwerks gegeben ist. Erforschen können wir die Syndrome aber nur an solchen relativ klar überschaubaren Prozessen, wie sie etwa hier die menstruellen Störungen darstellen. Und das ist — abgesehen von dem einen, nämlich dem Gelingen einer Inbeziehungsetzung des Körperlichen und des Psychischen — die andere wertvolle Frucht, die bei solchen Untersuchungen geerntet wird.)

Außer den (oben genannten) vermeintlichen Akzentuationen einer depressiven oder paranoischen Anlage — in Wirklichkeit handelt es sich ja, wie wir sahen, um Reaktionen, die zu der Anlage hinzugetreten sind — finden wir auch noch andere Betonungen einzelner Charakterzüge zur Zeit der Menses, die sich in gleicher Weise analytisch als *verständliche Stellungnahme* erklären lassen: Die *Eifersüchtige* wird aus dem Gefühl und der Einsicht ihrer verminderten Konkurrenzfähigkeit naturgemäß diese Eigenschaft besonders intensiv hervortreten lassen. Die *Selbstsüchtige* wird aus der Befürchtung, sich manches entgehen lassen zu müssen, ihren Egoismus als Mittel zur Befriedigung ihrer psychisch-biologischen Bedürfnisse besonders anfachen. Der *Eigensinnigen* wird die Aussicht, etwa nachgeben zu müssen, den Nacken erst recht steifen, damit ihr nicht der Boden, gegen den sie sich zur Aufrechterhaltung ihrer Persönlichkeit stemmt, unter den Füßen weggezogen wird. Die *Ehrgeizige* wird sich, um keine beschämenden Erfahrungen zu machen, nur doppelt anstrengen, und das Niveau ihrer an sie selbst gestellten Anforderungen heraufsetzen. Und der *Schüchternen* wird das Gefühl der Leistungsunfähigkeit die wenigen Kräfte nehmen, die sie bis dahin in stand setzten, ihre Hemmungen zu überwinden.

So sehen wir also, wie gewisse konstitutionell bereits vorhandene *Charakterzüge* zur Zeit der Menses eine *Verstärkung* erfahren, aber nicht auf dem Wege einer durchaus hypothetischen somatischen, etwa endo-

krinen Beeinflussung, sondern in *verständlicher Ableitung* aus dem mehr oder minder bewußten Gefühl einer Veränderung der Persönlichkeit oder der Erfahrung einer verminderten Leistungsfähigkeit.

Diese Feststellung scheint mir von großer Bedeutung. Fordert sie uns doch auf, überall da, wo wir uns nach unserer bisherigen Auffassung eine Psychose, eine Krankheit, einen „Nosos“ aus einer abnormen Anlage, die schon die gleichen psychotischen Züge angedeutet aufwies, sich entwickelnd vorstellten, nachzuforschen, ob das, was wir als Krankheits-„Prozeß“ auffaßten, als Vorgang einer irgendwie gearteten Gehirnbeeinflussung, vielleicht nichts anderes ist als zwangsläufig sich abspielende Reaktionen einer abnorm angelegten Persönlichkeit, die *zum Zwecke der Erhaltung ihres inneren psychischen Gleichgewichts* so und nicht anders reagieren mußte. Sicher hat diese Auffassung da ihre Richtigkeit, wo ein krankhaftes Gehirngeschehen im Sinne eines pathologisch-anatomisch nachweisbaren Vorganges gar nicht zu erwarten ist, wie etwa bei der Paranoia. Aber auch bei sicher organischen Prozessen, wie z. B. der Dementia praecox, wird man solchen Erwägungen nicht völlig ihre Existenzberechtigung absprechen dürfen. Ich meine hier nicht nur die Fälle, wo auf einer „schizoiden“ Anlage, ohne daß es zu einer eigentlichen Psychose käme, episodische psychotische Zustände aufschießen, die dann mit einem eigentlichen Krankheitsprozeß nichts zu tun hätten, sondern nur eben derartige Reaktionen der abnormen Persönlichkeit wären; ich habe vielmehr besonders auch richtige Prozeß-Schizophrenien im Auge, bei denen eine (möglicherweise sogar bis dahin seelisch gesunde, wenn auch in der Anlage abnorme) Persönlichkeit durch den „Prozeß“ gewisse Grundveränderungen erleidet, die sich nun nicht im gleichen Tempo fortzuentwickeln brauchen, und als deren Ausdruck wir alle zutage tretenden psychotischen Züge keineswegs aufzufassen brauchen, da eben auch damit gerechnet werden darf, daß auf dem nun einmal in Unordnung geratenen Boden der Persönlichkeit *Reaktionen* vor sich gehen, die *nur deshalb pathologisch anmuten, weil sie von einer krankhaft veränderten Persönlichkeit ausgehen*, die aber *vom Standpunkte dieser Persönlichkeit aus betrachtet* ganz normal bzw. ganz *empfindbar* sein können.

Und das gewissermaßen eine *Krankheitseinheit* Repräsentierende, das uns bei solchen Psychosen entgegentritt, ist auch wirklich etwas *Gesetzmäßiges*, aber nicht veranlaßt allein durch einen zugrunde liegenden körperlichen Vorgang. Dieser schafft vielmehr nur die krankhaften *Bedingungen* für die späteren, *in einer ganz anderen Kategorie*, nämlich in dem rein psychischen (psychologisch-biologischen Gesetzen unterworfenen) Schaltwerk vor sich gehenden Reaktionen. Und diese Reaktionen zeigen eben deshalb etwas *Gesetzmäßiges*, etwas bei allen Schizophrenien immer Wiederkehrendes, weil jede Persönlichkeit, solange sie

noch nicht ganz zerstört ist, zur Erhaltung ihrer Existenzfähigkeit, in dem Gefühl für die eigene innere Kräfteverteilung, im Interesse der „Aufrechterhaltung des inneren Gleichgewichts“, wie ich es oben ausdrückte, um nicht in sich selbst zusammenzustürzen, gewisse Eigenschaften, mögen sie auch pathologischer Natur sein, sogar verstärkt hervortreten lassen muß. Das Psychologische eines solchen Mechanismus habe ich ja gerade oben durch die Analyse einiger besonderer Charaktere der Gruppe 5 bewiesen.

Auf diese Weise kann es wohl möglich sein, *zwei Richtungen*, die sich, gerade am Objekt der *Schizophrenie*, bekämpfen, zu *versöhnen*, indem man die Berechtigung aller beider Auffassungen dartut; nur daß man eben den Angriffspunkt beider Forschungen richtig ansetzen muß. Die Richtung, die *alles* Geschehen in der Schizophrenie verstehen will, schießt insofern über das Ziel hinaus, als eben nur in einem *höheren Stockwerk* eine verständliche Ableitung der psychischen Phänomene möglich ist. Nicht möglich ist sie meines Erachtens in dem *unteren Stockwerk*, das durch den Einbruch eines somatischen Prozesses in das Substrat unserer psychischen Vorgänge geschaffen ist — und damit hat die andere Richtung recht, die aber wiederum mit der Ablehnung *jeder* Analysierungsmöglichkeit zu weit geht.

Im Gebiete beider Stockwerke ist aber noch sehr viel Arbeit zu leisten, ehe wir etwa reinlich das innere Gefüge erkennen können. Es scheint mir aber einmal notwendig, diese *prinzipielle Trennung* zum mindesten als *Forschungshypothese* aufzustellen. Wenn man sich erst einmal mit dem Gedanken vertraut gemacht hat, daß *auch im Bereich einer sicher organischen Erkrankung, wie der Schizophrenie, verständliche Reaktionen der durch den somatischen Prozeß veränderten Persönlichkeit neben dem Fortschreiten dieses Prozesses und über ihm einherlaufen*, daß solche Reaktionen natürlich *auch bei stillstehendem Prozeß* vorhanden sein müssen, so wird man mit der Erkenntnis, daß ein solches verständliches Reagieren das Zugrundeliegen eines fortschreitenden somatischen Prozesses vortäuschen kann, den Schlüssel zu einer richtigen Auffassung der Dementia praecox — und auch anderer organischer Psychosen — in Händen haben, als wenn man alles psychotische Geschehen, nur weil es eine Entwicklung zeigt, geradlinig mit einem cerebralen Prozeß in Beziehung setzt.

Wenn solche Erkenntnis (die durch verschiedene neuere psychiatrische Arbeiten immer wieder durchleuchtet) durch Untersuchungen, wie ich sie hier angestellt habe, gewissermaßen vorbereitet wird, wenn meine Ergebnisse nicht nur die Möglichkeit, sondern die *prinzipielle Richtigkeit einer solchen Auffassung vom Aufbau der Psychose* dartun, wenn sie dazu auffordern, die Analyse der komplizierteren organischen Psychosen nach Analogie der hier gelungenen Zergliederung einfacher

konstruierter vorzunehmen, so scheint mir die Berechtigung meiner eingangs erhobenen Forderung, derartige Untersuchungen auch an ähnlichen klar überschaubaren psychischen Äußerungen, die bestimmten körperlichen Vorgängen eindeutig zugeordnet sind, anzustellen, erwiesen zu sein.

#### *Anhang zu Gruppe 5.*

Wie oben in Aussicht gestellt, möchte ich an dieser Stelle im Anschluß an einen mehrere Jahre sehr genau beobachteten Fall zur Frage der *Menstruationspsychose* Stellung nehmen<sup>1)</sup>. Die Berechtigung einer Angliederung der Betrachtung an dieser Stelle ergibt sich aus der Überlegung bzw. Erfahrung, daß es sich bei der Menstruationspsychose ja voraussichtlich nur um das Sichtbarwerden psychotischer Züge als Potenzierung in der Anlage vorhandener abnormer Erbbestandteile handeln würde, wobei es nur darauf ankäme, festzustellen, ob der somatische Vorgang als solcher, d. h. ohne psychische Mitwirkung die krankhaften Erscheinungen aus dem vorbereiteten Boden emportreibt, oder ob nicht, wie bei den meisten Angehörigen der Gruppe 5, der Ausgangspunkt der psychotischen Phänomene die psychische Struktur der betr. Persönlichkeit ist, insofern diese auf die Tatsache der *an ihr* sich abspielenden menstruellen Vorgänge mit bestimmten, aus ihrer seelischen Eigenart verständlichen Reaktionen hervortreten mußte. (Denn eine weitere Möglichkeit, nämlich die psychotischen Erscheinungen als Ausdruck einer Vergiftung des — nicht abnorm disponierten — Gehirns mit *spezifischen* menstruellen Produkten anzusehen, ist doch wohl, nachdem wir einen solchen Vorgang bei keiner unserer Gruppen nachweisen konnten, von vornherein von der Hand zu weisen.) Und in zweiter Linie war dann die Frage zu entscheiden, ob es nicht doch berechtigt ist, von einer Menstruationspsychose als solcher zu sprechen und sie nicht nur als Äußerungsform einer sonstigen Psychose aufzufassen.

Es ist hier nicht der Ort, einen historischen Rückblick auf die Entwicklung des Krankheitsbegriffs der Menstruationspsychose zu werfen. Es lohnt sich aber nur festzustellen, daß die Schicksale, die dieser Krankheitsbegriff gehabt hat, genau die gleichen sind, wie sie in der Auffassung der Psychosen überhaupt zutage treten. Man schuf *erst* viele einzelne Krankheitseinheiten, indem man vom körperlichen Vorgang ausging und ihn allein für maßgebend ansah; zu dieser Zeit gab es auch eine „Geisteskrankheit“ Menstruationspsychose; *später* mit zunehmender Erfahrung und besonders nachdem man die Verteilung der psychotischen

---

<sup>1)</sup> Ich kenne noch zwei andere Fälle, die ich aber nicht anführe, da ich den einen nur während eines Anfalles bei uns in der Klinik kurz untersuchen konnte, und den anderen ebenfalls nur in einem Anfall in der medizinischen Klinik sah.

Zustände über das ganze Leben *eines* Menschen beobachtet hatte, subsumierte man verschiedene Krankheitsbilder einigen großen Krankheitsgruppen — und damit verlor auch die „Geisteskrankheit“ Menstruationspsychose ihre Existenzberechtigung. Und *jetzt*, wo man im Begriffe steht, diese großen Krankheitsgruppen wieder aufzulösen, aber nicht um wieder viele Einzelkrankheitsbilder zu schaffen, sondern um in der einzelnen Psychose die Auswirkung der individuellen, spezifisch veranlagten oder andererseits auch der spezifisch krankhaft veränderten Persönlichkeit zu sehen, jetzt scheint mir eben auch wieder die Zeit gekommen, dem Begriff der *Menstruationspsychose* zu seinem Rechte zu verhelfen, als einer *an die Menstruation gekuppelten Psychose, deren inhaltliche Färbung aber von der individuellen Prädisposition abhängig ist.*

Folgendes ist die *Krankengeschichte*:

*Mutter der Patientin* ist eine umgängliche, gesellige, heitere Natur, liebt die Häuslichkeit und die Familie, ist — nur allzusehr — für ihre Kinder besorgt. Ihre durchschnittlich heitere Stimmungslage wurde zum ersten Male bei ihrer Verlobung von einem *Depressionszustand* unterbrochen, für dessen Zustandekommen sie als Grund Schwierigkeiten anführte, die man ihr wegen der Religion ihres zukünftigen Mannes seitens der Familie machte. Auch für *leichtere Verstimmungen depressiver Art* während ihrer drei Graviditäten macht sie ihre Ängstlichkeit vor den Gefahren der Geburt verantwortlich, Befürchtungen, zu denen sie als Frau eines Arztes durch die Lektüre medizinischer Werke ihres Mannes gekommen war. Besonderer Anlaß war ihr die Totgeburt des 1. Kindes, bedingt durch einen Sturz im 7. Monat, der zu einer Blutung führte. Ein letzter *schwerer Depressionszustand* trat bei ihrer Scheidung auf; auch hier sieht sie nur in den äußeren Umständen die Verursachung ihrer Verstimmung.

