

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Königsberg i. Pr.
[Direktor: Geh.-Rat Prof. Dr. E. Meyer].)

Die Psychosen im Klimakterium und in der Involution.

Von

Dr. Erich Jacobi

Privatdozent.

(Eingegangen am 22. März 1930.)

Inhaltsverzeichnis.

I. Einleitung.

Vorbemerkungen allgemeiner Art.
Begriff des Klimakteriums.
Physiologische Vorgänge.
Klimakterium virile.
Psychiatrische Literatur.
Involutionsmelancholie.
Involutionsparanoia.
Moderne Anschauungen.
Psychogene Veränderungen.
Behandlung.
Zusammenfassung.

II. Eigene Beobachtungen.

Betrachtungsweise.

A. Die Depressionen.

1. Erstmalig auftretende Depressionen. Beispiele 1—10.
2. Involutive Depressionen. Beispiele 11—18.
3. Manisch-depressive Phasen. Beispiele 19—22.

Besprechung dieser Gruppe.

B. Die paranoiden Erkrankungen.

Allgemeines.

1. Depressionen mit Übergang in Paranoid. Beispiele 23—24.
2. Dementia paranoides. Beispiele 25—30.
3. Paranoia (Querulanten- und Eifersuchtwahn). Beispiele 31—32.
4. Paraphrenie. Beispiel 33.
5. Präsenter Beeinträchtigungswahn, Beispiele 34—37.

Besprechung dieser Gruppe.

C. Schizophrene Prozesse.

Allgemeines.

1. Spätkatatonie. Beispiel 38—41.
Besprechung dieser Gruppe.
2. Andere schizophrene Prozesse. Beispiele 42—46.
Besprechung.

D. *Psychogene Reaktionen.*

Allgemeines.

1. Invalidenrentenwünsche. Beispiele 47—48.

Besprechung.

2. Psychogene Reaktionen. Beispiele 49—51.

Besprechung.

3. Konstitutionelle Faktoren. Beispiele 52—53.

Besprechung der Gruppe D.

III. *Zusammenfassende und Schlußbemerkungen.*

Gibt es eine klimakterische Psychose?

„Klimakterische Färbung.“

Involutionsmelancholie.

Involutionsparanoia.

Katatone Formen.

Klimakterisch und involutiv.

Statistische Bemerkungen.

Gesamtergebnis.

Literaturverzeichnis.

So verlockend es erscheint, bestimmte psychische Störungen mit einer körperlichen Umwälzung oder Erkrankung in einen Kausalzusammenhang zu bringen, und so oft man versucht hat, solche Zusammenhänge klarzustellen, so stieß man bisher auf unüberwindliche Widerstände und konnte mindestens keine einheitlichen Feststellungen machen. Neue Entdeckungen der Medizin gaben dazu Veranlassung, Hoffnungen für eine Erklärung der Psychosen in ätiologischer und pathogenetischer Beziehung zu erwecken. Lange vor der endokrinen Ära, die ganz neue Gesichtspunkte in die Psychiatrie brachte, aber bisher auch ohne entscheidenden Erfolg zu bringen, war rein empirisch die Tatsache bekannt, daß mit den großen Umwälzungen im menschlichen Körper sich häufig psychische Störungen einstellten. Dabei blieb und bleibt die Frage offen, ob es sich um zufälliges Zusammentreffen handelt oder ob tatsächlich in der Veränderung des Körpers eine Ursache für die geistigen Störungen zu finden ist. Da dieselben psychischen Erkrankungen auch in anderen Lebensaltern auftreten, da es sich zum Teil um Rezidive oder erstmalige Phasen oder Schübe handelt, die sich zu anderen Zeiten wiederholen, kann der körperlichen Veränderung kaum mehr als ein disponierender Faktor zugebilligt werden. Es handelt sich dabei besonders um die Entwicklungsphasen, die mit dem Auf- und Abbau der Tätigkeit der Keimdrüsen bei beiden Geschlechtern zusammenhängen. Pubertät, Klimakterium und Senium wie auch Menstruation, Gravidität, Puerperium, Lactation sind zeitlich häufig mit Geisteskrankheiten zusammenstprechend. Es lag nahe, hier ein ätiologisches Moment zu sehen, wo möglicherweise nur besondere Empfänglichkeit in einer Zeit, in der durch körperliche Umwälzungen Psyche und Soma mehr wie sonst beansprucht sind, vorhanden war. Man überschätzte wohl auch zeitweise die Einflüsse des endokrinen wie des vegetativen Systems.

Wenn wir bei der Evolution bisher nur sagen können, daß eine bestimmte Gruppe geistiger Störungen in dieser Zeit nicht selten zu beginnen pflegte, so liegen die Verhältnisse bei der Involution doch ganz anders. Einerseits weiß man dabei, daß man bestimmte psychische Veränderungen mit dem Sistieren der Keimdrüsenfunktion in einem Zusammenhang bringen kann, andererseits ist durch die Verschiedenheit der psychischen Krankheitsbilder und durch das Hinzukommen anderer Faktoren wie der Arteriosklerose und des beginnenden Seniums die Situation noch weit komplizierter und unklarer. Vielleicht auch deswegen hat die Literatur darüber in den letzten Jahren im Verhältnis zu früher sehr erheblich abgenommen, ohne daß irgendeine sichere Klärung etwa vorhanden wäre, so daß man mit *Kehrer* von einer „unverkennbaren Resignation“ sprechen kann. Derselbe Autor macht auf die Wichtigkeit des Gegenstandes aufmerksam und verlangt eine stete „Frischhaltung“ des Interesses. Wenn wir uns daher in der folgenden Arbeit mit den Geistesstörungen des Klimakteriums und der Involution beschäftigen, so gibt uns dazu die klassifikatorische Unklarheit, die Vielgestaltigkeit der in dieser Zeit auftretenden Formen und die Bedeutung dieser Erkrankungen im Rahmen der Gesamtpsychiatrie Veranlassung.

Es soll im ersten Teil eine Übersicht über die einschlägige Literatur gegeben werden, im zweiten Teil an Hand von selbstbeobachteten Fällen alle im Klimakterium erstmalig auftretenden psychischen Erkrankungen besprochen, ferner deren Zusammenhang mit dem Klimakterium beleuchtet werden. Schließlich wird zu betrachten sein, welche Prozesse überwiegen und welche klassifikatorischen und ätiologischen Schlüsse daraus zu ziehen sind.

Die erste Schwierigkeit liegt schon im *Begriff des Klimakteriums* und dessen Abgrenzung, auf den ich etwas näher eingehen muß. Klimakterium und *Involution* werden oft miteinander gleichgesetzt und bedeuten doch 2 verschiedene Begriffe, wenn sie auch zeitlich zusammenfallen können. Schon über den Begriff „Klimakterium“ herrscht unter den Autoren keine Einigkeit. Während die einen darunter die Zeitspanne von der ersten Unregelmäßigkeit im Ablauf der Menstruation bis zum völligen Erlöschen verstehen, bezeichnen die anderen den Zeitpunkt der letzten Ovulation als Klimakterium und nennen wie *Halban*, dem wir hierin wie auch in anderen Fragen der Klinik des Klimakteriums folgen, die Zeit vorher als präklimakterische und nachher als postklimakterische Veränderungen. Allerdings ist es schwierig, den Zeitpunkt der letzten Ovulation genau zu bestimmen. *Kraepelin* meint zwar, daß man dem Klimakterium einen „bedeutenden Einfluß auf die Entwicklung von Geistesstörungen“ einräumen muß, betont aber doch, daß das beginnende Greisenalter, die „Rückbildungszeit“ dafür in erster Linie verantwortlich zu machen sei. In seinen Lehrbüchern gibt es auch keine „klimak-

terischen Psychosen“, vielmehr spricht er nur von „präsenilem Irresein“ und versteht darunter Psychosen, die in diesem Alter auftreten und irgendwie ätiologisch mit Rückbildungsprozessen im Zusammenhang stehen. Nach *Bleuler* ist das Klimakterium „eine Umbildung zu einer anderen Lebensstufe wie die Pubertät“, das Senium „ein Absterben“. Am klarsten und schärfsten trennt *Kehrer* die beiden Begriffe Klimakterium und Involution, in dem er das erste als „isolierte Involution der Geschlechtsorgane, als Umbildungsphase zu einem Indifferenzstadium“ und das zweite als „Involution des funktionstragenden Hirnrindengewebes“ bezeichnet. Diese Auffassung wollen wir auch diesen Untersuchungen zugrunde legen, wollen aber von vornherein hinzufügen, daß mit dieser Unterscheidung für die ätiologische Forschung wenig gewonnen ist, daß es in diesem Lebensalter äußerst schwer zu entscheiden ist, ob es sich um klimakterische oder involutive Prozesse handelt. Der Verlauf eines großen Teiles der Psychosen, die in diesem Lebensalter auftreten und sich nicht von solchen anderer Lebensalter unterscheiden, deutet durchaus nicht darauf, daß es sich um eine Involution funktionstragenden Hirnrindengewebes handelte. Vielmehr würden die besonderen Faktoren, die diesen Psychosen die Färbung geben, durch ähnliche Vorgänge bei normalem Klimakterium eher daran denken lassen, daß das Klimakterium verantwortlich ist. Jedoch soll auf diese Fragen unten näher eingegangen werden. Zur allgemeinen Unterscheidung der biologischen Vorgänge kann die Definition von *Kehrer* als ausreichend angesehen werden. Es dürfte wohl danach kaum möglich sein, eine Unterscheidung zwischen klimakterischen und involutiven Psychosen vorzunehmen, vielmehr werden auch bei dieser Betrachtung viele Erkrankungen mithineinbezogen werden müssen, die, streng genommen, nicht dazugehören, wie das nun einmal bei diesem Gebiet, das *Kraepelin* als „das dunkelste der Psychiatrie“ und *Kehrer* als „Asylum ignorantiae“ und „Klärungsbecken für manche Krankheitsbilder“ bezeichnete, nicht anders möglich ist.

Wenden wir uns zuerst zu den *physiologischen Vorgängen* und den *allgemein körperlichen Störungen im Klimakterium*! Nach *Halban* entstehen die postklimakterischen Störungen durch den Ausfall des Ovariums als trophisches Zentrum für die Genitalien und die übrigen endokrinen Drüsen. Es folgt eine Atrophie und Schrumpfung der primären und sekundären Geschlechtsorgane, wodurch schon eine große Zahl von Erkrankungen, wie Prolaps usw. erklärt werden. Dazu kommt der fehlende Einfluß der innersekretorischen Produkte des Ovars auf den Gesamtorganismus, die sich in Störungen des Fettstoffwechsels starke Fettsucht), des Kalkstoffwechsels (Entstehung von Exostosen, *Heberdenschen Knoten*, *Pseudogicht* usw.) wie in der veränderten Funktion der Hypophyse, der *Langerhansschen* Inseln und vor allem des sympathischen Nervensystems bemerkbar machen. Gerade diese wesentliche

Steigerung der Erregbarkeit des *Sympathicus* ist eine der hervorstechendsten und subjektiv sehr unangenehm empfundenen Erscheinungen. Diese Veränderungen sind durch zahlreiche Versuche als erwiesen anzusehen. Besonders der Ausfall des Adrenalinversuches bestätigt die Annahme aufs deutlichste. Man hat im Klimakterium innersekretorische Störungen der verschiedensten Art gefunden. Besonders in der ausländischen Literatur der letzten Jahre sind viele Versuche beschrieben worden, auf die hier im einzelnen nicht eingegangen zu werden braucht. Veränderungen der Schilddrüse fand *Rutich*, der Nebenniere und der Hypophyse *Baskowa*. Dadurch kommt es zu den bekannten und verbreiteten, noch in physiologischen Grenzen liegenden Störungen wie der Neigung zu „Wallungen“, zu Schwindel und Kopfschmerzen. Daneben finden sich — auch noch innerhalb der physiologischen Grenzen liegend, aber doch schon mit den psychischen Veränderungen sich eng berührend — Reizbarkeit, Neigung zu trauriger Verstimmung und ge-steigerter Sexualtrieb.

Wenn wir uns auch ausschließlich mit weiblichen Kranken beschäftigen werden, so möchte ich hier auch kurz das unklare Kapitel des *Klimakterium virile* berühren. Die beste Übersicht über diese Frage gab *Mendel* 1922 in seinem Sammelreferat, nachdem er bereits 1910 nach einigen Vorgängen wie *Halford* und *Fleury* auf dieses Problem hingewiesen und den Begriff aufgestellt hatte. Nach seiner Ansicht besteht kein Zweifel über die Existenz eines männlichen Klimakteriums, woraufhin schon damals seine Behauptungen als „unlogisch“ zurückgewiesen wurden. Der Zeitpunkt des Klimakteriums liege etwas später als bei der Frau, etwa zwischen 47 und 57 Jahren. Befallen werden sollen besonders kräftige Männer ohne arteriosklerotische Erscheinungen, ohne äußere Sorgen. Die psychische Veränderung macht sich in einer zu dem bisherigen Charakter in schärfstem Gegensatz stehenden Rührseligkeit, Menschenscheu, in hypochondrischen Vorstellungen, Grübelsucht, Selbstmordgedanken, Erregbarkeit und Reizbarkeit bemerkbar. Die körperlichen sind denen der Neurastheniker ähnlich. Dazu kommt Schwindel, Schlaflosigkeit, außerdem auf sexuellem Gebiet ein Nachlassen bei vorübergehender Libidosteigerung. Auch hier werden dieselben pathogenetischen Faktoren wie Keimdrüsenveränderungen angenommen. Die Prognose ist im allgemeinen günstig, die Dauer etwa 3 Jahre. Über diese Fragen herrscht noch keine Einigkeit unter den Autoren. Während einige Autoren, wie *Hollander*, dann besonders *Vaerting*, der sich besonders auf statistische Feststellungen stützt, nach denen im Alter zwischen 45 und 50 Jahren die Sterblichkeit der Männer im Verhältnis zu der der Frauen wie 1,4: 1 sich verhält, ferner *Rhode* und *Juaros* ganz ähnliche Ergebnisse wie *Mendel* fanden, wurde von anderer Seite, so von *Benda*, der bis ins höchste Alter Spermiose fand, und in einer besonderen Broschüre von *Hoche* der Ansicht von

Mendel widersprochen. Nach *Hoche* sind Besonderheiten bei dem Alterungsprozeß, die für einen dem weiblichen Klimakterium ähnlichen Vorgang sprechen könnten, nicht vorhanden. Wo besondere Veränderungen auftreten, sei auch schon prämorbid Eigentümliches in Charakter wie Wesen zu finden. Wallungen habe er nie beobachtet. Die geringe Abhängigkeit des Mannes von den Keimdrüsen und die Tatsache, daß eine Atrophie nicht eintritt, macht einen wesentlichen Unterschied gegenüber der Frau aus, sodaß nach seiner Ansicht von einem Abschnitt im Leben des Mannes nicht gesprochen werden kann. Eine „gradlinige Abhängigkeit“ seelischer oder körperlicher Störungen beim Manne von den Keimdrüsen sei nicht erwiesen. Das Argument der erhöhten Sterblichkeit in dieser Zeit sei nicht beweisend, da andere Ursachen wie Alkoholismus und Paralyse gerade in diesen Jahren vielfach zum Tode führen. *Hoche* kommt zu dem Schluß, daß *Mendel* einen Beweis nicht erbracht habe. „Man kann es so sehen wie *Mendel*, aber man muß es nicht.“

Insofern muß man *Hoche* entschieden recht geben, daß in bezug auf den Einfluß der Keimdrüsen auf die Lebensvorgänge bei beiden Geschlechtern doch ein wesentlicher Unterschied ist. Bei jeder Frau machen sich irgendwie die Wechseljahre bemerkbar, sie dokumentieren sich mindestens darin, daß die Keimdrüsenvfunktion erlischt, bei den Männern ist es aber viel seltener, daß in diesem Alter sich die von *Mendel* aufgeführten Beschwerden bemerkbar machen. Von einem Erlöschen der Geschlechtsfunktion ist nur selten die Rede. Vieles, was von den Autoren dazu gerechnet wird, gehört wohl zu den präsenilen Vorgängen, zumal *Mendel* bis 57 Jahre hinaufgeht. Die Frage nach den Beziehungen zwischen „*Klimacterium virile*“ und seelischen Veränderungen ist noch völlig ungeklärt. Da diese ganze Feststellung recht interessant und lehrreich ist, wurde sie hier ausführlich behandelt. Als ätiologischer Faktor ist das männliche Klimakterium vorläufig nur sehr gering zu bewerten und ist an Bedeutung keinesfalls mit dem weiblichen Klimakterium zu vergleichen.

Ein näheres Eingehen auf die Literatur ist aus mehreren Gründen notwendig. Einmal zeigte uns die Streitfrage der Psychosen im Klimakterium und der Involution in selten schöner Weise die Entwicklung des Problems der Klassifikation der Psychosen, andererseits ist eine Darstellung der jetzigen Auffassung darüber ohne eine Schilderung der historischen Entwicklung nicht möglich. Auf die älteren Zeiten kann kurorisch eingegangen werden, weil bereits von *Spielmeyer* in *Aschaffenburgs* Handbuch aus dem Jahre 1912 und von *Kehrer* aus dem Jahre 1921 ein Sammelreferat über dieses Gebiet vorhanden ist. Die neuen Arbeiten und Anschauungen seit dieser Zeit müssen dann etwas näher besprochen werden. Wie schon oben auseinandergesetzt wurde, ist es notwendig, über die eigentlichen „klimakterischen Psychosen“, wenn

es solche überhaupt gibt, hinauszugehen, weil die Psychosen des Um- und Rückbildungsalters, die weder zur Gruppe der arteriosklerotischen noch der senilen Erkrankungen gehören, in unmittelbarem Zusammenhang mit diesen immer behandelt wurden, und wegen der fließenden Übergänge nicht von ihnen zu trennen sind. Zu behandeln sind diejenigen Psychosen ohne nachweisbare organische Veränderung und ohne bekannte exogene Ursache anderer Art, die in dem „Rückbildungsalter“ auftreten und die sowohl durch den späten Beginn wie den Anschluß an das Klimakterium und durch einige später zu behandelnde Besonderheiten des Verlaufs und der Symptome eine Sonderstellung beanspruchen. Ausgenommen sind alle zufällig in diesem Lebensalter auftretenden Psychosen anderer Ätiologie und die während dieser Zeit rezidivierenden Erkrankungen, die schon in früheren Lebensaltern begonnen haben. Ob auch diejenigen Störungen ausgeschlossen sein müssen, die in anderen Altersstufen in derselben Art auftreten können, ist eine der umstrittensten Fragen, auf die gerade bei der Literaturübersicht besonders einzugehen sein wird.

Daß in der Zeit des Klimakteriums eine Neigung zu psychischen Erkrankungen besteht, war schon von jeher bekannt. Man begnügte sich im allgemeinen mit der Schilderung einzelner hervorstechender Symptome aus diesem Lebensalter; der Begriff der Krankheitseinheit war vor der Kraepelinschen Ära noch weniger geläufig und nur für wenige Krankheiten bekannt. Es wurden aber schon seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts depressive und paranoische Bilder beschrieben, die in dieser Zeit auftreten. So schilderte bereits 1858 Richarz die später noch oft in diesem Zusammenhang zu behandelnde *Melancholia agitata*. 1878 machte bereits Krafft-Ebing darauf aufmerksam, daß der Ausfall einer so wichtigen Funktion wie des Ovariums als Defekt empfunden werden müsse und zu seelischen Störungen Anlaß gebe. Es komme dadurch zu *Verstimmungen*, ferner bewirken die den Involutionsprozeß begleitenden Gemeingefühle eine starke *hypochondrische* Einstellung und schließlich komme noch ein direkter somatischer Einfluß hinzu. Es sei eine Zeit größerer „Vulnerabilität“ gegen Krankheiten, am häufigsten finden sich *Wahnideen* und *Halluzinationen*, meist komme es zu „Verrücktheit mit Präkordialangst der Verfolgung“, die Prognose sei schlecht. Der Autor hat mit diesen Sätzen eigentlich schon vor über 50 Jahren alles gesagt, was man über diese Frage überhaupt sagen kann und die 3 hauptsächlichsten psychischen Erkrankungen dieser Periode in meisterhafter Weise erkannt und benannt: die Verstimmung, die Hypochondrie, den Wahn.

Beschäftigen wir uns zuerst mit der Entwicklung des Begriffes der „Involutionsmelancholie“. Ein Vergleich der verschiedenen Auflagen des Kraepelinschen Lehrbuches zeigt aufs deutlichste, welche Wandlung dieser Autor durchgemacht hat. Früher räumte er der Rückbildungs-

melancholie eine Sonderstellung ein. Er meinte, es könne sich bei einer im höheren Lebensalter erstmalig auftretenden Melancholie entweder um den Beginn eines zirkulären Irreseins handeln oder eine besondere Form vorliegen. Er gab als Ziel an, daß man allein aus dem Zustandsbild erkennen soll, wohin die Erkrankung gehöre und wie die Prognose zu beurteilen sei. Jedenfalls sei die Prognose meist ungünstiger als in jüngeren Jahren, dazu kamen noch häufig Wahniddeen und nicht selten katatone Züge. Er glaubte dann eine besondere Krankheitsform, die Involutionsmelancholie, aufstellen zu müssen, weil sich einige Besonderheiten zeigten. Einmal war es die oben erwähnte ungünstige Prognose, die als Unterscheidungsmerkmal angesehen werden mußte, dann der Übergang in Schwachsinn, der sich oft zeige, schließlich die größere Ängstlichkeit und das Fehlen der sonst für die Depression typischen Willenshemmung. Um diese Frage ist ein wissenschaftlicher Streit unter den Autoren entbrannt, der auch jetzt noch nicht als erledigt angesehen werden kann, wenn man ihn auch heute von mancher Seite als „gegenstandslos“ bezeichnet. Von Bedeutung war, daß *Kraepelins* Schüler *Dreyfuß* die als besondere Krankheitsform bezeichneten Fälle nachuntersuchte und bei vielen einen ausgesprochenen Cyclus fand, so daß er die Involutionsmelancholie zu der manisch-depressiven Gruppe rechnen zu müssen glaubte. Allerdings glaubte er in dem Fehlen der Hemmung einen Unterschied gegenüber der Depression zu finden, so daß er von einem manisch-melancholischen Mischzustand sprach. Auf seine Unterscheidungen der subjektiven und objektiven Hemmung, eine Ansicht, die viel bestritten wurde, gehe ich hier nicht näher ein, da das zu weit führen würde. Derselben Ansicht war *Thalbitzer*, der keinen besonderen symptomatischen Unterschied zwischen dem manisch-depressiven Irresein und der Involutionsmelancholie finden konnte und eine besondere Gruppe, die von ihm als „depressiver Wahnsinn“ bezeichnete Krankheitsform, heraushob. Er verstand darunter lebhafte Wahnbildungen und Sinnestäuschungen bei gut erhaltener Affektivität und trauriger Verstimmung. Diese Krankheitsbezeichnung hat auch *Kraepelin* später in sein Lehrbuch mit hineingenommen, wenn er auch eine Einheitlichkeit dieser Krankheit bespricht. Auch *Wernicke* vertrat den Standpunkt, daß keine Veranlassung dazu vorhanden sei, der Involutionsmelancholie *Kraepelins* eine Sonderstellung einzuräumen, wenn er auch einen Einfluß des Klimakteriums auf die Entstehung der Psychosen annahm. Besonders ängstliche Färbung, der ungünstige Verlauf und Neigung zu Beziehungswahn seien die Zeichen einer im Klimakterium auftretenden Psychose. Ablehnend verhielt sich ferner *Matusch*, der zwar zugab, daß das Klimakterium Ursache einer Psychose sein könne, aber nicht einer bestimmten. Nur bei einer vollkommen ätiologischen Einteilung der Psychosen wäre die Aufstellung einer klimakterischen Sonderpsychose berechtigt. Die in dieser Zeit Erkrankenden

seien fast durchweg erblich belastet und zeigen schon in ihrer eigenen Entwicklung hysterische oder epileptische Züge, wie er sich ausdrückt. Ebenso bestritt *Hübner* die Existenz einer besonderen Psychose, wenn er auch einräumte, daß im Alter eine größere Neigung zu Melancholien besteht. Es werde das Bild durch das Alter gefärbt. Die Fälle, die in Demenz übergehen, ein Symptom, auf das *Kraepelin* immer besonderen Wert legt, seien Mischfälle von senilen Faktoren und funktioneller Psychose. Das einzige unterscheidende Symptom, das aber noch nicht zu einer Sonderstellung berechtigt, ist die innere Beunruhigung der Melancholischen im Rückbildungsalter. Er rechnet auch den depressiven Wahnsinn dazu, empfiehlt aber hier Vorsicht, weil oft senile Züge sich dahinter verbergen. Eine schwierige Frage war der bei den Involutionsmelancholien beobachtete Angstaffekt, der manche Autoren zur Annahme einer Sonderstellung veranlaßte, der *Specht* an eine manisch-depressive Mischform denken ließ. Er vertritt den Standpunkt, daß Melancholien mit Angst in jedem Alter auftreten können, daß aber die ängstliche Form besonders häufig sich im Alter zeige, weil dort die Willenshemmung fortgefallen sei, so daß sie deutlicher hervortrete und zu einer allgemeinen Unruhe führe. Auch er rechnet diese Form zum manisch-depressiven Irresein. Demgegenüber meinten *Westphal* und *Kölpin*, daß die manischen Züge nicht bewiesen seien, daß auch bei Melancholien öfter sich Angstaffekte zeigen und daß die Unruhe nur eine natürliche Folge dieser ängstlichen Stimmung sei. Angstaffekt und Bewegungsunruhe gehören zusammen. Die besondere Form der Angstmelancholie sei ein Specificum im Rückbildungsalter, wenn man auch im ganzen genommen die Psychose zum manisch-depressiven Irresein rechnen muß. Ähnlich äußerten sich andere Autoren wie *Fauser*, der auch bei Jugendlichen ängstliche Melancholien gefunden hat und dort, wo die Prognose ungünstig war, meist senile Veränderungen feststellte, während eine ganze Reihe anderer Autoren für die *Kraepelinsche* Sonderstellung eintraten. Darunter sind vor allem *Bleuler* und *Bumke* zu rechnen. Auch *Berger* äußerte sich zugunsten einer Sonderstellung der Involutionsmelancholie, wenn er auch eine spezifische klimakterische Psychose ablehnte. Die Häufigkeit der einmaligen Erkrankung und das Überwiegen der depressiven Zustände sprechen für eine Trennung, wenn auch die Bilder sehr vielgestaltig sind und von den Melancholien über die Verwirrtheitszustände mit Halluzinationen bis zur Katatonie variieren. Die Frage des Übergangs anfänglicher depressiver Zustandsbilder in einen Zustand halluzinatorischer Verwirrtheit ist schon früher von verschiedener Seite behandelt worden, so beschrieb 1897 bereits *Beyer* eine in diesem Alter auftretende Form der akuten Verwirrenheit. Er meint, daß diese Erkrankung der „*Melancholia agitata*“ verwandt sei. *Hoche* bezeichnete die Fragestellung als falsch, da nach seiner Auffassung von den Symptomenkomplexen und Symptomenkoppelungen

die Bemühungen, nach Krankheitseinheiten zu suchen, „aussichtslos“ seien, daß der Begriff des manisch-depressiven Irreseins „überdehnt“ sei. Die Melancholie sei wie alle Krankheiten abhängig vom Alter, Geschlecht usw., daher habe die Melancholie im Klimakterium andere Züge und stelle eine Sonderform dar. Er sagt wörtlich: „Die Frage nach dem Verhältnis zwischen Involutionsmelancholie und manisch-depressivem Irresein ist gegenstandslos.“ *Schott* fand einen wesentlichen Unterschied zwischen der jugendlichen Depression und der im Klimakterium auftretenden Form. Besonders die Prognose sei schlechter. Später ist *Kraepelin*, wie aus den neueren Auflagen seines Buches hervorgeht, besonders nach den Untersuchungen von *Dreyfuß* von dem Standpunkt einer Sonderstellung abgekommen, fand es aber doch auffällig, daß gerade im Rückbildungsalter besondere Formen des manisch-depressiven Irreseins vorkommen, die sich durch das Fehlen der Willenshemmung und durch das Überwiegen des ängstlichen über den depressiven Affekt unterscheiden. Wenn auch nach der symptomatischen Auffassung nicht die Notwendigkeit bestünde, ein besonderes Gebiet der präsenilen Erkrankungen herauszugreifen, so bleibe doch immer wieder ein eigen-tümlicher Verlauf auffallend. Neben der früher von ihm als Involutionsmelancholie bezeichneten Erkrankungsform beschreibt er noch einige besondere Erkrankungen, wie heftige, vielfach zum raschen Tode führende Erregungszustände, bei denen nach einem Beginn mit Selbstvorwürfen sehr bald Verfolgungs-ideen und Sensationen phantastischen Inhaltes auftreten. Bald kommt es zu einer Trübung des Bewußtseins und meist zu einem schnellen Tode. Die Einordnung dieser Psychosen ist sehr schwer, *Kraepelin* nimmt jedenfalls einen Zusammenhang mit den Rückbildungsvorgängen an. Eine andere Form entspricht der von *Thalbitzer* als depressiven Wahnsinn bezeichneten Erkrankung, die sich durch zahlreiche Wahnideen und Sinnestäuschungen auszeichnet, aber auch mitunter katatonische Bilder mit Neigung zu Stereotypien und Rhythmisierung aufweist. Früher von *Kraepelin* als „Spätkata-tonie“ bezeichnet, handelt es sich wohl um eine Sonderform. *Rehm* will diese Erkrankungen von der Involutionsmelancholie wie auch vom manisch-depressiven Irresein trennen, glaubt vielmehr, daß arteriosklerotische Veränderungen vorhanden seien, wenn auch pathologisch anatomische Nachuntersuchungen fehlen. Nach *Kraepelin* handelt es sich um mannigfaltige Bilder, die keinesfalls einheitlich aufzufassen seien. So beschreibt er eine Gruppe von Krankheitsbildern, die mit depressiven Wahnideen und Angstzuständen beginnen und zu einem psychischen Schwächezustande führen, der sich wesentlich schon dadurch von der arteriosklerotischen Verblödung unterscheidet, daß Herderscheinungen fehlen. Vielmehr erinnert „die Demenz mit ihrer Gedankenarmut, ihrem sinnlosen Widerstreben und ihrem monotonen Jammern“ mehr an eine schizophrene Erkrankung. Aber auch der

echten Katatonie gegenüber sind Unterschiede vorhanden, die Stereotypien sind nicht triebartig, die Ausdrucksformen mehr ängstlich und erstarrt. Eine andere Gruppe, die streng genommen nicht hierher gehört, die ich nur kurz erwähnen möchte, weil sie von *Kraepelin* in diesem Kapitel mitgenannt wird, sind die eigentümlichen Zustände von Verworenheit, zielloser Unruhe und Erregung bei deutlicher Gedankenschwäche, die klinisch der Katatonie ähnlich sind, aber pathologisch-anatomisch die von *Alzheimer* entdeckten schweren Zellveränderungen in der Hirnrinde aufweisen, die bisher nicht in bestimmter Richtung gedeutet werden konnten. Vielleicht stehen sie der Arteriosklerose nahe; es sind wohl jedenfalls „Selbstvergiftungen durch Rückbildungsvorgänge“. *Kraepelin* beschreibt auch paranoide Erkrankungen, auf die weiter unten einzugehen sein wird. Die Involutionsmelancholie wurde, wie schon oben kurz erwähnt, von *Bleuler* besonders verteidigt, der die Besonderheit des Verlaufes der geringeren Heredität und der Unruhe eine Bedeutung beimesse zu müssen glaubt, wenn er auch die Existenz einer eigentlichen klimakterischen Psychose leugnet. Nach seiner Meinung sei das Klimakterium ein ätiologisch wichtiger Faktor, zu dem aber noch die Prädisposition des Alters für traurige Verstimmungen komme. *Albrecht* kommt nach Untersuchung einer größeren Zahl von Fällen dazu, daß die Involutionsmelancholie eine besondere Stellung beanspruche, da Lebensalter, das einmalige Auftreten und der Übergang in Demenz dafür maßgebend sei. Eine Untergruppe sei nach diesem Autor die agitierte Melancholie, die durch besondere Angst sich auszeichne und rasch zum Tode führe und der depressive Wahnsinn, der in Demenz ausgehe. Nach *Bumke* handelt es sich bei der Melancholie der Rückbildungsjahre um besondere Fälle, die eine Sonderstellung verlangen und die immer noch übrigbleiben, wenn man alles abzieht, was zu anderen Psychosen gerechnet werden kann. Diese Sonderfälle zeichnen sich durch das Auftreten von aufdringlichem theatralischen Jammern, durch überwiegend hypochondrisch und paranoide Züge, durch Sinnestäuschungen, ängstliche Erregungen und katatone Symptome aus. Auffallend ist ferner der Beginn nach einer seelischen Erregung, die lange Dauer, die ungünstige Prognose und der Ausgang in einen depressiven Schwächezustand mit Verzagtheit und ängstlich-hypochondrischer Stimmung. Nach seiner Ansicht stehen diese Formen zwischen den organischen und den konstitutionellen Verstimmungen. Die Prognose sei um so günstiger, je mehr konstitutionelle, je weniger organische Ursachen vorhanden sind. Es findet sich eine Verquickung endogener und exogener Ursachen, daher die Vielgestaltigkeit des Bildes. *Seelert* äußert sich ähnlich, daß von der Verknüpfung exogener und endogener Faktoren die Variation abhängt. Jedoch warnt er vor einer Überschätzung der Pathogenese des Klimakteriums, da sonst zusammen mit dem Abklingen des Klimakteriums die Psychose abklingen müßte, was aber

nicht der Fall sei. Der Einfluß des Klimakteriums sei nicht größer als der der Menstruation, Gravidität usw., viel wichtiger sei die Altersumbildung des Gehirns, wie die Befunde von *Alzheimer* gezeigt haben. *Stransky* meint in seinem Buch über das manisch-depressive Irresein, daß in der von anderen Autoren als etwas Besonderes angegebenen Angst nichts Außergewöhnliches liege, daß die innere Spannung nach Entladung dränge und dadurch zur Angst führe. Ein großer Teil der Rückbildungsmelancholien gehöre zu den Depressionen, aber es gäbe noch besondere Fälle. Häufig finden sich auch schizophrene Züge, doch sei die „intrapsychische Ataxie“ für die Zugehörigkeit zur *Dementia praecox*-Gruppe maßgebend. *Reichardt* kann eine Erklärung für das häufige Auftreten von Melancholien im Klimakterium nicht finden. Man muß nach diesem Autor wesentlich zwischen endogenen Psychosen und solchen mit regressiven Hirnveränderungen unterscheiden. *Rosenfeld* macht darauf aufmerksam, daß vielfach aus der Anamnese nicht nachzuweisen sei, ob psychotische Phasen vorhanden waren. Die ätiologische Einheit sei unsicher, wenn auch ein Zusammenhang mit der Menopause sicher vorhanden sei. Die üblichen klimakterischen Beschwerden leiten allmählich zu schweren Psychosen über. Entstehung sei oft auf dem Boden einer mißtrauischen Anlage, es zeigten sich Depressionszustände mit ängstlichem Affekt, hypochondrisch-nihilistischen Wahnideen und Übergang in psychische Schwächezustände. *Gruhle* will auch der Involutionsmelancholie keine Sonderstellung einräumen und trennt davon den präsenilen Wahn, gegen dessen Namen er sich wendet, weil das Senium ganz andere Erscheinungen mache.

Neben der Involutionsmelancholie sind im Rückbildungsalter die mit Wahnbildung einhergehenden Krankheitsbilder von besonderer Bedeutung. Vom depressiven Wahn wurde oben schon gesprochen. Die von *Kraepelin* geschaffene Krankheitsbezeichnung „präseniler Beeinträchtigungswahn“ umfaßt eine mit Wahnideen, besonders Eifersuchtsideen, einhergehende Erkrankungsform, die in erster Linie beim weiblichen Geschlecht auftreten soll. Davon abgetrennt hat er ein isoliertes Wahnsystem, das aber in seinem Inhalt wechselnd ist, wobei die Intelligenz vollkommen erhalten ist. *Gaupp* hatte noch eine besondere Gruppe von depressiver Erregung mit Wahnbildung und Übergang in Demenz aufgestellt, von der *Bumke* sagte, daß sie die spezifische klimakterische Psychose sei, jedoch sind hier die Grenzen sowohl nach der paranoid-paranoischen Seite wie nach der katatonen und senilen Richtung hin fließend. Daß katatone Bilder auftreten, ist nach *Bumke* nicht weiter verwunderlich, da es sich nach seiner Ansicht bei der Katatonie um eine allgemeine Reaktionsform des Gehirns auf Toxine handelt. Er hat auch echte Spätschizophrenien, ausschließlich bei Frauen, beobachtet. Neben der Involutionsmelancholie ist die wichtigste Erkrankung dieses Lebensalters eine verschieden genannte, aber in ihren Erschei-

nungsformen gleiche paranoische Erkrankung, auf die zuerst in dem modernen Sinne *Kleist* aufmerksam machte. Er nannte sie *Involutionsparanoia*. Er unterscheidet im Rückbildungsalter 2 Gruppen, einmal die zur Spätschizophrenie gehörende Form der paranoiden Demenz mit der typischen gemütlichen Verblödung und dem Zerfall der Persönlichkeit, andererseits die Involutionsparanoia, die er ebenso wie das manisch-depressive Irresein als eine „konstitutionelle, autochthone Psychose von nicht progressivem Charakter“ auffaßt. Die Krankheit beginne im Klimakterium, erreiche ihren Höhepunkt erst einige Jahre später, komme hauptsächlich bei Frauen vor auf dem Boden einer „hypoparanoiden, d. h. herrischen, selbstbewußten, dabei empfindlichen und mißtrauischen Charakteranlage“. Das Zustandsbild zeichne sich durch Mißtrauen, „expansiv-depressive Mißdeutungen“, Verfolgungs-ideen, Selbstüberschätzung, Sexualaffekte, Eifersucht, Halluzinationen, Körperempfindungen usw. aus. Daneben komme es zu einer eigentümlichen Denkerschwerung, zu einer Denkhemmung und „Haften mit Ideenflucht“. Wichtig sei bei der Wahnbildung der Sexualaffekt, die Eifersucht. Der Verlauf sei ein schlechender und das Wesen sei eine autochthone Steigerung der „hypoparanoiden Anlage“ infolge organisch-innerekretorisch bedingter Gehirnveränderungen. Die körperlich-endogene Reaktion überwiege über die psychogene Reaktion. *Seelert* nannte diese Erkrankung „paranoide Psychosen im höheren Lebensalter“, schildert sie in ähnlicher Weise wie *Kleist*, Jahre nach der Menopause beginnend, auf dem Boden einer von Jugend an abnorm regen Affektivität, bei guter intellektueller Veranlagung, mit dem Symptom des Beeinträchtigungswahns. Nur darin unterscheidet er sich ähnlich wie bei der Melancholie von den Autoren, daß er das Wesen als eine endogen bedingte Reaktionsform auf einen organischen cerebralen Prozeß auffaßt. Er tritt für die organische Natur des Prozesses ein, wenn auch die Art desselben unbekannt ist. Diese, seine Ablehnung des Zusammenhangs mit dem Klimakterium nennt *Kehrer* „völlig unbewiesen“. Auch für *Kleist*, den *Seelert* angreift, ist das Klimakterium nicht alleinige Ursache, sondern nur von auslösender Bedeutung, andere Faktoren sind auch noch wirksam. *Kretschmer* betont dazu „mit Recht“ (*Kehrer*), daß die durch das erotische Wiederaufflackern bedingten psychologischen Konflikte von großer Bedeutung seien, Häufig finde man in der Vorgeschichte eine sexuell unbefriedigte Dauersituation. *Šerko* und *Albrecht* nannten diese Erkrankung „*Involutionsparaphrenie*“. Nach *Šerko* sei das Hauptsymptom der Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn, inhaltlich finde sich auch viel Sexuelles. Im ganzen zeigen sich kleinliche Züge und ein gewisser „Mangel an Schwung“. Der Verlauf sei nach Schwankungen im ganzen chronisch progressiv, Sinnestäuschungen seien auch nicht selten. Die normalpsychologischen Eigentümlichkeiten des Involutionsalters werden wiedergespiegelt. Nach *Albrecht* ist die

präsenile Paraphrenie das „passagere Zustandsbild einer chronischen, mit Wahnvorstellungen einhergehenden, an die Rückbildungsjahre gebundenen Geistesstörung“. Er rechnet sie zu den *Kraepelinschen Paraphrenien*. Für *Kleists* „hypoparanoide Konstitution“ könne er keinen Anhalt finden. Der Verlauf sei ein schleichender, ohne Schädigung der gemütlichen Erregbarkeit mit Neigung zu Mißtrauen, Beziehungs- und Verfolgungsideen. *Bohnen*, ein Schüler *Kleists* hat noch 1921 an mehreren Fällen den Begriff der *Involutionsparanoia* untersucht und die Ansicht seines Lehrers bestätigt. Es handelt sich um Fälle mit Selbstüberschätzung, einem ausgesprochenem Beeinträchtigungswahn, Mißdeutungen, Eigenbeziehungen und Erinnerungsfälschungen in der von *Kleist* angegebenen Art. Arteriosklerose fand sich nicht, der Beginn fiel meist mit dem Klimakterium zusammen. *Spielmeyer* teilt im wesentlichen die Ansicht *Bumkes* über die Mischung exo- und endogener Faktoren.

Nachdem wir an Hand der älteren Literatur gezeigt haben, daß 2 wesentliche Krankheitsformen in der Zeit des Klimakteriums und der Involution überwiegen, die *Involutionsmelancholie* und die *Involutionsparanoia*, um sie der Kürze halber so zu bezeichnen, ist es noch übrig, abgesehen von den psychogen-hypochondrischen Störungen in diesem Alter auf die *neuesten Anschauungen* auf diesem Gebiet einzugehen. Vorher wird es noch notwendig sein, einiges über die neueren Richtungen psychischer Untersuchung im allgemeinen zu sagen. *Die Einteilung der Psychosen* nach Zustandsbildern oder nach dem Verlauf hat einer konstitutionell-ätiologisch-erbbiologischen weichen müssen. *Kretschmer* sprach zuerst von einer „mehrdimensionalen Diagnostik“, von einer „Schichtdiagnose“, wo er besonders konstitutionelle und charakterologische Faktoren in Betracht gezogen wissen wollte. Gerade für die Psychosen des Rückbildungsalters ist diese Auffassung nach seiner Ansicht von großen Nutzen. Er sagt wörtlich: „Das ganze Problem, wo man die *Involutionsmelancholie* unterbringen soll, fällt bei der mehrdimensionalen Diagnostik weg.“ Die Melancholie, auch auf dem Boden einer zirkulären Anlage zeigt die „spezifischen Psychismen der Involutionsperiode“. Es gebe etwas spezifisch „*Involutionspsychotisches*“. Er stimmt nicht *Hoches* „Kassandraruf“: „Zurück zum Symptomenkomplex!“ zu, sondern gibt lebendige Krankheitsbilder im *Kraepelinschen* Sinne als sein Ziel an. Er strebt nach Vielheiten, nicht nach Krankheitseinheiten. Gerade die *Involutionsmelancholie* zeige in selten schöner Weise, wie „lebensepisodische, charakterologische und konstitutionelle Faktoren“ zusammenwirken und die besondere „Färbung“ der Psychose, die solange Schwierigkeiten verursacht hat, bewirken. In diesem Zusammenhang äußerten sich auch *Kretschmer* und *Kehrer* in ihrer Abhandlung über Veranlagung zu seelischen Störungen, in der sie im Klimakterium eine besondere Gefahr für die *zyklothym* und

die schizoid Konstituierten sehen. Interessant ist es, daß es Krankheitsformen gibt, die nur 2mal im Leben manifestiert werden, in der Pubertät und im Klimakterium. Diese *Popperschen* „schizophrenen Reaktionstypen“ zeigen besonders deutlich die mindestens prädisponierende Bedeutung dieser Lebensabschnitte. Das Klimakterium, das für manische Kranke ohne Bedeutung sein soll, wirke außerordentlich provozierend für die melancholisch und paranoid Disponierten. Auch bei *Kleists* Involutionsparanoia finden sich neben der zentralen paranoiden Konstitution prädisponierende zyklothyme Komponenten. *Kraepelins* präsenilen Beeinträchtigungswahn glauben die Autoren erbkonstitutionell in engste Verbindung mit der Schizophrenie bringen zu müssen. Auch *Hoffmann* fand bei erbbiologischen Untersuchungen, daß bei den atypischen Psychosen des Rückbildungsalters eine präpsychotische Anlage mit zykl- und schizothymen Elementen nachzuweisen sei. Die zuerst von *Bumke* geäußerte Meinung, daß bei den Erkrankungen des höheren Lebensalters endogene und exogene Faktoren sich mischen, wird auch besonders von *Seelert* in seiner sich mit diesem Thema befassenden Monographie betont. Nach diesem Autor ist das Vorhandensein exogener Faktoren auch dann zweifellos, wenn sie nicht grob in die Augen fallen. *Seelert* legt allerdings, was schon an anderer Stelle erwähnt wurde, und was nicht allgemein gebilligt, sondern z. B. von *Kehrer* besonders scharf zurückgewiesen wird, den Hauptwert auf die Veränderungen der Hirnstruktur, während er endokrine Einflüsse vernachlässigt. Nach seiner Ansicht liegt die Schwierigkeit in der Abgrenzung besonders darin, daß weder die endogenen noch die exogenen Faktoren sich irgendwie sicher umgrenzen lassen. Weitere Schwierigkeiten ergeben sich daraus, daß die endogenen und rein exogenen Erkrankungen fließende Übergänge zueinander haben, daß es meist sehr schwierig, mitunter ausgeschlossen ist, eine Hirnveränderung, meist im Sinne der Arteriosklerose nachzuweisen. Ähnlich liegen die Verhältnisse nach *Seelert* bei den paranoiden Psychosen des höheren Lebensalters. Auch hier ist „die Verbindung des endogenen und exogenen Krankheitsfaktors“ für das Symptomenbild und den Verlauf der Psychose bestimmend. Auch betont er ähnlich wie *Kleist*, daß sich Beziehungen zur manisch-depressiven Psychose finden. Im Gegensatz zu *Kleists* Betonung der hypoparanoischen Konstitution legt er einen großen Wert auf eine rege Affektivität in der Konstitution des Patienten. Die Wege, die von den Autoren eingeschlagen wurden, um einen tieferen Einblick in diese seelischen Vorgänge zu bekommen, und damit nach Möglichkeit in diesem „dunkelsten Gebiet der Psychiatrie“ Klarheit zu schaffen, sind verschiedene. Auf *Kretschmers* Vorschläge ist schon oben hingewiesen worden. Daß sich auch die psychoanalytische Forschungsrichtung mit diesem, so eng mit sexuellen Dingen verknüpften Gebiet beschäftigt hat, ist naheliegend. Aus der psychoanalytischen Literatur sei hier nur eine Arbeit von *Steckel* heraus-

gegriffen, der in der Furcht vor dem Altern, die bei jeder Frau vorhanden sei, eine Hauptursache der Entstehung seelischer Störungen in dieser Zeit sieht. Um der „Monotonie der Ehe vorzubeugen“ werden Streitigkeiten gesucht, die Gefallsucht, das Hineindenken in ein romanhaftes Dasein, die Abenteuerlust steigert sich, dazu kommt, das immer deutlicher sich bemerkbar machende Gefühl des Alterns. Dadurch kommt es zu Konflikten, zu Änderungen des Charakters, zu traurigen Verstimmungen. Kalte Frauen werden leidenschaftlich, homosexuelle Impulse die auch *Hoche* beim alternden Manne erwähnt, Eifersucht auf die Tochter, treten hervor. Aus diesem Dilemma zwischen Wünschen und organischem Versagen entsteht die „Flucht in die Krankheit“, oder in Frömmigkeit, auch nicht selten Übertritte in andere Konfessionen. Gemeint sind wohl meist nur Neurosen auf „psychogener“ Grundlage bei Prädisponierten. Anders dringt die *Strukturanalyse* in den schwierigen Zusammenhang ein. *Birnbaum* unterscheidet in seiner Abhandlung über den „Aufbau der Psychose“ krankheitsverursachende, von ihm pathogenetisch genannte und krankheitsgestaltende, „pathoplastische“ Faktoren. Dazu kämen als „Hilfsmomente“ prädisponierende, präformierende und provozierende Faktoren hinzu. Durch diese „Polymorphie“ der Aufbauprodukte erkläre sich zwanglos die Vielgestaltigkeit der Psychosen. Bei dem manisch-depressiven Irresein besteht eine „labile thymopathische Konstitution mit endogener cyclischer Ausschlagstendenz“. Im allgemeinen sind diese Formen „pathogen-konstitutiv“ festgelegt. Anders ist es bei den Psychosen des Rückbildungsalters. Hier ist das „Involutionsmoment mobilisierend“. Die „involutions-organischen Einschläge“, die exogenen Faktoren anderer Autoren, wie Angst, delirante und Benommenheitszustände, halluzinatorische Erregungen, die auf cerebrale Schädigungen zurückzuführen sind, bewirken eine Verlaufsveränderung und damit eine „Erschwerung der nosologischen Einordnung“. *Birnbaum* kommt auf Grund seiner Lehre zu dem Schluß, daß der Verlauf und das Symptomenbild einer Psychose weniger wichtig sei als ihr Aufbau. Wörtlich sagt er: „Hätte man das immer gedacht, wäre im Streit: „Involutionsmelancholie oder manisch-depressives Irresein“ weniger Tinte geflossen.“ Der Niederschlag des „Involutionsfaktors“ sei das Syndrom der agitierten Angst oder der nihilistischen Wahnideen. Das Alter wirke pathoplastisch. Bei der Involution sei die Aktivität herabgesetzt, dazu käme die schon früher von anderer Seite erwähnte Selbstempfindung der einsetzenden seelischen und körperlichen Insuffizienz als Gestaltungsfaktor für depressive und hypochondrische Syndrome. Die regressive Hirnveränderung führe zum Angstaffekt. Die „Selbstentwertung“, besonders auf sexuellem Gebiet, bewirke eine Wahnbildung mit Mißtrauen und Eifersuchtsideen. Durch das Alter würden funktionell-psychopathische Symptome abgeschwächt, der Verlauf „verschleppt“ und die „Affektivität verflacht“

werden. Dazu kämen noch andere gestaltende Faktoren, wie Rassentypus, Charakter, körperliche Komponenten, Milieu und kulturelle wie zeitliche Faktoren. In diesem Sinne hat O. *Kant* kürzlich eine Reihe von Fällen „klimakterischer Psychosen“, wie er sie nannte, untersucht. Auch er vertritt den Standpunkt, daß die besondere psychische Situation in der sich jede Frau im Klimakterium befindet, nämlich „der polare Gegensatz zwischen Leistung und Bedürfnis“ zu einer „intrapsychischen Spannung“ führt, die wiederum eine pathologische Reaktion, Todesangst und andere Veränderungen hervorruft. Das Leitmotiv des Klimakteriums als psychopathologische Situation aufgefaßt, sei „Angst um ein verlorenes Leben“. *Kant* kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß sich klinisch eine innere Unruhe bei ängstlicher Färbung, ein protahierter Verlauf, aber ohne Persönlichkeitszerfall zeige. Organische Symptome seien nicht vorhanden. Strukturanalytisch zeigen sich in der prämorbiden Persönlichkeit Empfindlichkeit, eine allgemeine psycho-sexuelle Schwäche und präklimakterische Enttäuschungen. Dazu kämen die biologischen und psychologischen Wirkungen des Klimakteriums. Die endokrine Umwandlung, die Triebsteigerung und die Störungen des Gefäß- wie des vegetativen Systems führen zu Angstmechanismen und Hypochondrie. Ferner zeige sich psycho-pathologisch das Gefühl des Absterbens, das zu schwersten Konflikten führt. Zusammenfassend findet *Kant* auf dem Boden eines ängstlichen Grundcharakters den Aufbau aus einer bestimmten Persönlichkeit, einer spezifischen Lebenssituation und der spezifischen Wirkung des Klimakteriums, so daß eine Trias konstant resultiert, die aus der Persönlichkeitsstruktur, der Situation und dem Klimakterium sich zusammensetzt. „Der Angstmechanismus mit starker innerer Unruhe ist der klinische Mittelpunkt“, ist je nach Konstitution und psychischer Situation variiert. Es finden sich fließende Übergänge nach allen Seiten, andere Erkrankungen, die zufällig im Klimakterium sich finden, werden entsprechend gefärbt. Dieses Ergebnis der Untersuchungen *Kants* zeigt uns aufs deutlichste den modernen Standpunkt in der Psychiatrie. In dieser neuen Forschungsrichtung wird nach ätiologischen Faktoren gesucht und durch Betrachtung der konstitutionellen, erbbiologischen, prädisponierenden und auslösenden Faktoren ein genaues Bild des Kranken gegeben, das uns nicht selten mehr zu geben vermag als die auch noch so meisterhafte Schilderung des Zustandsbildes. Die Symptomenbilder sind vielgestaltig und an sich in keiner Weise nach irgend einer Richtung beweisend. Die Erkenntnis der Vielgestaltigkeit der meisten Psychosen hat ermöglicht, gerade bei den Psychosen des Rückbildungsalters die zusammenwirkenden Krankheitsursachen, die, kurz gesagt, aus endogenen und exogenen Komponenten zusammengesetzt sind, genau zu betrachten und damit auf diesem Gebiet überhaupt neue Tatsachen zu sammeln. *Kryspin-Exner*, der auch eine Reihe von

einschlägigen Fällen untersucht hat — es handelt sich bei ihm um männliche Kranke! — fand, daß eine einheitliche Unterbringung in einer bestimmten Krankheitsgruppe nicht möglich sei. Die Bilder seien häufig kompliziert, ätiologisch seien Aufschlüsse nicht vorhanden. Die depressiv-paranoiden Bilder überwiegen, doch variieren seine Fälle zwischen der selbständigen Phase einer Involutionsmelancholie, dem Beginn einer Involutionsparaphrenie, der 1. Phase in einem zirkulären Verlauf mit paranoischen Einschlägen und dem 1. Schub einer Spätkatatonie. Nach *Kehrers* Ansicht ist die Untersuchung nicht genau genug, so daß dadurch das negative Ergebnis zu erklären sei. Besonders auf die eigentümliche starre Haltung, die in mancher Beziehung an die Paralysis agitans erinnert, machte *Medow* aufmerksam, er glaubte, eine neue Krankheitsbezeichnung „erstarrende Rückbildungsdepression“ zu den zahlreichen, schon existierenden hinzufügen zu müssen. Wie weit es sich bei seiner Form um arteriosklerotische Prozesse handelt, läßt sich aus seiner Darstellung nicht ersehen. Er betont zwar, daß eine „ausgesprochene“ Arteriosklerose nicht vorhanden sei, jedoch dürfte damit die Frage durchaus nicht geklärt sein. Diese Arbeit sei hier nur erwähnt, um zu zeigen, wie auch noch in letzter Zeit eine dauernd wachsende Zahl angeblich neu entdeckter stets voneinander verschiedener Krankheitsbilder geschildert werden. Daher bezeichnete, wie bereits oben erwähnt, *Kehrer* das Kapitel des präsenilen Irreseins als das „Klärungsbecken mancher Krankheitsbilder“.

Ehe wir auf die Behandlung der im Klimakterium auftretenden psychogenen Zustände eingehen, möchten wir noch eines interessanten Versuches gedenken, der sich gerade in diesem Fall leicht ausführen läßt, der *Röntgenkastration* und des Verhältnisses der danach auftretenden psychischen Veränderungen zu denen des normalen Klimakteriums. *Witzleben* untersuchte kürzlich eine größere Anzahl röntgenkastrierter Fälle, die eine deutliche Neigung zu psychischen Veränderungen zeigten. Es können nach der Kastration ähnlich wie sonst im Klimakterium Psychosen auftreten, die teilweise amentiaähnlichen Eindruck machen, teilweise mit ängstlicher Verstimmung und Wahnideen einhergehen. Auch hierbei glaubt er besonderen Wert auf den expansiv-depressiven Mischaffekt legen zu müssen. Vorsicht bei Röntgenkastration ist daher geboten. Auch *Bumke* macht darauf aufmerksam, daß im künstlich herbeigeführten Klimakterium ähnliche Veränderungen sich zeigen wie im natürlichen, so daß er gerade auch daraus den pathogenetischen Zusammenhang erschließen zu müssen glaubt.

Die *psychogenen Veränderungen im Klimakterium* werden im allgemeinen recht stiefmütterlich behandelt, obwohl sie einen ungeheuer großen Prozentsatz der kranken Frauen ausmachen. Abgesehen von den *Freud*-Anhängern, die oft von klimakterischen Neurosen sprechen, ist die Literatur verschwindend gering gegenüber der über die anderen

Krankheitsformen. Die Tatsache, daß gewisse Frauen im Klimakterium in besonderer Weise psychogen-hypochondrisch reagieren, im wesentlichen nur in gradueller Weise das übersteigen, was im allgemeinen als „normale“ Reaktion noch angesehen werden kann, ist von jeher bekannt. *Krafft-Ebing* macht darauf bereits schön aufmerksam, wie oben in anderem Zusammenhang erwähnt wurde. *Bumke* erwähnt „hysterische“ Veränderungen, die durch das Klimakterium begünstigt in dieser Zeit an Zahl zunehmen und sich in Zwangszuständen und Angst äußern. *Rosenfeld* betont, daß bei den von Haus aus Hysterischen in dieser Zeit die psychopathischen Züge hervortreten und erinnert an die Schwierigkeiten in bezug auf die Geschäftsfähigkeit. Unberücksichtigt in der Literatur ist die Frage der Invaliditätsbegutachtung im Klimakterium, mit der sich Verfasser in einer anderen Arbeit ausführlich beschäftigt hat, auf die hier nicht näher eingegangen zu werden braucht.

Zum Schluß der Übersicht über die einschlägige Literatur sei auch kurz der *Behandlung* gedacht. Wenn wir tatsächlich annehmen wollen, daß das Klimakterium die Ursache für die Psychose dieses Lebensalters sei — eine Meinung, die eigentlich von allen Autoren abgelehnt wird — so wäre es möglich, durch Beseitigung der Übergangszeit die Krankheit zu beseitigen oder durch Abwarten ungefähr dasselbe zu erreichen, da anzunehmen wäre, daß am Ende aller damit zusammenhängender Beschwerden die psychische Störung auch beseitigt wäre. Wir wissen aber, daß durch Beschleunigung des normalen Involutionsprozesses der Genitalorgane keine Besserung zu erzielen ist, wie wir an den Untersuchungen an Röntgenkastrierten wissen. Mitunter kann eine Beschleunigung bei sonst Gesunden noch schädlich wirken. Es bleibt also nur eine symptomatische Behandlung übrig. Zur Behandlung der Klimakterischen sind eine Unzahl von Präparaten empfohlen worden. *Halban* riet zu Klimason, *Heddaus* Klimakton, *Lehmann* Ovotransanon oder beim „Climacterium virile“ Hodenpräparate und vieles andere. Außerdem versuchte man die gestörte Drüsenfunktion der Thyreoidea und Hypophyse durch Bestrahlungen günstig zu beeinflussen. *Altmann* und *Prochownik* wollen dabei gute Erfolge erzielt haben. Andere Autoren empfahlen Aderlässe (*Pribram*). Im ganzen genommen sind die Erfolge zweifelhaft, zumal meist die Psychose nicht aufhört, wenn die üblichen klimakterischen Beschwerden beseitigt sind.

Zusammenfassend muß man sagen, daß ziemlich alle Autoren darin übereinstimmen, daß im Klimakterium und in der Involution psychische Veränderungen auftreten können, die in einem Zusammenhang mit der Veränderung des Ovariums stehen. Die Frage nach der Existenz einer spezifischen klimakterischen Psychose ist durch die neuere Auffassung über psychiatrische Diagnostik „gegenstandslos“ geworden, wie schon *Hoche* früher betonte. Die *Birnbaumsche* Strukturanalyse und die mehrdimensionale Diagnostik *Kretschmers* geben uns neue Gesichtspunkte

der Untersuchung und Erkennung der Fälle. Trotz allem überwiegen 3 verschiedene Krankheitsgruppen oder besser gesagt Symptomenkomplexe, die depressiven Verstimmungen, die paranoischen und paranoiden Bilder und die psychogenen Reaktionen. Alle 3 Formen gehen ineinander über, haben auch fließende Übergänge zu den „großen Töpfen“, der manisch-depressiven Psychose und der Dementia praecox, sind aber doch im einzelnen durch vieles für die Zeit Charakteristische ausgezeichnet, so daß sie in seltenen reinen Fällen einen gewissen Anspruch auf eine selbständige Stellung in der Klassifikation der Psychosen erheben können. Einig sind sich wohl die Autoren auch darin, daß gerade die Erkrankungen des Rückbildungsalters, aber besonders der klimakterischen und involutiven Zeit, endogene und exogene Faktoren in sich vereinen und sich dadurch je nach der Art der Mischung die verschiedensten Formen, was Symptomenbilder, Verlauf und Prognose betrifft, ergeben. Dabei ist es an sich für diese Beurteilung weniger wichtig und zur Zeit noch nicht zu entscheiden, ob die exogenen Faktoren wie nach der Ansicht von *Seelert* hirnatriphische Prozesse im Sinne der Arteriosklerose sind oder wie nach anderen Autoren durch das Absterben des Ovars in seiner Eigenschaft als endokrine Drüse entstehen. Wahrscheinlich ist die Störung im endokrinen System ähnlich wie zur Zeit der Entstehung der Ovarialfunktion während der Pubertät, in der auch Hirnveränderungen zustande kommen, die in besonders prädisponierten Fällen zu Psychosen führen. Interessant ist besonders die Psychose, die nur in der Zeit der Pubertät und des Klimakteriums in 2 Schüben auftritt und damit deutlich die wichtige Rolle des Aufbaues und des Abbaues der Keimdrüsen bei der Entstehung der Psychosen zeigt.

Eigene Beobachtungen.

Im folgenden sollen an Hand von Beobachtungen zahlreicher Fälle die einzelnen Fragen untersucht werden, die im 1. Teil aufgeworfen wurden. Es handelt sich dabei nur um solche Fälle, bei denen das Klimakterium wenigstens zeitlich eine Rolle spielt, und wo eine andere exogene Ursache für die Erkrankung nicht in Frage kommt. Erkrankungen organischer Natur sind ausgeschlossen worden, mit Ausnahme derjenigen unklaren Fälle präseniler Veränderungen, bei denen eine Scheidung zwischen dem Einfluß klimakterischer und anderer involutiver Einflüsse, wie Arteriosklerose oder Senium, unmöglich ist und bei denen das Klimakterium in den Beginn der Erkrankung zeitlich hineinreicht.

Unter den mehr als 200 selbstbeobachteten Fällen einschlägiger Art sind die verschiedensten psychischen Symptomenkomplexe und den Krankheitseinheiten ähnlichen Bilder vertreten, so daß wir hier auf eine erhebliche Schwierigkeit bei der Einteilung stoßen. Es sind zwei Möglichkeiten bei der Betrachtungsweise. Entweder bleiben wir bei der älteren

Methode der Einteilung in Krankheitseinheiten, oder wir schließen uns der neueren Ansicht an, die die Krankheitsstruktur betrachtet und mehr auf eine Diagnostik von verschiedenen Seiten in jedem einzelnen Fall Wert legt als darauf, Diagnosen zu stellen und bestimmte Namen für Wiederholungen bestimmter Bilder zu geben. Bei dieser Art der Betrachtung müssen wir hier auf jede Einteilung verzichten und in jedem einzelnen Falle die konstitutionellen, die durch die Lebenssituation bedingten und die klimakterischen Faktoren betrachten und könnten dann an Hand einer großen Reihenuntersuchung im besten Fall das Gemeinsame und das Verschiedene der einzelnen Fälle herausschälen. Daß diese Methode die von *O. Kant* (s. o.) bei im Klimakterium auftretenden psychischen Veränderungen nach eingehendster Untersuchung und dem Versuch einer psychologischen Analyse durchgeführt wurde, für die gesamte psychiatrische Betrachtungsweise und Diagnostik ausreichend ist, muß bezweifelt werden. Sie bedeutet die Auflösung aller mühsam errungenen psychiatrischen Diagnostik in eine Einzelanalyse der Fälle die sehr verlockend aussieht, schließlich aber auch nicht mehr sagt, als schon von jeher bekannt war, daß die Konstitution und die prämorbidie Persönlichkeitsentwicklung bei der Färbung von Bedeutung ist. Mehr kann kaum daraus geschlossen werden. Der dritte dabei in Frage kommende Faktor, das Klimakterium, bedeutet auch nur, daß in dieser Zeit Psychosen häufig sind und eine bestimmte Färbung haben, die durch die besonderen biologischen und psychologischen Momente des Klimakteriums bedingt sind. Diese Untersuchungs- und Betrachtungsmethode ist bedeutungsvoll bei dem Versuch, die Frage zu klären, warum eine bestimmte Art psychischer Erkrankung in bestimmten Situationen und bei bestimmten Konstitutionen auftritt. Als einzige Betrachtungsweise psychischer Erkrankungen muß sie vorläufig abgelehnt werden, wenn auch nicht die andere Methode, Krankheitseinheiten mit bestimmten Namen zu belegen und sich damit zu begnügen als vollauf befriedigend angesehen werden kann. Wenn man aber, wie es in dieser Arbeit beabsichtigt ist, ganz allgemein die Frage behandelt, welche psychischen Erkrankungsformen in einem bestimmten Lebensalter in der Zeit einer bestimmten körperlichen Umwälzung vorzugsweise auftreten, kann man sich nicht allein mit der Betrachtung und Analyse einzelner besonders ausgesuchter und für solche Untersuchungsmethode geeigneter Fälle begnügen, sondern muß sich an die Symptomenbilder halten, die in dieser Zeit besonders häufig wiederzukehren pflegen. Es wird notwendig sein, an Hand dieser Symptomenbilder geschlossene Krankheitseinheiten zu finden, wenn auch die Betrachtung der einzelnen Faktoren, der hereditären, der konstitutionellen, prämorbidien, lebensepisodischen, psychogen-exogenen und klimakterischen Faktoren in ihrem Einfluß und ihrem Zusammenwirken nicht vernachlässigt werden soll. Es wird demnach eine Kombination

beider scheinbar so feindlich sich gegenüberstehender Untersuchungsrichtungen unserer Betrachtung zugrunde gelegt werden, wie auch von *Kretschmer* betont wurde, der den „Kassandraruf“ *Hoches „Zurück zum Symptomenkomplex“* ablehnte und eine vielgestaltige Betrachtung der Psychose verlangte. Ob es möglich ist, im Klimakterium und in der Involution von bestimmten Krankheitseinheiten zu sprechen, wird am Schluß zusammenfassend zu betrachten sein. Hier muß nur gesagt werden, daß wir eine Einteilung unserer Untersuchungen so vornehmen, als wenn eine Einteilung der Krankheitsfälle in diesem Lebensabschnitt möglich wäre. Im einzelnen werden wir den Methoden moderner psychiatrischer Forschung, wie sie von *Kretschmer* und *Birnbaum* vorgeschlagen wurde, folgen und hoffen, dadurch am tiefsten in diese schwierige Materie eindringen zu können.

Unsere Einteilung muß naturgemäß von den 3 Hauptgruppen ausgehen, die sich wie ein roter Faden durch die Literatur ziehen, den *depressiven*, *paranoiden* und *hypochondrisch-psychogenen* Zuständen. Darüber hinaus finden sich, abgesehen von fließenden Übergängen zwischen diesen Hauptgruppen, noch andere seltenere Bilder, die schizophrenieähnlich erscheinen, oder wie organische Erkrankungen verlaufen, ohne daß eine organische Ursache zu finden ist. Schließlich können auch die Erkrankungen nicht unerwähnt bleiben, bei denen es sich entweder um Wiederaufflackern früherer Schübe oder Phasen handelt, bei denen das Klimakterium eine sicher nur „provozierende“ Rolle spielt, oder um den Beginn von Psychosen, die durch nichts von denen anderer Lebensalter zu unterscheiden sind. Außerdem läßt es sich nicht vermeiden, kurz auf andere involutive Prozesse einzugehen, die ebenfalls in diese Zeit fallen und bei denen arteriosklerotische Veränderungen mithineinspielen und möglicherweise den Hauptteil der Erkrankungsursache ausmachen. Wenn aber die Arteriosklerose weder allgemein-somatisch nachzuweisen ist, noch mit Sicherheit aus dem psychischen Prozeß geschlossen werden kann, muß damit gerechnet werden, daß das Klimakterium einen nicht zu unterschätzenden Einfluß ausübt, so daß die Hineinbeziehung dieser übrigens nicht häufigen Fälle in unsere Betrachtung berechtigt erscheint.