Solange ich sie kenne, trat trotz der Erkrankung ihrer Tochter und vieler unangenehmer Erlebnisse, die sich aus den Auseinandersetzungen mit ihrem geschiedenen Mann über die Unterbringung der Patientin ergaben, keine tiefergreifende Verstimmung auf. Sie war wohl um ihr Kind außerordentlich besorgt, aber doch nicht mehr, als man von einer liebenden Mutter erwarten durfte.

*Mutter der Mutter* soll eine Zeitlang *getrunken* und in dieser Zeit psychische Anomalien geboten haben, war sonst psychisch normal, heiter, umgänglich.

*Bruder der Mutter der Mutter*: Nach einer Gehirnverletzung bei einem Sturz vom Reck reizbar geworden; soll früher normal gewesen sein. Ging nach Amerika. *Nahm sich dort das Leben*, als er auf seine Bitte um Geld abschlägigen Bescheid bekommen hatte.

*Vater der Mutter*: Gesellige, freundliche Natur.

*Schwester der Mutter*: Früher normal, von ähnlichem Temperament wie die Mutter der Pat. Jetzt im *Klimakterium* zu den Zeiten der *Periode aufgeregt*.

*Vater der Patientin*: Als Kind zart. Sehr musikalisch (Violine), *reizbar, jähzornig*, etwas *einsiedlerisch* veranlagt, „wenig fest in der Welt“, mit seinem Beruf als Arzt unzufrieden, durch eine Enttäuschung über eine nicht gelungene ärztliche Anstellung lange Zeit *mitgenommen*, kümmerte sich nicht mehr um seine Praxis, führte die Bücher schlecht. Hatte Zeiten, in denen er nicht schlief, wurde dann nachts sehr erregt, lief umher, rüttelte vor Zorn am Ofen, nahm viel Schlafmittel.

*Vater des Vaters*: Solider Beamter.

*Mutter des Vaters:* Soll einmal eine hysterische Aphonie gehabt haben.

*Bruder der Patientin:* Leicht *jähzornig*, wenn man ihm nicht seinen Willen tut. Wird auch von seinen Freunden als *rechthaberisch* geschildert. *Heftige Auftritte* mit Mutter und Schwester: wirft das Essen ins Zimmer, schimpft unflätig. Einmal im Zorn der Mutter und Schwester die Betten ausgeräumt, in sein Zimmer getragen, dieses abgeschlossen, damit sie nicht schlafen gehen konnten. Nicht dumm. lernt gut, aber *faul*. Keine höheren Interessen. Keine ausgesprochenen Berufseigungen. Ist in kaufmännischem Geschäft, wo es ihm aber nicht gefällt. Will studieren, kann aber keine spezielle Berufswahl treffen. Die Mutter nennt ihn „*unfertig*“. Nicht viel Verkehr, aber doch auch kein Einsiedler. Treibt gern Sport. Die Mutter sagt, er ginge mit seiner Erregbarkeit „*nach dem Monde*“; sie sei durch ein Dienstmädchen darauf hingewiesen worden; es stimme zwar nicht ganz, seine *Reizbarkeit steigere sich* aber doch *periodisch*.

*Patientin:* Clara K., 19 Jahre alt. Als Kind tuberkulöse Hilusdrüsenkrankung, war deshalb in Arosa. Kinderkrankheiten ohne besondere Residuen. Gute Schülerin. Sehr interessiert. Ehrgeizig. Gewisse Ungleichmäßigkeit der Entwicklung, insofern sie einerseits sehr brav, folgsam, in ihren Liebbabereien und Gewohnheiten fast kindlich zurückgeblieben, andererseits in sexueller Beziehung frühreif war. Schon mit 9 Jahren onanierte sie. Mit 11 Jahren hatte sie eine ausgesprochene Liebelei mit einem Jüngling, dem sie als sein „Bräutchen“ zärtliche Briefe schrieb. Mit 16 Jahren glühende Verehrung einer Schauspielerin, durch deren Fortgang sie wie eine unglücklich Liebende affiziert wurde. In der letzten Zeit wieder Onanie (mit der Zahnbürste). Legte aber immer ein sehr gesittetes Benehmen an den Tag, gebrauchte nie obszöne oder sonst unschöne Ausdrücke, nie sog. „Kraftworte“ (cf. später). Stimmungslage den äußeren Umständen entsprechend, eher heiter. Keine abnormen, auch nicht bei äußerem Anlaß zu weit reichende Stimmungsschwankungen. Keine paranoische Einstellung: offen, ehrlich, nicht mißtrauisch. Interesse und Neigung für Musik. Fühlt sich zu kleinen Kindern sehr hingezogen. Durch die Streitigkeiten der Eltern, auch wenn sie zum Verstehen wohl noch zu jung war, doch mitgenommen; hängt augenscheinlich an beiden Teilen, vielleicht etwas mehr an der Mutter.

*Periode* mit 13 Jahren; anfangs etwas unregelmäßig. Dann normal bis zum 16. Jahre. Von dieser Zeit an beginnen sich mit der *Periode psychische Störungen* zu zeigen. Die *zeitliche Koinzidenz* ist derart, daß meist schon kurz (1–2 Tage) vor dem sichtbaren Eintreten der Blutung die psychischen Störungen beginnen, seltener kommen sie erst am 2. bis 3. Tage der Periode.

Ich bringe nun eine kurze Schilderung derjenigen *menstrual-psychotischen Anfälle*, die ich selbst im Hause der Patientin und bei uns in der Klinik beobachten konnte, oder die ich nach der Beschreibung in unserem Krankenblatt und dem einer anderen Anstalt, in die sie später überführt wurde, wiedergeben kann, oder die ich auch der Schilderung der Mutter und der Krankenschwester verdanke.

*1. Anfall.* Mai 1920: Begann mit Kopfschmerzen, Übelkeit, einer Art *Schüttelfrost*. *Sah farbige Ringe* und Punkte vor den Augen. Hatte *üblen Geschmack*; die Mutter bemerkte *stark belegte Zunge* und *unangenehmen Geruch aus dem Munde*. War *heiterer Stimmung*, bzw. nur *erregt*, sprach ununterbrochen, sang und deklamierte. Beschäftigte sich in ihren Reden sehr viel mit dem Fortgang einer Opernsängerin, für die sie außerordentlich, fast übertrieben, schwärmte. Im Anschluß an ein heftiges Gewitter äußerte sie die Befürchtung, ihr Bett wäre „elektrisiert“ und sie könnte deshalb in die Luft fliegen. *Beschuldigte* die Krankenschwester, ihr Schokolade *gestohlen* und während der Nachtwache aufgeessen zu haben. — Nach etwa 8 Tagen klangen alle Erscheinungen unter starker Müdigkeit und *langem tiefem Schlaf* ab.

War dann bis zur nächsten Periode ganz normal, soll *volle Einsicht* in den krankhaften Zustand gehabt haben, an den sie sich allerdings *nicht in allen Einzelheiten mehr erinnerte*.

2. *Anfall*. Juni 1920: Beginn wiederum mit Kopfschmerzen, Übelkeit, Schüttelfrost, schlechtem Geschmack, belegter Zunge, üblem Mundgeruch. War *übertrieben lustig*. Holte sich alle möglichen illustrierten scherzhaften Bücher heran, las vor allem Busch, lachte dabei unbändig. Wickelte sich Tücher um Kinn und Kopf, damit sie vor Lachen „keine Maulsperre“ bekäme. Sah in die Falten des Bettes, Hemdes und Taschentuches originelle Köpfe hinein. — Der Zustand klang wiederum nach etwa 8 Tagen unter einem ähnlichen *Schlafzustand* wie beim ersten Male ab.

Angeblich wieder ganz normal und *einsichtig*.

3. *Anfall*. Juli 1920: Beginn mit den gleichen körperlichen Symptomen; dazu noch ein *Ziehen in den Fingerspitzen*. Wieder *heiter erregt*: lief dauernd umher, meist ganz nackt (es herrschte große Hitze), bettete ihr Bett ständig um. Polierte den Fußboden mit ihrem Pantoffel. Stellte sich auf den eisernen Ofen, machte sich die Hände schwarz und hatte ihre Freude daran, jeden, der sich ihr näherte, anzuschwärzen. Glaubte kleine Mitesser und Würmchen in der Haut der Hände zu haben (cf. oben das Ziehen in den Fingerspitzen), die sie ständig herauszupicken versuchte. Fragt, ob es nicht möglich wäre, den Friedhof durch elektrische Drähte zu erwärmen, damit die Toten ein warmes Herz bekämen und so ihr Großvater wieder lebend zurückkehrte. — Gegen Ende des Zustandes, wieder etwa am 8. Tage, wurde sie einsichtig, hatte ausgesprochenes Krankheitsgefühl, *weinte und klagte darüber, daß sie nun wieder krank geworden sei*. Wenn sich das ständig wiederhole und sie nicht wieder gesund werden könne, wolle sie lieber sterben.

Diese leicht-depressive, psychologisch verständliche Reaktion klang rasch ab, und machte ihrem normalen Durchschnittszustand Platz.

Nach diesem Anfall waren die *nächsten 5 Monate frei von psychotischen Zuständen*. Bis auf die 4. Periode, die ausblieb und an deren Stelle sich etwas weißer Ausfluß zeigte, waren die übrigen Perioden ohne Besonderheit. Sie machte mit der Mutter während dieser Zeit eine Erholungsreise nach dem Schwarzwald und bot auch hier nichts Krankhaftes.

Dann trat der 4. *Anfall* im Dezember 1920 auf. Körperliche Erscheinungen wie bisher, nur weniger stark. Erzählt der Mutter unter *Tränen*, daß sie ein „unreines Mädchen“ wäre. Sie habe mit dem Freund ihres Bruders geschlechtlich verkehrt. Dann *beschuldigt* sie sich auch des gleichen Verkehrs mit ihrem Bruder. (Positive Unterlagen für irgendwelche sexuellen Berührungen ließen sich mit Sicherheit weder auffinden noch auch ausschließen; die oben erwähnten onanistischen Befriedigungen mit der Zahnbürste fielen aber in diese Zeit.) War sehr *unglücklich*, daß sie dies der Mutter angetan hätte, und bat, sie nicht zu verstoßen und weiter lieb zu haben. Fürchtete, daß ihre Freundinnen nun nichts mehr von ihr wissen wollten, und daß sie vor aller Welt als *unreines Mädchen* gelte. Bat fortwährend um Verzeihung. Hatte *Angst*, der Vater möchte von der Sache erfahren und dann gerichtlich gegen sie vorgehen. (Tatsächlich spielte damals ein Prozeß zwischen ihm und der Mutter wegen der Unterbringung des Kindes bei einer der beiden Parteien; die Patientin stand dabei mehr auf seiten der Mutter und war gegen den Vater eingenommen.) Sie glaubte, der Vater stünde im Hausflur, sie abzuholen; bat, man möchte sie ja nicht weggeben und den Vater totschießen. — Nach 8 Tagen wieder Abklingen des Zustandes unter gleichen Erscheinungen wie bisher.

Rückkehr zu normaler Einsicht.

5. *Anfall*. Februar 1921. Körperliche Symptome am Anfange wie früher. Neu hinzu kam noch, daß sie *die Gegenstände schief und mit farbigem Kontur sah*. Er-

*regte*, mehr ärgerliche, nicht eigentlich heitere Stimmungslage. Sprach von einem Brand in der Nähe; die Häuser seien schwarz und zum Teil eingestürzt; sie rieche den Rauch. (Tatsächlich sah sie vom Bett aus auf dem Felde ein Kartoffelfeuer und den aus den Kaminen der Häuser aufsteigenden Rauch.) Nennt die Mutter eine Hexe, die sie verzaubern wolle. Weist sie dauernd aus dem Zimmer. — Dieser Anfall dauert länger als die früheren, etwa 15 Tage.

Normale Zwischenzeit.

6. Anfall. März 1921: Körperliche Symptome wie früher. Sah wiederum alle Gegenstände verzerrt. Ängstlich-erregte Stimmung. Meint, die Franzosen kämen nach Freiburg. Die Wände seien durch Sprengungen eingefallen und schief. Die Badewanne habe keinen festen Stand mehr und würde unter ihr wegsinken. Sie selbst sei von den Kugeln der Franzosen getroffen; zeigt der Mutter mehrere Stellen am Körper, die von Schüssen verletzt sein müßten. (In den Tagen vor dem Anfall las sie ein Buch mit Schilderungen aus dem 70er Kriege.) — Nach 8 Tagen Abklingen unter vielem Schlafen.