A. Die Depressionen im Klimakterium.

Beginnen wir mit der häufigsten Veränderung des Klimakteriums die sich schon beim „Normalen“ im kleinen andeutet, der traurigen Verstimmung. Hierbei sollen in diesem Abschnitt diejenigen Fälle von Verstimmung nicht behandelt werden, bei denen die Depressionen als Reaktionen auf bestimmte seelische Erlebnisse aufzufassen sind oder bei denen Wunschkomplexe vorhanden sind, die man im allgemeinen reaktive Depressionen zu nennen pflegt. Diese werden in der Gruppe der „hypochondrisch-psychogenen“ behandelt werden. In diesem Teil

kommen in erster Linie die erstmalig im Klimakterium, d. h. im Präklimakterium, sowie im Postklimakterium (im *Halbanschen* [s. o.] Sinne) auftretenden Erkrankungen in Frage, in zweiter Linie diejenigen Fälle, bei denen es sich um eine erneute Phase des manisch-depressiven Irreseins handelt und schließlich diejenigen depressiven Veränderungen des Präseniums, bei denen die Beteiligung des Klimakteriums ungeklärt ist, vielmehr involutive Prozesse von entscheidender Bedeutung sind. Die Fälle, bei denen aus depressiven Anfängen sich paranoische oder psychotische Bilder entwickeln, werden in den entsprechenden Kapiteln behandelt.

Aus der großen Zahl dieser Fälle, die etwa $\frac{1}{3}$ aller psychischen Veränderungen im Klimakterium ausmachen, können naturgemäß nur einige Fälle genauer betrachtet werden.

1. Erstmalig auftretende Depressionen im Klimakterium.

Fall 1. Elise St., 56 Jahre. Noch immer unregelmäßige Blutungen.

Patientin ist illegitimes Kind, Mutter starb im hohen Alter im Siechenhaus, nachdem sie völlig verblödet war. Vorher auch ähnlich traurig. Patientin besuchte eine Volksschule, kam nur bis zur 2. Klasse, lernte sehr schwer. Hat eine traurige Jugend durchgemacht, mußte schon während der Schulzeit schwer arbeiten und Geld verdienen, konnte daher wenig in die Schule gehen. Wurde bei einer Waschfrau erzogen. Ging sofort nach der Schulentlassung in Stellung. Erste Heirat schon mit jungen Jahren. Mann starb nach $1\frac{1}{2}$ Jahren an Gehirnvereiterung, hatte keine Kinder aus dieser Ehe. Heirat zum zweitenmal 1905, Mann ist gesund, 10 Jahre jünger, Ehe wird von beiden Seiten als gut bezeichnet. Sie soll stets „nervös“ gewesen sein, immer vergeßlich und zerstreut, hatte ständig Klagen über Kopfschmerzen und Schwäche, konnte nur wenig arbeiten, nur die Wirtschaft zur Not versorgen. Als der Mann im Kriege war, soll sie ihre Sachen allmählich verkauft und das ersparte Geld aufgebraucht haben. Vor der Heirat hatte sie mehrere Kinder, die sämtlich starben. Ebenso starben beide Kinder aus der zweiten Ehe.

Psychische Veränderung wesentlicher Art hat sich seit dem Beginn der „Wechseljahre“, die bei ihr ziemlich spät auftraten, bemerkbar gemacht. Seit August 1927 schlief sie nur sehr wenig, ab fast nichts, behauptete, keinen Appetit zu haben. Sprach schon längere Zeit vorher — im ganzen etwa 1 Jahr lang vor der Aufnahme — davon, daß sie sich das Leben nehmen wolle, wollte ins Wasser gehen, wollte sich vergiften. Der Ehemann hat ihre Äußerungen niemals ernst genommen. Jetzt am 6. 12. 27 plötzlich, ohne daß etwas Besonderes vorausgegangen wäre, Selbstmordversuch mit Gas, war etwa 3 Stunden bewußtlos. Wurde in der Klinik am 7. 12. 27 erstmalig aufgenommen: war ruhig, leidlich geordnet, vollkommen orientiert. Äußert eine große Zahl von allgemeinen Klagen körperlicher Art, über Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, aufsteigende Hitze, Appetitmangel und sei traurig und verzweifelt, weil sie immer krank sei. Außerdem habe sie viele Aufregungen und Ärger mit den Nachbarn, die sie aller möglichen Dinge wegen beschuldigten, die nicht wahr seien. Nach ihren Selbstmordabsichten befragt, hält sie zurück, meint, sie habe den Gasrahm vergessen zu schließen, weil sie gerade einen Schwindelanfall bekam, an dem sie öfter leide. Sie fühle sich einsam, ihre Mutter lebe nicht mehr, ihre Kinder seien tot, ihr Mann trinke manchmal und lasse sie viel allein. Ist im ganzen verlangsamt, hat auch Merkschwäche, zur Person gut orientiert, nur bei Zahlenangaben unsicher und ungenau. Hält stark zurück, dissimuliert deutlich, ist etwas ängstlich, hat viele hypochondrische Klagen, alle Äußerungen

sind depressiv gefärbt. Ist auf der Station ruhig und unauffällig, für sich, ziemlich wortkarg, ohne Initiative, muß zu allem, auch zum Aufstehen, angehalten werden. Kommt am 2. 1. 28 nach einer Anstat. Dort bis Februar, war dann kurze Zeit zu Hause, wo sie die Wirtschaft ganz gut besorgte, ging auch außer dem Hause arbeiten, übernahm Aufwartestellen. Anfang September 1928 wieder Verschlechterung. Inzwischen völlige Menopause. Arbeit nicht mehr, versieht ihre Wirtschaft nicht mehr, hat wieder Selbstmordabsichten, liegt den ganzen Tag im Bett, grübelt viel, ist sehr zerstreut, gibt auch unsinnige Antworten. Vergift sehr schnell, was sie gesprochen und was sich in ihrer Umgebung ereignet hat. Wollte den Gashahn öffnen oder sich mit Schlafmitteln vergiften. Wieder in der Klinik vom 11. 10. bis 15. 11. 28. Verzagt und traurig wie früher. Erklärt sich selbst für krank, ihre Nerven seien „hin“, sie sei im ganzen „kaputt“. Bittet, man solle ihr nicht übelnehmen, was sie täte, sie habe zu viel im Leben arbeiten müssen, sie könne nicht mehr weiter. Ist ängstlich und depressiv, hat hypochondrische Klagen. Bessert sich hier schnell, wird daher nach Hause entlassen. Somatisch: etwas dürtig, sonst o. B.

Hier entwickelt sich bei einer von Haus aus schwachsinnigen und von der Mutter belasteten Frau, die von frühester Kindheit an traurige Tage gesehen hat und schwer arbeiten mußte, in der Zeit des Klimakteriums, das spät auftritt, eine Depression mit Selbstmordgedanken, Verzagtheit, Angst, Unruhe und Vereinsamungsgefühlen zugleich mit hypochondrischen Klagen, die ebenso wie die Selbstmordgedanken schon lange vorher sich bemerkbar machten, ehe die Erkrankung zum Ausbruch kam. Die Depression flackerte nach einer ganz kurzen Remission wieder auf, um dann nach einer Gesamtdauer von etwa einem Jahr wieder ganz abzuklingen. Es kommen bei ihr noch deutlich präsenile Züge hinzu, wie auch manche Zeichen auf arteriosklerotischer Veränderungen hindeuten. Als ganz rein kann dieses Bild demnach nicht bezeichnet werden. Die Depression jedoch hängt eng mit dem Klimakterium zusammen. Ein Leben voller Last und Arbeit hinter sich, versagt diese Frau in der Zeit des Klimakteriums, das biologisch eine so große Umwälzung bedeutet und psychologisch Konfliktstoffe schafft, wie *O. Kant* immer wieder mit Recht betont. Dazu kommt eine körperliche Verbrauchtheit, womit teilweise ihre Klagen über körperliche Beschwerden als begründet angesehen werden müssen und eine ungünstige Lebenssituation, die zu den Vereinsamungsgefühlen und dem allgemeinen Unbefriedigtsein führen muß. Im Hintergrund steht ferner die Furcht vor dem nahenden Alter, das sich in vielem bei ihr bemerkbar macht, das um so gefährlicher für sie ist, weil ihr Mann 10 Jahre jünger ist und sich auf die Dauer mit dieser alten und verbrauchten Frau unter Umständen nicht zufrieden geben wird. Bisher hat er wegen ihrer ewigen Klagen und Krankheiten und ihrer trüben Stimmung Trost im Alkoholmißbrauch gesucht. Konfliktstoffe sind bei dieser Frau auch ohne Klimakterium und ohne Präsenium genügend vorhanden. Ihre Primitivität und ihr relativer Schwachsinn haben bisher zusammen mit dem Mangel an Zeit einen seelischen Konflikt nicht aufkommen lassen, erst das Klimakterium hat psychische Mechanismen in Bewegung gesetzt,

die zu dem Gesamtbild dieser depressiven, ängstlich und vor allem hypochondrisch gefärbten psychischen Erkrankung führten.

Fall 2b. Marthe R., 50 Jahre. Menopause 1927/28. Ein Bruder der Patientin war in der hiesigen Klinik in Behandlung. Diagnose: Manisch-depressiv und Alkohol. Sonst in der Familie keine Besonderheiten. Alles korpulente Menschen. In der Schule hat sie gut gelernt, war zu Hause, hatte keinen Beruf, heiratete mit 23 Jahren, Ehe war immer sehr gut, Mann sehr gutmütig, früher sehr wohlhabend, Brauereibesitzer, jetzt erheblich ärmer, aber noch immer gut situiert. War immer etwas unzufrieden, obwohl kein faßbarer Grund vorhanden war. Hatte ab und zu Gallensteinfälle, die aber gut vorübergingen. Patient war manchmal sehr lustig, aber nicht übertrieben, auch nicht ohne Grund. Meist nörgelte sie an allem herum, nichts gefiel ihr. In der letzten Zeit Schwierigkeiten mit dem Schwiegersohn, der ungünstig gewirtschaftet hatte. Patientin half ihrer Tochter noch im Januar 1919 gut, wurde dann aber unruhig, wimmerte viel, warf sich auch auf den Boden und schrie, sprach von Selbstmord. Hier zum erstenmal vom 7. 2. — 9. 3. 29. Stöhnte und jammerte viel, behauptete, ihre Tochter habe einen Verbrecher geheiratet, ihr Mann sei auch mithineingezogen worden, alles sei verloren. Wiederholt ständig Bemerkungen, wie „alles ist aus“. Wechsel seien gefälscht, sie habe alles verloren, kein Mensch könne ihr mehr helfen. Furchtbare Schande sei über sie gekommen, ihr Mann käme ins Gefängnis, sie könne nicht mehr weiter leben. „Wir sind alle Bettler“, auch in der Klinik könne sie es nicht bezahlen. Sie habe zwar immer dazu geneigt, alles schwarz anzusehen, aber jetzt wisse sie die volle Wahrheit und sehe die Dinge, wie sie wirklich sind. Macht sich unter Weinen und Jammern bei der Exploration Vorwürfe, meint, das Ausfragen stehe mit dem Gericht in Zusammenhang. Starke motorische Unruhe, springt oft auf, läuft hin und her. Wiederholt immer dasselbe. Ist, soweit sie sich ablenken läßt, vollkommen orientiert und intellektuell ziemlich hochstehend. Wird später etwas freier, dissimuliert deutlich, um nach Hause zu kommen. Ausgesprochener Kleinheits- und Versündigungswahn bleibt bestehen. Wird am 9. 3. versuchsweise nach Hause entlassen.

Somatisch: pyknisch. Adipositas. Blutdruck 150, sonst o. B. Zu Hause bald wieder sehr unruhig, äußert Selbstmordgedanken, hält an ihren Ideen fest, obwohl kein Grund mehr zur Sorge vorhanden ist (Geschäft des Schwiegersohnes ist vollkommen saniert).

Ähnlich wie früher, nur noch erregter und ängstlicher, neue Wahnideen, die immer mehr in den Vordergrund treten. Man solle ihr nicht die Hand geben, denn sie sei eine Verbrecherin, sie solle in den nächsten Tagen verhaftet werden. Sagt stets bei der Visite mit geheimnisvoller Miene, man wisse ja Bescheid, man brauche sie nicht erst zu fragen, sie sei eine Verlorene. Schreckt bei jedem vorfahrenden Auto zusammen, meint, man komme sie zu holen. „Ich muß in den Kerker.“ Halluziniert auch schließlich viel, hört ihre Tochter und ihre Enkel sprechen, es müsse wohl durch einen „Apparat“ geschehen. Man rufe ihr zu, es werde ihr schlecht gehen. Man spräche über sie, man zeige auf sie mit Fingern. Ist innerlich sehr stark gespannt, reißt sich Haare aus, verändert sich immer mehr. Jeder Kontakt schließlich unmöglich. Steht ganz unter ihren Wahnideen und Sinnestäuschungen, die inhaltlich immer dieselben bleiben. Wird gegen Revers entlassen¹.

Hier entsteht bei einer zykllothym belasteten Frau, die zwar selbst keine ausgesprochenen Phasen hatte, aber doch sehr lustig sein konnte, meist nörgelig und unzufrieden war, und immer alles schwarz ansah und schwer nahm, eine schwere Depression im Klimakterium im Anschluß an äußere ungünstige Erlebnisse, die sie von vornherein viel schlimmer ansah als sie waren. Aus dieser Depression, die einem manisch-

¹ Anmerkung bei der Korrektur: Patientin endete kürzlich durch Suicid.

depressiven Mischzustand ähnelte, da eine sehr starke Unruhe im Vordergrund stand, entwickelte sich allmählich eine immer mehr zunehmende Verwirrtheit mit einer Fülle von Wahnideen, zu denen sich Sinnesstörungen hinzugesellten. Das Sekundäre der Sinnesstörungen läßt sich hier sehr gut verfolgen. Lange bleibt noch alles depressiv gefärbt, bis die anfänglichen Dinge, sowohl die äußeren Erlebnisse, die den Anstoß gaben, wie auch die depressiven Gedanken in den Hintergrund treten und eine mit Wahnideen und Sinnesstörungen einhergehende Verwirrtheit resultiert, die mit dem Anfangsbild nur noch eine gewisse motorische Unruhe und depressive Grundstimmung gemeinsam hat. Konstitutionelle, lebensepisodische und involutive Faktoren wirken zusammen, um aus der anfänglich noch reaktiv anmutenden Depression eine unruhige wahnhafte Verwirrtheit entstehen zu lassen. Die abnorme Steigerung der ungünstige Verlauf und die Art dieser agitierten, ängstlich-ratlosen Melancholie ist wohl in erster Linie auf das Zusammentreffen so vieler ungünstiger pathogenetischer und pathoplastischer Faktoren zurückzuführen. Ein Beispiel für den Einfluß der involutiven Faktoren auf eine besonders Prädisponierte. Unzufriedenheit, Schwarzen, manisch-depressive in der Familie, wirtschaftliche Verluste, dazu der biologische Einfluß des Sistierens der Ovarialfunktion bedeutet eine so gewaltige gegenseitige Steigerung, daß ein besonders ungünstiges Bild entstehen muß, wie es hier geschehen ist. Der involutive Faktor läßt sich hier besonders leicht herausschälen.

Fall 3 c. Emilie H., Zimmermannsfrau, 53 Jahre. Abnorme Charaktere oder Geisteskrankheiten sind in der Familie angeblich nicht vorgekommen. Patientin besuchte eine Landschule, lernte leidlich, war als Kind unauffällig, half in der Wirtschaft der Eltern. Heirat mit 23 Jahren, Ehe gut, war ausgefüllt mit 12 Entbindungen, darunter mehreren sehr schweren. 8 Kinder leben, sind gesund, 4 sind klein gestorben. Keine Fehlgeburten. Hatte mit ihrem Mann viel Kummer und Sorgen, weil er trank und leichtsinnig war, außerdem oft untreu gewesen sein soll. Im Kriege ging es ihr besonders schlecht, sie mußte sich sehr einschränken, hatte zeitweise schwere wirtschaftliche Sorgen. Seit Sommer 1928 traten Unregelmäßigkeiten in der Menstruation ein, die allmählich zum völligen Aufhören führten. Seit dieser Zeit deutliche Verschlechterung, war angeblich magenkrank, ab so gut wie nichts, schlief schlecht, hatte zahlreiche Beschwerden, wie Brennen im Halse, wurde in der hiesigen medizinischen Universitätsklinik behandelt, wo sie sehr erregt und gespannt war und wegen eines Selbstmordversuches uns am 22. 2. 29 überwiesen wurde. Hier war sie stets sehr ängstlich, depressiv, jammerte und stöhnte ununterbrochen, fürchtete sich vor dem Tode, bat andauernd um Erleichterung. Körperlich: sehr elend, Schnittwunden an beiden Handgelenken. Äußert viele merkwürdige Ideen, stets ängstlichen Inhaltes. Glaubt, man werde sie anbinden und schlagen. Ihre Schmerzen schildert sie mit großer Ausführlichkeit, während sie sonst im Ganzen ziemlich zurückhaltend und wortkarg ist. Meint, ihre Schmerzen, die vom Kopf beginnen und über den Rücken zu den Unterleibsorganen ziehen, seien schlimmer, als wenn man aufs Schaffot gebracht werde und einem dort der Kopf abgehauen werde. Betont auch ihre heftige Angst, unter der sie leide. Fürchtet sich besonders vor einem „qualvollen Tode“, bittet um entsprechende Erleichterung und Abkürzung. Bei der Exploration gewisse motorische Unruhe

und starke innere Spannung. Wird am 7. 3. nach einer Anstalt überführt, wo sie bisher unverändert sich verhalten haben soll.

Bei dieser Frau, die eine recht traurige Ehe hinter sich hat und unter wirtschaftlichen Sorgen, der Untreue und Grobheit ihres Mannes und einer fast ununterbrochenen Kette von Entbindungen zu leiden hatte und die körperlich und seelisch vollkommen verbraucht ist, entwickelt sich im Klimakterium eine mit hypochondrischen Ideen beginnende, später mit großer Angst und trauriger Verstimmung einhergehende psychische Erkrankung, die auch im Verlauf sich ungünstig zeigt. Das Hineinziehen der vielen Leiden ihres Lebens in den jetzigen Zustand, die stark affektbetonte Schilderung ihres Lebensweges, der noch etwas übertrieben schwarz dargestellt wird, spricht für die engen Beziehungen der jetzigen Erkrankung zu den äußeren Geschehnissen ihres Lebens. Es ist bei dieser Frau eine gewisse Prädisposition für eine depressive Reaktion gegeben, es hat sich eine solche Fülle von Konfliktstoffen und von nicht abreagierten psychischen Traumen gestaut, daß bei der ersten dazu passenden Gelegenheit, wenn auch die seelische und körperliche Spann- und Widerstandskraft durchbrochen ist, die Katastrophe eintreten mußte. Diese Gelegenheit bietet sich besonders im Klimakterium, so daß der klimakterische Einfluß daran leicht zu erkennen ist.

Fall 4 d. Margarete B., Lehrerin, 47 Jahre.

Befindet sich zur Zeit im Klimakterium. Eine Schwester der Patientin in der Jugend zweimal schwermüdig gewesen, eine andere post partum $\frac{1}{2}$ Jahr schwermüdig.

Patientin war immer sehr gewissenhaft, vielleicht zu genau. Hatte ein heftiges Temperament, war schwer zu behandeln, äußerst empfindlich und stets pessimistisch. Im ganzen eine einfache Natur, stand in gutem Verhältnis zu ihrer Schwester, mit der sie zusammenlebte. Ist seit 27 Jahren Lehrerin an einer Mädchenschule, unterrichtete bis Ende Juni 1927, brach in der Schule plötzlich zusammen, behauptete, nicht mehr denken zu können. War kurz vorher bei einem Wohnungstausch besonders unschlüssig. Außerdem fürchtete sie, pensioniert zu werden, weil sie wegen Lungentuberkulose nicht mehr als dienstfähig angesehen wurde (Lungenleiden besteht seit dem 20. Lebensjahr). War erst einige Zeit in einem Krankenhaus, wo sie depressiv und hypochondrisch war, allmählich immer gereizter wurde. Da man zuerst an das Lungeneiden dachte, wurde es mit einer Heilstätte versucht, die sie nicht behalten konnte, weil sie zunehmend unruhiger und schlaflos wurde, schließlich einen Selbstmordversuch unternahm (wollte aus dem Fenster springen), so daß sie am 6. 8. 27 hier eingewiesen wurde.

Hier gleich sehr unglücklich, daß sie hierbleiben soll. Verweigert jede Antwort, ihr Kopf sei irr, sie habe alles vergessen. Bezeichnet sich selbst als verlorenen Menschen, meint, sie habe sich „gehen lassen“, es sei ihr alles zu schwer geworden. Es sei zuviel auf sie eingestürmt. Sei auch in der letzten Zeit in der Schule sehr unruhig gewesen, habe die Kinder nicht vertragen können. Plötzlich sei in der Klasse ihr Verstand weg gewesen. Alle möglichen Vorstellungen quälen sie, fürchte, den Verstand zu verlieren, es sei ihr so, als wenn sie hier in einem Kerker sei. Habe Furcht vor der Pensionierung, man habe ihr damit gedroht. Aus Furcht vor langem Leiden und vor materieller Not habe sie die Absicht gehabt, aus dem Fenster zu springen. Jetzt mache sie sich deshalb Vorwürfe, denn es sei doch Sünde gewesen. Bleibt dann bei ihren Versündigungs- und Kleinheitswahnideen, ist immer in Be-

wegung, geht oft in dem Korridor auf und ab, ist stets ängstlich-agitiert, weint und jammert viel. Ist schlecht. Meist sehr unzugänglich.

Somatisch: Lungentuberkulose. Wird allmählich immer ratloser und ängstlicher, macht sich dauernd Selbstvorwürfe, spricht von einer sexuellen Befleckung, glaubt sich in der Gewalt des Teufels, der hier in mancherlei Gestalt vorhanden sei, es sei ihr auch so gewesen, als wenn er um die Ecke verschwunden sei. Glaubt sich einige Tage später selbst vom Teufel besessen. Macht sich Vorwürfe, daß sie schlecht gebeichtet, manches verschwiegen habe. Steigert sich immer mehr in ihre Selbstschuldigungen, wird erregter, ist nicht mehr im Bett zu halten. Verlangt sofortige Operation, da Blase und Darm krank seien und nicht mehr funktionieren. Sie beginne schon zu verwesen, sie werde mit vollem Bewußtsein begraben und ähnliche Dinge werden Tag für Tag geäußert. Ob sie auch echte Halluzinationen hat, ist unsicher, es scheinen eher wahnhaftie Mißdeutungen zu sein. Beginnt allmählich jede Äußerung der Umgebung auf sich zu beziehen, fühlt sich zurückgesetzt, „mit Recht“!, veracht, verhöhnt. Schließlich kam ihr alles „merkwürdig“ vor, ihre Gedanken wurden von anderen Kranken mitgedacht, sie fühlte sich wie in der Hölle. Spricht mit großer innerer Erregung und Spannung, Gesichtsausdruck ist verzweifelt, Atmung ist schwer und stockend, stöhnt zwischen-durch tief und lange. Bei der ersten, sicher nur vorübergehenden Besserung, die noch durch Dissimulation gesteigert wird, holen die Angehörigen die Kranke gegen Revers aus der Klinik (10. 10. 27).

Hier liegen die Verhältnisse anders als in den bisherigen Fällen und es läßt sich nicht genau sagen, in welche Gruppe von Fällen diese Erkrankung gehört. Die Patientin ist hereditär wie prämorbid für eine depressive Erkrankung prädisponiert. Dazu kommt ein chronisches schweres Leiden, die Lungentuberkulose, die ihre ganze Spannkraft erforderte, wenn sie trotzdem ständig Dienst machen wollte. Als im Klimakterium die bekannten biologischen und psychologischen Veränderungen entstanden, war es klar, daß sich hier nur eine ängstlich agitierte Depression entwickeln konnte, die sich, wie auch hier im Anfang, mit der Hauptsorte, ihrer Krankheit, befassen mußte. Dazu kommt der Gedanke, daß sie nun nicht mehr imstande sei, wie bisher, der körperlichen Krankheit entgegen zu wirken und weiter arbeiten zu können. Dazu kam es zu den Verarmungsbefürchtungen. Wie die sexuellen Ideen und der Versündigungswahn entstanden ist, ist im einzelnen nicht nachgeprüft worden, obwohl es wohl kaum Schwierigkeiten gemacht hätte, hier alte Unbefriedigtheiten und Sexualkomplexe aufzudecken. Die Betonung der religiösen Dinge kann bei einer Katholikin nicht weiter verwundern, da sie durch die stärkere Beschäftigung mit der Kirche, durch die Beichte und die Bedrohung durch Kirchenstrafen und den Verlust der ewigen Seligkeit an sich schon genügend Konfliktstoff anzusammeln, Gelegenheit hatte. Eine besonders ausgeprägte Beschäftigung mit religiösen Dingen ist dabei niemals vorhanden gewesen. Interessant ist auch hier wieder, wo zahlreiche konstitutionelle, lebens-episodische Faktoren zu dem Klimakterium erschwerend hinzukommen, der überaus ungünstige Verlauf. Es entwickelt sich aus einer anfänglichen verständlichen depressiven Einstellung eine immer schwerer

werdende Melancholie mit stärkster Angst und Hypochondrie, Ver-sündigungs- und Kleinheitswahnideen, zu denen Selbstvorwürfe in sexueller und religiöser Art hinzukommen und schließlich sich echte Wahnideen und Sinnestäuschungen sekundärer Art hinzugesellen. Daß der Rahmen einer Depression im Klimakterium noch nicht überschritten war, geht wohl daraus hervor, daß der depressive Grundaffekt bestehen blieb, daß alles unter demselben ängstlichen hypochondrisch-depressiven Gesichtspunkt entstand und hervorgebracht wurde. Auf die gerade an diesem Fall besonders klar sich zeigende Besonderheit der klimakterischen Depression wird später zusammenfassend eingegangen werden.

Fall 5 e. Bertha N., 40 Jahre. Arbeiterfrau.

Unregelmäßigkeiten der Menstruation.

Bis auf eine Tochter, die hochgradig schwachsinnig ist, sind Geisteskrankheiten nicht in der Familie. Patientin besuchte eine Volksschule, lernte mäßig, war in Stellung als Dienstmädchen. Heirat mit 20 Jahren. Mann trank früher und war nicht immer treu. So hatte Patientin dadurch vor 8 Jahren einen großen Ärger, daß ihr Mann eine Alimentenklage hatte. Erfuhr es erst viel später, wollte sich von ihrem Mann trennen, beruhigte sich aber leidlich. Betont diese Erlebnisse sehr stark, meint, daß sie davon krank geworden sei und jetzt noch kranke. Die Menstruation sei in letzter Zeit unregelmäßig, manchmal falle die Regel aus, dann treten wieder starke Blutungen auf. Seitdem sei sie krank, könne nicht essen, nicht schlafen. Dauernde Klagen über Kopfschmerzen und Halsbeschwerden. Sprach vom Sterben, weinte viel, wollte aus dem Zuge springen, wollte den Kindern nichts zu essen geben. Versuchte auch mit einem Messer, ihren Mann anzugreifen. Zeigt überhaupt seitdem offensichtlich Haß gegen ihren Mann. Vernachlässigte die Wirtschaft, lag meist im Bett, gab viel Geld sinnlos aus. Hier am 22. 7. 29 Aufnahme: Ängstlich-depressiv, weinerlich und klagselig, Ärger mit dem Mann auch heute noch nach 8 Jahren, deutlich affektbetontes Erlebnis. Bleibt hier dauernd gleich, täglich neue Klagen, immer unzufrieden, beschwert sich heute, daß es zu laut sei, morgen, daß sie sich hier einsam fühle. Wiederholt immer, sie wolle nach Hause, fängt aber sofort vermehrt an zu klagen, als sie hört, daß sie nun ernstlich nach Hause kommen soll.

Somatisch: Sehr korpulent, angedeutet pyknisch, starke Hypertonie. Wird dann schließlich nach Hause entlassen.

Hier erscheint alles klar und einfach. Eine primitive Frau, die von Haus aus ziemlich schwach ist, die nie sehr glücklich verheiratet war und vor 8 Jahren ein schwerwiegendes Erlebnis in ihrer Ehe durchmachte, erkrankt im Klimakterium mit einer Depression, die viel reaktiv und hypochondrische Züge aufweist, sich aber doch soweit steigert, daß sie ihre Umgebung angreift, sich das Leben nehmen will und außerhalb der Anstalt nicht bleiben kann. Diese schwere Reaktion klingt bald ab, es bleibt eine nörgelnde, unzufriedene, hypochondrische Art zurück. Von einer eigentlichen reaktiven Depression kann man nicht sprechen, weder nach der Art der Erkrankung noch nach der langen Dauer zwischen Trauma und Reaktion. Erst das Hinzukommen des klimakterischen Faktors bewirkte eine Entladung der lange gestauten Spannung gegen ihren Mann. Daß damit nicht alles erklärt ist, geht aus der Schwere der Reaktion hervor, es spielen daneben auch die

endokrin-vegetativen Veränderungen, die das Klimakterium bewirkt, eine wichtige Rolle.

Fall 6 f. Bertha L., 55 Jahre. Seit einem Jahr Menopause. Unehelich. Alle Geschwister sollen „nervös“ sein. Besuchte eine Dorfschule, lernte gut, war dann auf dem Lande in Stellung. Heirat mit 24 Jahren, Ehe glücklich. Mann fleißig und ordentlich, 5 gesunde Kinder, keine Fehlgeburten. War oft aufgereggt, jähzörnig, gereizt, aber niemals ernstlich krank. Litt nur einmal vor 15 Jahren an „nervösen Beschwerden“ unklarer Art, war in vorübergehender Krankenhausbehandlung, war bald wieder ganz gesund. Seit Anfang Februar d. Js., bald nach der Menopause, allgemeine Klagen über Schmerzen im Kopf, hartnäckige Schlaflosigkeit, dauernde Kreuz- und Magenbeschwerden. Könne nicht mehr denken, alles sei trübe, habe an nichts mehr Freude. Hier am 8. 6. 29 Aufnahme. sehr ängstlich, weinerlich, hypochondrisch, jammert Tag und Nacht, bringt auf Befragen eine Fülle von Klagen und Beschwerden hervor. Macht recht einfältigen Eindruck. Meint, daß es jetzt so ähnlich wie vor 15 Jahren sei. Ist mit allem unzufrieden, meint, hier noch kräcker zu werden, als sie schon sei. Spricht monoton und leise. Stöhnt und jammert viel. Sicht ohne Hoffnung in die Zukunft. Ziemlich starke motorische Unruhe und innere Spannung. Wird schon nach wenigen Tagen (13. 6.) gegen Revers abgeholt.

Hier hat sich ohne besonderen Anlaß bei einer dafür disponierten Frau eine mehr hypochondrische Depression entwickelt, bei der ebenfalls wie bei den anderen, die Angst im Vordergrund steht. Besondere äußere Anlässe sind nicht bekannt. Die ängstlich-agitierte Färbung, die Unzufriedenheit, die Unruhe und Spannung, die Monotonie und Hypochondrie sind der Einfluß des Klimakteriums. Ob in der Anamnese schon einmal eine Depression gewesen ist, läßt sich nicht entscheiden, ist aber nach manchem anzunehmen. Sie war immer lebhaft, gereizt und erkrankte demnach im Klimakterium vielleicht zum zweiten Male mit einer Depression, diesmal allerdings ganz anderer Art.

Fall 7 g. Hedwig L., ohne Beruf, 40 Jahre. Menstruation unregelmäßig. Blutungen haben wesentlich nachgelassen.

Familienanamnese o. B. Patient war früher immer gesund. Lernte in der Volkschule gut, wurde Schneiderin und ernährte sich dadurch. War 6 Jahre verlobt, Verlobung ging Ostern 1928 auseinander. Anfang noch ruhig, änderte sich psychisch erst Anfang August 1928, wurde traurig verstimmt, machte einen Selbstmordversuch (wollte sich mit Gas vergiften). Behauptete bald danach merkwürdige Dinge, Magen und Darm seien ausgeblutet, fürchtete, ihre Angehörigen werden verarmen. Fühlte sich verfolgt und beobachtet. Soll 3 Wochen nicht gegessen haben. Schläft schlecht, sitzt nachts im Bett, spricht vor sich hin, wie: „Was habe ich getan, meine arme Mutter, meine armen Geschwister“, ... Wurde auch zuletzt plötzlich erregt, ließ sich nicht anfassen, sagte sie sei „zu schlecht“ dazu.

Hier am 12. 9. 28 Aufnahme: Somatisch: o. B. dysplastisch-asthenischer Mischtypus. Sehr ängstlich, widerstrebt, sieht sich ratlos um, klammert sich an, jammert fortgesetzt: „O Gott, Herr Dr., o Gott.“ Spricht viel vom Teufel, dem sie „gedient“ habe. Kommt Aufforderungen, wenn auch langsam, nach. Gibt auf Fragen nach den Personalien wie nach der örtlichen und zeitlichen Orientierung meist keine Antworten. Aus gelegentlichen Äußerungen geht hervor, daß sie vollkommen orientiert ist. Ist im übrigen monoton, wiederholt nur immer wieder, daß sie gesündigt habe und nicht verdiene, zu leben. Ist im übrigen ohne Spontaneität, liegt meist in autistischer Weise mit dem Kopf unter der Bettdecke, fängt sofort an zu weinen, wenn sie angesprochen wird. Wird in eine Anstalt überführt.

Bei dieser Frau entwickelt sich im Klimakterium bald nach einem psychischen Trauma eine Depression, die in eine vollkommene Erstarrung fast katatoner Art übergeht. Auch hier spielen äußere Momente neben dem klimakterischen involutiven Faktor eine Rolle. Eine besondere Prädisposition läßt sich weder aus der eigenen noch der Familienanamnese nachweisen.

Fall 8 h. Käte W., 43 Jahre, Geschäftsinhaberin. Menstruation seit $1/2$ Jahr unregelmäßig, zuletzt ausgeblieben.

Familienanamnese: Vater war sehr lebhaft, sprach viel, neigte zu Witzen und Lustigkeit, starb an einem Herzfehler, Mutter war sehr still, starb an Mammacarcinom. Eine Schwester gesund, findet Trost in ihren Kindern, empfindet nicht alles so schwer wie sie. Ältester Bruder immer etwas gereizt, wurde mit dem Studium nicht fertig. Ein Bruder ordentlich und fleißig, ein anderer leichtsinnig, treibt sich herum, ist zur Zeit verschollen. Patientin besuchte ein Lyceum, lernte mittelmäßig, war dann zu Hause bis zum Tode der Eltern. Hat etwas zu Hause und auch im väterlichen Geschäft geholfen. War immer etwas schwächlich und zart. Habe auch zeitweise in Röntgeninstituten und bei Ärzten gearbeitet, mußte aber wieder ins Geschäft zurück. In letzter Zeit war Patientin nervös, machte sich mit Recht Sorgen wegen schlechten Geschäftsganges und weil sie von einem Gläubiger hart bedrängt wurde. Klagte über Schlaflosigkeit, weinte viel, konnte sich mit den veränderten Verhältnissen nicht abfinden. Sprach eigentlich nur noch von Geschäft und von ihrer Zukunft, um die sie sich sehr sorgte. Sprach auch gelegentlich davon, daß sie sich das Leben nehmen wolle. 12. 10. 28. Plötzlich Klagen über schlechtes Sehen, Schwindelgefühl, wurde sehr unruhig, rief nach ihrer verstorbenen Mutter, konnte nicht mehr aufstehen, war völlig zusammengebrochen. Erbrach auch etwas. Gestand schließlich, daß sie am vorhergehenden Abend 5–6 Tabletten Curral genommen habe, um Ruhe zu finden. Wurde hier am 13. 10. 28 in etwas benommenem Zustand eingeliefert. Gibt an, daß sie das Curral genommen habe, um besser schlafen zu können. Es sei wohl etwas „zuviel“ gewesen. Kommt dann von selbst auf die geschäftlichen Sorgen zu sprechen. Ihre Schwester sei zwar ebenso betroffen wie sie, habe aber drei Kinder und finde darin Trost, während sie alles allein tragen müsse. Außerdem sei sie immer erregt, empfindlich und gereizt gewesen, habe alles schwer genommen und sich Sorgen gemacht. Neige auch von Jugend auf zu Traurigkeiten, habe immer viel geweint, war nie grundlos traurig und habe auch nie bestimmte Zeiten von trauriger Verstimmung gehabt. Viel Reden und Schimpfen liege ihr nicht, wenn man sie ärgere oder wenn sie sich über etwas, manchmal auch nur Kleinigkeiten, aufrege. Sie weine mehr still in sich hinein. Sei im ganzen still gewesen, spreche nicht viel. Sei auch wenig gesellig gewesen, obwohl sie vollkommene Einsamkeit nicht liebte. Ihr Zustand habe sich in der letzten Zeit verschlechtert. Das Leben kam ihr zwecklos vor, hatte keine Hoffnung mehr. Besondere körperliche Beschwerden hatte sie nicht, war nur elend und müde, wollte am liebsten immer schlafen, konnte es aber ohne Mittel nicht. Besonders nachts kamen die trüben Gedanken, meistens waren es Sorgen um das Geschäft und um ihre Zukunft. Wußte nicht, wo sie bleiben sollte. Es drängten sich immer dieselben Gedanken auf: „Was soll werden! Wovon soll ich leben!“ Ängstlich war sie nie, sah aber alles schwarz an. Somatisch: grazil, asthenisch, sonst o. B. Ist hier später sehr wechselnd, meist still für sich, aber auch vorübergehend lebensfroher, wird aber bald wieder unzufrieden, will nach Hause, sei gesund, fürchte für immer eingesperrt zu werden. Grübele immerfort. Wird bereits am 25. 10. von der uneinsichtigen Schwester gegen Revers abgeholt.

Bei diesem überaus charakteristischen Fall lassen sich ohne Schwierigkeiten die einzelnen Faktoren herausfinden, die zu dem jetzigen Zustand

führten. Die Frage muß nur unbeantwortet bleiben, welchem Faktor die Hauptrolle zuzubilligen ist. Die Patientin ist hereditär in verschiedener Richtung belastet. Psychopathische Züge, Vagabundenaturen, haltlose Charaktere, Polterer und stille In-sich-Gekehrte finden sich unter den Angehörigen. Ihre Charakteranlage war von jeher für hochgradige Empfindlichkeit und Neigung zu trauriger Verstimmung und zum Schwer-Nehmen typisch. Dazu kommt eine schwache Körperkonstitution und mehrfach körperliche Krankheiten. Trotz dieser hereditären Belastung und der Charakteranlage kann man früher von einer aufgetretenen psychischen Störung höheren Grades nichts finden. Im Gegenteil muß man sie als eine brauchbare und fleißige Frau ansehen, die trotz vieler Enttäuschungen (aus dem Beruf gedrängt, unverheiratet geblieben), im Gegensatz zu ihren Brüdern nie versagte, sondern stets pflichtgetreu arbeitete. Dabei hat sie sich stets unglücklich und verlassen gefühlt und vielleicht nicht ohne Neid auf glücklichere Geschwister gesehen. Die Katastrophe trat erst ein, als zwei schwerwiegende Faktoren zusammentrafen, der Zusammenbruch des Geschäftes, der sich allerdings schon länger hinzieht und das Klimakterium, das erst kurze Zeit besteht und scheinbar die letzte Entscheidung brachte. Die früheren prämorbiden Einflüsse, die letzten traurigen Erlebnisse und die Hoffnungslosigkeit, die das Erleben des Erlöschen der Geschlechtsfunktion mit sich bringt, sind in ihren Äußerungen immer wieder verarbeitet. Die Depression ist mittelschwer, aber doch über das Maß einer einfachen Reaktion auf das Erlebnis hinausgehend. Dazu kommt noch, daß sie aller Theatralik entbehrt und, was aus dem Rahmen der übrigen Fälle von „klimakterischer Depression“ herausfällt, wenig hypochondrische Züge aufweist. Die von *Kant* angegebene Trias läßt sich hier besonders gut verfolgen und in ihrer gegenseitigen Steigerung beobachten.

Fall 9 i. Klara R., 55 Jahre. Menopause vor 2 Jahren. Familienanamnese ohne Besonderheiten, nur eine Schwester soll vor dem Kriege unruhig und verwirrt gewesen sein, ist aber jetzt wieder gesund. Patientin hat in einer Volksschule schlecht gelernt, heiratet 1899, vertrug sich mit ihrem Manne gut. Hat 2 gesunde Kinder. War immer still, für sich, wenig für Geselligkeit, sehr zurückhaltend, etwas einsilbig, eigenartig, stets etwas traurig, nahm alles sehr schwer. Nie ernstlich krank. Jetzt seit etwa 2 Jahren, bald nach dem Tode ihres Mannes, etwa zur Zeit des Beginns der Wechseljahre unruhig und leicht erregt, konnte nicht schlafen, stand in der Nacht auf, lief unangekleidet herum, schrie und tobte zeitweise. Weinte auch viel. Bildet sich alle möglichen Sachen ein, so meinte sie ganz grundlos, daß ihr Sohn in Zwangserziehung komme. Glaubte es aus den Bemerkungen der Leute schließen zu müssen. Wurde auch aggressiv gegen ihre Schwester. Wollte das vom Vater Hinterlassene nicht mit den Geschwistern teilen. Zuletzt zunehmende Ängstlichkeit, wollte nicht allein bleiben, schrie und weinte fast dauernd. Hier am 22. 11. 27 aufgenommen. Weint und jammert fast ununterbrochen, gibt wenig zusammenhängende und geordnete Antworten. Bringt eine Fülle von körperlichen Klagen vor, alles sei „kaputt“, sie sei müde, aufgereggt, habe immerfort Angst, besonders davor, daß es ihrem Sohn schlecht gehe. Fürchte, daß man sie vom Hof verjage, weil sie schlecht sei. Knüpft dann Versündigungsideen an. Der Bruder wolle ver-

kaufen, sie müsse dann betteln gehen, denn auf die Straße könne sie nicht mehr. Sitzt bei der Exploration unruhig auf dem Stuhl, weint und jammert laut, unterbricht ihre Sätze mit Ausdrücken wie „o Gott, o Gott!“. Bittet auch die anwesende Schwester, sie solle ihr helfen. Auf die Frage, wie man ihr helfen solle, gibt sie keine Antwort, atmet nur laut pustend, ringt die Hände und stöhnt. Zittert am ganzen Körper, hat viele demonstrative und theatrale Züge, wenn sie auch im ganzen recht ängstlich und traurig verstimmt ist. Körperlich: hinfällig und elend. Auf der Station auch später keinerlei Änderungen, entlassen.

Hier entwickelt sich bei einer primitiven und von Haus aus schwachsinnigen Frau im Klimakterium bald nach dem Tode ihres Mannes eine Depression mit stark ängstlicher und hypochondrischer Färbung, nicht ganz frei von Theatralik, wobei wohl Invalidenrentenwünsche eine Rolle spielen. Manche Ideen, die stets einen depressiven und ängstlichen Inhalt haben, erinnern an Wahnsieden, beherrschen das Denken der Frau vollkommen und entbehren einer realen Grundlage. Es ist nur nicht ganz klar, ob sie selbst an diese Wahngebilde glaubt, oder ob sie solche mehr zwangsaartige Gedanken nur einfach hinredet und sich dadurch künstlich in eine immer größere Angst und Depression hineinsteigert. Bei der primitiven Frau ist auch die Reaktion auf die äußeren Verhältnisse, die ungünstig sind, und auf das Klimakterium mit seinem doppelten Einfluß als somatischer und psychischer Faktor primitiver und elementarer als bei den komplizierten Naturen die vorher beschrieben wurden.

Fall 10 k. Karoline R., 48 Jahre Maurerfrau.

Dezember 1927 Menopause. Familienanamnese o. B. Landschule besucht, Rechnen schwer gefallen, sonst leidlich gelernt, dann gleich in Stellung, Heirat mit 23 Jahren, Ehe wenig glücklich, Mann trinkt, 5 gesunde Kinder. Nach der Menopause im Dezember 1927 fühlte sie sich beunruhigt, befürchtet, sie werde krank und könnte sterben. Jammerte den ganzen Tag, sprach viel von Gott, betete viel. Wollte nachts immer aufstehen, es könne ihr doch keiner helfen, sie könne nicht stehen und nicht liegen. Wenn sie sich auf die Seite lege, befürchte sie, es falle alles heraus. Ab auch fast gar nichts. Das Essen habe ihr nicht geschmeckt. Nachts müßte jemand dauernd bei ihr wachen. War sehr ängstlich und weinte viel. Hier am 24. 1. 28 Aufnahme: äußerst ängstlich, zahlreiche hypochondrische Klagen teilweise phantastischen Inhalts. Habe ein „komisches leeres Gefühl“ in der Magengegend, ein Brennen im Unterleib, ein Kribbeln in den Beinen. Bete mehr als früher, weil sie den Tod fürchte. Sie wisse, daß sie sterben müsse, weil ihr „Nerv“ verletzt sei. Macht verlangsamten und schwerfälligen Eindruck. Ist später mit allem unzufrieden, beklagt sich über jede Behandlung. Spricht nur dauernd von ihrer Krankheit. Habe das Gefühl, nicht mehr besser zu werden. Bessert sich aber schließlich ziemlich schnell, wenn sie auch immer wieder leicht in ihre Klageseligkeit verfällt. Somatisch: o. B.

Hier entstehen im unmittelbaren Anschluß an die Menopause bei einer von Haus aus schwachsinnigen und im Leben wenig glücklichen Frau in erster Linie die hypochondrischen Ideen, die einen wahnhaften Charakter annehmen. Die Angst und die Depression macht einen mehr sekundären Eindruck, indem sie sich erst im Anschluß an die körperlichen Beschwerden entwickelt hat. So könnte es nach der Art der Verarbeitung durch die Patientin erscheinen. Es ist wohl außer Zweifel,

daß die Depression das Primäre ist und die hypochondrische Einstellung, die in diesem Alter übliche Färbung der Depression darstellt. Auch hier wieder eine äußerst primitive Reaktion einer Primitiven, die nicht imstande ist mit den somatischen und psychischen Schwierigkeiten des Klimakteriums fertig zu werden. Die Verarmungsfurcht, der wir verschiedentlich begegneten, ist auch hier wieder deutlich.

Bevor wir auf eine zusammenfassende Gesamtbesprechung der wichtigsten Gruppe klimakterischer Erkrankungen, der Depression, einhergehen, sei es im folgenden gestattet, erst noch einige Fälle von depressiven Veränderungen in etwas höherem Lebensalter zu besprechen, bei denen also die Erkrankung sich nicht zeitlich unmittelbar an das Klimakterium anschloß, wie es bei den vorhergehenden Fällen war, die aus einer größeren Gruppe ähnlicher Fälle herausgegriffen wurden. Dann bedarf es noch zur Vervollständigung des Bildes und weil es nicht immer möglich ist, eine scharfe Scheidung zu machen, der Schilderung einiger Fälle von manisch-depressivem Irresein, deren eine Phase — meistens mit einer besonderen Färbung — in diesem Lebensalter auftritt. Es handelt sich dabei ja auch nur um eine Steigerung manchen Falles, den wir schon bereits besprachen. Hier fanden sich in der Prämorbidität mehr als Krankheitsanlage, tatsächliche Erkrankungen.

2. Involutive, nicht unmittelbar mit dem Klimakterium zusammenhängende Depressionen.

Da es sich häufig um ähnliche Bilder wie in der vorigen Gruppe handelt, werde ich mich mit einer kleineren Zahl von Beispielen begnügen, obwohl das Material gerade auf diesem Gebiet besonders groß ist und fast jeder Fall etwas Besonderes bietet.

Fall 11 a. Anna D., Witwe, 56 Jahre.

Familienanamnese: 2 Schwestern des Vaters schwermüsig, eine in einer Anstalt. Einziger noch lebender Sohn eigentlich, sensibel, empfindlich, verschrobene Ideen, bezeichnet sich selbst als komplizierte Natur, „konkret-philosophisch“, zeigte der kranken Mutter gegenüber sehr wenig Verständnis, verbirgt hinter einer gestenreichen scheinbaren Interessiertheit eine gefühlskalte ungemein egozentrische Einstellung. Eine Schwester der Kranken macht einen primitiven und auffallend zerstreuten Eindruck. Wird als tüchtig und fleißig geschildert.

Patientin selbst besuchte eine höhere Töchterschule, lernte in der Schule sehr gut, heiratete mit 21 Jahren, lebte in guter Ehe bis zum plötzlichen Tode ihres Mannes 1913 an Gehirnschlag. Ehemann war 45 Jahre, vorher niemals krank. Im Anschluß daran entwickelte sich die erste Depression ihres Lebens, sie machte einen Selbstmordversuch, war längere Zeit in einem Berliner Sanatorium, erholte sich aber wieder vollständig. Menopause schon seit längerer Zeit. Lebte für sich, las viel, sorgte in völlig ausreichender Weise für die Familie. War in dieser Zeit, als die Menstruation nachzulassen begann, sehr ängstlich, übertrieben empfindlich, aber nicht besonders verstimmt. Auch der Tod eines erwachsenen Sohnes, der an Melanosarkom 1923 starb, machte auf sie keinen größeren Eindruck als auf jeden Gesunden. 1928 fühlte sie sich besonders frisch, wollte gerne die Berge sehen und fuhr nach Schloß Elmau zu Johannes Müller, wo sie den Vorträgen folgte, im ganzen

aber nur zur Erholung hingefahren war. Einen besonderen Eindruck sollen die Vorträge nicht auf sie gemacht haben. Bezeichnet sich selbst nicht als Anhängerin von Joh. Müller, habe sich aber für ihn interessiert und viel von ihm gelesen. Als sie von dort zurückkam, machte sich eine Veränderung bemerkbar, sie fühlte sich nicht wie vorher, meinte erst, die Höhenlage sei ihr nicht bekommen, wurde sehr still, war trübe gestimmt, machte sich grundlose Sorgen, war an allem uninteressiert, siedelte zu ihrer alten Mutter über, wo auch keine Besserung eintrat. Die dort ermöglichte Bettruhe half nichts, die Opiate, die sie bekam, machten sie benommen. Es kam der Gedanke, daß sie ihren Angehörigen zur Last liege. Machtete daher mit einem Rasiermesser einen Selbstmordversuch, wurde rechtzeitig gehindert, kam ins Krankenhaus, wo sie einen geordneten und orientierten Eindruck machte. Ihre Lebensmüdigkeit motivierte sie mit der Verzweiflung darüber, daß sie mit dem Leiden nicht vorwärtskomme und ihren Angehörigen zur Last falle. Wolle an den Selbstmordversuch nicht erinnert werden. Außerdem äußerte sie noch, daß ihr Sohn nur mangelhaftes Interesse an ihr zeige, so daß sie auch unter seelischer Vereinsamung zu leiden hat.

Patientin wurde am 4. 12. 28 hier aufgenommen: war still, mürrisch, sehr ablehnend, gibt keine Antwort, sieht sich später ratlos und ängstlich um. Bei der nachfolgenden Exploration nach einigen Tagen zeigt sie sich als orientiert und geordnet, wenn auch sehr zurückhaltend. Schildert ihren jetzigen Zustand in ganz richtiger Weise, wie es im September allmählich schlechter wurde, wie sie sich anfangs noch Mühe gab, ihre Interesselosigkeit und Arbeitsunlust zu unterdrücken, wie es aber dann im November nicht mehr gegangen sei. Auf ihren Selbstmordversuch geht sie nicht ein, ist der Ansicht, daß der Aufenthalt im Krankenhaus ihr noch weiter geschadet habe, da dort unruhige Kranke waren. Sie brauche nach ihrer Meinung nichts wie Ruhe. Traurig sei sie nicht, sie sei nur furchtbar müde, wolle nichts hören und nichts sehen, am liebsten immer schlafen. Schaltet dann noch ein, sie wolle am liebsten für immer schlafen. Sie mache sich Gedanken und Sorgen am meisten betrübe sie, daß sie ihren „armen Jungen“ Kummer bereitet habe. Denken könne sie nicht. „Ach Gott, wie ist das möglich, ich bin vollkommen klar, weiß alles und muß so leiden.“ Die Sprache ist leise, monoton, sie hält sich den Kopf, sitzt abgewendet auf dem Stuhl. Somatisch: asthenisch, in reduziertem Ernährungszustand, keine Veränderungen am Herzen, keine Blutdruckerhöhung, keine sichtbaren Zeichen einer Arteriosklerose. Verlauf: Ende Dezember Besserung, Nahrungsaufnahme besser, Schlaf auch ohne Mittel möglich. Bleibt aber immer noch ängstlich, macht sich oft sinnlose Gedanken. Fragt mitunter, ob ihrem Sohn etwas passiert sei. Ausgesprochene Kleinheitswahnideen, sie sei nie etwas wert gewesen, sie verdiene es nicht, daß man so nett zu ihr sei und daß die Verwandten soviel Geld für sie ausgaben. Bleibt im Grunde dabei, daß sie vollkommen überflüssig auf der Welt sei und anderen zur Last falle. Wird Anfang Januar wieder mißtrauischer, vermutet überall schlechte Bemerkungen über sie, besonders die Furcht, daß es zu teuer für sie in der Klinik sei, steigert sich immer mehr. Wiederholt sich in ihren Äußerungen in ganz monotoner Weise. Macht am 19. 1. plötzlich nachts einen Selbstmordversuch schwerer Art, indem sie sich mit einer Rasierklinge, die sie sich im Futter ihrer Handtasche in die Klinik geschmuggelt hatte, die linke Radialis durchschnitt. Ziemlich großer Blutverlust, Haut ist auf breiter Fläche durch zahlreiche Schnitte mit der anscheinend wenig scharfen Rasierklinge zerfetzt. Danach, abgesehen von starker körperlicher Schwäche, stuporöser Zustand, der einen reaktiven Eindruck macht. Verweigert die Nahrung, gibt keine Antworten. Äußert dem Sohn gegenüber eigentümliche Dinge, man habe sie hier schlecht behandelt, während sie vorher das Gegenteil sagte, man habe rohe Bemerkungen gemacht, man spiele jetzt mit der Sorgfalt nur Theater. Wiederholt oft leise vor sich hin dieselben Worte, ist autistisch, negativistisch, verweigert die Nahrung. Jammert und schreit viel, steigt über die Bettbretter. Auch im März noch völlig

apathisch, beschimpft gelegentlich in ganz gemeinen Ausdrücken das Personal. Ist überhaupt völlig unbeherrscht, schreit: „Becken, Becken!“ oder nennt Pflegerinnen grundlos „Sau, Aas!“, beschimpft auch ihren Sohn, äußert ihm gegenüber Eifersuchtsideen, behauptet, er treibe sich mit Weibern herum. Bringt aber noch am 19. 3. nur einen Satz zustande, ist sonst ganz monoton und perseveriert einzelne Worte. Im April etwas zugänglicher, behauptet, alles falsch zu sehen, alles verkehrt zu machen. Bleibt ratlos und ängstlich. Wird etwas ruhiger, aber unzugänglicher, ist ohne jede Spontaneität, muß ständig gefüttert werden. Wird mit einer Privatschwester in ein Sanatorium in wesentlichen unverändert verlegt. Dort von den Angehörigen nach 4 Wochen herausgenommen, nachdem auch dort keine Besserung eingetreten war, sie ängstlich und zeitweise völlig verwirrt sich gezeigt hatte. Nach 6 Monaten völliger Stimmungsumschwung (manische Phase?).

Bei der 56 Jahre alten Patientin, die weder ihrem Habitus noch ihrer charakterlichen Anlage nach zu den Zyklischen gerechnet werden kann, die hereditär belastet ist und deren Sohn einen psychisch nicht einwandfreien Eindruck macht (Schizoide), entwickelt sich 10 Jahre nach der Menopause eine in erster Linie depressive Erkrankung, die einen ungemein ungünstigen Verlauf nimmt, bei der Angst, Ratlosigkeit und schließlich auch Verwirrtheit das Bild beherrschen. Eine frühere Depression schloß sich an einem sehr plötzlichen Tod ihres bis dahin gesunden Mannes an, war also als eine reaktive Depression bei einer Sensitiven aufzufassen. Von anderen Phasen, depressiver oder manischer Art, ist nichts bekannt. Das Klimakterium selbst ist ohne Besonderheiten vorübergegangen, nur daß die Patientin, seitdem sie zurückgezogen lebte, viel las und sich für geistige Dinge interessierte. Die jetzige Erkrankung ist kaum als einfache zweite Phase einer periodischen Melancholie aufzufassen, vielmehr eine Erkrankung sui generis in der Involution mit einem Gemisch von Symptomen, die zur Melancholie allein nicht gehören. Bei der langen Dauer, die seit dem Klimakterium verstrichen ist, kann von einer eigentlich klimakterischen Psychose nicht mehr gesprochen werden, vielmehr handelt es sich um involutive Prozesse, wobei Arteriosklerose wohl auszuschließen ist. Neben der traurigen Verstimmung, die den Kern der Erkrankung ausmacht, treten Verwirrtheit, große Angst, Unruhe, eigentümliche Charakterveränderungen, paranoische Züge hervor, wozu noch zeitweise stuporöse Bilder hinzukommen. Wie aus der Schilderung der Vorgeschichte wie des Krankheitsverlaufs hervorgeht, spielen verschiedene Dinge dabei eine Rolle. Einmal handelt es sich um konstitutionelle Faktoren, dann besondere Anlagen der prämorbid Persönlichkeit und schließlich eine besondere Situation abgesehen von dem „involutiven Faktor“, der bei der Entwicklung die Färbung der Psychose von großer Bedeutung ist und sich im einzelnen gut verfolgen läßt. Die Angst, das Gefühl der Zwecklosigkeit des Lebens, die Einengung auf immer dieselben Gedankengänge deuten auf Altersprozesse hin, die in manchem schon an senile Veränderungen des Gehirns erinnern, wenn man auch nicht die im Senium häufigen intellektuellen Störungen bei ihr findet. Auch die ungünstige Prognose, der beinahe

dauernd progrediente Verlauf lassen an regressive Hirnveränderungen denken. Die frühere mehr reaktive Depression, die auch schon ziemlich schwer war, fällt in die Zeit des Präklimakteriums und deutet auf besondere Veranlagung zu depressiver Reaktion und auf die Einflüsse des Klimakteriums und der Involution in der depressiven Richtung. Die Beobachtung aus der Zeit des Klimakteriums ist nicht gut genug, um sicher ausschließen zu können, daß damals nicht auch Veränderungen sich fanden.

Fall 12 b. Emma M., 50 Jahre, Menopause seit mehreren Jahren.

Familienanamnese o. B. In der Volksschule gut gelernt, erst Hausmädchen, dann 10 Jahre Schwester. Heirat 1918, Mann starb 1920 an Darmkrebs. Ehe war gut. Hat 2 gesunde Kinder. War immer still und zurückhaltend, ernst, fromm. Seit der Zeit der Aufwertung — zugleich seit der Menopause — etwas depressiv. Erhebliche Verschlechterung seitdem 17. 11. 27. Wurde sehr unruhig, fühlte sich immer müde, schwach, war schlaflos, vernachlässigte die Wirtschaft. Bildete sich ein, sie könnte nicht weiterleben, für die Kinder sorgen, weil sie kein Geld habe. Habe falsche Angaben bei der Steuerbehörde gemacht, fürchtete ins Gefängnis zu kommen. Machte dann kurz vor der hiesigen Aufnahme (10. 12. 27) einen Selbstmordversuch, wollte sich erhängen. Hier ruhig, zittert am Körper, sehr ängstlich, keine rechte Krankheitseinsicht, meinte, es werde alles gut werden, wenn man sie sofort entlassen würde. Hält stark zurück, weicht aus, spricht in allgemeinen Redensarten. Will über den Selbstmord nicht sprechen, es „sei nicht ernst gemeint“ gewesen. Habe sich immer Sorgen gemacht, daß sie mit dem Geld nicht auskommen würde. Sei traurig gewesen, habe auch stets etwas „schwarz“ gesehen. Machte sich Gedanken wegen der Hauszinssteuer; wenn man sie ihr nicht stunde, müsse sie verhungern. Ist verlangsamt, innerlich stark gespannt, mußte sich bei jeder Frage erst besinnen. Ist umständlich und ungeschickt in ihrer Ausdrucksweise. Bricht mitten im Satz ab, innerlich mit anderen Dingen beschäftigt, über die sie nicht spricht. Jammert und stöhnt viel, Orientierung normal, intellektuell wohl o. B., aber bei der Prüfung sehr stark abgelenkt, daher viel versagend. Später auf der Station sehr unruhig, stöhnt und jammert laut, sie müsse verhungern und verarmen. Klammt sich bei der Visite ängstlich an. Am 19. 1. 28 nach einer Anstalt verlegt, die im April berichtete, daß sie Versündigungs- und Verarmungsideen nach wie vor habe, dauernd ängstlich, unruhig, unsicher und depressiv sei. Habe keine Krankheitseinsicht und verhalte sich in den täglichen Verrichtungen geordnet. Somatisch: dürftig.

Hier finden wir ein ähnliches Bild, wie bei den im Klimakterium auftretenden Depressionen. Bei einer erblich angeblich nicht belasteten, immer etwas empfindlichen und zu Grübeleien wie Pessimismus geneigten Frau entwickelt sich im Anschluß an schwierige äußere Verhältnisse, Inflation usw., und an das Sistieren der Menstruation eine erst leichte Depression, die allmählich zu einer schweren Melancholie mit Versündigungs- und Kleinheitswahnideen und Selbstmordgedanken wie starken Angstzuständen führt, wobei Zeichen von Verwirrenheit sich finden. Besondere Unterschiede gegenüber den „klimakterischen“ Depressionen bestehen nicht, nur daß hier der akute Beginn etwas später ist als die Menopause und daß die Verwirrenheit und die Wahnideen zum Bilde der einfachen Depression an sich nicht gehören und vielleicht diese Symptome und die Einförmigkeit an senile Einflüsse denken läßt.

Doch haben wir ganz ähnliche Fälle auch im vorigen Abschnitt schildern können. Die Prognose, die hier besonders ungünstig ist, findet sich auch in ähnlicher Weise bei den klimakterischen Fällen, nur daß je später die Erkrankung auftritt um so weniger Aussicht auf Besserung zu bestehen scheint.

Fall 13 c. Martha T., 62 Jahre, vor 15 Jahren Klimax.

Stammt aus gesunder Familie, hatte vor 15 Jahren in den Wechseljahren eine Depression, litt an Schlaflosigkeit, war sehr unruhig, lief vor innerer Erregung umher, war mit traurigen Gedanken beschäftigt, sah fortwährend Schatten und Ringe vor den Augen, machte einen Selbstmordversuch, indem sie sich die Pulsadern aufzuschneiden versuchte. Dauer der damaligen Erkrankung ungefähr 3 Monate, war 4 Wochen in einer Privatheilanstalt, allmählich besserte sich der Zustand. War immer wie auch schon vorher ernst, neigte zum Grübeln, war auch etwas ängstlich, regte sich leicht über Kleinigkeiten auf, neigte zu depressiven Stimmungen, weinte viel, verlor ihren Mann und 1919 einen Sohn, war damals psychisch nicht krank. Jetzige Verschlechterung am 3. 11. 27. Begann wieder Schatten zu sehen, fürchtete sich vor dem Alleinsein, beschäftigte sich mit traurigen Gedanken, fürchtete geisteskrank zu werden und in eine Anstalt zu kommen. Weinte viel, obwohl sie sich bewußt sei, daß die Schatten etwas Natürliches seien, rege sie sich darüber auf und mache sich Gedanken darüber. Äußerte wieder Selbstmordideen. Hier am 27. 12. 27 aufgenommen: schilderte mit großer Ausführlichkeit ihren Zustand, wie sie immer stiller und stumpfer werde, wie sie kein Interesse mehr an der Umgebung habe und daß sie deshalb lieber sterben möchte, da sie aus ihrer verzweifelten Stimmung keinen Ausweg mehr sehe. Bezeichnet sich selbst als von jeher ernst, schwernehmend, empfindlich, zum Weinen geneigt, aber mitunter auch sehr lustig. Von eigentlich abwechselnsen Zeiten könne sie nicht sprechen. Gibt hier mit klanger Stimme Auskunft, ist stark deprimiert. Nicht gehemmt, hat eher einen gewissen Rededrang und eine deutliche motorische Unruhe, jammert und stöhnt auch später viel. Stets ruhelos, wechselt dann mit ihrer Stimmung häufig. Äußert auch später hypochondrische Klagen ganz allgemeiner Art, wird bereits am 26. 1. 28 ungebessert abgeholt. Somaticisch: pyknisch, Blutdruck 130.

Interessant ist in diesem Fall, bei dem es sich um eine ausgesprochene Persönlichkeitsentwicklung handelt, daß die erste schwere Depression im Klimakterium auftritt und die zweite, die auch im wesentlichen einen echt depressiven Charakter hat, etwa 15 Jahre später im Präsenium sich zeigt. Früher sind zwar Stimmungswechsel nicht selten gewesen — es überwog zwar meist die depressive Seite — aber zu echten Depressionen ist es nicht gekommen. Die Prädisposition für solche Erkrankungen war tatsächlich gegeben.

Diese von uns beobachtete Depression ist auch durch einige Besonderheiten ausgezeichnet, wie wir sie schon mehrfach gesehen haben und die manche früheren Autoren veranlaßten, von einem manisch-depressiven Mischzustand zu sprechen. Das äußere Verhalten, die motorische Unruhe und der starke Rededrang wie das Bedürfnis, irgendwie aufzufallen und die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, stehen in einem deutlichen Gegensatz zu der depressiven Stimmung. Auch mischen sich hypochondrische Züge mit hinein.

Fall 14 d. Klara N., 60 Jahre. Ingenieurswitwe. Menopause vor 10 Jahren. Vater der Patientin war Trinker, Ehemann hatte Paralyse. Patientin lernte in

der Volksschule sehr gut, war dann bei den Eltern bis zur Heirat, gab Klavier- und Handarbeitsstunden, malte und zeichnete. Heirat 1898, Mann vor der Hochzeit Syphilis. Mehrere Aborte. Patientin angeblich nie Lues. Viele andere Krankheiten, darunter auch verschiedene schwere Operationen. Ist immer aufgeregten gewesen, hatte die Kinder viel geschlagen, sich mit den Dienstboten nie vertragen. Ist auch einmal auf ihre Tochter mit dem Messer losgegangen. Konnte sich plötzlich enorm aufregen und war dann nicht zu halten, hat in einem solchen Anfall von Jähzorn einen Beamten beleidigt und wurde bestraft. In der Inflationszeit alles Geld verloren, hat sie sich mit Verkauf von Wirtschaftsgegenständen über Wasser gehalten. Wechselte viel die Stellen, war sehr sprunghaft, immer sehr unordentlich. Neigte zu Verschwendungen, wurde in den letzten Jahren immer sonderbarer, war dauernd in Tätigkeit, konnte aber nichts Ordentliches zustande bringen, kramte Sachen von einer Stelle zu anderen. Am 5. 3. 28 verändert, schrie und bellte im Zimmer, kniete betend vor der Wasserleitung, der liebe Gott solle sie auf der Stelle fortnehmen, sie ertrage das Leben nicht weiter. Alle Menschen seien schlecht zu ihr. Wollte aus dem Fenster springen, versuchte sich mit einem Messer das Leben zu nehmen. Sprach eigentlich nur noch dauernd von Selbstmord. Bezeichnet die Kinder mit „Hund“ oder „Aas“. Hier am 6. 3. 29 aufgenommen, ist sehr aufgereggt, schimpft auf ihre Kinder, spricht in theatralischer Weise von ihrem Leiden und wie man sie überall verkenne. Ist örtlich, zeitlich und über Personalien gut orientiert, sucht alles zu beschönigen, scheint auch manches nicht richtig darzustellen. Habe draußen viel Ärger gehabt, man glaube ihr nicht, man wolle nicht anerkennen, daß sie sparsam sei. Schuld an allem seien ihre Kinder und die Untermieter, sei vor Aufregung krank geworden. Tatsächliche Selbstmordversuche habe sie nicht gemacht. Hat hier immer sehr viel Wünsche, fühlt sich verlassen und elend. Somatisch: anfangs sehr elend, später besser. Ist wehleidig und bleibt immer wenig einsichtsvoll, wurde am 20. 3. 29 gebessert entlassen.