Gesundes Intervall.

7. Anfall. Mai 1921. Körperliche Symptome diesmal besonders ausgeprägt, namentlich das schiefe Sehen der Gegenstände. Wände und Fußböden seien schief. Die Möbel erscheinen kleiner. Sie fühlt sich auch selbst kleiner und ihren Kopf schief. Ärgerlich, als man ihr dieses veränderte Weltbild nicht sofort bestätigt. Meint, ihr Bruder sei im Keller eingeschlossen und rufe nach Hilfe. Will dauernd hinunter, ihm helfen. — Nach 8 Tagen Abklingen mit besonders langem und tiefem Schlaf.

8. Anfall. Juni 1921: Seitens der körperlichen Symptome standen diesmal der üble Geschmack und der unangenehme Mundgeruch, objektiv auch die stark belegte Zunge im Vordergrund. Sie knüpfte hieran auch mit ihren *paranoiden Ideen* an, indem sie behauptete, im Essen wäre Gift. Sie weigerte sich, dieses und die ihr verordneten Medikamente zu nehmen, die sie auch als Gift erklärte, mit dem man sie umbringen wolle. Aus der ängstlichen Stimmung heraus, in der sie sich (hierdurch?) befand, begann sie sich mit Befürchtungen vor einer Bestrafung zu quälen, die sie und die Mutter wegen Milch-Hamsterei bekommen sollte. (Tatsächlich hatten sie kurz vorher, als sie vom Schwarzwald Milch holten, einen Verweis erhalten.) Sie bedauerte auch die Frau, die ihnen die Milch gegeben hatte, weil diese nun wegen ihrer Gutmütigkeit bestraft werden würde.

Nach 8 Tagen klangen alle Erscheinungen wieder in der üblichen Weise ab, und sie korrigierte alle Wahnideen.

Die nächste Periode — Juli 1921 — verlief ohne Anfall. Der

9. Anfall trat dann mit der nächsten Periode August 1921 auf. Er verlief somatisch und psychisch hinsichtlich der Vergiftungsideen ähnlich wie die vorhergehenden, nur noch mit einem deutlich *manischen* Einschlag, insofern sie viel lebhafter, heiterer, aggressiver war: sie wies das Essen nicht nur als vergiftet zurück, sondern bemühte sich, das Geschirr zu zerschlagen und das Essen durch das Zimmer zu zerstreuen, was ihr unbändigen Spaß machte. Häufig schlug die ausgelassene Stimmung in eine ärgerliche um, aus der heraus sie sich dann in heftigen Beschimpfungen gegen Mutter und Krankenschwester erging. Bei solchen Gelegenheiten ging sie dann von persönlichen Beziehungen zu allgemeineren Gebieten über, indem sie sich politischen Fragen zuwandte und über die Engländer und deren leitende Männer, soweit sie sie aus den Zeitungen kannte, schimpfte.

Da die Erregung immer mehr zunahm, mußte sie am 3. Tage in die *Klinik aufgenommen* werden. Hier bot sie ein ausgesprochen *manisches* Bild: sie war heiter erregt, blieb keinen Augenblick ruhig, ließ sich kaum im Bett halten und beschäftigte sich auch dann dauernd mit Bettuch und den Kissen; sang, dekla-



mierte, sprach vor sich hin, schimpfte, rief nach Pflegerin und Arzt, unterhielt sich mit den anderen Patientinnen und belästigte diese zumeist. Ideenflüchtiges Denken und Reden, äußerst ablenkbar. Witzelte und spöttelte fortwährend mit dem Arzt, scheute sich auch nicht vor obszönen Redensarten. Packte dabei sehr gern ihre Schulkenntnisse aus, richtete Prüfungsfragen an den Arzt und suchte ihn hereinzulegen.

Zeitlich *ungenau orientiert*, örtlich gut. Macht sich aus ihrer Unterbringung auf der unruhigen Abteilung wenig, drückt sogar ihre Befriedigung darüber aus, daß sie nicht so wie zu Hause in ihrem Bewegungsdrang gehemmt sei. Dabei aber doch so weit im Bilde über ihre Lage, daß sie gelegentlich über die Mutter schimpft, die sie hierher gebracht habe. Will die Mutter deshalb auch nicht empfangen.

Scopolamin, Schlafmittel, Bäder, Packungen nützen so gut wie nichts. Lärmt die ganze Nacht.

Berichtet wieder über schiefes Aussehen des Fußbodens und der Wände und ist sehr ängstlich, wenn man ihr dies nicht glauben will.

Nach 6 Tagen wird sie ruhiger, beginnt ihrem Zustand kritisch gegenüber zu stehen, erkennt ihn als krankhaft an, spricht über die einzelnen krankhaften Phänomene, sucht eine Erklärung für ihr psychisches Verhalten zu geben, ist aber doch noch deutlich manisch verändert, kommt sich bei der Unterredung mit den Ärzten sehr wichtig vor, gebraucht auch noch recht saloppe Wendungen und sieht das Inkorrekte dieses Verhaltens und auch ihres früheren, über das man sie informiert, nicht recht ein.

Schläft in den folgenden Tagen sehr viel. Wird entlassen.

Zu Hause dann wieder Normalzustand mit voller Einsicht.

Auch der 10. *Anfall* verlief derart heftig, daß sie in die *Klinik* gebracht werden mußte.

Er begann am 3. Tage der Periode zu Hause wieder mit ausgesprochen *manischer* Erregung. Sie lief in der ganzen Wohnung umher, stieg auf Tische und Schränke, sprang mit einem Anlauf ins Bett. Einmal gelang es ihr in einer unbewachten Minute, sich vor das Fenster auf die leer herausgestellte Querstange des Rolladens zu setzen. Produzierte sich der Mutter gegenüber in der Form einer Tanzstunde, die sie als Lehrerin abhielt. Sang dann alle möglichen Volkslieder und Opernmelodien, wozu sie selbst einen Text erfand. In einer Nacht machte sie ein über eine Stunde dauerndes Telefongespräch mit ihrem Onkel vor.

Am 3. Tage mußte sie dann nach der Klinik gebracht werden.

Hier blieb das Zustandsbild im Grunde gleich manisch: sie lief unruhig durch Zimmer und Gang, tänzelte, produzierte sich, wobei sie gern Stellungen einnahm, die dazu dienten, die Schönheit ihres Körpers ins rechte Licht zu rücken. War dabei aber durchaus nicht sexuell-exhibitionistisch auf den Arzt eingestellt, sondern weit eher in einer narzisstischen Weise auf die Bewunderung ihrer eigenen Person. Sprach von ihrer Schönheit, von ihrem blonden Haar, die Familie müsse wohl aus Norwegen stammen. Verlangte nach einem Spiegel, um sich zu besehen. Freute sich in den ersten Tagen ihre Bettdecke, später, als sie einen Rock bekam, diesen in immer neuen Drapierungen um sich zu legen.

Erging sich dem Arzt gegenüber wieder sehr gern in obszönen Redensarten, kehrte ihm mit der entsprechenden Aufforderung ihr Gesäß zu.

Fragliche *Sinnestäuschungen*: behauptete, klopfen zu hören, es werde telephoniert und sie müsse antworten, da sonst die *Verfolger* ihr Ziel erreichen würden. Es läßt sich nicht recht eruieren, was es mit dieser Verfolgung eigentlich auf sich hat. Zu einer anderen Zeit äußerte sie nur einmal etwas von einem Herrn Müller, der verfolgt würde. Auch von einer Geruchsempfindung kann ihr halluzinatori-

scher Charakter nicht mit Sicherheit behauptet werden: sie roch, als sie einmal isoliert werden mußte, „feines Odeur“, das noch in der Tasche ihres Rockes sein mußte (was schließlich nicht ganz ausgeschlossen war).

Schlaf oder überhaupt Ruhe waren wiederum selbst durch Scopolamin kaum zu erzielen.

Nach 3 Tagen begann dann wieder eine *halbe Einsicht*, die sich in das Zustandsbild einer *Ratlosigkeit* kleidete, da sie ihr Kranksein wohl fühlte, aber doch noch nicht so recht Stellung dazu nehmen konnte.

Dann kam es am 4. und 5. Tage, wiederum unter vielem *Schlafen*, zur Rückkehr zur Norm und damit zur Entlassung aus der Klinik.

Zu Hause dann wieder völlig einsichtig; es blieb aber diesmal eine leicht heitere Verstimmung bestehen, die sich in einer großen Arbeitslust äußerte, in ausgelassenem Benehmen beim Baden, wo sie nicht genug bekommen konnte, und andere Mädchen, auch fremde, bespritzte.

3 Tage vor dem zu erwartenden Eintritt der Periode begann dann der

11. Anfall Oktober 1921 mit sehr intensiven körperlichen Symptomen in Form eines Sehens von *Ring*en und *Flecken*, eines *Ziehens* in den *Fingerspitzen*, eines *Summens* und *Läutens* in den Ohren und eines *schlechten* Geschmacks bzw. eines Widerwillens gegen alles Essen. *Bemerkenswert*, daß die Patientin *diese Störungen zunächst noch ganz objektiv als den Beginn eines neuen Anfalls und als rein körperliche Belästigung empfand*.

Sehr bald aber verliert sich diese Einsicht und sie gerät in einen wüsten *Erregungszustand*, der zur erneuten Aufnahme in die *Klinik* zwingt. Während er anfangs noch einen durchaus *manischen* Charakter aufwies, insofern sie z. B. in der Zelle auf einem Bein umherhüpfte, sich unter lautem Gröhlen auf die Schenkel schlug, mit den Pflegerinnen Streit anfang, ihnen allerhand Schabernack zu spielen suchte, bekam ihr Verhalten allmählich etwas *Mechanisier*tes, Leeres. Die Erregung war nicht mehr ein Übersäumen aus Temperament, man konnte sie auch nicht mehr als verständliche Reaktion auf von außen (Ärzte, Pflegepersonal) kommende, notwendig gewordene Zügelung ihres undisziplinierten Benehmens auffassen, sie war vielmehr verselbständigt, trat auch ohne äußere und innere Veranlassung zutage, *richtete sich nicht an dritte Personen* und bekam einen *stereotypen Rhythmus*. So konnte sie halbe Stunden lang in der Zelle auf- und abgehen, monoton vor sich hinsingen oder -brummen, *fast manier*iert anmutende Bewegungen ausführen. Gegen die Umgebung ging sie ohne erkennbaren Grund mit Spucken, Treten und Kleiderzerreißen vor. Sie war auch unrein, und hatte auf diesbezügliche ärztliche Hinweise immer nur die eine Entgegnung: „Lecken Sie mich am Arsch“. Mit dieser stereotypen Redewendung trat sie eine Zeitlang überhaupt dem Arzt bei jeder Annäherung gegenüber. Ohne etwa ihre früheren paranoiden Ideen zu äußern, *verweigerte* sie dann eines Tages die *Nahrungsaufnahme* und mußte 2 Tage lang gefüttert werden, was sie ohne wesentlichen Widerstand geschehen ließ. Wenn sie einmal etwas zugänglicher war, so vermißte man in ihren Vorstellungen die ideenflüchtigen Verbindungen der Anfangszeit; man mußte schon von einer fast *schizophrenen Zusammenhangslosigkeit* sprechen.

Dieser Zustand hielt diesmal länger als die üblichen 10 Tage an. Höchstens könnte man sagen, daß nach ca. 10 Tagen das schizophrene anmutende Gebaren wieder einem mehr manischen Verhalten wich. So blieb sie aber dann bis zur Zeit, da der Eintritt der nächsten Menses zu erwarten war (etwa 20. November 1921). Diese blieben aus.

Um diese Zeit (12. Anfall) machte sich ein frisches Aufflammen der manischen Erregung bemerkbar, ohne daß bemerkenswerte neue Erscheinungen zutage traten.

Nach 5 Tagen flaute die Erregung wieder etwas ab, doch war keine Rückkehr zur Norm, wie früher, zu bemerken, es stellte sich auch kein länger dauernder Schlafzustand ein.

Es sei hier bemerkt (weil das vielleicht zur Erklärung für das Anhalten des pathologischen Verhaltens auch während des Intervalls zwischen den Perioden herangezogen werden könnte), daß die Patientin während dieses Klinikaufenthaltes mit *Pituglandol-Injektionen* behandelt wurde.

Die nächste Menstruation, die gegen den 20. Dezember fällig war, blieb abermals aus; wohl aber exazerbierte der manische Zustand jetzt wieder (*13. Anfall*), und es traten die oben schon erwähnten *schizophren anmutenden Züge* hervor.

Und diesmal kam es nach 4 Tagen zu einem wesentlichen Rückgang unter Schlaf, so daß die Patientin in fast völlig normalem, einsichtigem, aber körperlich erschöpftem Zustande auf die ruhige Privatabteilung verlegt werden konnte.

Am 20. I. 1922, zum fälligen Termin der nächsten Menses, setzte hier ein neuer, *14. Anfall* ein, der sehr rasch die Höhe *schizophrener Zerfahrenheit* erreichte und mit monotoner Erregtheit, Stereotypen und Manieren einherging.