Die Patientin ist eine erblich belastete, von jeher schwierige Persönlichkeit gewesen, deren hervorstechendste Eigenschaft eine gewisse Reizbarkeit und ein Beschäftigungsdrang sind; Schwierigkeiten und Unglück in der Ehe haben eine nicht unbedeutende Rolle bei der Entwicklung dieses Charakters gespielt. Dazu kamen noch Geldschwierigkeiten und schließlich im Präsenum ein völliges Versagen und eine in keinem Verhältnis zu der geringfügigen Ursache stehende schwere Depression, die aber der Persönlichkeitsanlage entsprechend einen theatralischen und demonstrativen Charakter hat und sich doch in vielen Punkten von den übrigen Fällen unterscheidet. Auch hier wieder eine Involutionsdepression, jedoch anderer Färbung als bei den anderen. Hier große Ansprüche, sonst übertriebene Bescheidenheit, hier wird alle Schuld in echt psychopathischer Weise auf andere geschoben, sonst werden Dinge, die nichts mit der Krankheit zu tun haben, auf sich genommen. Hier demonstratives Reden von Selbstmorden, weil sie sich falsch verstanden glaubt, sonst stille Zurückgezogenheit und ernst gemeinte Suicidversuche, weil man aus dem Konflikt nicht mehr heraus kann. Konflikte auch hier, aber ganz anderer Art. Eine Flucht in die Krankheit vor den Schwierigkeiten eines unglücklichen Lebens und vor dem Greisenalter, das alle Hoffnungen zerstört. Auch hier wohl endokrin-vegetativer Einfluß der Involution aber weitaus im Vordergrund sicher die ganze Färbung der Erkrankung bestimmend,

die Charakteranlage mit ihren Konflikten und ihrer geringen Ausgeglichenheit. Ob dieser Fall noch hierher gehört oder ob man ihn in der später zu behandelnden psychogenen Gruppe unterbringen muß, ist schwer zu entscheiden. Das Mißverhältnis zwischen Ursache und Reaktion und der Zeitpunkt der Erkrankung sprechen dafür, daß die psychogenen Faktoren nicht die Hauptsache darstellen.

Fall 15 e. Auguste G., 61 Jahre. Bäckermeisterswitwe. Seit 10 Jahren Menopause. Ein Bruder hat sich mit 20 Jahren erschossen, sonst keine Besonderheiten in der Heredität. Besuchte eine Dorfschule, lernte gut, half den Eltern, heiratete mit 20 Jahren, jetzt seit 15 Jahren Witwe. Ehemann trank viel, litt an Krämpfen, 4 gesunde Kinder. Patientin früher nie krank, war von jeher sehr eigensinnig, rechthaberisch, kommandierte gern, man konnte ihr schwer etwas recht machen. Seit 1927 verändert. Bildete sich ein, daß sie krank wäre, ging von einem Arzt zum anderen, hatte zu keinem Vertrauen, litt an Vergiftungsideen, war zuletzt dauernd ängstlich und unruhig, sprach davon, daß sie sich das Leben nehmen wollte. Wegen Selbstmordsversuchs hier (10. 3. 29) Aufnahme. Hatte sich gleichzeitig mit Gas und Durchschneiden der Pulsadern töten wollen, bestreitet später, irgend etwas gemacht zu haben. Gibt an, schon seit langem traurig zu sein und zu nichts mehr Lust zu haben. Dissimuliert stark, um herauszukommen. Bleibt unsicher, ist aber äußerlich zugänglicher, wird am 3. 4. 29 gegen Revers entlassen. Somatisch: pyknisch, R.R. 135.

Beginn einer Depression mit Vergiftungsideen und Selbstmordversuchen etwa 8 Jahre nach der Menopause bei einer erblich belasteten Frau, die im Leben viel Schweres durchgemacht hat. Charakterlich immer schwierig gewesen. Die Art der Depression bietet wenig Besonderheiten.

Fall 16 f. Auguste L., Besitzersfrau, 56 Jahre. Menopause seit 12 Jahren. Eine Schwester geisteskrank (Dementia praecox), befindet sich in einer Anstalt, eine andere Schwester hat sich ertränkt, Vater war sehr starker Trinker. Patientin selbst besuchte eine Volksschule, lernte gut, heiratete mit 24 Jahren. Mann starb an Lungentuberkulose. 2. Heirat mit 28 Jahren, zweiter Mann lebt, Ehe ist gut. Hat 4 gesunde Kinder, sei im ganzen mehr lustig im Leben gewesen, war für Geselligkeit, aber auch manchmal mißgestimmt, jedoch nie ohne Grund. War immer lebhaft und mehr heiter. Jetzt seit September 1928 verstimmt, macht sich Gedanken wegen ihrer Wirtschaft, fürchtete für ihre Existenz, meinte, es werde alles verloren gehen. Wollte nicht mehr leben, keine Suizidversuche. — Aufnahme am 22. 11. 28. Gibt gut Auskunft, inhaltlich traurig und verzweifelt, ohne Hoffnung, äußerlich sehr lebhaft und starker Rededrang. Lebhaftigkeit und gewisse motorische Unruhe. Somatisch: nihilistisch. Bald gebessert entlassen.

Mehrere Faktoren wirken hier zusammen: Einmal eine ausgesprochene außergewöhnlich starke erbliche Belastung in verschiedener Richtung — schizophrene, depressive und alkoholische Erkrankungen finden sich in der Familie — ferner eine cyclische Anlage und schließlich äußere Erlebnisse, die allerdings übertrieben werden. Dazu kommt als Hauptfaktor die Involution, die die Veranlassung gibt, daß diese an sich immer heitere Frau, die im Leben über alles gut hinweggekommen ist, hier bei einem nach Aussagen ihres Mannes nicht bedeutungsvollen Erlebnis derartig versagt. Um das zu ermöglichen, müssen andere schwerwiegende

Faktoren hinzukommen, wobei in erster Linie regressive Vorgänge der Involution in Frage kommen.

Fall 17 g. Auguste D., 59 Jahre, Dreherfrau. Menopause seit 1929. Aus der Familienanamnese keine Besonderheiten, war stets leicht aufgereggt. Aus erster Ehe 3 Kinder, zweite Ehe kinderlos, glücklich. Juni 1927 auf dem Fischmarkt durch einen Kessel gequetscht, dadurch leichte Verletzungen, erhielt 50 Mark Abfindung. Kein Rentenverfahren. Bald danach erkrankt mit Unruhe, Angst, Schlaflosigkeit, Herzklopfen. Hatte Scheu, auf der Treppe zu gehen und anderen Menschen zu begegnen. Deutliche Insuffizienzgefühle. Lag zu Hause herum. Trotz guten Appetits an Gewicht abgenommen. Weinte viel, hatte schwermütige Gedanken. Keine Selbstmordabsichten, keine Beziehungsseiden. Wurde hier erstmalig am 21. 10. 27 aufgenommen, war depressiv, zeigte deutliche Bewegungs- und Denkarmut, ausgesprochen verlangsamt. Hypochondrische Ideen und immer neue Klagen über körperliche Beschwerden. Somatisch sehr elend. Bessert sich hier leicht, bleibt aber ängstlich, meist interesselos. Versuchsweise entlassen. Bald danach schwerer Suizidversuch (Stich ins Herz mit Verletzung des Herzbretts). Wiederaufnahme, war sehr ängstlich, jammerte dauernd in monotoner Weise, wollte keinen Menschen sehen, äußerte auch hypochondrische Ideen. Über den Selbstmord befragt, gibt sie keine richtige Antwort, scheint sich bei der Tat selbst nicht klar gewesen zu sein. Fühlte einen unklaren Drang danach. Kommt später nach der Anstalt.

Auch hier wieder Jahre nach dem Klimakterium eine schwere Depression, die in ihrem Bilde einer sog. endogenen Depression eines beliebigen anderen Lebensalters entspricht, bei der nur die starke Betonung der unbestimmten Angst, die hypochondrische Komponente und das monotone Jammern, sowie die ungünstige Prognose Besonderheiten darstellen, wie wir sie schon in anderen Fällen gesehen haben. Auch hier spielt ein äußeres Erlebnis eine nicht unbedeutende Rolle und es läßt sich denken, daß gerade die starke Betonung der hypochondrischen Seite mit dem Unfall, der Behandlung und dem Kampf um das Schmerzen geld zusammenhängt, wenn auch bewußt kein Zusammenhang besteht. Wenigstens werden keine Rentenwünsche geäußert, es ist auch von keiner Seite irgend etwas beantragt worden, wohl aber wurde von seiten des Mannes ganz allgemein angegeben, daß die Krankheit durch den „Schreck“ in sie gekommen sei.

Fall 18 h. Ida S., 59 Jahre, Eisenbahnzugführersfrau. Menopause seit 19 Jahren.

Aus der Familienanamnese ist bemerkenswert, daß ein Sohn an Epilepsie leide. Patientin besuchte eine Mädchenschule, erlernte dann die Hauswirtschaft, war später Geschäftsinhaberin, war immer sehr fleißig und tüchtig und hat sehr viel gearbeitet. Heiratete erst mit 48 Jahren, einen 12 Jahre älteren Mann, mit dem sie sich gut verträgt. Hat in letzter Zeit einen geringfügigen Ärger mit ihrer Schwester wegen des Geschäftes, konnte sich nicht einigen. Danach bald verstimmt, fühlte sich matt, konnte nicht mehr arbeiten, weinte viel. Nach kurzer Erholung im Sommer 1927 erneute Verschlechterung. Machte sich Gedanken wegen des Streites mit der Schwester und wegen des Verlustes ihrer Ersparnisse. War schlaflos, hatte keinen Mut zum Leben, sich mit allen auseinanderzusetzen. Hier am 25. 9. 27 Aufnahme: spricht leise, monoton, depressive Stimmung, weint leicht, macht sich viele Gedanken. Ist äußerlich unruhig, läuft auch mitunter ängstlich aus dem Bett. Bessert sich schnell, bekommt auch wieder Lebensmut, wird später gebessert entlassen. Somatisch: o. B.

Auch hier wieder ein ähnlicher Fall wie der vorige. Im Anschluß an unbedeutende äußere Erlebnisse unangenehmer Art entwickelt sich eine Depression, in der alte Sorgen und Leiden hervortreten, die in gesunden Tagen nicht erwähnt wurden. Auch hier wieder ängstliche Züge und eine gewisse motorische Unruhe, so daß manches an einen Mischzustand denken läßt. Im Vordergrund das Insuffizienzgefühl, das durch die Involution der Hirnrinde zu erklären ist. Klimakterium wurde auch hier ohne Schwierigkeiten überstanden.

3. Manisch-depressive mit Phasen im Klimakterium.

In dieser Gruppe, die nur mittelbar hier hinzugehört, sollen die typischen Beispiele, die aus einer großen Zahl herausgegriffen sind, nur kurz erwähnt werden.

Fall 19 a. Maria G., Schiffskochwitwe, 50 Jahre. Im Klimakterium. Vater war korplulent, sehr lustig, trank auch gerne. Mutter neigte zu Schwermut, auch deshalb in Behandlung. Ein Bruder der Mutter war auch auffallend lustig. Patientin lernte in der Schule gut, wechselte mit ihren Stimmungen schon als Kind, bekam Weinkrämpfe, konnte dann auch wieder übertrieben ausgelassen sein. Ist seit vielen Jahren krank, hat bereits 7mal, jedesmal 6 Monate dauernde Zustände von trauriger Verstimmung gehabt, die ohne äußeren Anlaß kamen und meist nach Behandlung in Krankenhäusern oder Kliniken wieder vorübergingen. Hatte dann immer Selbstmordideen, ging viel auf Kirchhöfe, wurde auf dem Höhepunkt der Erkrankung völlig arbeitsunlustig, konnte auch nicht denken. Wenn es aufhört, ist ihr so, als wenn ein Druck von ihr genommen wird. In der Zwischenzeit war sie stets sehr lustig und lebhaft, nahm an allem teil. Jetzige Erkrankung schloß sich zeitlich an den plötzlichen Selbstmord ihres Mannes an, der sich in geistiger Umnachtung nach einem schweren Kopftrauma angeblich erhängt hat. Hier am 27. 7. 28. aufgenommen, war sie gehemmt, sehr still, weinte leise vor sich hin, klagte später etwas über körperliche Beschwerden allgemeiner Art. Somatisch: pyknisch, leichte Blutdruckerhöhung. Nach völliger Umkehr in eine hypomanische Stimmungslage entlassen. Wurde bald danach zur Begutachtung auf Invalidität geschickt, ist hypomanisch, äußert aber eine Fülle hypochondrischer Klagen.

Hier handelt es sich um eine periodische Depression mit scharf abgeschnittenen, ausgesprochenen Phasen auf dem Boden einer hypomanischen Grundstimmung. Auch die von uns beobachtete Depression im Klimakterium, die sich außerdem an schwere seelische Erschütterung anschloß, unterschied sich nicht von den anderen. Interessant ist aber, daß nach Abklingen der Depression und nachdem ihre Stimmung ins Gegenteil umgeschlagen war, doch die hypochondrischen Klagen, die sich im Klimakterium finden, hervortreten konnten. An anderer Stelle (Invaliditätsbegutachtungen im Klimakterium) habe ich diesen Fall näher besprochen und den großen Einfluß des Klimakteriums hervorgehoben.

Fall 20 b. Marie D., 66 Jahre, Witwe. Klimakterium 1915—1916.

Familienanamnese: o. B. Das Lernen soll ihr schwer gefallen sein. Heirat mit 23 Jahren, in der Ehe viel Sorgen. Mußte immer arbeiten, um die Familie ernähren zu können. 1916 erstmalig im Anschluß an das Klimakterium erkrankt, hatte Magen-

beschwerden, war verstimmt, sprach abgebrochen, war erregt, lief weg, versuchte mehrfach Selbstmord. War 3 Monate in einer Anstalt. Danach wieder gesund. Erneute Verschlechterung August 1921, wurde wieder unruhiger, meinte, sie könne nicht mehr arbeiten, alles fiel ihr schwer, schlief schlecht, klagte über Brennen im Magen und Hals, hatte Unruhe in der Gegend des Herzens, äußerte Sterbegedanken, meinte, ihr könne niemand helfen. Sagte auch, daß ihre Kinder krank seien. Lag wochenlang untätig, jammernd und stöhned im Bett. Kam am 7. 10. 21 erstmals in unsere Klinik. Hier gehemmt, depressiv, leidender Gesichtsausdruck, hypochondrisch, ängstlich, zuweilen unruhig, Versündigungsideen, es kam ihr vor, als ob sie schuld habe, daß die Mitkranken leiden müssen. Somatisch: Puls rigide. Erneut in eine Anstalt. Dort 2 Monate, wurde wieder gesund. 15. 1. 29 Wiederaufnahme, weil sie sich im Anschluß an traurige Verhältnisse in der Familie (Ehescheidung des Sohnes) erneut verschlechterte. War schlaflos, wurde ängstlich und unruhig, hatte kein Krankheitsgefühl, sprach von Sünden, fürchtete, es könne etwas passieren, daß sie ins Zuchthaus käme. Sie hätte irgendwann eine Lüge ausgesprochen. Meinte auch, daß die Kinder nicht zu ihr kommen sollen, weil sie eine böse Geschlechtskrankheit habe, die sie sich holen könnten. Sprach von Selbstmord, wollte sich mit einem Messer die Kehle durchschneiden. Hier war sie sehr gehemmt, ängstlich, äußerte Versündigungsideen, sprach leise und monoton. Später kamen auch viel, zum Teil phantastisch-hypochondrische Ideen hinzu, scheint auch nachts zu halluzinieren. Stets sind es traurige Bilder, die sie sieht, meist Gräber, Tote usw. Müsse viel spucken, das deute auf ihre Syphilis. Von hier wieder in die Anstalt, wo sie nach einiger Zeit wesentlich sich erholte und gebessert entlassen wurde. War zu Hause zwar ruhig, blieb aber bei ihren Wahnideen. Verschlechterte sich sehr bald deutlich, sprach von Vergiftungen, wurde nachts erregt, sprang aus dem Bett, schrie laut und schlug um sich und kam deshalb im August 1929 wieder in die Klinik. Körperlich sehr elend, psychisch sehr erregt, gespannt, ängstlich, völlig unzugänglich, nur mit ihren Wahnideen, die alle einen depressiven Inhalt haben, beschäftigt. Wieder nach der Anstalt.

Auch hier wieder eine periodische Depression, die zuletzt in eine schwere Wahnpsychose überging, mit dem Beginn im Anschluß an das Klimakterium. Anfangs eine leichte Depression, die schnell vorüberging, jedoch gleich mit starker hypochondrischer Einstellung, klang die zweite Phase auch nach 5 Jahren ab, war aber von längerer Dauer und größerer Intensität, änderte sich das Bild beim dritten Mal erheblich, indem Wahnideen das Bild beherrschten und die Zerstörung der Persönlichkeit rapide zunahm. Das gesamte Krankheitsbild war von vornherein im klimakterisch-involutiven Sinne gefärbt, dementsprechend war der Verlauf auch ein so überaus ungünstiger und Wahnideen und Angst traten immer mehr in den Vordergrund.

Fall 21 c. Agnes F., Landwirtsfrau, 53 Jahre. Vater starb durch Suizid, älteste Tochter „nervenschwach“. Patientin lernte in der Schule sehr gut, heiratete mit 27 Jahren. Als Mädchen von 18 Jahren etwa ein Jahr lang trübsinnig. Sonst immer sehr lebhaft und vergnügt. 1926 Menopause, bald danach psychisch verändert, wurde ängstlich, traurig verstimmt, äußerte Versündigungsideen, meinte, sie hätte schlecht gelebt, sprach vom Teufel, wimmerte und stöhnte viel, äußerte Suizidabsichten, wollte ins Wasser gehen. War oft nachts ängstlich erregt, sprang auf, lief herum, wurde laut und schimpfte auch bisweilen. Wegen dauernder Unruhe am 3. 8. 28 hier eingeliefert. Ist orientiert, traurig gestimmt, weint viel, starke motorische Unruhe, zeitweiser Rededrang, der mit völligem Verstummen abwechselt. Äußert dabei auch eine Fülle hypochondrischer Ideen. Wird gegen Revers entlassen.

Bei dieser Frau, die bereits in der Jugend eine depressive Phase durchgemacht hat, entwickelt sich im Anschluß ans Klimakterium eine zweite Depression mit schweren Versündigungsideen, großer Angst und starken Erregungen, so daß sie äußerlich einen mehr manischen Eindruck macht, während sie inhaltlich ausgesprochen depressiv ist. Überhaupt zeigt das Stimmungsbild einen sehr großen Wechsel. In der Zwischenzeit war sie mehr hypomanisch. Die für derartige Erkrankungen Prädisponierte, die bereits einmal ähnlich bald nach der Pubertät erkrankt war, bekommt ihre zweite Phase im Klimakterium, wo durch biologische, wie psychische Prozesse der Boden für Erkrankungen günstig geworden ist.

Fall 22 d. Agnes R., 56 Jahre, Landwirtswitwe. 10 Jahre nach der Menopause. Familienanamnese: o. B. Lernte in der Schule gut, heiratete mit 22 Jahren. Ehe war gut. 1917 im Anschluß an einen Typhus psychisch krank, „tobte“ und schlug um sich, schrie, sang viel, beruhigte sich etwa nach $\frac{1}{2}$ Jahr. Erneute Verschlechterung im Anschluß an eine Grippe, war sehr erregt, lief herum, redete viel Unsinn, besserte sich nach 3 Wochen. Frühjahr 1928 während des Klimakteriums wieder erregt, sprach von Stimmen, die sie hörte, schimpfte auf die Nachbarn. Schief und aß nicht. Besserte sich nach einigen Wochen. Erneute Verschlechterung am 24. 2. 29, die zur Aufnahme bei uns am 28. 2. 29 führte. Weinte viel, war diesmal meist depressiv, war auch lebensmüde, wollte das Haus anstecken. Sprach auch viel von Krankheiten. Hier dauernd sehr erregt, wechselt sehr in ihrer Stimmung, meist sehr anmaßend und gereizt, zeitweise aggressiv. Später immer empfindlicher, bekommt Erregungszustände nach nichtigen Anlässen. Weint 8 Tage lang, man solle sie sterben lassen, es helfe ihr niemand. Im ganzen völlig uneinsichtig. Wird schließlich am 20. 4. gegen Revers entlassen.

Somatisch: pyknisch.

Bei dieser Patientin können wir beobachten, wie in der Zeit des Klimakteriums wie auch im Präsenium sich Phasen ihrer im Leben schon mehrfach aufgetretenen psychischen Erkrankung einstellen. Es handelt sich bei dem von uns beobachteten Erkrankungsfall um einen manisch-melancholischen Mischzustand, wie man ihn selten so klar sieht. Die manischen und melancholischen Bilder wechseln im rasenden Tempo, oft sind beide nebeneinander vorhanden und manische wie depressive Züge sind ineinander verflochten. Dazu kommen noch ausgesprochene hypochondrische Ideen, wie wir sie bei den meisten Erkrankungen in diesem Lebensalter beobachten. Die Phasen haben auch in der letzten Zeit die Tendenz zu Wiederholungen in kurzen Abständen und zu längerer Dauer als früher. Zu berücksichtigen ist ferner, daß der erste dieser Erkrankung in das 44. Lebensjahr fällt, daß aber damals schon dem Lebensalter entsprechende präinvolutive Prozesse angenommen werden können. Diese Komponente macht sich besonders bei der von uns beobachteten Phase deutlich bemerkbar, scheint aber auch schon früher bestanden zu haben.

Bei den bisher behandelten Fällen ist das Hauptsymptom, das auch der Krankheit den Namen gegeben hat, die traurige Verstimmung. Alle

übrigen Symptome schwanken und sind nicht bei allen Fällen vorhanden. Daneben findet sich häufig und eng mit der Verstimmung vergesellschaftet die starke *hypochondrische* Einstellung, überhaupt die Beschäftigung mit dem eigenen Ich, die in einem deutlichen Gegensatz zu der sonstigen Einstellung gegen sich selbst zu den Selbstmordgedanken, den Versündigungsideen steht. Diese vermehrte Beschäftigung mit sich selbst, diese dauernde Beobachtung des eigenen Körpers, die bei Depressionen anderer Lebensalter selten ist, läßt sich, wie es auch oft von den Autoren geschehen ist, durch das Klimakterium erklären. Die Umwälzung im Körper, die alle Organe in irgend-einer Weise in Mitleidenschaft zieht, die jedenfalls ein körperliches Leiden ist, zwingt die Kranken zur vermehrten Selbstbeobachtung. Körperliche Sensationen aller Art sind in dieser Zeit keine Seltenheiten, allgemeines Unbehagen findet sich stets, dazu kommen Veränderungen der endokrinen Organe und sekundär des vegetativen Nervensystems, wodurch die Beobachtung des Körpers erzwungen wird. Daß bei einer traurigen Verstimmung — nehmen wir jetzt einmal an, sie sei primär, was nicht ohne weiteres sicher ist — unbedeutende Dinge schwärzer gesehen werden als sie in Wirklichkeit sind, liegt nahe, werden doch schon die Dinge der Außenwelt, die entschieden ferner stehen als der eigene Körper und kaum mit solcher Affektbetonung betrachtet werden, gerne ungünstig gefärbt und als unerfreulich angesehen, wenn auch die Tatsachen objektiv anders zu beurteilen sind. Es wird eben alles, Außenwelt ebenso wie Soma im Sinne des Depressionsaffektes umgedeutet und gefälscht. Die vermehrte Beschäftigung mit dem Körper ist aus der Besonderheit des Lebensabschnittes zu erklären und kann als eine spezifische Färbung der Depression, aber nicht nur im Klimakterium, sondern überhaupt in der Involution angesehen werden. Die Patienten pflegen, wie oben erwähnt, eben noch einen Selbstmordversuch zu machen und bald danach über alle möglichen, an sich unbedeutenden, einer nachweisbaren organischen Grundlage entbehrende Beschwerden zu lamentieren. Die Frage, ob die traurige Verstimmung nicht einfach eine Folge des körperlichen Unbehagens ist, läßt sich nicht einfach entscheiden. Angegeben wird es oft von den Patienten, daß sie wegen ihrer Krankheit nicht mehr leben wollen und verstimmt seien, Angaben, die man auch bei Depressionen anderer Lebensalter nicht selten hört. Die Schwere der Depression und der Zeitpunkt der Entstehung, sowie die Tatsache, daß die Patienten erst über körperliche Dinge klagten, wenn sie traurig waren, läßt eine einfache Folge nicht wahrscheinlich erscheinen. Vielmehr drängt sich einem bei der Betrachtung der Fälle der Gedanke auf, daß beides, Traurigkeit und körperliches Unbehagen, zusammen Folgen desselben Prozesses sind. Daß die vermeintlichen oder tatsächlichen körperlichen Beschwerden Folge der Involution sind, steht wohl außer Zweifel. Weniger klar ist es bei der Depression.

Hier lassen sich fast bei jedem Fall noch andere ursächliche Faktoren finden.

Wir haben oft gefunden, daß die Patienten *erblich* nicht unbedeutend belastet sind, daß besonders häufig sich Charakterveränderungen in derselben Richtung bei Angehörigen finden, daß außerdem bei den Kranken selbst eine bestimmte Körperbauform bevorzugt wird, wenn auch nicht immer bei den Depressionen ausgesprochene Pykniker im *Kretschmerschen* Sinne finden konnten.

Zu diesen erbiologischen und konstitutionellen Faktoren, die sicher sehr bedeutungsvoll sind, uns aber verhältnismäßig oft im Stich lassen, da die anamnestischen Angaben nicht ausreichen, kommen zwei weitere sehr wichtige Punkte, die größtenteils leichter zu erfassen sind. Das ist einmal die prämorbidie Persönlichkeitsentwicklung und andererseits besondere Ereignisse in der letzten Zeit vor der Erkrankung.

Bei der *Charakterentwicklung* finden wir alle Variationen von den einfachen Stimmungsschwankungen und einem manchmal nicht bedeutenden Pessimismus oder dessen Gegenteil — über ausgesprochene Zeiten trauriger Verstimmung ohne Grund oder einer depressiven Reaktion auf wenig eingreifende Ereignisse — bis zu echten psychotischen Veränderungen in diesem Sinne, bis zu ausgesprochenen Phasen depressiver Verstimmung, die mitunter auch mit manischen Phasen abwechseln, wenn auch manische Veränderungen erheblich seltener sind und meistens nur eine allgemeine hypomanische Grundstimmung mit depressiven Phasen vorhanden ist. In fast allen Fällen ist eine Prädisposition für depressive Verstimmungen, oder allgemein gesprochen, für Stimmungsschwankungen vorhanden. In manchen Fällen finden sich Charaktere, die zwar auch zu Stimmungsschwankungen neigen, die aber doch abrupt auftreten und in ihrer Unausgeglichenheit den Schizothymen nahe zu stehen scheinen, und dennoch im Klimakterium mit depressiven Verstimmungen — allerdings dann anderer Färbung als sonst — reagieren. Mitunter bedeutet die Depression im Klimakterium, resp. in der Involution, nur eine Steigerung der sonstigen Zustände, die sich oft früher gezeigt haben oder die Grundstimmung ausmachten, so daß erst katastrophale Symptome wie ein Selbstmordversuch oder völlige Einstellung jeder Tätigkeit der Umgebung gegenüber die Krankheit deutlich machen. Da, wo es nicht möglich ist, besondere Veränderungen in der Prämorbidität nachzuweisen, liegt es weniger daran, daß tatsächlich keine vorhanden sind, als daß die Beobachtung durch die Angehörigen zu mangelhaft ist, als daß feinere Charakterveränderungen oder Auffälligkeiten bemerkt werden. Auch scheitert eine genaue Kritik oft an der mangelnden Selbstbeobachtung der Kranken.

Die andere Gruppe von ursächlichen Faktoren, die *äußeren Erlebnisse*, sind meist am leichtesten zu finden, wenn man bei der Auffassung

mancher Autoren bleibt, daß die Depression zum manisch-depressiven Irresein zu rechnen ist, also rein endogen, d. h. konstitutionell aufzufassen ist, dann darf man exogene Faktoren nicht hinzurechnen oder wenigstens ihnen keine bedeutungsvolle Rolle bei der Entstehung einräumen. Welche Gruppe von Faktoren, die endogenen oder die exogenen, wichtiger sind, kann noch nicht entschieden werden, daß aber beide zusammenwirken, ist wohl nach der Art der Erkrankung und der meistens zu findenden äußeren Ursache kurz vor dem Beginn der Erkrankung kaum mehr zu bezweifeln. Wie oft hören wir, daß ein Zusammenbruch der wirtschaftlichen Lage, ein Todesfall in der Familie, eine sonstige enttäuschte Hoffnung der Erkrankung kurz vorausgegangen ist. Hier ein zufälliges Zusammentreffen anzunehmen, erscheint sehr gewagt, zumal dieser „Zufall“ recht häufig vorkommt, so daß man fast von einer Regel sprechen kann, und die äußeren Erlebnisse stets Enttäuschungen bedeuten und in der Erkrankung mitverarbeitet werden. Wenn wir auch bei den Depressionen anderer Lebensalter manchmal solche Angaben hören, so sind sie doch viel seltener und finden sich besonders bei den periodischen Depressionen kaum, werden dann auch stets von den Kranken als nicht mit der Depression im Zusammenhang stehend angegeben. Die Kranken haben es meist im Gefühl, daß die Depression von selbst kommt, weil sie auch von selbst wieder vergeht. Es könnte der Einwand erhoben werden, daß die Depressionen, die sich deutlich an ein trauriges Erlebnis anschließen und in einem ursächlichen Zusammenhang mit diesem stehen, als reaktive Depressionen aufzufassen sind. Danach gäbe es im Klimakterium eigentlich nur reaktive Depressionen. Die Schwere der Erkrankungen spricht dagegen, abgesehen davon, daß das Ereignis meist nicht von so schwerwiegender Bedeutung ist, daß die Depression allein dadurch erklärt werden könnte. Depression und äußere „Ursache“ stehen in einem so ungleichen Verhältnis, daß die „Ursache“ als nicht genügend angesehen werden kann. Meist finden sich ähnliche Enttäuschungen auch schon früher, meist wurden sie ohne Schwierigkeiten überwunden. Auch haben schon früher die konstitutionellen und erbbiologischen wie auch prämorbidien Faktoren bestanden, so daß noch etwas besonders Schwerwiegendes hinzukommen mußte, daß eine Depression entstand und das war in diesem Fall der schon oben erwähnte weitere exogene Faktor, die *Involution*. Hier scheinen die Einflüsse gleich zu sein, sowohl beim Klimakterium wie bei der Involution (im Sinne Kehrers) als auch im Senium. Immer bedeuten die regressiven Veränderungen, die stets einen Alterungs- und Verkümmерungsprozeß darstellen, eine Änderung im Sinne der traurigen Verstimmung. Daß das Klimakterium auch anders wirken kann, wird in den anderen Gruppen zu besprechen sein.

So fanden auch wir, ähnlich verschiedenen Autoren, mehrere exogene und endogene Faktoren zusammenwirkend in der Verursachung der

depressiven Erkrankung in der Involution. Welchem Faktor die größte Bedeutung beizumessen ist, läßt sich nicht entscheiden, ist wohl auch nicht in jedem Fall gleich. Hier überwiegen die exogenen dort die endogenen Faktoren. Daß dementsprechend die Wirkung eine verschiedene ist, wurde auch von den Autoren, am deutlichsten von *Bumke* und *Seelert* betont. Man nahm an, daß je mehr exogene Faktoren sich finden, um so schwerer und um so ungünstiger die Erkrankung verläuft. Auch in unseren Fällen bestätigte sich diese Ansicht, da auch wir besonders ungünstige Prognose dann fanden, wenn die organischen, endokrinen, vegetativen Faktoren überwiegen. Jedoch ist diese Unterscheidung besonders für andere, im Klimakterium auftretende Erkrankungen typisch.

Schwierigkeiten bietet die Unterscheidung gegenüber den im IV. Abschnitte zu behandelnden psychogen-hypochondrischen Depressionen, da einmal sich tatsächlich fließende Übergänge finden und andererseits in der Art der Erkrankung bei der stets stark theatralisch-hypochondrischen Art der Melancholikerin im Klimakterium wenig Unterschiede sich finden. Entscheidend wird schließlich der Anteil der äußeren Erlebnisse an den ursächlichen Faktoren sein. Gewisse Veranlagungen — meist aber in anderer Richtung — finden sich auch dort. Das Klimakterium ist ebenfalls von Bedeutung, wenn auch nur den Boden bereitend, jedoch ist das äußere Ereignis, an das die Erkrankung sich zeitlich anschließt, und innerlich anknüpft, meist von der größten Bedeutung. In allen typischen Fällen genügt schon zur Unterscheidung die Art der Reaktion, die bei beiden Erkrankungen grundverschieden ist, es gibt aber tatsächliche Übergänge — wie sie auch von *Kant* geschildert werden — und Fälle, bei denen zwar die äußere Ursache bedeutend ist und allein genügt, die Art der Reaktion den Depressionen sonst ziemlich gleicht. Wenn man nachweisen kann, daß das äußere Erlebnis oder ein bestimmter Wunsch im Vordergrund steht, und die Depression sich allein dadurch erklären läßt (ein Nachweis, der mitunter sehr schwierig sein kann), ist man berechtigt, von einer reaktiven Depression zu sprechen. In den meisten Fällen gelingt die Unterscheidung ohne weiteres. Zweckbetonte Übertreibungen, gewollter oder ungewollter Art, wie wir sie besonders bei den Gutachtenfällen in dieser Zeit beobachtet haben, gehören in die psychogene Gruppe. Der Wunsch ist die Hauptursache und es sind in erster Linie psychogene Mechanismen, bei denen das Klimakterium nur sekundär von Bedeutung ist, indem es eine günstige Gelegenheitsursache abgibt. Auf diese Frage wird später noch näher einzugehen sein. Bei den Depressionen, mit denen wir uns hier zu beschäftigen haben, liegt eine sehr schwere Erkrankung vor, die allein aus der äußeren Ursache sich nicht erklären läßt, wie oben auseinandergesetzt wurde, die ohne Hinzuziehung konstitutioneller Faktoren nicht denkbar ist, bei der das Klimakterium eine wichtige Rolle spielt und die äußere

Ursache nur eine Gelegenheitsursache darstellt und sich ohne Zwang wegdenken läßt.

Als Besonderheiten der klimakterischen Depressionen ist noch verschiedenes zu nennen, wie sie von jeher von denjenigen Autoren ins Feld geführt wurden, die für die Sonderstellung dieser Erkrankung eingetreten. Von vornherein sei erwähnt, daß auch wir mehrfach *Rezidive* fanden, ein Ergebnis, das bekanntlich *Kraepelin* veranlaßte, seine Meinung über die Involutionsmelancholie umzustoßen. In verschiedenen Fällen wurde gezeigt, daß erstmalig aufgetretene Depressionen sich später im Präsium wiederholten während in der Zwischenzeit eine Besserung eingetreten war (Gruppe 2). Eine wichtige Rolle hat stets die *Angst* bei der Betrachtung der Depression in der Involution gespielt. Auch wir betonten in fast allen Fällen, daß ein starker Angstaffekt vorhanden ist und zum Teil sogar im Vordergrund steht. Diese Angst ließ sich objektiv an dem Verhalten und den Äußerungen beobachten und wurde subjektiv von den Kranken als besonders unangenehm empfunden. Wie besonders ausführlich von *Kant* auseinandergesetzt wurde, ist dieser Angstaffekt aus dem biologischen Vorgang des Klimakteriums resp. der Involution zu erklären. Es kommt sekundär zu Angstmechanismen, die sich zum Teil rein somatisch durch Veränderungen an dem Gefäßsystem und dem vegetativen und endokrinen System erklären lassen. Dabei handelt es sich teilweise um eine „Organangst“, teilweise spielen aber auch psychologische Mechanismen eine Rolle. Es kommt zur „Angst um ein verlorenes Leben“, wie *Kant* sagt, zur Angst vor dem Tode, der zugleich als Erlöser herbeigesehnt wird, schließlich zur Angst vor der Zukunft, die in besonders schwarzem Lichte erscheint. Angegeben wird von den Kranken fast immer, daß sie eine unbestimmte Angst haben, die sie sich nicht erklären können. Die Angst käme vom Herzen oder vom Unterleib und ähnliche Angaben recht charakteristischer Art wiederholen sich nicht selten. Durch diese Angst kommt es meistens zu einer *Unruhe*, die in einem Gegensatz zur Hemmung bei den übrigen Depressionen anderer Lebensalter steht, und die Autoren veranlaßt hat, der Depression in der Involution eine besondere Stellung einzuräumen. Manche Unruhe steigert sich derartig, wozu noch ein starker Rededrang hinzukommt, daß die Patienten einen äußerlich manischen und inhaltlich depressiven Eindruck machen, so daß man geradezu mit Recht von einem *manisch-depressiven Mischzustand* gesprochen hat. Auch wir haben einige Fälle dieser Art erwähnt. Es läßt sich im allgemeinen die Unruhe und der Rededrang aus dem Angstaffekt erklären, wie auch ein anderes Symptom sich unschwer daraus ableiten läßt, das ist die häufige *paranoische Einstellung*, das Hinzutreten paranoischer Betrachtungsweise, zum Teil auch echter Wahnideen. Versündigungs-ideen, auch wahnhaften Charakters, werden zur Depression gerechnet. Ebenso findet man häufig Verarmungs- und Kleinheitswahnideen, aber

bei keiner Depression anderer Lebensalter findet sich das so häufig wie in dieser Zeit. Es liegt eben in der Besonderheit der Auffassung dieser Zeit, daß die Patienten Befürchtungen aller Art haben und an Versündigungen und Schuld glauben. Auch das läßt sich aus dem Grundaffekt der Angst erklären, liegt aber auch zum Teil im Alter, wo man eher geneigt ist, sein Leben kritisch zu betrachten und sich selbst nicht immer so rosig einschätzt, wie es die Jugend zu tun geneigt ist.

Die depressive Stimmung, die pessimistische Lebensauffassung, die durch die regressiven Vorgänge bedingten *Insuffizienzgefühle* tragen dazu bei, daß man sich selbst besonders scharf kritisiert. Es kommt dann zur *Griübelnsucht*, einem Symptom, das auch in dieser Zeit sich häufig findet, und zu Versündigungs- wie Kleinheitswahn. Die Insuffizienzgefühle, die dazu führen, daß man sich schlecht vorkommt und leistungsunfähig ist, bringen auch das Gefühl mit sich, daß andere dieselbe Meinung über einen haben und der Weg Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen ist geebnet, wenn es auch nur in seltenen Fällen, wo besondere Veranlagung vorhanden ist, dazu kommt. Andeutungen finden sich sehr häufig.

Die nicht selten zu findende *Theatralik* und das laute Jammern und Lamentieren ist aus der oben erwähnten hypochondrischen Einstellung zu erklären. In vielen Fällen hat man geradezu den Eindruck, eines demonstrativen Verhaltens.

Auch die *Prognose* unterscheidet sich in den meisten Fällen von der bei sonstigen Depressionen. Remissionen sind nicht selten, im wesentlichen beobachten wir einen protrahierten Verlauf, der nach kurzen Besserungen zu einem „depressiven Schwächezustand“ (Bumke) führt, in dem die Patienten klageselig und weinerlich bleiben und immer wieder zu Selbstmordversuchen neigen, so daß ein Aufenthalt außerhalb der Anstalt kaum möglich ist. Von einer Heilung im Sinne des Abklingens einer Depression, die in ihr Gegenteil umschlagen kann, kann man nur in seltenen Fällen sprechen. Selbst dann, wenn es sich um eine im Klimakterium auftretende Phase eines manisch-depressiven Irreseins handelt, das bereits zu häufigen früheren Erkrankungen geführt hat, ist der Verlauf ein anderer wie sonst, es bleiben Restsymptome zurück, wenn auch die Stimmung bereits in das Gegenteil umgeschlagen ist, wie an Fall 19 nachgewiesen werden konnte. Daß die Prognose eine so überaus ungünstige ist, hat Seelert Veranlassung gegeben, anzunehmen, daß es nicht die durch das Klimakterium bedingten endokrinen Störungen sind, die zur Erkrankung führen, sondern regressive Veränderungen des Gehirns, da sonst zu erwarten wäre, daß nach Abklingen der klimakterischen Prozesse die Psychose ebenfalls zurückgeht. Es ist aber dabei zu bedenken, daß die Veränderungen im Gehirn, auch wenn sie sekundärer Art sind, sich nicht mehr zurückbilden können. Wahrscheinlich handelt es sich um Kombinationen beider Faktoren. Es wäre jedenfalls auch zu erklären, warum diese Depression, bei der die endokrin-vege-

tativen Faktoren eine so große Rolle spielen, so anders verläuft und einen so viel ungünstigeren Ausgang nimmt als die sonstigen „endogenen“ Melancholien. Die exogenen Faktoren somatogener Art verursachen dabei eine so ungünstige Wirkung.

Zusammenfassend muß gesagt werden, daß die Depression im Klimakterium sich durch die hypochondrische Einstellung, die fehlende Hemmung, die Unruhe, den Rededrang, die starke Angst, die Neigung zu Wahnbildung und den ungünstigen Verlauf von den übrigen Depressionen unterscheidet und dass diese Unterschiede sich durch die Besonderheit des Lebensabschnittes wie der pathogenetischen Faktoren dieser Zeit größtenteils erklären läßt. Auf die Frage der Berechtigung, ob die Depression eine Sonderstellung verdient, wird im Schlußkapitel im Zusammenhang mit den anderen Erkrankungen näher einzugehen sein.

B. Die paranoischen und paranoiden Erkrankungen im Klimakterium und in der Involution.

Unter den mit Wahnbildung einhergehenden Erkrankungen der Involution und des Klimakteriums finden sich ähnlich wie bei der Depression alle Übergänge von den sekundär auftretenden paranoischen Ideen, die nicht als eigentliche Wahnideen aufzufassen sind, mehr aus der Stimmung und Situation zu erklären sind, als aus einer besonderen paranoischen Anlage und sich daher besonders bei den Depressionen finden, wie im vorigen Abschnitt auseinandergesetzt wurde, bis zu den ausgesprochenen Fällen von Wahnbildung, die den Erkrankungen von Dementia paranoides in anderen Lebensaltern nahe verwandt sind. Dazwischen finden wir noch geschlossene Wahnsysteme ohne Sinnesstörungen bei vollkommen erhaltener Intelligenz die wir zur Paranoia, zum Teil auch zur Paraphrenie rechnen müssen. Die Vielgestaltigkeit der paranoischen und paranoiden Bilder im Klimakterium und in der Involution gab auch bei den Autoren dazu Veranlassung, wie es schon oben ausführlich behandelt wurde, verschiedene Namen für eine angeblich spezifische klimakterische resp. involutive Wahnerkrankung zu geben, worunter meist dasselbe Krankheitsbild verstanden wurde. So sprach Kleist von der „Involutionsparanoie“, Seelert von den „paranoiden Psychosen im höheren Lebensalter“ und Šerko, sowie Albrecht von der „Involutionsparaphrenie“. Wir werden im folgenden aus einer sehr großen Zahl von Kranken einige Fälle von Depressionen mit Übergang in Paranoia, ferner in diesem Alter oder kurz vor dem Klimakterium auftretende Erkrankungen, die der Dementia paranoides ähneln, dann Fälle von geschlossenen Wahnsystemen zur Paranoia und zur Paraphrenie gehörig — und schließlich einige paranoische Erkrankungen im höheren Lebensalter (präsenile Beeinträchtigungen) herauswählen und behandeln. Das Gemeinsame wird das erstmalige Auftreten einer mit Wahnbildungen einhergehenden Erkrankung in der Involution sein.

1. Depressionen mit Übergang in Paranoid.

Fall 23 a. Edith W., 48 Jahre, Bauratsfrau. 12 Jahre nach der Menopause. Seit 28 Jahren verheiratet, Ehe glücklich, kinderlos. War immer lebenslustig und phantasiebegabt, temperamentvoll. War stets sehr tätig, seit Dezember 1927 verstimmmt, schlaflos, unruhig, verlor jegliches Interesse, hatte Selbstmordgedanken, grübelte viel. Schloß sich äußerlich an eine Krankheit ihrer Schwester an. Zuletzt allgemeine unbestimmte Angst. Hier am 24. 1. 28. Aufnahme: unsicher, ängstlich, nicht gehemmt, spricht rasch und lebhaft, keine hypochondrischen Klagen. Somaticisch: o. B. Später zunehmende Angst und Wehleidigkeit, beginnt auch mit hypochondrischer Verarbeitung. Ist immer unzufrieden, etwas mürrisch und ablehnend. Klagt über schlechten Schlaf, Verdauungsbeschwerden, Unlust zu allem, Mattigkeit, Schwäche usw. Beginnt im Februar ausgesprochene Wahnideen vorzubringen, wollte das Mittel nicht nehmen, meinte es sei vergiftet, man wolle ihr ihr Augenlicht nehmen. Sei von einer Schwester hypnotisiert worden, alle stecken mit dieser unter einer Decke. Werde von allen Seiten beeinflußt. Fürchte geschlechtskrank zu sein, sie habe Veränderungen in den Mienen aller Leute der Umgebung bemerkt, es wurde überall über sie „gewispert“, habe auch etwas von „Paralyse“ gehört. Alles sei merkwürdig, es werde alles abgeschlossen, nachts werde viel gerannt. Als zugleich ihr Mann schwer erkrankt, wird sie besonders ängstlich, meint, man wolle „ein Familienmitglied nach dem anderen vernichten“, es sei eine „Tücke“, sie wisse aber nicht, von wo es ausginge. Auf der Straße fühlt sie sich beobachtet, boykottiert, verlacht. Bessert sich später deutlich, wird im Mai entlassen und soll nach einer späteren Mitteilung zu Hause freier sein und sich vollauf im Haushalt beschäftigen. Familienanamnese o. B. — Somaticisch: pyknisch.

12 Jahre nach der reichlich früh aufgetretenen Menopause, die ohne Beschwerden vorüberging, entwickelt sich hier im Anschluß an eine unbedeutende äußere Ursache bei einer klugen, lebhaften, lustigen Frau eine traurige Verstimmung mit von vornherein auffallend starker Betonung einer unbestimmten Angst und Wehleidigkeit, ohne daß eine Hemmung oder hypochondrische Einstellung zuerst vorhanden ist. Erst allmählich entstehen hypochondrische Ideen, die immer mehr wahnhaften Charakter annehmen, aus denen dann eine Fülle von Beziehungs- und Beeinträchtigungs- und schließlich auch Verfolgungsideen sich entwickelt. Diese Ideen schließen sich zeitlich und wahrscheinlich auch ursächlich an hypochondrische Ideen an. Erst hat sie das Gefühl, krank zu sein, anfangs allgemeines unbestimmtes Unbehagen, dann besondere Beschwerden, die lokalisiert sind und schließlich der Glaube, geschlechtskrank zu sein. Daraus resultiert einerseits das Gefühl der Schande, ferner daß man sie verlache, sie schlecht behandle, vielleicht alles Mögliche mit ihr vor habe, andererseits der Gedanke, daß man sie vernichten wolle, daß man ihr auf irgendwelchen phantastischen Wegen solche Krankheit beibringe, daß man sie und ihre Familie ausrotten wolle. Schließlich kommt es zu einem ganz allgemeinen Mißtrauen gegen alles, jedoch bleibt als Grundaffekt die anfangs unbestimmte Angst bestehen, die später in der Zeit der ausgesprochenen Wahnideen eine Angst vor unbestimmten Dingen, vor Beeinflussungen und Verfolgungen wird. Ob man alles noch unter dem Gesichtspunkt der Depression auffassen kann, ist zweifelhaft. Die Wahnideen sind zwar durchweg Kleinheits-

ideen, die Idee der Krankheit, der Beeinträchtigung, der Verfolgung, der Beeinflussung usw., es überwiegen aber doch so sehr die Wahniddeen, daß die Stimmung ängstlich-depressiver Art nur noch als Folge ihrer Ideen angesehen werden kann.

Fall 24 b. Anna K., 47 Jahre, Wirtschaftsfräulein. September 1927 Menopause. Stammt aus gesunder Familie. Lernte in der Volksschule gut, war dann Schneiderin, führte später die Wirtschaft. Seit November 1927 verändert, glaubte, sie sei schwanger, ging deswegen zum Arzt, die Untersuchung ergab keinen Anhalt, glaubte sich verfolgt, machte sich Gedanken wegen angeblich falscher Angaben, bezog alles, was sie sah und hörte, auf sich. War sehr traurig und erregt. Wollte sich erhängen, weil sie meinte, es werde ihr schlecht gehen. Fürchtete krank zu werden und zu sterben. Machte sich viele Sorgen. Verkannte die Personen, aß wenig. Fragte immer wieder: „Habe ich etwas verbrochen?“ Hier am 8. 6. 28. Aufnahme: befragt, woher sie glaube, schwanger zu sein, macht sie ganz unklare Angaben. Sie habe es im Gefühl, sie müsse sich noch weiter untersuchen lassen. Ihr Unwohlsein sei weg, sie habe an Gewicht zugenommen und fühle Veränderungen im Leib, es sei daher wohl kein Zweifel an ihrer Schwangerschaft. Sie habe es schon lange bemerkt, daß man ihr überall schaden wolle, auf der Fahrt zur Klinik habe sich ein Herr ins Abteil gesetzt, der „eigentlich“ im Buch blätterte, das sei ihr gleich aufgefallen, außerdem habe er viel vor sich hingelacht. Sie habe es auf sich bezogen. Aus Verzweiflung über ihre Lage wollte sie sich das Leben nehmen. Fürchtete zu verarmen. Außerdem habe sie ein Verbrechen begangen, weil sie dem Arzt einen falschen Wohnort angegeben habe (nannte statt des Dorfnamens den Namen des dazugehörigen Postortes!). Die Umgebung sei ihr auch verändert vorgekommen, meinte, ihre Angehörigen hätten sich geändert. Sie bringe über alles Schande, man solle sie nur gehen lassen, wohin sie wolle. Sie würde überall schaden. Ist hier sehr mißtrauisch, ängstlich-depressiv und außerordentlich zurückhaltend. Intellektuell normal. Somatisch: pyknisch-athletisch. Später hier auch täglich neue allgemeine hypochondrische Klagen. Ausgesprochene Versündigungsideen. Spricht davon, daß sie viel Schuld auf sich geladen habe. Im ganzen gehemmt, nur bei der Visite klagselig. Später sehr ängstlich, sieht sich ratlos um, gibt keine Antwort. Findet sich nirgends zurecht. Kommt am 13. 3. in eine Anstalt.

Hier ist der unmittelbare zeitliche und inhaltliche Anschluß an die Menopause in selten klarer Weise gegeben. Die Regel sistiert, sofort macht sich bei ihr das Gefühl bemerkbar, sie sei schwanger. Das ist nicht nur ein gedanklicher Schluß, weil das Unwohlsein ausbleibt, das ist auch ein körperliches Gefühl, das von den Unterleibsorganen ausgeht. Hier wohl auch ein tiefversteckter Wunsch, da sie Geschlechtsliebe im Leben entbehren mußte und bei dem völligen Erlöschen der Geschlechtsfunktion die letzte Hoffnung begraben wird. Es resultiert die von *Kant* bezeichnete „Angst um eine verlorenes Leben“. — Bis hierher könnte man alles als eine klimakterische Depression mit hypochondrisch-sexueller Färbung auffassen. Daran schließen sich aber eine ganze Reihe von Symptomen, die nicht mehr zur Depression gerechnet werden können, an. Erst ein merkwürdig uneinsichtiges Festhalten an dem Schwangerschaftsglauben, der allmählich nach dem negativen Ausfall der ärztlichen Untersuchung einen durchaus wahnhaften Charakter annimmt. Außerdem ist es nicht klar, ob sie tatsächlich Geschlechtsverkehr

gehabt hat, (es wird als unwahrscheinlich von den Angehörigen bezeichnet). Dazu kommen Beeinträchtigungen und Beziehungen sowie Verfolgungen, sogar auch Personenverkennungen und Besonderheiten der Umgebung. Schizophrene Symptome schließen sich allmählich an, während zugleich die Persönlichkeit erhalten blieb, die Patientin im wesentlichen einen depressiv-ängstlichen Eindruck machte und in auffallend demonstrativer Weise ihre Klagen vorbrachte. Es wechselten Tage einer hypochondrisch-theatralischen Melancholie mit solchen, an denen Negativismus und Ratlosigkeit im Vordergrund standen. Eine weitere Verfolgung der Entwicklung war leider nicht möglich. Während der Anfang und ein Teil der Erkrankung einen depressiven Eindruck machte, traten später paranoide Symptome in den Vordergrund. Aus diesem Grunde schien es berechtigt, diesen Fall in der besonderen Gruppe, die einen Übergang zwischen dem 1. und 2. Abschnitte darstellt, zu behandeln.

2. Fälle, die der Dementia paranoides nahestehen.

Fall 25 a. Luise R., 49 Jahre, Postbeamtin. Im Klimakterium.

In der Familie keine Besonderheiten. Selbst gute Schülerin gewesen, dann Kindergärtnerin, später in mehreren Bürostellen, seit dem Kriege bei der Post. Seit vielen Jahren anstrengender Dienst als Telephonistin. War stets fleißig und gewissenhaft, etwas schwernehmend und nicht ganz frei von Mißtrauen. War nie krank, hat nie im Dienst gefehlt. Seit Anfang 1929 konnte sie nachts nicht schlafen, hatte erst ein dauerndes Summen im Ohr, das sie allmählich nach außen projizierte, sie wechselte daher mehrfach ihre Wohnung, glaubte erst, es käme von unten, zog daher in eine Parterrewohnung, wo sie das Geräusch gleich wieder nach oben lokalierte. Hielt es für Geräusche von elektrischen Apparaten, meinte, man verfolge sie systematisch, um sie verrückt zu machen. Dachte daher an Selbstmord. Hörte Stimmen, verkannte Personen. Hielt einen fremden Herrn auf dem Bahnhof für ihren verstorbenen Bruder. Bald nach der Aufnahme hier sehr erregt, sie habe gehört, man werde sie zu Tode quälen, man wolle sie verhungern lassen. Sie verdiene es auch nicht besser, da sie die Sünde begangen habe, ihren Bruder verhungern zu lassen. Sie habe ihn auf dem Bahnhof gesehen. Auf der Straße habe man sie schief angesehen, man habe mit Fingern auf sie gezeigt, man wollte sie ins Gefängnis bringen, vernichten, totschlagen. Überall seien die Verfolger hinter ihr her. In ihrer Wohnung habe man ihr keine Ruhe gelassen, man habe auf der Straße gehupt, Autos seien in auffälliger Weise vorbeigefahren, Lichtsignale seien abgegeben worden. Bleibt dabei, ihren Bruder gesehen zu haben, obwohl sie zu wissen schien, daß er vor vielen Jahren im Elend in Hamburg verstorben ist. Steht während des hiesigen Aufenthaltes dauernd unter Sinnestäuschungen und Wahnideen. Meint, auch hier sei nachts Radau auf der Straße, man wolle durchs Fenster steigen, um sie herauszuholen, um sie der „Meute“ vorzuwerfen, wie sie es verdiene. Macht auch später einen Selbstmordversuch in der Klinik. In den Räumen über ihr seien Maschinengewehre, denn sie höre nach wie vor Knattern. Ist immer sehr ängstlich und oft sehr unruhig, geht viel aus dem Bett und versucht sich auch das Leben zu nehmen. Somatisch: pyknisch. Später in eine Anstalt verlegt.

Die Entwicklung der Erkrankung ist recht typisch. Es spielen verschiedene Dinge eine Rolle. Einmal hat sie tatsächlich vor Jahren ihren Bruder im Elend sterben lassen, ohne ihm zu helfen. Ob eine Hilfe

möglich war und ob es sich tatsächlich um eine Schuld handelt, läßt sich nicht mehr feststellen. Ferner ist es durch ihren Beruf als Telephonistin zu erklären, daß sie Geräusche vernimmt, daß ein vielleicht „nervöses Ohrensausen“ durch den anstrengenden Dienst entstanden ist, mit dem sie nicht fertig werden konnte. Die Wechseljahre bringen eine Unruhe in sie hinein, sie kann nicht schlafen, ist reizbar und traurig verstimmt, fühlt sich unbefriedigt und hört nachts dauerndes Sausen im Ohr, das von ihr, die sie immer etwas mißtrauisch war und allem auf den Grund gehen wollte, in den unruhigen und ängstlichen Nächten, in denen sie ihren Gedanken allein überlassen ist, in wahnhafter Weise mißdeutet wird. Anfangs nur Gedanken, werden es allmählich feststehende Wahnideen, die sie veranlassen, ihre Wohnung zu vertauschen und sie schließlich vollkommen beherrschen. Bei ihrer Veranlagung, dazu im Klimakterium und der besonderen Situation, wo also eine tatsächliche Grundlage vorhanden ist, kann man die Entwicklung bisher noch verständlich erklären. Was daraus entsteht, ist eine akute Psychose, für die weder logische Erklärungen existieren noch Zusammenhänge bestehen. Da die Geräusche naturgemäß nicht aufhören, sondern sich immer mehr steigern, da ferner ihr Umziehen nichts hilft, ihr Fragen bei den Bekannten sie lächerlich macht, wird sie immer mißtrauischer, beginnt alles in dem Sinn auszulegen, daß sie verfolgt wird. Auf der Suche nach der Verfolgung betrachtet sie ihr Vorleben und stößt dabei auf den Punkt, den sie selbst — wahrscheinlich ganz unberechtigterweise — als ein Makel ansieht, auf das tragische Ende ihres Bruders, glaubt diesen bald danach wiederzusehen und meint nun, daß man sie wegen ihres Verbrechens aufs gröbste beschimpfe und schließlich umbringen wolle. Es kommt daher zu verschiedenen Selbstmordversuchen. Dieses bisher noch einigermaßen geschlossene Wahnsystem wird dann durch alle möglichen Sinnestäuschungen und Wahnideen aufgelöst, schließlich artet alles in ein ganz allgemeines Gefühl der Sünde und der Beeinträchtigung aus, mit einem stark ängstlich-depressiven Grundaffekt, der dauernd bestehen bleibt, aber in der verhältnismäßig kurzen Zeit der Beobachtung deutlich abflaut. Es macht sich allmählich eine Apathie bemerkbar, die sich von Tag zu Tag steigert. Der Zerfall der Persönlichkeit, besonders die Zerstörung der ziemlich lange bestehenden stark ausgeprägten Affektivität macht rapide Fortschritte. Die Erkrankung gleicht schließlich ganz dem Bilde der Dementia paranoides, nur daß die Entwicklung und der Beginn im Klimakterium Besonderheiten bieten.

Fall 26 b. Amalie H., 50 Jahre, Feuerwehrmannsfrau. Anfang 1927. Menopause. Familienanamnese o. B. Früher immer gesund, meist traurig, fleißig, ordentlich. Einfach und primitiv. Erkrankung bald nach der Menopause mit dem Gedanken, sie werde von den Kommunisten verfolgt, hat das Gefühl, krank zu sein, weil sie durch Apparate in ihrem Gehirn geschädigt sei. Sie habe nichts gesehen, wohl aber Luftdruckveränderungen gespürt. Sei die einzige Nichtkommunistin

gewesen, das habe man ihr übelgenommen, man wollte Rache nehmen. Ein Umzug in eine andere Wohnung half auch nichts. Kommunistenverfolgungen blieben unverändert bestehen. Die gemeinsten Ausdrücke habe man ihr gesagt, man habe vor ihr ausgespuckt. Schließlich wurden die Belästigungen immer schlimmer, der Luftdruck habe sie umgeworfen, sie sei betäubt worden, merkte bald danach, wie der „Unterleib“ sich öffnete. Der Luftdruck sei durch die Schultern, den Rücken und Leib gegangen. Hatte das Gefühl, sie müßte platzen. Die Apparate seien im Kreise im Unterleib umhergegangen. Bringt hier alles mit großer Affektarmut vor, hat zahlreiche Verfolgungs- und Beeinträchtigungsdeen, halluziniert auch während der Exploration. Wiederholt ihre Stimmen, die sie mit den gemeinsten Ausdrücken belegen. Verlegt auf Befragen die Wahrnehmung dieser Stimmen ins Gehirn, nicht ins Ohr. Auf der Station meist ruhig und unauffällig, bessert sich etwas, wird vorübergehend entlassen, kommt aber bald wieder zur Aufnahme und dann in eine Anstalt.

Entwicklung der Wahnideen auch hier im Klimakterium im Anschluß an äußere Erlebnisse, an einen unbedeutenden Streit im Hause mit politisch anders Gesinnten. Der Streit war wohl, schon durch ihre mißtrauische Anlage und Einstellung zu erklären und entsprach kaum den Tatsachen; allerdings haben wirklich politische Gegensätze dort bestanden. Gleich schlossen sich aber Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahnvorstellungen an, die sie vollkommen in Besitz nahmen und veranlaßten, auszuziehen. In der neuen Wohnung dasselbe Bild, nun aber in verstärktem Maße, mit einer Fülle von Sinnestäuschungen. Schneller Zerfall der Persönlichkeit. Wahnsystem löst sich auf, Affektivität wird immer geringer. Massenhaft sinnlose Halluzinationen kommen hinzu. Nimmt auch an Intellekt ab, besonders an geistiger Regsamkeit.

Fall 27 c. Mathilde S., 47 Jahre, im Klimakterium.

Vater Trinker, sonst Familienanamnese o. B. Lernte in der Schule gut, war dann in einer Zigarettenfabrik angestellt, seit dem 20. Lebensjahr verheiratet, ist glücklich in ihrer Ehe, hatte 9 Kinder, von denen 4 tot sind. War immer friedliebend, von gutherzigem und gutmütigem Charakter. In letzten Jahren Charakterveränderungen, schimpfte oft unnötig auf die Kinder, auch kam es öfter in der Ehe zu Zwistigkeiten. Auch in den letzten Jahren auffallend fromm, trat in eine Sekte, ging täglich beten, sprach nur von religiösen Dingen. Seit Weihnachten 1928, seitdem auch die Menstrualblutungen unregelmäßig wurden, traurig und tiefesinnig, sehr matt und müde, schlief dauernd, wurde dann im Februar 1929 verwirrt, sah Gestalten und Visionen, meist religiösen Inhaltes, sah Jesus, der ihr sagte, daß sie sterben müßte, daß alles vergiftet sei. Sprach dauernd nur von Totschlägen und Vergiftungen, meinte, ihr Mann wolle sie umbringen. Schlief schlecht, war nachts sehr unruhig, kümmerte sich auch nicht um die Wirtschaft, sprach nur von religiösen Dingen. Bei der hiesigen Aufnahme am 1. 3. 29 anfangs unruhig, betete und kniete, beruhigte sich aber bald und gab bereitwillig Auskunft. Sei in die Sekte durch eine Bekannte gekommen, habe sich aber durch innere Bedürfnisse dahin gezogen gefühlt. Dort habe sie eine Bekehrung erlebt, sei durch Gottes Gnade gläubig geworden und von schwerer Krankheit geheilt worden. Nehme an, daß man mit Gott in Verbindung stehe, daß man seine Stimme höre und sich mit ihm unterhalten könne. Sie habe seine Antworten auf ihre Fragen gehört. Über ihre Krankheit verfragt, weiß sie keine rechte Angabe zu machen. Die Bekehrung und religiösen Stimmen hätten mit der Krankheit nichts zu tun. Sie sei auch von bösen Feinden aus der Unterwelt umgeben, das merke sie besonders daran, daß ihr manchmal Gedanken entzogen werden, sie kenne irgend etwas, könne dann plötzlich nicht mehr

weiter denken. Zu Hause habe sie auch zuletzt viel Streit und Ärger mit ihrem Mann gehabt, weil dieser sich aus der Religion nichts mache und nicht an solche Dinge glaube, auf sie schimpfe, wenn sie zu den Versammlungen gehe. Früher habe sie immer die Wirtschaft gut versorgen können, zuletzt sei es nicht mehr gegangen, weil sie durch die Kämpfe um den Glauben geschwächt gewesen sei. Sei nervös, zerstreut, vergeßlich und leicht aufgereggt gewesen, schließt schlecht und ab wenig. Befragt nach ihren Gebeten, schildert sie, wie sie überall gebetet und gekniet habe, wie sie sich und anderen damit Trost und Linderung verschaffte. Direkt spreche Gott nur selten mit ihr, meist zeige er ihr Bibelstellen, aus denen sie dann die Antwort schließen könne. Wenn sie in Angst sei — und das komme öfter vor — bitte sie in der Notlage um eine erlösende Stelle. Sie brauche dann nur die Bibel aufzuschlagen und findet sofort den geeigneten Text. Auch bestimmte Befehle werden ihr auf diese Weise gegeben, die sie stets sofort ausführen. Wird bei der Exploration verändert, scheint Stimmen zu vernehmen, die ihr sagen, ihr Mann sei draußen, der sie abholen wolle. Verlangt erst bescheiden, dann immer energischer, schließlich in größter Spannung und Erregung ihre sofortige Entlassung. Spricht dann feierlich und ernst, pathetisch, pastoral, „Jehova sagt:“ Wird dann sehr ängstlich, völlig negativistisch, gibt keine weitere Auskunft, betet schließlich leise, monoton, unverständlich vor sich hin. Auch später in der Klinik oft sehr unruhig, sieht, wie ihre Kinder vom bösen Feind ergriffen und gemartert werden. Wird dann teilnahmslosen und zusehends affektmäler, bleibt bei ihren religiösen Wahnideen und Halluzinationen, wird nach einer Provinzanstalt überwiesen. Somatisch: asthenisch.

Ohne auf die schwierige Frage der religiösen Wahnideen näher einzugehen, sei nur kurz auf ihre Sonderstellung hingewiesen, da die Entscheidung, ob Wahn oder religiöse Verzückung und Prophetentum vorliegt, nicht immer leicht ist. (Siehe darüber die Arbeit des Verfassers über religiöse Wahnideen.) Hier haben die religiösen Wahnideen wohl nicht andere Bedeutung als andere Wahnideen. Die Patientin kam dazu, weil sie sich der Sekte angeschlossen hatte, wohin sie ein Zufall zusammen mit dem unbestimmten präklimakterischen Gefühl der Vereinsamung, des Trostsuchens und der traurigen Verstimmung führte. Daß dann die sich bildenden Wahnideen religiösen Inhalt haben, liegt nahe. Es bleibt nur die Frage offen, warum es hier überhaupt zu den Wahnideen und den Sinnestäuschungen gekommen ist. Von einer entsprechenden Veranlagung kann man kaum sprechen, auch sind hereditär keine Besonderheiten vorhanden, die auf eine paranoische Entwicklung deuteten. Der religiöse Fanatismus der letzten 4 Jahre, der allerdings noch keinen psychotischen Eindruck machte, ist aber doch vielleicht schon das erste Anzeichen des Beginns der mit Wahnbildung einhergehenden Erkrankung. Das Hinzukommen des Klimakteriums läßt eine wahrscheinlich nur in der Anlage bestehende Veränderung zum akuten Ausbruch kommen und führt in einem besonders ungünstigen Verlauf zur schnellen Zerstörung der Persönlichkeit, zum Verlust der Direktive, zur Vernichtung der affektiven Ansprechbarkeit. Der Inhalt wird schnell monoton und so gleichförmig, daß man an Stereotypien erinnert wird. Wenn noch anfänglich auch nach dem Ausbruch der Psychose gewisse logische Erklärungsversuche gemacht werden, hört das alles sehr bald auf, der

religiöse Inhalt tritt in den Hintergrund und es resultiert nur noch ein monotones, stereotypes Beten und Knieen. Der depressive Beginn und die Unzufriedenheit mit der Umgebung, die Flucht vor einer unangenehmen Wirklichkeit in ein glückliches Traumland von enger Verbundenheit mit Gott erscheinen für das Alter recht charakteristisch. Wenn es auch zwei Gegenstände sind, so kommt es psychologisch auf dasselbe heraus, ob die Kranke in diesem Lebensalter im Gefühl des verlorenen Lebens und der Hoffnungslosigkeit aller Zukunft sich selbst besonders schlecht darstellt, sich verdammt und verflucht, sich für frühere Sünden verantwortlich macht und in eine Welt der Verdammnis und Verzweiflung hineindrängt, vielleicht mit dem Hintergedanken von anderen hören zu wollen, daß es doch nicht so schlimm sei, oder ob eine andere Kranke auch aus demselben Gefühl heraus in eine Welt von Glück und Gottesnähe sich hineinversetzt glaubt. Die Unterschiede liegen nur in der verschiedenen Anlage und Auffassung der Persönlichkeit, wie sie Schicksalsschlägen gegenüber reagiert. Depressiven liegt es doch immer nahe, in religiösen Dingen Trost und Zuflucht zu suchen, die einen ergehen sich in Wehklagen und Jammern und wollen ihr Un Glück durch eigene Schuld aus der Jugend und durch fremde Beeinflussung durch den Teufel usw. erklären, die anderen glauben sich Gott nahe und wohlgefällig und daher ist ihnen die irdische Unzufriedenheit gleichgültig. Trost ist schließlich auch der Versündigungswahn für den Depressiven. Sie leiden am meisten unter der unbestimmten Angst, der unbestimmten Trauer und Verzweiflung. Warum in diesem Fall die Kranke zu dem anderen griff, ist aus der Vorgeschichte nicht zu erklären, will man nicht annehmen, daß das auf einen Einfluß der Sekte zurückzuführen ist. Das wäre um so interessanter, weil dann ein äußerer Einfluß bei der Art der Wahnbildung von Bedeutung wäre. Es fehle aber für die strikte Beweisführung in dieser Richtung die Grundlage.