Schon nach 3 Tagen klang dieser Anfall unter vielem Schlafen wieder so weitgehend ab, daß die Patientin am 24. I. 1922 der Mutter nach Hause mitgegeben werden konnte.

Zu Hause war sie dann völlig normal und durchaus einsichtig. Sie hatte an alle Vorkommnisse in der Klinik vollkommene Erinnerung und gab auch für manche Verhaltensweise, die damals sinnlos erschien, eine Erklärung, die — wenn auch mit gewissen Einschränkungen — als plausibel akzeptiert werden konnte. Sie schämte sich ihres wüsten Benehmens Pflegerinnen und Ärzten gegenüber und wolle sich entschuldigen gehen, ließ das dann aber doch bleiben, weil sie sich damit beruhigte, daß alles schließlich doch nur Ausfluß ihrer Krankheit gewesen sei.

Die Pituglandol-Einspritzungen waren seit Januar 1922 fortgelassen worden.

Mit dem Eintreten der nächsten Menstruation am 4. II. 1922 (sie war schon etwa 8 Tage früher fällig) kam es zum

*15. Anfall*: Die körperlichen Symptome waren diesmal nicht so deutlich. Psychisch fiel der Mutter die Übertriebenheit ihrer affektiven Beziehungen zu ihr auf, u. zw. nach beiden entgegengesetzten Richtungen: sie erging sich in maßlosen Liebesbezeugungen und ebenso überschwenglich in leidenschaftlichem Haß. Das *langsame Hineingleiten in die Psychose* dokumentierte sich diesmal wieder sehr deutlich in dem *ausgesprochenen Krankheitsgefühl*, das *in den ersten Tagen* noch vorhanden war und das die Patientin veranlaßte, sich Hilfe suchend an den Arzt zu klammern, er möge sie doch vor der erneuten Erkrankung bewahren. Sie kramte die ganze Wohnung durch, suchte sich Spielsachen aus der Kinderzeit hervor, nahm ihre Puppen mit ins Bett, versteckte sie aber, als die Mutter unversehens ins Zimmer trat, da sie sich dieser Handlungsweise schämte — auch ein Zeichen ihrer damals noch vorhandenen Krankheitseinsicht.

Sehr bald aber geriet sie dann in ihren expansiv-manischen Zustand, in dem sie wieder in die *Klinik* gebracht werden mußte.

Schon am 2. Tage schlug dieser aber dann in eine *depressiv-ängstliche* Verstimmung um. Die Ängstlichkeit war wohl auch die Ursache für *Sinnestäuschungen*, über die sie sich zwar nicht näher äußerte, auf deren Vorhandensein man aber aus ihrem ganzen Benehmen und aus gelegentlichen Andeutungen schließen mußte. Es handelte sich um schwarze Gestalten, die sie in der Zelle bedrängten, und um beunruhigende Stimmen, die ihr von draußen zu schaffen machten. Sie klammerte sich an Ärzte und Pflegerinnen an und bat, man möge sie nicht allein lassen. Zwischendurch sprach sie auch davon, *vergiftet* worden zu sein oder es zu werden.

Ebensowenig wie aber die Sinnestäuschungen ausgesprochene Gestalt annahmen, waren auch greifbare Wahnideen vorhanden; es bestand viel eher eine Ratlosigkeit mit Vermutungen und Ahnungen, als ein Wissen.

Allmählich, innerhalb 8 bis 10 Tagen, und diesmal nicht unter Schlaf, trat Rückgang zur Norm ein, so daß sie Ende Februar 1922 wieder entlassen werden konnte.

Es scheint mir seitens der körperlichen Äußerungen bemerkenswert, daß auf dem Höhepunkt der Erkrankung ein ausgebreiteter *Herpes labialis* vorhanden war.

Zu Hause war immer noch eine depressiv-ängstliche Verstimmung leichten Grades vorhanden, die aber doch mit völliger Krankheitseinsicht einherging und die sie damit motivierte, daß sie von den Erinnerungen an den letzten Klinikaufenthalt nicht loskommen konnte. Dabei stand sie durchaus über ihren halluzinatorischen Erlebnissen, die sie als *illusionäre Umdeutungen* auf Grund ihrer ängstlichen Stimmung *erklärte*: im Halbdunkel der Zelle beängstigte sie der Schatten des Fenstergitters an der Wand, in das sie dann die schwarzen Gestalten hineinsah; dazu kamen die üblichen körperlichen Begleiterscheinungen ihrer Anfälle auf sensorischem Gebiete, die schiefe Stellung der Wände, die auf sie zuzukommen schienen, die Ortsbewegungen, die sie an ihrem Körper mitsamt dem Bette fühlte, was alles ihre Angst noch weiter steigerte. Und die akustischen Phänomene erklärte sie mit dem Klopfen einer Nachbarpatientin gegen das Zellenfenster, was sie als Klopfen von außen deutete und durch Zurufe weiter ausstattete. Schließlich waren es dann noch die Tritte der Nachtwache im Zellengang, die sie als das Kommen von Verfolgern umdeutete.

Sie blieb dann in dem normalen bzw. leicht ängstlich-verschüchterten Zustande bis zum Eintritt der nächsten Menses, die ziemlich programmäßig am 9. III. 1922 kamen.

Hier setzte wieder ein neuer, der

16. *Anfall* ein. Er war diesmal charakterisiert durch eine *paranoisch gefärbte Erregung*. Sie beklagte sich über schlechte Behandlung durch die Pflegerinnen, deren Manipulationen sie mißdeutete und als gegen sie gerichtet auffaßte. Die Ärzte bezog sie diesmal nicht in den Kreis ihrer Beeinträchtigungsideen, sondern suchte sie auch gegen die Pflegerinnen einzunehmen. In den folgenden Tagen blaßte der Affekt, mit dem sie anfangs ihre Ideen verfocht, ab und wich einer *fast autistisch* zu nennenden Abschließung von der Außenwelt. Sie sprach dabei vor sich hin, ohne daß es gelang, den Sinn dessen, womit sie sich beschäftigte, zu erfassen. Glückte es einmal, sie längere Zeit zu belauschen, so bekam man den Eindruck des *schizophrenen Zerfahrenen*. Sie *halluzinierte* auch wieder und beschrieb szenenhafte Erlebnisse, die sie an der Wand der Zelle sah.

Auf Wunsch der Mutter wurde sie dann am 5. Tage nach einer *anderen Anstalt verlegt*.

Aus der mir zur Verfügung gestellten Krankengeschichte entnehme ich folgende Daten, die für mich um so bedeutungsvoller sind, als sie eine *objektive Kontrolle* meiner eigenen Beobachtungen darstellen, von denen man ja behaupten könnte, daß sie, beeinflußt von meiner Diagnosenstellung, in einseitiger Beleuchtung gesehen wären. Die dortigen Feststellungen gewinnen auch noch dadurch an Interesse, daß sich als Diagnose „*Schizophrenie*“ vermerkt fand; denn kam man schon auf Grund des jeweiligen psychotischen Zustandsbildes zu dieser Diagnose, so mußte die eigenartige Abhängigkeit der einzelnen Anfälle von den Menses, die auch dort zutage trat, sowie der rasche Ausgang in Heilung ohne jeden Defekt, ja sogar in Heilung mit wesentlicher Hebung des gesamten psychischen Habitus, um so mehr auffallen.

Bei der Aufnahme war sie zornig erregt, schimpfte unflätig, war nicht zu fixieren. Örtlich desorientiert, meinte, in der Klinik zu Freiburg zu sein. Hatte Gehörs- und Gesichts-Sinnestäuschungen. Gewalttätig gegen Mitpatientinnen und Pflegepersonal. Begrüßte auch hier den Arzt mit einer Flut obszöner Schimpfworte. In ihrer Erregung erotische Züge. Ungenügende Nahrungsaufnahme.

Etwa *vom 10. Tage nach Einsetzen der Periode* ab blaßte der Erregungszustand ab und machte einem normalen Verhalten Platz. Es findet sich in der Krankengeschichte ausdrücklich notiert, daß sie dem abgelaufenen Anfall *völlig objektiv gegenüberstand*. Sie war „schüchtern, verlegen, hatte sichtlich kein gutes Gewissen“. Sie erklärte, daß sie die einzelnen Krankheitsanfälle etwa 2 Tage lang kommen fühlte. Sie werde innerlich unruhig, ängstlich, beginne drohende Stimmen zu hören, fürchte Gift zu erhalten. *Anfänglich könne sie gegen die Erregung noch angehen*, allmählich werde die gereizte und ängstliche Stimmung aber Herr über sie.

An die erregte Zeit hatte die Patientin nur eine *verworrene Erinnerung*, wußte nichts mehr von der Aufnahme und konnte sich keiner Einzelheiten entsinnen.

Von einem terminalen Schlaf findet sich weder bei diesem noch bei den weiteren Anfällen etwas erwähnt, ebensowenig von körperlichen Erscheinungen, wie ich sie beschrieben habe, doch scheint mir dies nach dem Gesamteindruck des — im übrigen durchaus einwandfrei geführten — Krankenblattes mehr daher zu rühren, daß man diesen Symptomen wohl weniger Aufmerksamkeit geschenkt hat.

Intellektuell wird sie auf Grund der Exploration nach Abklingen des 1. Anfalles einer 13jährigen verglichen. Auf der Abteilung soll sie sich auch entsprechend kindlich-unreif, neugierig, gutmütig benommen haben.

*Einen Tag vor Eintritt der Menses* begann sie wieder auffällig zu werden: sie schlief in der Nacht nicht, steckte am Tage den Kopf unter die Bettdecke. Am folgenden Tage steigerte sich dieses Verhalten dann wieder zur Höhe des Erregungszustandes, wie vor 4 Wochen.

Bekam 2 mal eine Vucin-Injektion. Während der Dauer des hierauf eintretenden Fiebers war sie ruhiger, dann aber stellte sich der alte Zustand wieder her.

Der Tag des Umschwunges in das normale Befinden findet sich nicht genau notiert. Die Dauer dieses Anfalles war aber wohl keine längere als sonst, da sie am 13. Tage „wieder ganz geordnet“ war.

Ob ein etwas auffälliges Benehmen 6 Tage vor den nächsten Menses wirklich der Beginn eines neuen Anfalles war, läßt sich nicht bestimmt sagen, da auf intraglutäale Milch-Injektion und einen großen Aderlaß eine „Coupierung“ des Anfalles eintrat. Auch die Patientin selbst war der gleichen Meinung: sie war „sehr erfreut, daß sie diesmal nicht krank wurde“.

Bei Beginn der Menses nur „leicht gereizt“. Da keine weiteren Erscheinungen eintraten, wurde nur wieder eine Milch-Injektion gegeben.

Auch die nächsten Menses verliefen ohne psychotische Störungen. Von Milch-Injektion wurde diesmal daher abgesehen.

Was ihr psychisches Verhalten in der Zwischenzeit anlangt und speziell ihr intellektuelles Niveau, das ja anfangs als recht niedrig angesehen worden war, so liest man im Krankenblatt: „Hat erstaunliche intellektuelle Fortschritte gemacht. Arbeitet fleißig für ihre Stunden, verhält sich ganz so, wie es ihrem Alter und Erziehung entspricht“.

Auch die nächsten Menses waren von keinen psychotischen Erscheinungen begleitet.

Am 28. XI. 1922 wurde sie entlassen.

Seither ist die Patientin wieder daheim bei der Mutter. Nach deren Bericht sollen sich keine psychotischen Erscheinungen mehr bei ihr gezeigt haben. Spe-

ziell war das Befinden zur Zeit der Menses stets normal. Sie zeigte sich für die Häuslichkeit, das Familienleben, ihre Musik- und Arbeitsstunden interessiert, betätigte ihre alte Freude am Sport und plante für die nächste Zeit die Teilnahme an einem Kursus für Gymnastik. An ihren Aufenthalt bei uns und in der anderen Anstalt ließ sie sich nur ungern erinnern und mochte am liebsten überhaupt nichts mehr mit Ärzten zu tun haben; deshalb setzte sie auch dem Vorschlag der Mutter, sich vom Hausarzt untersuchen zu lassen, da sie etwas blaß aussehe, energischen Widerstand entgegen. Eine Charakteränderung oder irgendeinen Bruch in der Linie ihrer Persönlichkeit stellte die Mutter in Abrede. In letzter Zeit sei sie manchmal etwas „ungezogen“ ihr gegenüber gewesen. Doch ging diese Ungezogenheit nicht über eine etwas burschikose Ausdrucksweise und das begreifliche Freiheitsbedürfnis eines jungen lebenslustigen Mädchens hinaus.