Fall 28 d. Barbara S., Wirtin, 48 Jahre. Im Klimakterium.

Hereditär ohne Besonderheiten. Lernte in einer Volksschule gut, war immer gesund. War still und ernst, fleißig und ordentlich, hat selten ihre Stellen gewechselt und zuletzt gearbeitet. Seit der Zeit der Unregelmäßigkeit der Menstruation glaubte sie sich verfolgt, fühlte sich von einer Maschine beleuchtet, klagte über Schmerzen am Herzen, war schlaflos. Wurde unruhig, lief nachts herum, weinte viel, hörte nirgends wegen der Schmerzen aus, hörte Stimmen, sah Gestalten, fand nirgends Ruhe. Schildert in der Klinik sehr ausführlich, wie sie durch eine Maschine belästigt werde. Es sei so, als wenn das Bett schüttle, habe dann Schmerzen und unangenehme Gefühle am Herzen und am Unterleib. Sie werde nach ihrer Meinung bestrahlt, auch habe sie in ihrem Zimmer einen Lichtschein gesehen, es seien auch Löcher in die Wände und Decke gebohrt worden. Vernahm dann deutlich, was die unteren Bewohner sagten: „Setzt ihr den Strahl dorthin!“, verspürte ihm dann gleich an der bezeichneten Stelle. Hörte dann sagen, was sie für ein Gesicht mache, was sie denke, was für eine Stellung sie im Bett einnehme, fühlte sich dadurch aufs unangenehmste belästigt. Befragt, woher das alles käme, schildert sie genau und mit umständlicher Breite, daß ein anderer Hausbewohner wohl an ihr Rache nehmen wolle. Sie habe einmal auf der Treppe etwas abgestaubt, darüber habe dieser

geschimpft. Seitdem sei die Maschine im Hause, die immer hin und her geschleppt werde, um sie zu quälen, wo sie sich auch befindet. Auch ein Hinausgehen in eine andere Wohnung helfe ihr nichts. Glaubte erst, daß die Maschine mit dem elektrischen Licht zusammenhänge. Allmählich wurde ihr klar, daß ihre körperlichen Beschwerden mit der Maschine in Zusammenhang ständen. Schließlich sei es immer schlimmer geworden, auf der Straße fand sie auch keine Ruhe mehr, man ging hinter ihr her, man sprach und lachte über sie, man zeigte auf sie, man las ihre Gedanken ab und gab sie weiter. Dagegen konnte sie sich durch nichts schützen, sie traute sich schließlich nicht mehr zu denken. Es sei auch ein Geruch dazugekommen, es habe brenzlich gerochen, müsse aber zugeben, daß das vielleicht eine Täuschung sei. Hat keinerlei Krankheitseinsicht, erklärt es für Tatsache. Zum Arzt sei sie deswegen gegangen, weil sie die körperlichen Schmerzen nicht mehr aushalten konnte. Sonst hätte sie lieber die Leute bei der Polizei angezeigt. Da sie in letzter Zeit hörte, daß es eine Verbrecherverfolgungsmaschine sei, denke sie dauernd darüber nach, was sie verbrochen habe. Darunter leide sie auch sehr stark. Bringt alles mit ziemlichem Gleichmut vor, anfangs noch etwas depressiv gestimmt, weint auch gelegentlich, später affektstumpf. Außerhalb ihres Systems geordnet, klar und orientiert. Auch hier später körperliche Belästigungen, die sie in Zusammenhang mit der Maschine bringt. Somatisch: pyknisch. Verlegt in eine Provinzialanstalt.

Fräulein S., die ein Leben voller Arbeit hinter sich hatte, bekam in der Zeit der Wechseljahre ohne besondere äußere Veranlassung zahlreiche körperliche Beschwerden, die mit der hypochondrischen Einstellung dieser Jahre zusammenhängen. Ob nun gleichzeitig Wahniddeen auftauchten oder ob sie alte Ohrgeräusche allmählich verkannte, anders ausdeutete und nach außen projizierte, ist nicht klar, jedenfalls suchte sie für die körperlichen Beschwerden aus einem gewissen Wahnbedürfnis heraus nach wahnhafter Erklärung und kam dann wahrscheinlich durch die Ohrgeräusche auf eine Maschine, an die sich bald ein ganzes System, das ziemlich zusammenhängend und geschlossen ist, anschloß. Die Sinnestäuschungen sind wohl nur sekundären Charakters und größtenteils ihre eigenen Gedanken über ihre Wahnvorstellungen. Dazu kam das Gefühl der Gedankenbelausbung und des Gedankenentzuges, wenn auch diese nicht so deutlich wie im vorigen Fall war. Die starke Betonung der haptischen Sinnestäuschungen, die sich aus den hypochondrischen Ideen leicht ableiten lassen, und die mit abnormen Sexualgefühlen zusammenhängen, sind für dies Lebensalter wieder typisch.

Fall 29 e. Hedwig E., 45 Jahre, Stenotypistin. Im Beginn des Klimakteriums. (Erste Unregelmäßigkeiten der Menstruation.)

Vater war Trinker, ein Bruder war vorübergehend geisteskrank und wurde deswegen pensioniert. Patientin war immer verschlossen und zurückhaltend, ernst, in sexuellen Dingen kühl. Ehe war unglücklich, Mann war untreu und geschlechtskrank, Ehe wurde 1911 geschieden. Ein Sohn, der die Mutter schlecht behandelt, hältlos ist und als nicht ganz normal von den Angehörigen bezeichnet wird. Patientin war viele Jahre fleißig beim Magistrat tätig. Wurde dort abgebaut, weil sie durch abnormale Bemerkungen aufgefallen war. Glaubte, man schikaniere sie und verfolge sie, so daß sie nicht mehr bleiben konnte. Lebte seitdem von einer Rente. Fing dann an, grundlos Familienmitglieder zu hassen, sich von diesen verfolgt und ins Unglück gestürzt zu glauben. Konnte mit dem Geld nicht fertig werden, vernach-

lässigte sich und die Wirtschaft, wurde sehr fromm, kniete und betete viel. Hörte verschiedene Stimmen. Kommt hier mit großem Wortschwall und auffallender Heiterkeit in die Klinik. Erzählt unaufgefordert, wie sie von der katholischen Kirche heilig gesprochen sei, wie man ihr gesagt habe, daß sie die Mutter Gottes sei. Sie müsse selbst darüber lachen, aber sie höre doch den „Quatsch“ den ganzen Tag und müsse ausführen, was von ihr verlangt werde. Mußte in bestimmten Stunden die Arbeit erledigen, auch nachts mußte sie aufstehen, sinnlose Dinge ausführen. Zu widergehandelt habe sie nie. Mußte hungrig in einer Nacht ein Kleid zuschneiden. Als sie es nicht schaffte, wurde ihr eine Frist von 6 Stunden gegeben und dann sei sie zusammengebrochen. Mußte es dann wieder vollkommen auf trennen. Sie müsse selbst diese Dinge als Sinnlosigkeiten bezeichnen, sie konnte sich aber nicht dagegen wehren, habe unter einem Zwang gestanden. Als sie vom Magistrat abgebaut wurde, habe sie bemerkt, daß man sie einschläferte, um sie für die katholische Kirche zu fangen, daß diese eigentümliche Schlaffheit und Müdigkeit eintrat, wenn bestimmte Bitsucher dort erschienen. Hielt es zur Zeit für Spionage von Rußland und Polen. Man habe sie aufs Korn genommen, weil sie scharf beobachten konnte. Jetzt wisse sie, daß es von der katholischen Kirche ausgehe. Man habe sie mitten aus der Arbeit heraus abgebaut und ihr gesagt sie, leide an Verfolgungswahn, was „natürlich“ nicht stimme. Schildert dann auch mit großer Ausführlichkeit eigentümliche sexuelle Gefühle, unter denen sie leiden muß. So behauptet sie, zwei Geschlechter in sich zu spüren, die sich bekämpfen. Auch merke sie, daß fremde Wesen unbekannter Art bei ihr im Bett liegen und dort ihre Notdurft verrichten. Der Verkehr mit ihr wurde unterbrochen, der Mann mußte wo anders hin, dadurch sei sie krank geworden. Ist bei allem sehr affektaarm, spricht schnell und gewandt. Außerhalb ihrer Wahnideen geordnet und orientiert, intellektuell wenig gelitten. Kann sich zu einer Beschäftigung (Handarbeit oder einfaches Lesen) nicht aufraffen, ohne Initiative, fragt später nur in stereotyper Weise, auch ohne besonderen Nachdruck, ob sie nicht bald entlassen werden könne. Täglich neue wahnhafte Erlebnisse und Sinnestäuschungen aller Art. Kein geschlossenes System. Zusammenhänge mit der katholischen Kirche werden auch immer lockerer. Meist handelt es sich um zwanghafte Gedanken, die ihr die Befehle von fremder Seite vorkommen, die sie auch nicht für Krankheit hält, denen sie nachkommen muß. Auch oft gereizt, zahlreiche körperliche Sensationen, glaubt, man habe ihr das Gehirn abgesaugt, man spiele an ihrem Unterleib, man mißhandle und mißbrauche sie. Zeigt unbedeutende Flecke am Körper, die sie darauf zurückführt. Nach kurzer Entlassung nach Hause wird sie wieder gebracht und bleibt völlig unverändert bis zu ihrer Überführung in eine Provinzanstalt. Somatisch: asthenisch, Wassermann negativ.

Bei dieser Patientin hat sich die mit Wahnideen und Sinnestäuschungen einhergehende Erkrankung schon einige Jahre vor dem Klimakterium entwickelt. Früher sehr ernst und immer fleißig, hat sie im Leben viel Unglück gehabt, wurde von ihrem Mann und später von ihrem Kinde schlecht behandelt, hatte einen Vater, der trank und einen Bruder, der geisteskrank war. Die Verfolgungs- und Beziehungsideen haben zwar schon länger bestanden, der eigentliche Ausbruch der Psychose, der mit einer Fülle ganz sinnloser und unzusammenhängender Wahnideen und Sinnestäuschungen einherging, bei denen die Sexualsphäre eine sehr große Rolle spielte, fällt in den ersten Beginn des Klimakteriums. Von einem geschlossenen Wahnsystem konnte man nie bei ihr sprechen, wohl aber blieb die Gesamtpersönlichkeit ziemlich lange gut erhalten. Selbst zuletzt noch, als Willensgebiet und Affek-

tivität bereits weitgehend zerstört waren, bestand immer noch eine gewisse gute äußere Haltung und Beherrschung, manchmal auch eine auffallende Objektivierung der Krankheitssymptome. Wenn sie auch keine Krankheitseinsicht hatte, so stand sie doch über den Wahnideen und Sinnestäuschungen, die einen zwangartigen Charakter annahmen. Sie konnte darüber lächeln, sie für „Quatsch“ erklären, mußte aber doch danach handeln. Ob in den vorhergehenden Jahren, als die Verfolgungsideen bereits begannen, das Klimakterium eine Rolle spielte, ist sehr zu bezweifeln. Sie war damals schon Anfang der 40er, es war aber die Menstruation noch völlig regelmäßig. Wegen des engen zeitlichen Zusammenhangs und wegen der starken Betonung der sexuellen Ideen scheint dieser Fall in unser Gebiet hineinzugehören.

Fall 30 f. Lisbeth W., Närerin, 40 Jahre. Beginn des Klimakteriums.

Eine Schwester der Patientin hat sich vergiftet. Sie besuchte eine höhere Privatschule, lernte sehr schlecht, kam bis zur 2. Klasse, war später in einer Haushaltungsschule. Gründete sich eine Existenz, übernahm ein Büfett. Ein uneheliches Kind. Mußte 2 Jahre vor der Erkrankung ihren Posten beim Büfett aufgeben, weil ihr das Rechnen schwer fiel. Wurde am 29. 5. 29 ins Krankenhaus wegen eines Selbstmordversuches überwiesen, kam dann von dort zu uns. Hier gibt sie als Erklärung für den Selbstmord folgendes an. Habe eine 24 Jahre bestehende Freundschaft mit einem Mann, von dem sie mit 16 Jahren ein Kind hatte. Der Freund habe sich seit einiger Zeit von ihr zurückgezogen. Erst konnte sie sich das nicht erklären, jetzt wisse sie, wie das gekommen sei. Habe einmal zufällig im Hause gehört, wie zwei junge Mädchen, die bei Nachbarn zu Besuch waren, ihren Namen nannten. Darauf habe sie sofort genau aufgepaßt und gehört, daß man sie abschieben wolle. Bald danach stellte er jede Unterstützung für sie ein. Das sei alles von einer Buchhalterin ihres Freundes ausgegangen, die eifersüchtig gewesen sei. Seit dieser Zeit spreche man überall über sie, man mache sie schlecht, sie bekomme dadurch keine Beschäftigung mehr. An die Polizei habe man anonyme Briefe geschrieben, die Mädchen hätten sich selbst angezeigt, es wurde aber gesagt, sie hätte es getan. Sie wurde deswegen vernommen. Angezeigt wurde, daß die Buchhalterin in Cranz einen Abtreibungsversuch unternommen habe. Sie sei nicht die Anzeigerin gewesen. Im städtischen Krankenhaus sei eine Schwester die Freundin dieses Mädchens gewesen. Hörte auch dort ihren Namen rufen, man habe leise über sie geflüstert, das habe sie bemerkt. Man sagt, sie habe sich herumgetrieben. Sie verbringe ihr Geld, sie sei arbeitsscheu. Ihre Briefe, die sie früher an den Freund geschrieben habe, seien jetzt „breitgetreten“ worden, man habe alles besprochen. Schon früher habe sie bemerkt, daß man sie beobachte, daß ihre Wirtin mit den anderen unter einer Decke stecke, daß man ihr Briefe von ihrem Freund unterschlage. Man habe ihr den „feinen Freund“ nicht gegönnt. Gibt auch noch später an, daß sie mit 21 Jahren sehr erregt war und erst nach längerer, allerdings ambulanter Behandlung sich beruhigt habe. Hier meist sehr gespannt und gereizt, gibt keine Gründe dafür an. Affektiv nicht ganz adäquat. Äußerlich geordnet, orientiert, leidlich intelligent, sehr mißtrauisch und oft auch sehr ängstlich. Später nach der Provinzanzanstalt. Von dort bald entlassen, schreibt sie Briefe an die Klinik, daß sie zu klagen beabsichtige, weil sie als „gesunder Mensch“ nach der Anstalt geschickt worden sei. Bleibt im übrigen bei ihren Wahnideen.

Hier zeigt sich ein besonders reines System von Wahnideen, die erst leise mit Beziehungen und falschen Schlüssen, die aus Mißtrauen entstehen, beginnen. Sie hat das Gefühl, daß es vielleicht nicht ganz richtig

sei, mit 40 Jahren nicht zu arbeiten, sondern sich von einem Freund ernähren zu lassen. Außerdem ist es möglich, daß tatsächlich die Buchhalterin ihres Freundes ihr nicht freundlich gesonnen war. Darüber fehlen allerdings Angaben. Es entsteht daher sehr bald bei ihr das Gefühl, daß diese sie schädigen und schließlich vernichten wollen. Aus diesem Gefühl heraus beginnt sie mit Angriffen gegen die Buchhalterin vorzugehen, darf daher das Büro nicht mehr betreten, wird auch vom Freund vernachlässigt. Diese Veränderung des Freundes, die andere Gründe gehabt haben mag, bezieht sie sofort auf die Feindschaft mit der Buchhalterin, die sie nun überall sieht und hört. Im Hause ist alles gegen sie verschworen, man unterschlägt Briefe und Geldsendungen, man beschuldigt sie, anonyme Briefe geschrieben zu haben, die sie wahrscheinlich auch verfaßt hat, man macht sie unmöglich. Alles wird in diesem einen Sinn gedeutet. Dazu kommt, körperliches Unbehagen, eine allgemeine Mattigkeit, ein Gefühl der Vereinsamung. Sie versucht sich daher das Leben zu nehmen. Affektiv auch schon gestört, ist die Gesamtpersönlichkeit bei ihr von allen bisher behandelten Fällen von paranoider Erkrankung am besten erhalten. Ihre ängstliche Spannung in der Klinik, ihr ablehnendes Verhalten ist dadurch zu erklären, weil sie auch hier, wie sie später angibt, von der Schwester sich verfolgt fühlt. In welchem Sinne die reizbare Erregung aus der Zeit ihres 20. Lebensjahres und die Entlassung aus ihrer Stellung vor 2 Jahren zu erklären ist, läßt sich schwer sagen. In der präpsychotischen Persönlichkeitsentwicklung sind jedenfalls verschieden abnorme Faktoren vorhanden. Dazu kommt noch die hereditäre Belastung und schließlich das beginnende Klimakterium abgesehen von Faktoren, die durch die Lebenssituation bedingt sind. Hier spielen besonders die Gedanken um die Zukunft, das Gefühl eines erlittenen Unrechtes wegen ihres Lebens ohne Arbeit auf Kosten ihres Freundes und vielleicht auch die Tatsache, daß diese Unterstützung aufhört, eine Rolle. Der Verlauf dieser Erkrankung ist auch nicht so progredient und ungünstig wie in manchen anderen Fällen dieser Gruppe. Wenn auch die Wahnideen bestehen bleiben, das Gesamtverhalten führt doch nicht so zu großen Konflikten, daß sie nicht in der Außenwelt leben kann. Die Zerstörung der Persönlichkeit ist eine nicht so rapide wie sonst.

Bei den bisher erwähnten Fällen von paranoiden Erkrankungen im Klimakterium handelte es sich um solche, die der zur Schizophreniegruppe gehörigen Form, der Dementia paranoïdes fast gleichen und die hier behandelt werden mußten, weil sie im Klimakterium auftreten und auch in näherer Beziehung zu dieser stehen. Darauf wird bei der Gesamtbesprechung der paranoischen Gruppe näher einzugehen sein. Die folgenden Fälle, die in diesen Abschnitt hineingehören sind nicht so einheitlich und bedürfen nicht weiterer Unterabteilungen.

3. Fälle von „Paranoia“ im Klimakterium.

Fall 31 a. Maria S., 65 Jahre Beginn der Erkrankung fällt mit der Menopause zusammen.

Kommt in die hiesige Klinik, weil sie ein Gesundheitsattest haben will, man wolle sie „unberechtigterweise“ entmündigen, weil sie um ihr Recht kämpfe. Familiare Belastung soll nicht vorliegen. Patientin lernte gut in der Volksschule, half dann ihren Eltern bei der Arbeit, heiratet mit 21 Jahren, Ehe war glücklich, Mann starb 1911 an Lungenkrankheit, hatte 11 Kinder, von denen 4 leben. Selbst immer gesund gewesen. War ruhig und fleißig, aber immer etwas rechthaberisch. Verkaufte 1922 ihr Grundstück, begann bald danach einen Prozeß gegen den Käufer. Behauptete, daß ohne ihr Wissen ihr Land abgemessen worden sei, daß andere Meineide geschworen hätten, daß man ihr die Möbel weggenommen habe. Führt seit dieser Zeit Prozeß auf Prozeß, fühlt sich ungerecht behandelt, meint, daß einige Richter von der Gegenseite bestochen worden seien. Ihre Anzeige seien zum Teil nicht weitergegeben worden, weil man ihr wegen früherer Reibereien mit ihrem Manne nicht gut gesonnen war. Seit der Zeit der Menopause andauernd Klageschriften und Belästigungen der Behörden. Nachdem der Gegenkläger sie für verrückt erklärt hat, läuft sie auch von Arzt zu Arzt, um sich ihre geistige Gesundheit bescheinigen zu lassen. Zuletzt wurde sie auch aggressiv gegen ihren Nachbarn, der ihr böser Feind sei, der sie an den Bettelstab bringen wolle, der „Lügen“ über sie verbreite. Es wurde daher das Entmündigungsverfahren gegen sie eingeleitet, das auch durchgeführt wurde. Sie war nur wenige Tage hier zur Beobachtung auf eigenem Wunsch, wollte das Gesundheitsattest haben. War hier auffallend schwachsinnig, merkschwach, faßte schwer auf. Sprach mit großem Wortschwall immer nur von ihren Prozessen und dem Unrecht, das ihr getan worden sei. Dabei völlig ohne Einsicht, völlig kritiklos. Somatisch: Deutliche Arteriosklerose.

Bei dieser Patientin hat sich im Anschluß an äußere Erlebnisse wie einen ungünstigen Hausverkauf in der Inflationszeit, bei dem sie wahrscheinlich tatsächlich übervorteilt worden ist und zugleich mit dem Klimakterium auf dem Boden einer gewissen Neigung zur Rechthaberei, ohne sonstige hereditäre oder präpsychotische Defekte ein ausgesprochener Querulantenwahn entwickelt, der in seinem Kern wohl eine wahre Begebenheit hat und der zu einem ganzen System von Beeinträchtigungen und angeblich zugefügtem Unrecht geführt hat. Sie führt Prozesse auf Prozesse, macht eine Eingabe nach der anderen. Jeder neue Prozeß, gleichgültig wie sein Ausgang ist, zieht einen neuen hinter sich. Charakteristisch für ihre Neigung zum Querulieren ist auch die Tatsache, daß die Bemerkungen ihres Gegners, sie sei „verrückt“, genügt hat, um von Arzt zu Arzt zu laufen, um sich das Gegenteil bescheinigen zu lassen. Die Zeichen einer organischen Geistesschwäche, die sich zurzeit auch noch bemerkbar machen, sind wohl mehr auf die Arteriosklerose zurückzuführen und haben mit dem eigentlichen Querulantenwahn, der zur Zeit des Klimakteriums entstanden ist — und deshalb ist dieser Fall hier erwähnt — nichts zu tun. Auch sind die Angaben über ihre Prozeßangelegenheiten sehr einförmig und deuten abgesehen von einer konstitutionellen Primitivität auf eine große geistige Schwäche.

Von Gedächtnisstörungen kann man aber, soweit ihre Prozesse in Frage kommen, nicht sprechen, vielmehr macht sie genaueste Angaben über Zahlen, die viele Jahre zurückliegen. Ob hier das Klimakterium nur ein zufälliges Zusammentreffen darstellt oder ob es eine auslösende Rolle spielt, läßt sich nicht entscheiden. Aus der Art der Erkrankung läßt sich jedenfalls nichts auf einen inneren Zusammenhang mit dem Klimakterium schließen. Wegen des zeitlichen Zusammenhangs schien der an sich seltene Fall hier erwähnenswert.

Fall 32 b. Luise J., 41 Jahre. Im Präklimakterium.

Eine entfernte Verwandte soll nervenkrank sein, ihr Vater hat viele Erfindungen gemacht. Hat mit dem Vater immer besonders gut gestanden. Sollte eigentlich studieren, um ihrem Vater in seinen Erfindungen zu helfen. Verheiratet seit 13 Jahren, soll bei der Heirat gesund gewesen sein. Hatten sich 3 Jahre vor der Hochzeit gekannt und verkehrt. Damals krimineller Abort mit beiderseitigem Einverständnis. Patientin soll sich nach Aussagen ihres Mannes viel darüber beklagen und behaupten, er habe sie zu grunde gerichtet. Es sollen oft Differenzen in der Ehe vorgekommen sein, meist über Kleinigkeiten, in letzter Zeit soll es viel schlimmer geworden sein. Patientin ist mit nichts zufrieden, ruft ihn immer vom Dienst, sagt, ihr Mann sei roh, sei gewissenlos. Immer mehr zunehmende Eifersuchtsideen, meint der Mann wolle sie loswerden. Nach Angaben ihres Mannes sollen die Eifersuchtsideen unbegründet sein. Patientin gibt selbst an, daß sie bedrückt sei, weil sie keine Kinder habe. Die Heirat sei aus Liebe geschehen. Hätten zuerst wie die Kinder gelebt, erst in den letzten Jahren deutliche Verschlimmerung. War wegen Pflege ihrer Mutter längere Zeit weg, fand ihn dann verändert. Er wolle sie los werden, habe mit den jungen Mädchen ein Verhältnis. Suche sich die Mädchen direkt aus. Im ganzen Haus sei es unsittlich, dadurch sei der Mann verdorben worden. Ehemann sei ein energieloser, feiger, schwacher Charakter, behandle sie roh, gemein, stichele fortwährend, halte aufreizende Reden. Er sei verlogen, an seiner Wäsche und seinem Anzuge habe sie gesehen, daß er Verkehr habe. Schloß aus allem, daß Beziehungen zwischen ihm und dem Mädchen beständen. Erzählt hier mit großer Ausführlichkeit, was sie erlebt habe. Bleibt dabei, daß ihr Mann unter einer fremden Suggestion zu leiden habe, daß nur sie ihn schützen könne. Er werde von den Mädchen „umgarnt“, obwohl sie sich selbst von allem zurückhalte, intrigiere man gegen sie, man mache sie schlecht, man lache über sie weil sie sich alles gefallen lasse. Jetzt wolle sie aufpassen. Als sie verreist war, habe ihr Mann anfangs viele Briefe geschrieben, die immer seltener geworden seien, das sei ihr gleich aufgefallen. Aus dem Schreiben des Mannes habe sie gemerkt, daß etwas nicht stimme. Als sie zurückkam, habe ihr Mann sie ohne Decken im offenen Auto fahren lassen. Aus dieser „Rücksichtslosigkeit“ habe sie weiter geschlossen, daß er kein Interesse mehr für sie habe. Sie beobachtet, daß der Mann die Umgebung zweier Küchenmädchen suche (er ist Küchenchef), daß er mit ihnen mehr spreche, als dienstlich nötig sei. Kommt dann darauf zurück, daß sie Samen an seiner Wäsche bemerkt habe. Obwohl sie sich nach dem Verkehr mit ihm sehe, kümmere er sich nicht um sie, ziehe sich von ihr zurück, schütze alle möglichen Gründe vor. Die Mädchen lachen schon, wenn sie sie sehen, zeigen auch mit Fingern auf sie. Wenn ihr Mann in der Stadt sei, gehe auch immer ein Mädchen dorthin, „sicher, um ihn zu treffen.“ Habe den Eindruck, daß ihr Mann auch in letzter Zeit schlecht mache. Früher habe sie das alles nicht glauben können. Jetzt habe sie sich eine Auskunft von dem Pfarrer geholt, der ihren Mann konfirmiert hat, der angibt, daß der Vater des Mannes sich wegen drohenden Konkurses das Leben nahm, daß „schon in den Entwicklungsjahren eine Anlage zum Leichtsinn bei ihm hervorgetreten“ sei. (Bringt dafür einen Beleg in die Klinik.) Redet meist in weitschweifiger und ideenflüchtiger Weise. Spricht

viel von ihrem seelischen Leid, steckt dabei voller Eifersuchtideen, ist jeder Einsicht unzugänglich. Kommt mit ihren Gedanken nicht zum Ziel, weiß auch nicht recht, was sie machen soll. Verliert sich in endlosen nebensächlichen Dingen, aus denen sie dann zum Schluß immer einen Zusammenhang mit der Untreue ihres Mannes konstruiert. Weint und lacht abwechselnd. Entbehrt nicht einer gewissen Theatralik, schimpft auf den Mann und erklärt immer wieder, daß sie ihn rasend liebe. Somatisch: pyknisch.

Hier bei einer unbefriedigten Frau, die eigentlich nie das erreichte, was sie gerne wollte, entwickelt sich schon einige Zeit vor dem Klimakterium ein ausgesprochenes System von Eifersuchs- und Beziehungs-ideen, die vielleicht auch ein Körnchen Wahrheit enthalten und dann ins Unendliche aufgebauscht und wahnhaft übertrieben und ausgestaltet werden. Schließlich kann nichts geschehen, was nicht einen bestimmten Verdacht erregt. Dabei spielen an sich schon wie bei jeder Eifersucht sexuelle Dinge eine große Rolle, die hier mit dem herannahenden Klimakterium in einem besonders engen Zusammenhang stehen. Die Furcht, ihrem Manne nicht mehr zu genügen, zugleich mit dem Bedürfnis, alles noch einmal recht auszukosten, bewirkt die bekannte Angst-situation, die sehr leicht zur Eifersucht führen kann. Dazu kommt der bei Eifersuchtwahn oft beobachtete pyknische Habitus und die zyklische Anlage, sowie eine starke Stimmungslabilität. Die Anlage war da, die äußeren Momente, die zum Teil durch den Mann verschuldet sind, sind auch vorhanden, dazu kommt ein so wichtiger Faktor wie das Klimakterium — hier sowohl biologisch wie psychologisch in seinem Einfluß leicht verständlich — und es resultiert der Eifersuchtwahn.

Diese beiden Beispiele mögen für die Paranoagruppe genügen, sind sie doch Typen jener beiden Erkrankungen, die nach Kraepelin noch dazu gerechnet werden: dem Querulantenwahn und dem Eifersuchtwahn.

4. Die Paraphrenie im Klimakterium.

Auf das Problem der Paraphrenie wird an anderer Stelle einzugehen sein. Nach einigen Autoren wurde eine bestimmte Erkrankung mit Involutionparaphrenie bezeichnet. Hier soll ein Beispiel für die Paraphreniegruppe geschildert werden, das in mancher Beziehung ebenso unter den Abschnitt der „Dementia paranoides“ gebracht werden könnte.

Fall 33. Marta D., Schneiderin, 45 Jahre. Im Klimakterium.

Familienanamnese o. B. Eltern schwachsinnig, werden von der Tochter induziert. Besuchte eine Schule mit gutem Erfolg, war dann zu Hause, wurde einfach, aber streng erzogen. Von 1909—1928 verheiratet, Ehe war unglücklich, Mann mißhandelte sie, so daß die Ehe geschieden wurde. Beide wurden für schuldig erklärt, weil sie ihn verlassen habe. Soll damals schon sehr mißtrauisch und eifersüchtig gewesen sein und Beziehungsideen geäußert haben. Wohnte dann erst bei ihren Eltern, später allein, arbeitete dann fleißig in der Herrenschneiderei und verdiente gut ihren Lebensunterhalt. Im August 1925 wandte sich die Vermieterin und die Hausnachbarn an die Polizei, weil die Patientin an Verfolgungswahn leide.