Ich konnte mich gelegentlich eines nicht ärztlich aufgemachten Besuches von der Richtigkeit der Angaben der Mutter überzeugen. Sie gab sich offen und durchaus natürlich. Über meine ihr unerwartete Anwesenheit — sie kam von einem Spaziergang heim — war sie nicht unangenehm berührt, war auch, was ich nach den Angaben der Mutter über die Ablehnung der Ärzte gefürchtet hatte, nicht mißtrauisch, insofern sie etwa argwöhnte, ich wäre von der Mutter zum Zweck der Untersuchung bestellt worden. Sie freute sich sogar über mein Interesse an ihr und ging auch ohne Scheu auf die Besprechung ihres abgelaufenen Krankheitszustandes ein. Es zeigte sich, daß sie ihm völlig objektiv und kritisch gegenüberstand. Sie war froh, jetzt genesen zu sein, und hatte für das Klinikpersonal, das so viel Mühe mit ihr gehabt hatte, nur Worte des Dankes und der Anerkennung. Über die Musik- und Arbeitsstunden unterhielt sie sich interessiert und vernünftig; ihre Ausführungen über den geplanten Rhythmikunterricht verrieten nicht nur ein Verständnis für die jetzige Zeit, sondern auch ein hohes ethisches Feingefühl, äußerte sie doch die Ansicht, daß sie diesen Unterricht an die Stelle einer Tanzstunde setzen wolle, die ihr zwar am Herzen liege, für die aber bei der jetzigen Konstellation kein Raum sei. Sie hatte die soziale, z. T. auch die politische Not Deutschlands erfaßt und fand sich auch auf finanziellem Gebiete durchaus zurecht.

Kurz: man fand bei ihr keine Auffälligkeiten oder abnormen Züge, weder auf dem Gebiete des Affektlebens noch des Willens oder des Intellekts. Und was noch bemerkenswerter war: es war in der Entwicklung ihrer Persönlichkeit durch die abgelaufenen Krankheitsphasen kein Knick eingetreten.

Fassen wir zusammen, so haben wir es also mit einer Patientin zu tun, in die von der mütterlichen Seite ausgesprochen zyklische Erbbestandteile übergegangen sein mögen, während väterlicherseits wohl noch nicht von einer schizoiden Veranlagung, sondern nur von einem schizothymen (also noch normalen) Gesamthabitus gesprochen werden kann. Es ist übrigens für unsere Fragestellung belanglos, ob seitens beider Eltern ausgesprochen pathologisch zu bewertende Bausteine geliefert wurden; wichtiger scheint mir die Feststellung, daß bei der Patientin die Möglichkeit des erblichen Vorhandenseins *beider* großer Formkreise vorliegt. Eine Präponderanz der mütterlichen zyklischen bzw. zyklischen Veranlagung scheint mir darin zutage zu treten, daß die Reizbarkeitsschwankungen des Bruders der Patientin „mit dem Monde“ gingen, wenn natürlich hierin auch kein Beweis für eine gleichlautende Anlage bei der Patientin erblickt werden kann.

Im Charakter der Patientin mischten sich zyklotyme und schizothyme Komponenten, vielleicht mit gewisser Bevorzugung der zyklotyphen. Von autochthon-labiler, reaktiv-labiler oder symptomatisch-labiler Veranlagung (im Sinne *Kleists*) trat bis zum 16. Jahre nichts zutage. Auch während der ersten 3 Jahre der Menstruation zeigten sich keine psychischen Störungen.

Dann setzten mit dem 16. Jahr psychotische Erscheinungen ein, die sich streng an die Periode hielten, meist schon 1 bis 2 Tage vor ihrem Eintritt kamen, seltener erst am 2. bis 3. Tage, und durchschnittlich mit dem 8. Tage abklangen. Erst bei einigen wenigen späteren Anfällen hielten die Störungen (vielleicht infolge medikamentöser Beeinflussung?) etwas länger an.

Die einzelnen Anfälle boten schon dadurch etwas *Charakteristisches*, daß sie von *körperlichen* Erscheinungen *eingeleitet* waren: belegte Zunge, unangenehmer Geruch aus dem Munde, schlechter Geschmack, Summen und Läuten, Kopfschmerzen, Übelkeit, Schüttelfrost, Ziehen in den Fingerspitzen, Sehen farbiger Ringe und Punkte; die um sie befindlichen Gegenstände und der Boden des Zimmers erschienen ihr schief, einmal auch kleiner; sie fühlte sich auch selbst einmal kleiner und ihren Kopf schief; ein anderes Mal hatte sie die Empfindung, als ob der Boden schwankte und die Gegenstände unter ihr wegsanken. Nicht unwichtig ist vielleicht auch, daß auf der Höhe eines Anfalls ein ausgesprochener Herpes labialis vorhanden war. Und ebenso charakteristisch wie der Beginn der Anfälle war es auch ihr Ende, insofern die meisten in einem *terminalen Schlaf* ausklangen.

Das *psychische Zustandsbild* der größten Mehrzahl der Anfälle war ein typisch *manisches*, bei einigen wenigen Anfällen bestand eine *depressive* Verstimmung, doch erreichte diese niemals solche Grade wie die manische. Bei den späteren Anfällen steigerte sich das anfangs deutlich manische Bild einige Male bis zu einer Zerrfahrenheit, und es traten sinnlose, verselbständigte rhythmische Bewegungen und Gesten zutage, Stereotypien, Manieren und autistisches Verhalten, so daß man ohne Kenntnis des Beginns des jeweiligen Zustandes und der früheren Anfälle entschieden von einem *schizophrenen* Verhalten gesprochen haben würde. Einmal war ein solches schizophrenes Bild gleich von Beginn des Anfalles an vorhanden.

Sowohl bei den manischen wie bei den schizophren gefärbten Anfällen spielten *paranoide Vorstellungen* eine große Rolle. Bisweilen, waren sie nichts anderes wie die *verständliche* Stellungnahme der affektiv veränderten Persönlichkeit auf notwendig gewordene Beschränkung ihres Betätigungsdranges; verständlich mögen bis zum gewissen Grade auch noch manche Vergiftungsideen genannt werden, so, wenn sie das schiefe Sehen mit den Schlafmitteln, die sie bekam, in Zusammenhang

brachte. Dann aber traten doch paranoische Ideen zutage, deren Genese uns, selbst vom Standpunkte der affektiv veränderten Persönlichkeit, *nicht mehr einfühlbar* erscheint, z. B. wenn sie behauptete, daß man die schiefe Stellung der Möbel, Wände usw. absichtlich herbeiführte, um sie zu ärgern. Ausgesprochene Verfolgungsideen traten zum Teil im Zusammenhang mit Sinnestäuschungen auf, die sie hinterher als illusionäre Verfälschungen normaler realer Eindrücke (nicht der eingangs erwähnten Wahrnehmungsstörungen) erklären konnte. Andere Wahnideen können am besten als manische Spielereien im Anschluß an aktuelle oder frühere Erlebnisse aufgefaßt werden. So sind wohl auch manche Personenverkennungen oder richtiger gesagt Personenumdeutungen anzusprechen, wobei noch eine Gereiztheit oder Ärgerlichkeit mit dem Wunsche, zu beschimpfen, mitspielte.

(Es kann übrigens hier gar nicht meine Aufgabe sein, eine Analyse der einzelnen psychopathologischen Phänomene zu geben; wenn ich auf die verständliche Ableitung einzelner Wahnideen oder Personenumdeutungen eingegangen bin, so tat ich das nur, weil wir uns später klarzumachen haben werden, daß selbst hier, wo eine gewisse Verständlichmachung gelingen kann, die Zusammenhänge mit dem Menstruationsvorgang doch ganz andere sind als bei den bisherigen Gruppen.)

Sehr bemerkenswert für den nosologischen Charakter unserer Störungen ist die *zeitliche Aufeinanderfolge* der einzelnen pathologischen Erscheinungen im Anfall: das erste, was zutage trat, waren immer die oben beschriebenen *Wahrnehmungsanomalien*, die von der Patientin zunächst auch noch als krankhafte Phänomene angesprochen wurden. Sie konnte bei den späteren Anfällen sogar noch so weit *logisch zu ihnen Stellung nehmen*, daß sie über ihr Auftreten in Angst geriet, da sie nun die Entwicklung eines neuen Anfalls erwarten mußte. Erst am 2. Tage verlor sich dann diese Einsicht.

Ich sprach von „*Wahrnehmungsanomalien*“, nicht von *Sinnestäuschungen*. Denn es handelte sich doch tatsächlich um etwas ganz anderes als um das, was wir psychiatrisch unter Sinnestäuschung verstehen. Es ist nichts aus dem Vorstellungsgebiet in den Wahrnehmungsraum Projiziertes. Es ist zwar eine Täuschung durch unsere Sinne, aber etwa nur in der gleichen Art, wie es ein Doppelbild bei einer Augenskellähmung ist, oder eine Xanthopsie bei einer Santoninvergiftung oder eine Mikropsie bei einer neurasthenischen Ermüdung. Unser Weltbild erfährt hierdurch keine Verfälschung, weil wir durch Vergleich mit unseren Erfahrungsbildern die Störung als in unseren Sinnesorganen gelegen erkennen bzw. sie logisch ableiten. Und das tat unsere Patientin ja auch *zu Beginn* der einzelnen Anfälle. Wenn sie es *später nicht mehr* tat und wenn man zu dieser Zeit — hätte man die Entwicklung der Störung nicht mit verfolgt — von einer wirklichen Sinnestäuschung im



psychiatrischen Sinne hätte sprechen müssen, so lag das eben daran, daß mit dem Einsetzen psychischer Veränderungen die *objektive Stellungnahme* zu diesem Phänomen *verloren* ging. Zudem handelte es sich gar nicht bei allen diesen Wahrnehmungsanomalien um zentral bedingte Störungen, denn auf dem Gebiete des Geschmacks waren die belegte Zunge und der Foetor ex ore genügend Anlaß, den unangenehmen Empfindungen eine reale Basis zuzubilligen. Ich glaube, wir haben allen Grund, in diesen *körperlichen Begleiterscheinungen* — ich erinnere auch noch an den Herpes während eines Anfalles — und in den „*Wahrnehmungsanomalien*“, die wegen der objektiven anfänglichen Beurteilung seitens der Patientin doch von den eigentlichen psychiatrischen Sinnestäuschungen getrennt werden müssen, eine *Besonderheit* dieses Falles (evtl. dieser Gruppe von Erkrankungen) zu sehen.

Und wie hier eine psychisch intakte Persönlichkeit von einer ihr als Krankheit imponierenden Störung überfallen wurde, so war auch nach Abklingen der Erscheinungen, das, wie erwähnt, meist mit *terminalem Schlaf* geschah, immer vollkommene *Einsicht* in das abgelaufene krankhafte Geschehen vorhanden. Ja, ich hatte den Eindruck, als ob dieses Einsehen viel weiter ging, als man es bei manischen Zuständen im Verlaufe einer idiopathischen manisch-depressiven oder periodisch manischen Psychose zu sehen gewohnt ist. Die objektive Stellungnahme entsprach viel eher den Erfahrungen, die man bei den „*exogenen Reaktionstypen*“ *Bonhoeffers* macht. Und die Berührung mit dieser Klasse von Psychosen wird insofern noch enger, als die *Erinnerung* an alle Einzelheiten des abgelaufenen Anfalls bei unserer Patientin *nicht* immer ganz *präzise* war.

Die *Persönlichkeit* der Kranken wurde durch die zahlreichen Anfälle in ihrer *Fortentwicklung in keiner Weise gehemmt*. Sie steht jetzt durchaus auf dem ihrem Alter entsprechenden Niveau, und ich hatte eigentlich auch nie den Eindruck eines (primären) Zurückgebliebenseins, wie es in der Übernahmeanstalt anfangs festgestellt worden war. Aber selbst wenn man dies gelten lassen wollte, so beweist der spätere Eintrag in der dortigen Krankengeschichte, nach dem ein sehr beträchtlicher intellektueller Aufstieg zu verzeichnen war, nur die Richtigkeit meiner Feststellung vom Fehlen jedes Knicks in der Linie der Persönlichkeit oder eines quantitativen Zurückgebliebenseins.

Es bliebe schließlich hinsichtlich des Gesamtverlaufs noch festzustellen, daß sich zwischen den 3. und 4. Anfall eine 5monatige Pause gesunden Verhaltens einschob.

*Wie sollen wir diese Psychose auffassen?* Es will mir scheinen, daß man wegen des so auffallenden exquisiten *Zusammenhanges mit der Menstruation* von diesem Bedingungsmoment ausgehen muß. Freilich in ganz anderer Bedeutung als bei den bisherigen Betrachtungen. Es

kommt hier die Menstruation natürlich nicht als die Persönlichkeit störendes, beeinträchtigendes, sie in ihrer Entfaltung hinderndes Moment in Betracht, auf das nun etwa, wie bei Gruppe 3, reagiert würde; es handelt sich auch nicht um psychische Vorgänge, wie bei Gruppe 4, um eine Veränderung des Ichgefühls durch die Menstruation; ebensowenig ist die Psychose die verständliche Äußerung eines speziellen Charakters in seiner Beeinflussung durch die Menstruation, wie bei den Fällen der Gruppe 5. Wir können die Erscheinungen, wenn wir sie bis auf ihre Grundsymptome zerlegen, überhaupt nicht in verstehender Weise von der Menstruation ableiten, wir müssen den Zusammenhang vielmehr im somatischen Sinne angehen.

Ich meine damit selbstverständlich nicht eine Abhängigkeit psychischer Störungen von der Menstruation schlechthin. Es ist mir natürlich bekannt, daß man im Verlaufe bekannter Psychosen Exazerbationen zur Zeit der Menses beobachtet hat, ebenso weiß ich, daß die einzelnen Phasen des manisch-depressiven Irreseins sich an die Periode heften können; aber in solchen Fällen waren doch genügend andere Merkmale vorhanden, aus denen man den *höchstens begünstigenden* Einfluß der Menstruation, *nicht* ihren *bedingenden* und maßgebenden entnehmen konnte. Dauerte die Beobachtung lange genug, so erfuhr man, daß sich die Abhängigkeit der psychotischen Zustände von der Menstruation allmählich verlor, kurz: die Zeiten, wo man der Menstruation einen übergebürlichen Einfluß auf das Entstehen psychischer Störungen zubilligte, wo eine „Menstruationspsychose“ eine geläufige Erkrankung war, sie liegen längst hinter uns.

Und es sei fern von mir, die „Menstruationspsychose“ in diesem Sinne etwa wieder aus ihrem Grabe zu holen.

Es sind aber doch sehr gewichtige Gründe, die mich veranlassen, in unserem Fall das *Hauptgewicht auf die Menstruation zu legen*. Daß das psychische Bild der Patientin vor, zwischen und nach den Anfällen kein abnormes war, wäre zwar nicht ausschlaggebend, da dies beim manisch-depressiven Irresein auch der Fall hätte sein können; es ist das aber insofern sehr wichtig, als wir eine schizophrene Erkrankung, an die man nach dem Zustandsbild einiger Anfälle wohl hätte denken können (und deren Bestehen man in der Übernahmestalt auch diagnostiziert hatte), m. E. mit Sicherheit ausschließen können. Denn abgesehen von manchen anderen Punkten, auf die gleich eingegangen werden soll, würde eine periodisch verlaufende Schizophrenie nach so langem Bestehen und nach so heftigen Erscheinungen kaum eine derart intakte Persönlichkeit zurückgelassen haben. Ich kenne auch keinen Fall von Schizophrenie, der mit solcher Offenheit, Rücksichtslosigkeit, mit solchem Bedürfnis nach Klärung jeweils nach Beendigung eines Anfalls zu seinen psychotischen Phänomenen objektiv Stellung ge-

nommen hätte, und vor allem, dem es auch gelungen wäre, für manche eine plausible Erklärung zu geben.

Offen gestanden hatte ich eigentlich auch niemals, selbst bei den Anfällen verdächtig schizophrenen Gepräges, den Eindruck, es mit einer wirklichen Schizophrenie zu tun zu haben, und habe den Kollegen gegenüber, die anderer Meinung waren, immer die Ansicht einer günstigen Prognose vertreten. Wenn ich hier sagte, ich hätte nicht den „Eindruck“ einer schizophrenen Psychose gehabt, so möge dies nicht beanstandet werden. Freilich würde sich dieses Eindrucksmäßige auch in seine einzelnen Komponenten zerlegen lassen, aber selbst wenn ich das noch so ausführlich versuchen wollte, so brauchte für den Leser noch nichts voll Überzeugendes herauszukommen, da das für die Schizophrenie so charakteristische Zusammenhangslose, nicht von der Persönlichkeit Ausgehende, Mechanisierte nur durch das unmittelbare Miterleben „erfühlt“ werden kann.

Gilt diese Ablehnung des Schizophrenen (als Prozeß; damit ist nicht gesagt, daß man einzelnen Erscheinungen nach dem heutigen Sprachgebrauch nicht diese Bezeichnung beilegen könnte) selbst für die Anfälle, die von vornherein eine derartige Färbung hatten oder gehabt haben sollten (ich konnte sie ja nicht alle vom ersten Beginn an beobachten), so ist dies noch mehr der Fall für diejenigen, die typisch manisch einsetzten und sich allmählich zu einer Höhe der (scheinbaren) Inkohärenz entwickelten, daß nach Ansicht mancher Kollegen eben von schizophrenem Verhalten gesprochen werden mußte. Ich fand in solchen Situationen doch immer den manischen Grundton durchklingen, wie ich überhaupt auf Grund meiner Erfahrung der Ansicht bin, daß es, wenn man sich nur die nötige Zeit nimmt, und über das nötige Einfühlungsvermögen verfügt, bei Manien, auch wenn sie noch so erregt und (ideenflüchtig) verwirrt sind, gelingt, sie von schizophrenen Zuständen zu trennen (und übrigens auch umgekehrt, was den Gegenstand einer besonderen Arbeit bilden soll).

Einen eigentlichen *schizophrenen Prozeß* kann man also m. E. mit aller Sicherheit *ablehnen*. Wie steht es nun mit einer Manie bzw. einem *manisch-depressiven Irresein*, da ja zwei Anfälle deutlich depressive Färbung trugen, und in zweien wenigstens eine ängstliche Stimmung anlang?

Dem *Zustandsbilde* nach würde ich *nicht* das geringste *Bedenken* tragen, der Psychose unserer Patientin diesen Namen zu geben. Auch der Charakter der Wahnideen würde im großen Ganzen hierzu stimmen. Unverhältnismäßig zahlreiche höchstens die Sinnestäuschungen genannt werden, doch würde das die Diagnose nicht ablehnen lassen und erklärt sich überdies wohl auch durch die beschriebenen Wahrnehmungsstörungen, die zu illusionären Verfälschungen Anlaß gaben.

Das Vorhandensein einer cyclischen Psychose ist überdies durch die gleichsinnige Belastung von seiten der Mutter und durch das Verhalten des Bruders nahegelegt, der zwar keine ausgesprochen psychotischen Erscheinungen zeigt, der aber in seinen Stimmungsäußerungen „nach dem Monde gehen soll“, also wohl endogen periodische Schwankungen bietet.

*Und doch wird man nicht von einem eigentlichen manisch-depressiven Irresein sprechen dürfen.* Sehen wir selbst einmal von der so exquisiten Übereinstimmung mit der Menstruation ab, so scheint mir vor allem Beginn und Schluß des einzelnen Anfalls nicht mit dem Verlaufstypus der Phasen des manisch-depressiven Irreseins übereinzustimmen. Die sinnespathologischen Phänomene, die ich als „Wahrnehmungsstörungen“ wegen der objektiven Beurteilung als körperliches Krankheitssymptom von eigentlich psychiatrischen Sinnestäuschungen trennen zu müssen glaubte, und ferner die erwähnten körperlichen Begleiterscheinungen des Anfalls gehören ebenso wenig zu diesem Bilde, wie das Abklingen des Anfalls in einem terminalen Schlaf.

Diese äußere Form des Anfalls rückt ihn viel näher an das Erscheinungsbild deliriöser Zustände, weiter gefaßt der „exogenen Reaktionstypen“ *Bonhoeffers*. Und hierzu paßt eine weitere Feststellung, daß nämlich die Erinnerung an alles in den Anfällen Erlebte nicht immer ganz getreu war. Vergessen wir auch nicht die Möglichkeit und das Bedürfnis der Patientin nach objektiver Stellungnahme zu dem abgelaufenen Anfall, an ihre Furcht vor erneuter Erkrankung, so ist das ein beim Zirkulären kaum beobachtetes Verhalten, da ja seine pathologischen Stimmungsschwankungen viel mehr Ausdruck seiner Veranlagung sind, und deshalb von ihm nicht so unmittelbar als „krank“ bewertet werden können.

Mit dieser Strukturanalyse unserer Psychose haben wir gleichzeitig die Lösung der *Frage nach der Rolle, welche die Menstruation hierbei spielt*, in der Hand. Denn daß sie das tut, läßt sich angesichts der zeitlichen Übereinstimmung der einzelnen Krankheitsschübe mit den Menses und andererseits des Fehlens von Krankheitserscheinungen zu sonstigen Zeiten nicht gut von der Hand weisen. Was die Menstruation hier tut, ist folgendes: sie ist der *Anlaß* dazu, daß in dem Individuum, das mütterlicherseits die Erbbestandteile einer manisch-depressiven Krankheitsdisposition überliefert bekam, manische und depressive Krankheitsphasen zum Ausdruck kamen. Wie diese Phasen sonst, beim echten manisch-depressiven Irresein, ausgelöst werden, wissen wir ja im einzelnen noch gar nicht; sicher nicht gerade durch den Menstruationsvorgang, sondern voraussichtlich durch irgendwelche anderen endokrinen Prozesse. Daß gelegentlich auch die Menstruation bzw. die mit ihr zusammenhängenden endokrinen Mechanismen es sein

können, die bei entsprechender Veranlagung einen Anfall auslösen, ist ja bekannt; wie wir andererseits den Kreis der auslösenden Bedingungen auch viel weiter ziehen können, wenn wir uns etwa daran erinnern wollen, daß bisweilen doch auch sicher exogene erregende Momente durch ihre Einwirkung auf das endokrine Drüsensystem (bei Disponierten) einen Ausfall zustande bringen können. Auf dieser Erkenntnis fußend ist ja gerade Kleist zu einer Auflösung bzw. Erweiterung des manisch-depressiven Irreseins gelangt; und wir könnten unseren Fall als einen *Spezialfall* seiner „*autochthonen Labilität*“ ansehen, insofern hier eben immer nur die Menstruation den Anstoß zu einer Verschiebung des labilen Gleichgewichts gab, während beim eigentlichen manisch-depressiven Irresein andere endokrine Vorgänge (und nur gelegentlich auch einmal die Menstruation) hierfür maßgebend sind.

Damit ist gleichzeitig die spezifische Bedeutung der Menstruation für die Art der psychischen Störungen auf das ihr gebührende Maß zurückgeschraubt, d. h. wir sehen, daß ebensowenig, wie bei den bisher behandelten Gruppen ein besonderes Sekret in seiner Einwirkung auf das Gehirn für die Art der seelischen Anomalien maßgebend sein dürfte. *Der Anstoß mag von verschiedener Seite her kommen, das Resultat richtet sich immer nur nach der Eigenart des angestoßenen psychischen Organismus.*

Hierauf mag es auch beruhen, daß sich in das sonst manisch gefärbte Zustandsbild gewisse schizophrene Züge (besser gesagt: psychomotorische Äußerungen, wie sie uns bei echter Schizophrenie begegnen) gemischt haben, da väterlicherseits Bestandteile dieses Formkreises normal-psychischer Veranlagung in die Patientin übergegangen sein mögen.

Dies ist aber nur die *eine* Wirkung der Menstruation, und sie berechtigte uns noch nicht von einer „Menstruationspsychose“ zu sprechen; wir dürften bis dahin vielmehr nur von einem manisch-depressiven Irresein sprechen, das sich in einem Turnus nach der Menstruation richtete. Die *zweite* Äußerung der Menstruation besteht nun darin, daß sie die initialen sinnespathologischen Phänomene, die körperlichen Begleiterscheinungen, den terminalen Schlaf, kurz: daß sie die Erscheinungen zeitigt, die den Anfall in seiner Gestaltung den „exogenen Reaktionstypen“ nähert. Wie diese Reizungen und Lähmungen zustande kommen, entzieht sich noch durchaus unserer Kenntnis, ist auch für unsere Frage hier gleichgültig. (Aus dem Rahmen unserer Beobachtung bei Gruppe 1 und 2 fallen sie gar nicht so sehr heraus, da wir es ja auch dort wenigstens mit quantitativen Steigerungen der Sinnesempfindlichkeit zu tun hatten.) Wichtig ist nur, daß sie mit den psychotischen Zügen im engeren Sinne, also mit den manischen oder depressiven Bildern, gar nichts zu tun haben. Man *könnte* sagen, daß es sich überhaupt nur um eine *ganz zufällige Kombination* handelt, insofern die Störung

sich gerade an einem manisch-depressiv konstituierten Individuum auswirkte. Sie könnte bei einem nicht mit dieser speziellen Komponente behafteten Individuum vielleicht nur im Sinne der „exogenen Reaktionstypen“ leichteren Grades in Erscheinung treten; und wenn es eine Art schizophrenen Reagierens gäbe (es ist das durchaus wahrscheinlich), so ließe sich auch eine „Menstruationspsychose“ dieser Färbung denken. Doch das sind natürlich spekulative Betrachtungen, und es ist ebenso möglich, daß zum Zustandekommen einer „Menstruationspsychose“ in meinem Sinne auch ein psychisch irgendwie bestimmt prädisponiertes Individuum gehörte. Die logische Zergliederung des ganzen vorliegenden komplexen psychotischen Gebildes und die spekulative Weiterverfolgung der sich hieraus ergebenden Überlegungen war aber geboten, um klarzulegen, wie wir uns die Wirksamkeit des menstruellen Vorganges in einem solchen Falle vorzustellen haben. Und da zeigt sich eben wieder die erfreuliche *Übereinstimmung* mit den bei den Versuchspersonen *der anderen Gruppen* gewonnenen Erfahrungen: die Menstruation übt keinen irgendwie mysteriösen Einfluß auf das Gehirn in dem Sinne aus, daß nun psychotische Phänomene zutage träten, die sich in keiner Weise mit dem körperlichen Vorgang in Beziehung setzen ließen; die *psychotischen Phänomene* sind vielmehr nur *vorgebildete Bestandteile* der speziell veranlagten Persönlichkeit und werden durch den Menstruationsvorgang gewissermaßen aus ihrer Latenz herausgehoben. Und die anderen krankhaften Erscheinungen, die uns bei unserer „Menstruationspsychose“ begegnen, sind, richtig überlegt, gar keine „psychotischen“<sup>1)</sup> Phänomene, es sind, wenn man so will, aus der *neurologischen Symptomatologie her bekannte Tatsachen*, die in die gleiche Kategorie gehören wie die Steigerung der Sinnesempfindlichkeit in unseren Gruppen 1 und 2. Und sie sind für uns nicht rätselhafter als die schlafmachende Wirkung eines Narkoticum, das Doppeltsehen oder die Xanthopsie, Erlebnisse, die bei uns ja nie eine Geisteskrankheit hervorrufen. Es spricht also nichts dafür, daß es irgendwelche *qualitativ* veränderten menstruellen bzw. ovariellen endokrinen Produkte wären, die selbst bei der „Menstruationspsychose“ die psychotischen Phänomene hervorrufen.

In diesem *früheren* Sinne ist also die Ablehnung einer spezifischen „Menstruationspsychose“ entschieden berechtigt. Aus meinen Ausführungen geht ja aber deutlich hervor, daß es mir *nicht* etwa darum zu tun ist, ein *bestimmtes Bild* der „Menstruationspsychose“ aufzu-

---

<sup>1)</sup> Denn wenn natürlich eine Wahrnehmung auch ein psychischer Vorgang ist, so ist doch eine Anomalie dieser Wahrnehmung infolge einer Störung im Sinnesapparat (inklusive der perzeptiven Teile des Gehirns) noch keine psychische Anomalie. Das Psychische beginnt ja erst jenseits des Apparates, nämlich da, wo der Apparat gehandhabt wird.

stellen. Dies wird sich vielmehr, wie ich zeigte, ganz nach der jeweiligen Konstitution, an der die Menstruation sich auswirkt, richten. Ich wüßte aber nicht, mit welchem Namen man das hier geschilderte Krankheitsbild in seiner *Gesamt-Gestaltung* sonst belegen sollte, da ja die Menstruation nicht nur eine auslösende, sondern auch eine unmittelbar wirkende Rolle spielt, und möchte *deshalb dafür eintreten, den Begriff „Menstruationspsychose“ doch auf solche Krankheitsbilder anzuwenden*. Berücksichtigt man, daß es sicher viel häufiger, als man als klinischer Psychiater ahnt, derartige Krankheitsbilder in viel *leichterer Form* geben mag, die eben nie in die Anstalten kommen, kaum überhaupt einmal zur ärztlichen Kenntnis gelangen (die eine der beiden anderen, oben kurz erwähnten Patientinnen wurde von den Angehörigen einfach ein paar Tage im Bett liegen gelassen, da man das Vorübergehende und Harmlose der Störungen schon kannte), so erscheint mir die Wiederaufstellung dieses Krankheitsbegriffes, allerdings in der hier von mir gegebenen ganz veränderten Umgrenzung, entschieden wünschenswert und zweckmäßig.

---

Ich bin am Schlusse meiner Ausführungen. Durcheilen wir zurückschauend die Ergebnisse, so haben wir festzustellen, daß *unsere Untersuchungen geeignet sind, die Berechtigung moderner Bestrebungen in der Auffassung und Analyse von Psychosen darzutun*.

Wir sehen an dem Beispiel menstrueller psychischer Anomalien, wie wenig die psychiatrische Forschung, als ein Teil der Naturwissenschaften, sofern es sich darum handelt, die *Beziehungen somatischer und psychischer Erscheinungsreihen zu ergründen*, in der Lage war, brauchbare Ergebnisse zutage zu fördern, da einmal die *Untersuchungsmethode*, dann aber auch die *Fragestellung* falsch waren. Man durfte eben nicht dem körperlichen Vorgang das *komplexe* psychische Symptomenbild gegenüberstellen und sich mit der Feststellung einer recht unklaren Einwirkung ganz dunkler somatischer Prozesse auf das Gehirn begnügen, mit dem Effekt, daß die resultierenden psychotischen Äußerungen dieser Einwirkung ihre Entstehung verdanken. Dieses Resultat war wenig befriedigend und nicht geeignet, die Kluft zwischen physischem und psychischem Gebiet zu überbrücken. (Freilich wird es eine Brücke hier nie geben, wenn wir etwa verlangen wollten, daß uns das Psychische durch eine Analyse cellulärer Vorgänge verständlich gemacht werden sollte. Wir müßten zuvor verlangen, daß uns überhaupt erst einmal der Sinn desjenigen Prozesses, den wir „Leben“ nennen, aus dem uns ja bereits weitgehend bekannten Zusammenspiel physikalischer und chemischer Kräfte in einem Zellindividuum verständlich gemacht würde.)

Der *Fehler* in der *Untersuchungsmethode* mußte dadurch *berichtigt* werden, daß man den *Komplex* psychischer Äußerungen daraufhin zergliederte, welches denn sein *Kern* sei, um den herum sich (als Schale) alle anderen als verständliche Reaktionen der Persönlichkeit gruppieren; und dieses psychische „Kern“-Symptom war dann nur als Ausdruck oder psychischer Parallelvorgang der körperlichen Einwirkung anzusprechen. Es war also damit schon eine weitgehende Vereinfachung und Steigerung der Erkenntnismöglichkeiten bedingt.

Auch dies konnte aber noch nicht genügen, die „Brücke zu schlagen“, denn trotz der Reduzierung des psychischen Komplexes auf ein einfaches, nicht näher zu zergliederndes Phänomen, bestanden doch immer noch die beiden *inkommensurablen Kategorien des Psychischen und Physischen*. Hier mußte nun als Ausweg eine *Änderung der Fragestellung* einsetzen.

Es brauchte gar nicht so zu sein, daß ein körperlicher Vorgang das *Gehirn* beeinflusste mit der Wirkung einer psychotischen Äußerung; es konnte vielmehr der körperliche Vorgang als solcher oder durch seine Begleiterscheinungen das *Individuum* (also nicht nur dessen Gehirn!) beeinflussen und so eine veränderte Stellungnahme dieses zur Umwelt, d. h. das Auftreten psychotischer Symptome bewirken. Das war natürlich dann kein physio-psychischer Vorgang im bisherigen Sinne, es kam nicht mehr darauf an, aus chemischen und physikalischen Kräften einen Psychismus verständlich abzuleiten, die Aufgabe bestand vielmehr darin, *rein im Psychischen, Psychologischen bleibend* die Umwandlung der Persönlichkeit durch den körperlichen Vorgang und ihre nähere Stellungnahme verständlich zu machen; und der körperliche Vorgang wurde hier nicht als biologische Erscheinung eingesetzt, sondern als ein *am Individuum* sich abspielendes *Erlebnis*. Dabei war es nicht unbedingt nötig, daß dieser körperliche Vorgang durch sinnliche Empfindungen oder Mißempfindungen, durch einfache quantitative Steigerung oder Abschwächung vorhandener seelischer Eigenschaften die Stellungnahme des Individuums veränderte, es genügte (wobei allerdings die Beziehung der Menstruation zu den Sexualorganen besonders begünstigend gewirkt haben mag) vielmehr schon das Wissen um den körperlichen Vorgang als solchen.

Es kann nur als Spezialfall einer solchen Inbeziehungsetzung angesehen werden, wenn es sich um die Stellungnahme eines charakterologisch irgendwie besonders gearteten Individuums auf Grund des „Wissens“ um den körperlichen Vorgang handelte.

Die Berücksichtigung dieser beiden Fehlerquellen, also einmal die *Auflösung des psychischen Symptomenkomplexes* und dann die *Einstellung des körperlichen Vorganges nicht als biologischen Prozeß, sondern als Erlebnis für das Individuum*, sie setzte uns in die Lage, uns das



Wesen der menstruellen psychischen Störungen so verständlich zu machen, wie es in meinen Ausführungen geschehen ist.

Es gibt *kein spezifisches*, mit der Menstruation zusammenhängendes (endokrines) Agens, auf dessen Einwirkung auf das Gehirn etwa das Zustandekommen psychotischer Erscheinungen zurückzuführen wäre; und es gibt dementsprechend auch keine „Menstruationspsychose“ im früheren Sinne, d. h. *keine* durch ein *bestimmtes* Symptomenbild festgelegte Psychose. Allerdings sind wir noch nicht in der Lage, uns ein genaues Bild von den körperlichen Vorgängen zu machen, durch welche die in einem psychischen Organismus schlummernden Anlagen zu einer Psychose durch die Menstruation geweckt werden, aber ebenso wenig Einblick haben wir ja auch in den Mechanismus der Aktivierung der gleichen psychotischen Störungen durch ganz andere körperliche Vorgänge, wie z. B. Infektionskrankheiten. Wir müssen uns deshalb mit der Feststellung begnügen, daß der Menstruationsprozeß nach dieser Richtung *keine besondere* Stellung einnimmt, und daß der *Hauptakzent nicht auf der Menstruation, sondern auf der psychischen Veranlagung des Individuums ruht*, ja daß dies hier noch viel mehr der Fall ist, als etwa bei bestimmten „exogenen Reaktionstypen“, wo man noch eher versucht sein könnte, zu überlegen, ob nicht doch je nach der Eigenart der Infektionserreger die Psychose eine (trotz aller Übereinstimmung in großen Zügen) spezifische Färbung haben könnte; wobei wir uns den Zusammenhang wohl auch so zu denken haben werden, daß die betr. Infektionskrankheit auf dem Wege der Schädigung des endokrinen Systems das Gehirn beeinflußt.

Wie *hier* — bei der Aktivierungsrolle der Menstruation in einem Organismus mit Anlage zur Psychose — das Unbefriedigende einer noch nicht möglichen Erkenntnis der körperlichen Vorgänge wenigstens durch den *Anschluß* an die analogen Mechanismen bei Infektionskrankheiten gemildert wird, so begegnet uns das gleiche *da*, wo wir die während der Menstruation zutage tretenden psychischen Anomalien auf Änderungen der Sinnesempfindlichkeit zurückführen konnten; denn hier haben wir den *Anschluß* an Erscheinungen gewonnen, die uns aus der Neurologie bekannt sind, z. B. an Symptome, die uns bei der „nervösen Erschöpfung“ begegnen, was uns also wiederum berechtigt, das Vorhandensein *spezifischer* menstrueller Toxine und vor allen Dingen ihre Bedeutung für das Zustandekommen der oben geschilderten psychischen Anomalien abzulehnen.

Es bedarf keines Wortes, daß solche Abhängigkeiten noch viel weniger da vorhanden sind, wo das Psychotische in seiner Genese nur als *Reaktion* des Individuums auf *an* seinem Körper sich abspielende Vorgänge analysiert werden konnte, gleichgültig, ob das Provozierende in den mit der Menstruation einhergehenden körperlichen Beschwerden ge-

legen war oder in dem „Wissen“ um den Vorgang mit der daraus resultierenden Änderung des Ichgefühls; gleichgültig auch, ob es sich um charakterologisch ausgeglichene Individuen oder um solche mit einseitig betonten Charaktereigenschaften handelte, bei denen die Reaktion dann nur eine besonders deutliche oder von besonderer Färbung war.

Damit haben wir, mehr nach der *negativen* Seite, das Fehlen spezifischer körperlicher menstrueller Einwirkungen festgelegt und hätten nicht gerade sehr Befriedigendes erreicht, würde es uns nicht gleichzeitig gelungen sein, nach der *positiven* Seite die psychischen, z. T. psychotischen Zustandsbilder in ihrer Abhängigkeit von dem menstruellen Vorgang abzuleiten und aufzubauen.

Da sahen wir, wie bei den Personen der *Gruppe 1* infolge einer Steigerung der Sinnesempfindlichkeit ein gewisses Plus an psychischen Leistungen zustande kam, das aber nicht etwa auf Kosten des Auftretens echt psychotischer Symptome erreicht wurde; in dieser Hinsicht ergaben sich denn gerade auch interessante Nebenbeobachtungen zum Wesen und zur Genese des manischen Symptomenkomplexes und speziell der euphorischen Stimmung. Auch die Entstehung von Sinnestäuschungen erfuhr eine Beleuchtung, die ihre besondere Bedeutung ann noch durch die Feststellungen bei Gruppe 5 (Anhang) bekam.

Die gleiche Steigerung der Sinnesempfindlichkeit wie bei Gruppe 1 förderte bei den Versuchspersonen der *Gruppe 2*, die als nervös nicht ganz vollwertig anzusprechen waren, wirkliche psychotische Störungen zutage, da das Überwiegen der „kinetischen“ Komponente eine Beeinträchtigung der Verarbeitung des Gebotenen mit sich brachte; es war interessant zu beobachten, wie sich hier etwas wie eine Willensstörung herausbildete, die aber eben bei näherer Analyse als sekundäre *relative* Insuffizienz des Willens erkannt werden konnte.

In gleicher Weise einer verstehenden Erklärung zugänglich waren auch die psychischen Bilder bei den Versuchspersonen der *Gruppe 3*: hier waren es die mit der Menstruation einhergehenden körperlichen Beschwerden, die entweder durch Ablenkung der Aufmerksamkeit störend wirkten oder durch den Unlustaffekt den Ablauf der psychischen Vorgänge ungünstig beeinflussten. Die resultierenden psychischen Phänomene (Beeinträchtigung der Auffassungsfähigkeit, Einschränkung der Konzentrationsmöglichkeit, Lähmung der Denktätigkeit, Verminderung des Interesses, Bedürfnis sich abzuschließen, mißmutige Stimmung, Verlangsamung des psychischen Tempos, Bremsung des Antriebs) waren die gleichen, die auch bei anderen körperlichen Beschwerden der Versuchspersonen zu beobachten waren, hatten also mit der Menstruation als endokrinem Vorgange nichts zu tun.

Von besonderem Interesse waren die psychotischen Erscheinungen bei den Versuchspersonen der *Gruppe 4*, weil es sich hier um paranoische Äußerungen handelte, für deren Genese nur durch die hier angewandte analysierende Betrachtungsweise der Schlüssel gefunden werden konnte. Die paranoische Reaktion war erst der Oberbau auf einem Fundament, das durch das veränderte Ichgefühl der Versuchspersonen als Folge des *an* ihnen sich abspielenden, mit dem Zentrum ihrer Weiblichkeit zusammenhängenden Vorganges repräsentiert wurde. Es ist natürlich unmöglich, mit diesem in einem Satze zusammengefaßten Inhalt der umfangreichen Analysen das Wesen des Vorganges anschaulich genug auszudrücken, und ich muß in diesem Punkte ganz besonders auf meine Ausführungen im Hauptteil verweisen. Nur die Zerlegung des Vorganges in mehrere Stockwerke setzte uns in die Lage, die Beziehungen des körperlichen Geschehens zu dem paranoischen Verhalten zu begreifen. Und diese Erörterungen gewinnen dadurch *weitergehende Bedeutung*, daß es sich hier eben um eine *überindividuelle, allgemein-menschliche Reaktion* handelte, der wir demgemäß *auch bei ganz anderer Gelegenheit* begegnen können und die wir *nicht brutto* auf einen dann etwa vorhandenen körperlichen Vorgang beziehen dürfen, weil wir auf diese Weise *zwei sich durchaus nicht entsprechende Vorgänge* miteinander vergleichen würden. Es müßte vielmehr erst in jedem Falle untersucht werden, auf welchen psychischen Unterbau die paranoische Reaktion aufgesetzt ist, und dann käme es darauf an, verständliche Beziehungen dieses psychischen Unterbaus zu dem jeweilig vorhandenen körperlichen Vorgang ausfindig zu machen.

Die Analyse der psychischen Bilder bei den Versuchspersonen der *Gruppe 5* knüpft zum Teil an Bekanntes an, insofern hier die Menstruation nur die Rolle eines Aktivators bei zu psychischen Störungen (Depressionen) disponierten Individuen spielt. Wichtiger sind die Feststellungen bei charakterologisch einseitig bestimmten Persönlichkeiten (Eifersüchtige, Selbstsüchtige, Eigensinnige, Ehrgeizige, Schüchterne), deren eigenartiges Verhalten bei der Menstruation als spezifische Stellungnahme *zum Zwecke der Erhaltung ihres inneren psychischen Gleichgewichts* verstanden werden mußte. Auch hier reichte die Bedeutung solcher Beobachtungen über das spezielle Untersuchungsobjekt hinaus, indem es sein Licht auf das Wesen z. B. manches *schizophrenen* Verhaltens (besonders im Beginn der Erkrankung) wirft, das *bis zum gewissen Grade* „verstanden“ werden kann, wenn man sich auf den Standpunkt der in bestimmter Richtung durch den körperlichen Vorgang veränderten Persönlichkeit stellt, die nun gezwungen ist, gemäß dieser abnormen Stellung zur Umwelt zu reagieren. Es gelingt so eine gewisse Versöhnung der zwei um das Wesen des schizophrenen Prozesses kämpfenden Richtungen, insofern das „Verstehen“ erst von einer Basis aus be-

ginnt, die ihrerseits durch den vorauszusetzenden körperlichen Prozeß geschaffen worden ist, und deren Genese natürlich nicht „verstehend“ erfaßt werden kann.

Und schließlich bot ein sehr eingehend beobachteter Krankheitsfall Gelegenheit, zur Frage der „*Menstruationspsychose*“ im engeren Sinne Stellung zu nehmen. Als Psychose spezifischer Färbung wurde sie abgelehnt, doch ließ eine genaue Analyse des Falles die Forderung berechtigt erscheinen, diesen Begriff aufrechtzuerhalten für Krankheitsbilder, die, wie hier, eine ganz ausgesprochene Abhängigkeit von der Menstruation zeigten und ihrer Verlaufsart nach in die Nähe der „exogenen Reaktionstypen“ zu rubrizieren waren. Vermutlich sind derartige psychische Störungen nicht gar so selten, wie man zunächst annehmen sollte, da leichte Fälle gar nicht zur Beobachtung des Psychiaters kommen, und dann, weil sie häufig nur allzu leicht verkannt werden können. Hätte man doch auch den vorliegenden Fall ohne genaue Analyse vielleicht dem manisch-depressiven Irresein subsumiert, während es sich tatsächlich nur darum handelte, daß die ihrer *Struktur* nach zu den exogenen Reaktionstypen gehörige Psychose ihre *Färbung* z. T. vom manisch-depressiven Irresein bezog, weil das betreffende Individuum diese Erbbestandteile überkommen hatte. Man wird in Zukunft mehr als bisher auf das Vorkommen solcher von der Menstruation abhängender Psychosen zu achten haben und wird sich vor allem bemühen müssen, durch eine möglichst weit getriebene Analyse des komplizierten *Erscheinungsbildes* die einzelnen *Aufbau-Bestandteile* voneinander zu trennen, um nicht in den Fehler zu verfallen, sich einfach mit der Subsumierung unter eine der bekannten Psychosetypen zu begnügen.

Denn hierin scheint mir vor allem der *Grund für die minimalen Fortschritte* auf dem Gebiete der *klinischen psychiatrischen Forschung* der letzten Zeiten zu liegen: man sah allzu fasziniert auf die paar großen Krankheitsgruppen und meinte, nun alle vorkommenden Bilder in diesen wenigen Schubladen unterbringen zu müssen. Und man verkannte darüber die komplizierte und aus so verschiedenartigen Komponenten bestehende Zusammensetzung der Psychosen; man sah in der Psychose ein viel zu komplexes Ganzes.

Ich meine, daß nur eine Forschungsrichtung wie die, für die *Birnbaum* vor allem eingetreten ist, daß nur ein *Eindringen in den Aufbau der Psychose die psychiatrische Forschung überhaupt weiterbringen wird*. Aber nicht nur eine Analyse, die rein im Psychologischen bleibt und das Somatische von vornherein vernachlässigt — das mag natürlich für manche Psychosen wie die hysterischen und die Reaktionen abnormer Persönlichkeiten seine Berechtigung haben —, es kommt vielmehr auch darauf an, *den somatischen Vorgang irgendwie mit dem psychischen in Beziehung zu setzen*. Das kann einmal in der Weise geschehen,

daß, wie bei meiner Gruppe 5, der *körperliche Vorgang als psychisches Erlebnis* die seelische Haltung des Individuums verändert; oder aber durch einen immer weiter und weiter getriebenen *Abbau des psychotischen Symptomenkomplexes* auf gewisse nicht mehr weiter verständlich auseinander ableitbare Phänomene, die wir dann als die den körperlichen Einwirkungen entsprechenden psychischen Äußerungen aufzufassen haben werden. Und schließlich dadurch, daß der körperliche Vorgang nur als *Aktivator* einer latenten psychotischen Anlage eine Rolle spielt. Also eine *Inbeziehungsetzung des Physischen und Psychischen nach drei ganz verschiedenen Richtungen*.

Bisher hat man sich eigentlich vorwiegend mit dieser dritten Auffassungsweise beschäftigt, während man die beiden anderen stark vernachlässigte oder aber den Fehler beging, den ungenügend abgebauten psychischen Komplex auf den körperlichen Vorgang zu beziehen. Und meine Untersuchungen sollten gerade dartun, wie weit man durch Verfolgung der beiden anderen Wege vordringen kann, welche Fülle neuer Erkenntnisse sich bietet und wie aussichtsvoll diese Untersuchungsrichtung gerade auch für die Aufstellung neuer Krankheitsbegriffe sein kann. Sie zeigt uns, welchen groben Täuschungen man sich aussetzen kann, wenn man *gleichartige* Phänomene, wie z. B. paranoische, auch als *gleichwertig* ansieht und etwa zum Einteilungsprinzip erhebt; sie lehrt uns, daß es *überindividuelle* Reaktionen gibt, die nicht dazu verführen dürfen, wenn sie in ihrer allgemein-menschlichen Herleitung verkannt werden, gemeinsame pathologische somatische Vorgänge als ihre Grundlage anzusprechen, während wir andererseits immer auch daran denken müssen, daß *gleiche* menschlich-verständliche Reaktionsarten auch auf *verschiedener* psychologischer Grundeinstellung erwachsen können, daß Irrtümer also nur vermieden werden können, wenn wir diese verschiedenen Grundeinstellungen herausanalysieren.

Ein Beispiel [zufällig gewählt aus der Lektüre der Arbeit von *Fischer*<sup>1)</sup>: Die Rolle der inneren Sekretion in der Pathogenese der exogenen Psychosen] mag die Bedeutung dieser von mir vertretenen Forschungsrichtung noch einmal illustrieren. Er spricht da von den psychischen Störungen bei Basedow und Myxödem: „Wir sehen also eine ausgesprochene Gegensätzlichkeit zum Myxödem nur in Affekt und Psychomotilität, insbesondere aber finden sich bei beiden Neigung zu Beeinträchtigungsideen . . .“ Setzt man, wie man es bisher meist tat (das soll nicht etwa ein Vorwurf gegen *Fischer* sein, dem es hier auf ganz andere Dinge ankommt), hier den ganzen Komplex „Beeinträchtigungsideen“ dem körperlichen Vorgang parallel, so kann man nie die Beziehungen dieser beiden Erscheinungsreihen ergründen, kann nie da-

<sup>1)</sup> Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. 55, 1924.

hinter kommen, weshalb denn diese beiden gegensätzlichen somatischen Prozesse das gleiche psychische Symptom zustande kommen lassen sollen. Hier käme es eben jetzt darauf an, zu analysieren, was für Beeinträchtigungsideen vorhanden sind, und auf welcher Basis sie erwachsen sind. Dann erst mag sich vielleicht zeigen, daß der basedowide wie der myxödematöse Prozeß irgendeine gemeinsame Grundstörung bedingen, aus der dann in verständlicher Weise die Beeinträchtigungsideen abgeleitet werden könnten; oder aber es mögen sich, entsprechend der sonstigen Gegensätzlichkeit der Symptome, auch ganz verschiedene Grundeinwirkungen finden, und trotzdem könnten, wie ich es oben ausführte, Beeinträchtigungsideen aus diesen beiden Wurzeln sprießen. Dann repräsentieren diese Ideen aber eben das „obere Stockwerk“ und haben mit dem somatischen Prozeß direkt nicht das geringste zu tun.

*Nur auf diese Weise ist also eine wirklich haltbare Inbeziehungsetzung körperlicher und psychischer Erscheinungen möglich.*

Wie ich es hier für die Menstruation getan habe, so müssen wir auch für andere einfache, klar überschaubare somatische Vorgänge endokriner Natur oder auch bei experimentell-toxischer Beeinflussung aus dem psychischen Erscheinungsbilde die *Grundsymptome herausdestillieren, die wirklich der körperlichen Einwirkung ihre Entstehung verdanken*. Erst wenn wir dies getan haben, und wenn wir dabei die anderen, oben erwähnten Möglichkeiten eines psycho-physischen Zusammenhanges auch berücksichtigt haben, werden wir uns erlauben dürfen, die Frage der Abhängigkeit komplizierterer psychotischer Bilder von körperlichen Vorgängen überhaupt zu ventilieren.

Solange wir das nicht tun, und den ganzen Komplex psychischer Grundveränderungen und darüber gebauter Reaktionen, d. h. die Psychose in ihrem Gesamterscheinungsbilde im Auge haben, *handeln wir ebenso wie etwa der interne Mediziner, der mit der Feststellung von Stauungserscheinungen und Ödemen bei einem Patienten zufrieden ist und sich nicht die Frage vorlegt, ob dieses Bild durch eine Nierenkrankheit oder ein Herzleiden zustande gekommen ist, wie die Störungen des einen Organs das andere in Mitleidenschaft ziehen und wie schließlich auf dieser Basis das äußere Erscheinungsbild des hydropisch veränderten Menschen erwuchs*.

Nichts zeigt besser als ein solcher Vergleich, wie weit die psychiatrische Forschung noch hinter ihren Nachbardisziplinen zurückgeblieben ist. Wir brauchen uns dessen nicht zu schämen, galt es doch ungleich größere Schwierigkeiten zu überwinden. Sie bestehen auch jetzt noch, wo ein neuer Weg neue Erkenntnisse verspricht. Es wird lange dauern, bis wir die Früchte einholen können; ich sehe aber einstweilen kaum eine andere Möglichkeit, *aus der unergquicklichen Öde der klinisch-psychiatrischen Forschung der letzten Zeiten herauszukommen*.