Sie glaubte sich in der Nacht bestrahlt und von giftigen Gasen umgeben, schrie und gebrauchte die gemeinsten Ausdrücke, so daß die Umgebung dauernd gestört wurde. Ungefähr zu derselben Zeit reichte sie ein Gesuch ebenfalls bei dem Polizeipräsidenten ein, daß sie wegen der „schmutzigen Funkgespräche“ wie auch wegen der persönlichen körperlichen Beeinflussungen mittels Elektrizität und magnetischer Strahlen um Schutz suche. Man habe ihr die Sprache gelähmt, ihr alles unreinigt und beobachte sie Tag und Nacht aufs Schamloseste. Sie wurde am 13. 10. 25 hier erstmalig polizeilich eingeliefert. War geordnet und ruhig, starker Rededrang und wurde besonders gesprächig, wenn sie auf die Wahnideen zu sprechen kommt, die sie mit größter Ausführlichkeit ohne jede Einsicht schildert. Die ganze Sache ging von einer Familie aus, die sie belästigt, weil diese auf eine Anzeige von ihr hin bestraft worden sei. Die Gesellen in dem Geschäft, wo sie arbeitete, sollen für die Feinde Detektivdienst tun. Man habe sie nach dem Prozeß tatsächlich angegriffen, um sie zum Ausziehen aus der Wohnung zu zwingen. Auch ihre Wohnungsinhaberin, wo sie ein Zimmer habe, ist Mitwisserin der Angelegenheit. Sie wollte noch größeren Nutzen aus der Vermietung ziehen und hätte es gerne gesehen, wenn die Patientin ausziehen würde. Die andere Familie mußte aber hinaus. Bald danach begannen die Belästigungen (Sept. 1924) durch „elektrische Hypnose“. Es soll sich dabei um Apparate handeln, damit Patientin auch ohne Hörer die Gespräche vernehmen könne. Befragt, warum es gerade diese Familie sei, die sie verfolge, meint sie „Es kann doch niemand anders sein.“ Sobald der Sender in Aktion tritt, beginne Patientin am ganzen Körper zu zittern. Wenn gesprochen wird, höre sie es am Ohr. Daß sie hören müsse, ob sie wolle oder nicht, liege daran, daß ihre „Kopfnerven“ sehr stark beeinflußt seien. Meist seien es Frauen- oder Männerstimmen, die lange Gespräche führen. Bei der Arbeit könne sie sich genügend ablenken, merke aber doch, daß es den ganzen Tag über gehe. Manchmal sei es ein Zwiegespräch von rechts nach links, von oben nach unten usw. Immer sei es so, als wenn eine Wand dazwischen sei. Doch sei es so laut, daß ihre Mutter, ihre Nichte und ihre Freundin alles mithören können (Recte! Sind induziert). Meist werden schmutzige Redensarten gesagt, um sie zu reizen und zu ärgern. Oft beziehe sich der gemeine Inhalt auf die christliche Gemeinschaft, der sie angehöre. Nachts seien es andere Stimmen, woraus sie schließe, daß die Leute sich abwechseln. Außerdem komme es durch „magnetische und elektrische Strahlen“ zu körperlichen Belästigungen, die Ströme dringen durch die Decke. Durch magnetische Anziehung werde sie gerüttelt und aufgeschreckt, ferner werden „süßliche betäubende Gerüche“ von der Decke herabgelassen. Dann müsse sie das Fenster aufreißen und werde auch mitunter beinahe ohnmächtig. Keine Gesichtshalluzinationen. Befragt, ob auch ihr geschiedener Mann daran beteiligt sei, meint sie, daß er es damals nicht machen konnte, weil die Funkapparate noch nicht existierten. Es sei möglich, daß er jetzt mitmache. (Geht also sofort darauf ein, obwohl sie scheinbar noch nie daran gedacht hat.) Meint, er habe wohl wenig Interesse daran. Gibt dann später an, daß sie tatsächlich glaube, es sei ihr Mann, der sie jetzt noch verfolge. Vielleicht wolle er auch sich nur mit ihr in Verbindung setzen. Klar sei ihr das alles nicht. „Man muß ja alles mögliche annehmen, wenn man solche Dinge erlebt.“ Erst habe sie alles hingenommen, schließlich wehrt sie sich durch Schimpfen, wollte dadurch provozieren und bezwecken, daß sich die Polizei ihrer annehme. Als alles nichts half, mache sie eine Eingabe. Somatisch: Pyknikerin. Klagt auch hier in der Klinik über Beeinflussungen aller Art, es werden schmutzige Funkgespräche geführt. Hatte unter Elektrisieren am ganzen Körper zu leiden, dabei Zucken im Munde, Widerhall der Geräusche vom Ohr, spricht dann „von Durchsichtsapparaten“, die bei der Polizei seien, um alles herauszubekommen. Auch geistig habe sie durch die Dauerhypnose gelitten. Konnte nicht mehr richtig denken und nicht mehr sprechen. Auch wurde alles besprochen, was sie tat. Das sei ein Privatvergnügen gewesen. Auch hier während der Beobachtung oft sehr laut und störend, weil sie ihren

Beeinflussungen antworten zu müssen glaubt. Ist überhaupt sehr lebhaft, energisch, temperamentvoll, aktiv, schreibt viele Eingaben und hat täglich neue Wünsche bezüglich des Vorgehens gegen die Feinde usw. Völlig fehlendes Krankheitsgefühl. Einzelne körperliche Beschwerden, die später auftraten, werden als sekundär und als Folge der Beeinflussungen aufgefaßt. Alles Unbehagen, gelegentliches Erbrechen wird als Folge der schlechten Gerüche usw. aufgefaßt. Sie kam dann von hier nach einer Provinzanstalt, wo sie im Februar 1926 entlassen wurde. Es wiederholte sich jedoch dasselbe Spiel, sie wandte sich erneut an die Polizei, um Schutzmaßnahmen zu erbitten. In ihren vielen Schreiben, die sie an die Behörden sandte, wurde sie dauernd heftiger in ihren Anklagen und meinte, daß die Belästigungen immer unsittlicher werden. Allmählich waren immer mehr Angehörige induziert, die ihre Angaben auch als Zeugen bestätigten. Da sie bald danach die ihr angeblich feindliche Familie auf offener Straße belästigte und beschimpfte und diese sich an die Polizei wandte, wurde sie am 8. 9. 27 hier wiederum eingeliefert, wo sie im wesentlichen dasselbe Bild bot wie früher. Sie war äußerlich geordnet, machte intellektuell keinen schlechten Eindruck, beschäftigte sich auch etwas. Hält an ihren Wahnldeen fest, wenn sie auch nicht mehr ganz damit beschäftigt zu sein scheint wie früher. Hatte jetzt die Beobachtungen verallgemeinert und ihr System etwas mehr ausgebaut, besonders da sie durch ihre induzierten Angehörigen und einige Mitpatienten in ihrer Ansicht noch mehr bestärkt wurde und glauben mußte, daß auch von anderer Seite ihre Stimmen gehört wurden. Spricht von Beobachtungsapparaten, von einem Stadtbeobachter, der auf alles im höheren Auftrage aufpassen solle. Ihre affektbetonte Erregung scheint sich etwas gelegt zu haben, wenn auch bei gelegentlichem Wiedersehen mit ihren Feinden die alte Gegnerschaft wieder aufflammte, wie auch aus den Ereignissen, die der Aufnahme vorausgingen, zu erkennen war. Da sie im ganzen ruhig war, und scheinbar etwas mehr über ihrem Wahn steht, wurde sie im Oktober 1928 versuchsweise entlassen, hielt sich auch danach eine ganze Zeit ganz leidlich, wenn sie auch andauernd belästigt wurde. Besonders nachts ärgerte man sie durch Beschimpfen mit gemeinen Ausdrücken und Herumhantieren an ihrem Körper. Jeden Abend um 12 Uhr hörte sie eine Sirene am Sackheimer Tor, dann gehe es los. Es zucke dann im ganzen Körper, besonders im Gehirn. Wenn sie sich schüttelte, komme Feuer aus den Augen, der Kopf sei eine Leuchtkugel, die Stimmen rufen oft ihren Namen, auch nur den Vornamen oder „Gemeinschaftshure“ usw. oder es werde gesagt „Ich werde Sie einsperren, ich werde Sie verhaften, Sie gehören ins Irrenhaus“ u. ä. Nach einem Jahr kam es zu erneutem Streit mit Hausbewohnern, sie selbst erstattete Anzeige, worauf sie wieder hier eingewiesen und von uns in die Anstalt überführt wurde. War wieder wie vorher. Bleibt bei ihren Wahnldeen, Beeinflussungen und Halluzinationen. Drängt hier fortgesetzt nach Hause, ist völlig einsichtslos. Im Juli 1929 aus der Anstalt entlassen, hält sie sich bisher draußen ganz gut, glaubt aber nicht arbeitsfähig zu sein, meint, sie habe zuviel gelitten.

Wird daher invalidisiert. Lebt bei ihren Eltern, hört zwar noch die Stimmen, behauptet aber, sich damit abgefunden zu haben. Hat wenigstens soweit Einsicht, sich nicht mehr an die Behörden oder die vermeintlichen Urheber der Belästigungen, sondern an die Klinik zu wenden mit der Bitte, für die Abstellung der Einflüsse zu sorgen, was jedesmal auch etwas helfen soll. Ist nach wie vor lebhaft, geistig rege, ist sehr sorgfältig gekleidet, hört aber nach wie vor die Stimmen und wird jeden Abend durch Lärm und körperliche Berührung aufgeweckt. Schläft nach Schlafmitteln etwas besser. Hat im ganzen mehr allgemeine Klagen als früher.

In diesem Fall entwickelt sich bei einer von jeher stimmungslabilen und zu Beziehungsdeen neigenden Frau von pyknischem Habitus kurz vor dem Beginn der Wechseljahre mit deutlicher Steigerung im Klimakterium ein geschlossenes System von Verfolgungs- und Beziehungs-

wahnideen, allgemeinen gedanklichen und körperlichen Beeinflussungen und massenhaft eng mit den Wahnideen zusammenhängenden und zusammenverarbeiteten Sinnestäuschungen bei gut erhaltener Intelligenz, Orientierung ohne sichtbaren Verfall der Persönlichkeit, ohne affektive Störung, wenn auch die Reaktion nicht immer dieselbe bleibt, sondern eine gewisse Gewöhnung, die noch keine Abstumpfung zu sein braucht, sich allmählich bemerkbar macht. Dieses System bleibt unverändert über Jahre bestehen, hat in seinem Kern eine wahre Begebenheit, bei der ihr Schwierigkeiten bereitet wurden und wurde nun immer mehr ausgearbeitet und verbreitert. Daß dann auch später der größte Teil ihrer Verwandten induziert war, bestärkte die Patientin im weiteren Festhalten an ihren Wahnideen. Im späteren Verlauf sind hypochondrische Ideen auch noch hinzugereten und das Gefühl für ihre Leistungsfähigkeit das früher etwas megalomanisch übertrieben war, wandelte sich ins Gegenteil, so daß sie alle Tätigkeit einstellte und Invalidenrente beantragte und erhielt. Hereditäre und konstitutionelle Faktoren erklären hier zusammen mit dem exogenen Faktor des Klimakteriums mit besonderen äußeren Anlässen in der Lebenssituation, die Entstehung, die Entwicklung und Färbung der Erkrankung, die in manchem der Dementia paranoides zwar ähnelt, aber doch durch das Erhaltenbleiben der Persönlichkeit und die Geschlossenheit des Systems deutlich davon abweicht.

5. Präsenile paranoide Veränderungen.

Diese Gruppe kann nur anhangsweise erwähnt werden, da sie streng genommen, eben so wenig hineingehört wie die entsprechenden oben erwähnten Fälle von präsilen Depressionen. Wir nähern uns hier dem Kraepelinschen „präsilen Beeinträchtigungswahn“, der bei dem gleichzeitigen Auftreten von regressiven Hirnprozessen mehr auf diese Veränderungen als auf die eigentliche Involution zurückzuführen ist. Da meist eine ausgesprochene Sklerose der peripheren Arterien und auch des Herzens vorhanden ist, ist mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit mit einer Sklerose der Hirngefäße zu rechnen. Wegen der unklaren Ätiologie und da oft noch postklimakterische und allgemein involutive Prozesse in diesem Lebensalter eine Rolle spielen, seien einige Beispiele erwähnt.

Fall 34 a. Ella S., Hospitalinsassin, 50 Jahre. Vater war Apotheker, war zuletzt unklar, machte falsche Medizinen. Geschwister sind gesund. Besuchte eine Privatschule, lernte gut, war immer schwächlich und kurzsichtig. Half erst der Mutter in der Wirtschaft, ging später, als die Apotheke verkauft war und die Eltern bald verarmten, als Gesellschafterin in Stellung. Wurde dann im Hospital untergebracht, weil sie wegen ihrer Kurzsichtigkeit keine Stellen mehr fand. Seit Mitte 1928 fühlt sie sich verfolgt, meint mit einem Mann Verkehr gehabt zu haben, wollte deswegen ins Wasser gehen. Schließt nicht mehr, fürchtet immerfort, dem Manne ausgeliefert zu werden. Daher hier am 26. 2. 29 Aufnahme: hier sehr ängstlich, spricht immer

wieder von ihrer Furcht vor der Auslieferung. Ist zu einer geordneten Aussprache über ihre Verfolgungen kaum zu bewegen. Fürchtet auch, daß man ihr noch mehr schaden könne oder sie selbst hineinreißen würde. Habe angeblich aus Verzweiflung einen Selbstmordversuch gemacht und als sie aus dem Wasser zurückging und in einer Bude am Strand Schutz suchte, sei ein Mann zu ihr in betrunkenem Zustande gekommen und habe sie belästigt. Das liege schon 6 Jahre zurück. In der Zwischenzeit habe sie an die Sache nicht mehr gedacht. Den Selbstmordversuch habe sie damals gemacht, weil sie in wirtschaftlicher Not war. (In der Familie nichts bekannt.) Dieser Mann käme jetzt ins Hospital, sie habe ihn sofort wiedererkannt. Man habe gesagt, man müsse sie ordentlich „durchwalken“. Sie höre, wie die anderen Hospitalinsassen immer über sie zu reden pflegen. Der Mensch stelle jetzt Ansprüche an sie, welcher Art, wisse sie nicht. Einmal habe sie von den anderen gehört. „Er kann es verlangen.“ Daraus schloß sie, daß der Mann damit gemeint sei. Auch „Hure“ habe man sie genannt. Die alten Leute hetzten den Mann gegen sie auf. Einmal sei er mit einem Gurt gekommen, um sie zu schlagen und die anderen Insassen sagten, er werde schon gut treffen. Man wolle sie quälen und zu Tode martern. Einen natürlichen Tod wolle sie gerne sterben, aber auf so grausame Weise dahingemordet zu werden „und dazu nicht ohne Schande“, das könne sie nicht ertragen. Ihr fehlen die Zeugen und alle seien auf der Seite des Gegners. Wird hier in der Klinik immer ängstlicher, weint und jammert viel. Spricht immer in ganz monotoner Weise von ihren Befürchtungen, daß sie ausgeliefert werde. Von eigentlichen Halluzinationen kann nicht gesprochen werden. Es sind nur allgemeine Vermutungen, Erinnerungsfälschungen, wahnhafte Auslegungen, Enttäuschungen. Somatisch: elend, asthenisch, Zeichen von beginnender Arteriosklerose am Herzen. Von hier in eine Anstalt.

Bei dieser Frau, die von jeher psychisch und körperlich empfindlich und schwach war, entsteht ziemlich akut, etwa $\frac{1}{2}$ Jahre nach der Menopause eine mit Wahnideen und zahlreichen Erinnerungsfälschungen sowie wahnhaften Auslegungen ohne eigentliche Sinnestäuschungen einhergehende Erkrankung, die einen rapide progredienten Verlauf zeigt, indem es schnell zu einer Monotonie des Denkens und Handelns kommt, während Intellekt und Orientierung erhalten bleiben. Das gesamte Interesse ist auf die Wahnideen und auf den zugrunde liegenden ängstlichen Affekt eingestellt, so daß andere Dinge kaum noch gedacht werden und schnell eine große Einseitigkeit entsteht. Der depressive Grundaffekt steht teilweise so im Vordergrund, daß man nach dem Zustandsbild an eine Depression denken könnte, gegen die aber doch die massenhaften Wahnideen sprechen. Die Entwicklung dieser Erkrankung, läßt sich leicht aus der ganzen Persönlichkeit, aus der besonderen Lebenssituation und den Einflüssen der regressiven Prozesse in der Involution ableiten. Gerade der Gedanke, unerlaubten Geschlechtsverkehr gehabt zu haben oder wenigstens dessen beschuldigt zu werden, ist bei dieser unverheirateten und immer unbefriedigten Frau ein tiefer, unerfüllter Wunsch. Was sie als Schande bezeichnet, weswegen sie die furchtbarsten Qualen und Strafen erleiden zu müssen glaubt, ist eine alte ersehnte Hoffnung gewesen, die sicher viel verdrängt wurde und nun in der Zeit der endgültigen Erledigung dieser Hoffnung aus der Tiefe herauskommt. Das Klimakterium hat in diesem Fall sicher noch

einen starken Einfluß. Dieser Fall läßt sich auch nicht ohne weiteres mit denen der Dementia paranoides zusammenbringen, hier bleibt die Gesamtpersönlichkeit erhalten, vor allem kommt es nicht zu einer Störung der Affektivität.

Fall 35 b. Agnes G., Sekretärfrau, 56 Jahre. Seit 7 Jahren Menopause. „Wallungen“ erst in den letzten Jahren. Familienanamnese o. B. Lernte in der Volksschule gut, heiratete mit 29 Jahren. Ehe war gut. Patientin war heiter, lustig und lebhaft, war immer gesund, hat auch viel getanzt, machte alle Vergnügungen mit. Seit August 1927 auf einer Rheinreise sehr ängstlich und unruhig, hatte Wahnvorstellungen, glaubte sich verfolgt, meinte, man wolle sie wegschleppen und töten. Hörte überall Stimmen, bezog alles auf sich. Wenn ein Auto vorbeikam, glaubte sie, sie würde abgeholt werden. Wenn sie einen Schutzmänn sah, meinte sie er wollte sie mitnehmen. Die Kinder sollen mit Fingern auf sie zeigen. War auch schlaflos. Ehemann ist geistig weit geringer als seine Frau, läßt sich von ihr leiten und weiß selbst nicht genau, wie weit ihre Angaben auf Wahn oder Wirklichkeit beruhen. Während des Klinikaufenthaltes im März bis April 1928 war Patientin sehr lebhaft, geistig rege, zeigte großes Interesse, sprach auch über andere Dinge außer ihren Wahnideen, über die sie ausführlich Auskunft gab. Gibt an, daß der erste Gedanke gewesen sei, daß sie Furcht bekam, sie würde sterben. Sie konnte nicht schlafen und machte sich Gedanken aller Art. Allmählich bemächtigte sich ihrer das Gefühl, sie würde geholt werden. Es fiel ihr auf der Reise auf, daß immer ein bestimmter Herr hinter ihnen her sei. Anfangs nahm sie an, es sei Zufall, da er aber immer wieder kam, wurde sie „mißtrauisch“, begann sich zu ängstigen und beschloß daher zurückzufahren. Auch im Eisenbahnzug auf der Rückfahrt habe verschiedenes nicht gestimmt. Man habe sie scharf angesehen, einmal sei jemand der auch unheimlich aussah und sicher böse Absichten hatte, ins Abteil gekommen. Außerdem hatte dieser wahrscheinlich einen angeklebten Bart. Sie müsse annehmen, daß es derselbe war, der sie früher verfolgte. Jetzt habe sie vor allen Angst. Jeder Schutzmänn erschrecke sie und auch in der Wohnung habe sie Stimmen gehört, was es eigentlich war und woher es kam, wisse sie nicht, habe es auch nicht recht verstanden, es kam von oben, von unten. Als sie die Nachbarn danach fragte, bestritten es diese, die ganze Sache sei ihr nicht recht erklärlich. Sie denke zwar immer wieder darüber nach, wisse aber keinen Ausweg. Klagt außerdem über viele körperliche Beschwerden, ist immer sehr lebhaft, hatte einen starken Rededrang, ist gut orientiert und intellektuell ziemlich hochstehend. Heute noch heiter und freundlich, wird sie morgen schon gereizt und verlangt ihre Entlassung. Steht scheinbar unter Sinnestäuschungen und Wahnideen. Somatisch: pyknisch, Zeichen einer starken Gewichtsabnahme, Blutdruckerhöhung, Struma.

Bei einer cyclisch veranlagten Persönlichkeit entsteht viele Jahre nach der Menopause aber zugleich mit spät aufgetretenen Beschwerden wie zur Zeit der Wechseljahre ein System von Wahnideen und Sinnestäuschungen, das akut ausbricht und hier nur im Anfangsstadium beobachtet wurde, wo es der Patientin noch nicht klar ist, ob es Krankheit oder Tatsache ist. Starke Stimmungslabilität macht sich während der Erkrankung bemerkbar. Von einem Zerfall der Persönlichkeit kann nicht gesprochen werden. Daß noch andere körperliche Prozesse eine Rolle spielen, geht aus der Struma und den Blutdruckveränderungen hervor.

Fall 36 c. Anna K., Mittelschullehrersfrau, 60 Jahre. Menopause vor 10 Jahren. Familienanamnese: o. B. Besuchte eine Seminarübungsschule, heiratete mit 20

Jahren, Ehe war gut. Patientin hatte vor 4—5 Jahren einen Erregungszustand im Anschluß an den Tod ihres Sohnes, wurde dann wieder gesund bis etwa 1923. Glaubte immer überall Gas zu riechen, das den Röhren entströmt. War auch sehr eifersüchtig, ihr Mann wolle sie loswerden, um eine jüngere Person ins Haus zu nehmen. Sprach zuletzt vor der Aufnahme (November 1927) davon, daß Campher ins Bett gestreut sei, so daß sie sich nicht hineinlegen wollte. War sehr erregt, ging viel spazieren, nachts in ein Heim. War immer sehr mißtrauisch, eifersüchtig, lebhaft, sehr lustig, geistig rege, sprach sehr schnell. Hier sehr erregt, aufdringlich, will immerfort den Arzt sprechen, erklärt ungefragt, sie sei vollkommen normal, sie solle beseitigt werden. Der Sarg sei bereits vorgefahren. „Mein geehrter Herr Gemahl will mich loswerden.“ Als sie nervenkrank war, habe ihr Mann alles versucht, sich ihrer zu entledigen. Der Mann habe an den Gasleitung gearbeitet, um dauernd Gas ausströmen zu lassen. Als alles nichts half, habe er zu Gift gegriffen. Sie habe es an dem Geschmack der Nahrungsmittel bemerkt. Außerdem habe er alles mit Streumittel belegt, alles, was sie anfasse, brenne hell wie Feuer, so daß sie ihres Lebens keinen Augenblick mehr sicher war. Auch Pfeffer habe er ihr in die Sachen gelegt, ebenso Juckpulver, so daß sie nichts mehr anziehen konnte. Das ganze Leben habe der Mann gebummelt und nun handele er noch so an ihr, weil sie ihm wohl lästig sei. Ist in der Klinik immer sehr erregt, spürt auch hier überall Belästigungen, aus dem Bade steigen giftige Gase und Dämpfe. Das Fenster müßte dauernd geöffnet werden, das Essen sei vergiftet, glaubt überall Gas zu riechen. Ist oft sehr erregt, hat einen enormen Rededrang, ist immerfort mit ihren Sinnestäuschungen und Wahnideen beschäftigt. Verweigert die Nahrung, wird aggressiv. Auch spricht sie oft von Unheimlichkeiten, meint, im Nebenzimmer seien Einbrecher. Vorübergehend gegen Revers nach Hause entlassen, fängt sie dort sofort zu schreien an, behauptet ihr Mann habe ein Liebesverhältnis mit ihrer Krankenschwester, wird daher wieder zurückgebracht. Ist erregt wie früher, beschuldigt ihren Mann, daß er sie nur nach Hause nahm, um sie in eine Falle zu locken. Wird später erneut gegen Revers entlassen: Somatisch: pyknisch, Blutdruckerhöhung, Herzveränderungen.

Auch hier wieder Entstehung eines Wahnsystems bei einer „hypoparanoischen Konstitution“, bei einer mißtrauischen, zu Eifersucht neigenden Frau, die an Intelligenz und geistiger Regsamkeit ihrem Mann weit überlegen war, das wohl auch immer empfand und in ihren Kindern Trost und Hoffnung fand. Beim Tode ihres Sohnes bald nach dem Sistieren der Menstruation kommt es zu Erregungen und einer damals noch reaktiv erscheinenden Depression, die langsam in eine Wahnpsychose überging. Denn gleichzeitig behauptet sie überall in der Wohnung Gas zu riechen, ohne daß sich wahnhaft Gedanken an diese Sinnestäuschung oder vielleicht an diese illusionäre Verkennung anschlossen. Erst allmählich kam der Gedanke, der Mann wolle sie umbringen, da er tatsächlich, an der Gasleitung eine Veränderung vorgenommen hatte, und es resultierte die Fülle von Verfolgungs- und Beziehungsideen und die Vielgestaltigkeit der Sinnestäuschungen. Eine affektive Störung trat nicht ein. Das System der Ideen wurde bald gelockert und es löste sich in einem sinnlosen Durcheinander von Verfolgungen und von Sinnestäuschungen auf. Es kamen auch bei ihr arteriosklerotische Prozesse hinzu, die den Verlauf sicher ungünstig beeinflußten.

Fall 37 d. Johanne T., Beamtenwitwe. 59 Jahre. Seit 10 Jahren Menopause. Aus der Familienanamnese keine Besonderheiten. Besuchte eine Landschule,

lernte gut, war dann in Stellung, Heirat mit 30 Jahren, Ehe war gut, Mann starb nach 10 Jahren. Dann verdiente sich Patientin 15 Jahre als Trichinenbeschauerin auf dem Schlachthof ihr Geld und war immer sehr fleißig und tüchtig. Erkrankte jetzt Februar 1928 im Anschluß an einen Ärger im Hause, wurde von einem Mann belästigt, der tatsächlich großer Ruhes擾er war und deswegen auch später bestraft wurde. Hörte dann immerfort die Leute sprechen, wenn auch tatsächlich nichts war, spannte einen Regenschirm im Zimmer auf, um sich vor ihnen zu schützen. Meinte dann, daß die Leute alles von ihr wüßten, weil sie ihre Gedanken sofort wiederholten. Es wurde rapider schlimmer, sie wähnte sich des Diebstahls, des Mordes beschuldigt, wurde mit elektrischen Strahlen gemartert. Wurde hier im Oktober 1928 aufgenommen, schildert mit großer Genauigkeit ihre phantastischen Wahnideen und Sinnestäuschungen, die sie ziemlich systemlos vorbringt. Werde auf dem Kopf mit einem Instrument gedrückt. Man zwinge sie zum Sprechen, zum Schnarchen, man verlange von ihr, daß sie küsse, an ihren Geschlechtsteilen werde sie dauernd angegriffen, geschlechtlich mißbraucht, seinen Urin und Kot lasse der böse Feind in ihren Mund, wie sie deutlich schmecke und rieche. Nachts werde sie auch oft mit N鋑eln überall beschlagen. Bezieht alles auf eine bestimmte Familie, die Rache nehme, weil sie Geldstrafe bekommen habe. Sehr starker Rededrang, inadäquat in ihrer Affektlage, zwar mitunter erregt, wenn sie entsprechende Stimmen hört, dann aber wieder meist ziemlich stumpf und gleichgültig. Somaticisch: kräftig, athletisch-pyknisch. Mäßige Blutdruckerhöhung. Kommt in eine Anstalt. Von dort sehr bald von der vollkommen uneinsichtigen und induzierten Tochter abgeholt. Bald danach derselbe Ärger mit Hausbewohner, belästigt fremde Menschen auf der Treppe, griff sie tätlich an. Daher hier 2. Aufnahme: diesmal zerfahren, verworrender Rededrang, ganz anderer Stimmungslage, lacht und singt, hat religiös gefärbte Größenideen, halluziniert noch viel, aber völlig unzusammenhängend, sieht verzückt aus, später auch viel erotische Äußerungen. Schnalzt viel mit der Zunge, meint, es seien Küsse.

Auch hier nach der Menopause bei einer sehr arbeitsamen und fleißigen Frau eine anfangs an ein äußeres Erlebnis anschließende systematisierte Wahnspsychose, die sich sehr schnell auflöst und in ein Bild von Zerfahrenheit von Verwirrtheit mit einer Mischung von religiöser Verzückung und erotischen Gefühlen übergeht. Der ganz besonders ungünstige Verlauf, der schnelle Verfall der Persönlichkeit deutet auf schwere regressive Hirnprozesse hin.

Weit schwieriger und uneinheitlicher als bei der klimakterischen Depression liegen die Verhältnisse in diesem Abschnitt, bei den paranoiden Erkrankungen des höheren Lebensalters. Wir haben bei unseren Fällen alle diejenigen Erkrankungen berücksichtigt, die erstmalig in diesem Alter auftreten und vorwiegend paranoid sind, wobei es nicht immer gelingt, den inhaltlichen Zusammenhang mit den Rückbildungsvorgängen, seien diese nun die Involution der Keimdrüsen oder des Gehirns, nachzuweisen. Die Untersuchung ergab im Gegensatz zu den meisten anderen Autoren, daß eine einheitliche paraniode Erkrankung im Klimakterium nicht existiert, daß vielmehr eine ganze Reihe unter sich verschiedener Formen auftreten. Durch diese Erkenntnis ist es erklärlich, daß die einzelnen Autoren verschiedene Namen und Verlaufsformen fanden. Schon der *Beginn* der Erkrankung ist verschieden. Die einen

erkranken im zeitlichen Zusammenhang mit der Menstruationsstörung, entweder kurz vorher oder währenddessen, meistens kurz danach. Andere Psychosen beginnen erheblich später, 10 Jahre oder mehr, ohne daß in der Zeit der Wechseljahre wesentliche psychische Änderungen sich gezeigt hatten. Meist ist in solchen Fällen eine allgemeine Arteriosklerose nachzuweisen, wenn auch sichere Zeichen einer cerebralen Sklerose nicht zu finden sind. Zu diesen gehören besonders die Fälle der letzten Gruppe, die *Kraepelin* „präsenilen Beeinträchtigungswahn“ nannte, die wohl mit den „paranoiden Psychosen im höheren Lebensalter“ von *Seelert* übereinstimmen. Im Klimakterium selbst oder kurz vorher, resp. nachher finden sich die verschiedensten Formen.

Was den *Verlauf* angeht, so ist auch hierin keine Einheit zu finden. Die Erkrankungen der Gruppe 2, die wir wegen ihrer symptomatischen Verwandtschaft als „*Dementia paranoides*“ bezeichneten, ohne damit sagen zu wollen, daß eine Schizophrenie vorliege, haben einen ungewöhnlich ungünstigen Verlauf. Schneller Verfall der Persönlichkeit führt zu psychischer Invalidität, wobei auch das Wahnsystem sich auflöst. Die von uns zur Paraphrenie und Paranoia gerechneten Fälle (Gruppe 3 und 4) zeigen auch bei langjähriger Beobachtung keine Wendung zum Schlechten, jedenfalls bleibt die Gesamtpersönlichkeit erhalten, auch tritt allmählich eine gewisse Gewöhnung an die Sinnestäuschungen und Wahnsieden ein, so daß eine soziale Brauchbarkeit wiederkehrt, wenn auch eine vollkommene Heilung nicht eintritt. Ungünstig ist auch der Verlauf bei der letzten Gruppe, wo meistens bald ein psychischer Schwächezustand höheren Grades resultiert, der dauernde Anstaltsinternierung notwendig macht.

Die von *Kleist* besonders betonte Wichtigkeit und besondere Färbung des *Krankheitsbodens* ließ sich nur in einem Teil der Fälle verfolgen. Es überwiegen an sich die alleinstehenden Frauen, die Schwierigkeiten im Leben hatten und bei denen sich die Konflikte häufig besonders in der Zeit vor dem Ausbruch der Erkrankung einstellten. Eine besondere Charakteranlage ist aber nicht immer zu finden. Oft sind es ausgeglichene Menschen mit heiterem Temperament und cyclischer Anlage. Mißtrauen und herrisches Wesen, das von *Kleist* besonders betont wird, ist nicht oft zu finden. Auch findet man ruhige, unauffällige, bescheidene Menschen, die still ihre Pflicht getan haben. Nicht die besondere Charakteranlage ist bei unseren Fällen bedeutend, mehr sind es äußere Erlebnisse, die oft den Anstoß gegeben haben. Ähnlich, wie wir es bei den Depressionen fanden, ist es eine durch besondere Ereignisse und das Klimakterium gegebene Lebenssituation, die bei der Entwicklung der Erkrankung eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt, aber schließlich inhaltlich nichts anderes ist als bei den Depressiven und daher wohl die Tatsache erklären kann, daß die betreffende Person erkrankt, aber nicht, daß es zur paranoiden Psychose kommt. Gerade die hier wichtige „*hypo-*

paranoide Konstitution“ (*Kleist*), die auch erklären könnte, warum es zum Paranoid kommt, ließ sich nicht immer gut nachweisen, will man nicht alles in diesem Sinne deuten. Dieses negative Resultat mag zum Teil durch die mangelnde Vorgeschichte erklärt sein, oft aber genügt dieser Ausweg nicht. Auch von *Albrecht* wurde darauf hingewiesen, daß der hypoparanoische Charakter „nicht erweisbar“ ist. *Kleist* und *Seelert* haben in ihren Fällen schon eine rege Aktivität als genügend angesehen, was uns für einen paranoischen Charakter etwas gering erschien, zumal ähnliche Charaktere auch im Klimakterium mit Melancholien erkranken können.

Die hereditäre Belastung war im allgemeinen sehr gering. Dabei ist einerseits zu berücksichtigen, daß bei unserem Material die Familienkenntnis sehr gering ist, daß andererseits besondere Erhebungen darüber nicht angestellt wurden, daß schließlich oft vieles verschwiegen wird. Im allgemeinen fanden sich, soweit Veränderungen in der Familie vorkamen, keine typischen Erkrankungen, sondern es waren hereditäre Psychosen, Epilepsie, angeborener Schwachsinn, abnorme Persönlichkeiten wahllos vertreten. In der Einzelanalyse der Fälle konnte mitunter aus diesen Belastungen manches auf den besonderen Verlauf und Inhalt der Psychose geschlossen werden. Verallgemeinernde Schlüsse konnten nicht gezogen werden.

Inhaltlich handelt es sich immer um ein wenigstens anfangs geschlossenes Wahnsystem von Beziehungs-, Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahnideen mit mehr oder minder stark betonten und beachteten Sinnestäuschungen, die bei der 2. und 3. Gruppe wenig Bedeutung haben, zum Teil ganz fehlen, während sie bei der 4. und vor allem bei der letzten Gruppe im Vordergrund zu stehen scheinen. In manchen Fällen ist es fraglich, ob echte Halluzinationen vorhanden sind, oder ob es sich um wahnhafte Verkennungen und Trugerinnerungen handelt. Auch ist in den Fällen, wo die Sinnestäuschungen eine sehr große Rolle spielen und von den Kranken als besonders unangenehm empfunden werden, nicht immer die Frage zu entscheiden, ob die Wahnideen oder die Sinnestäuschungen primär sind. Meistens läßt sich bei genauer Untersuchung nachweisen, daß zuerst eine gewisse allgemeine krankhafte Eigenbeziehung auftrat, daß erst daraus sich wahnhafte Verkennungen, dann Illusionen und schließlich echte Halluzinationen entwickeln. Unter den Sinnestäuschungen sind alle Variationen vorhanden und es läßt sich kaum eine Einheit hineinbringen. Oft kommt es zu sekundären Größenideen, selten fehlen sexuelle Momente, die zum Teil eine besondere Rolle spielen. Von den feinsten zartesten Ahnungen einer vermeintlichen Liebe variiert dieser Sexualwahn bis zu den größten körperlichen Berührungen und Belästigungen, wobei mit großer Ausführlichkeit und meist ohne Scham erzählt wird. Oft ändert sich das Bild dann insofern, als anfängliche Ablehnung sich in freudige Hingabe

verwandelt, als erst „Hure“, dann „Liebchen“ gerufen wird (Fall 35 der letzten Gruppe ist dafür recht charakteristisch). In anderen Fällen kommt es zu Eifersuchtsideen, wobei ganz phantastische, absurde Gedanken auftreten, die in den einen Fall (36) in dem ganzen Verhältnis zwischen den Eheleuten und manchem Verhalten des Ehemannes zu erklären ist. Diese Ideen sexuellen Inhaltes sind besonders leicht aus der Zeit erklärlich und spielen außer in der Pubertät in keinem Lebensalter eine solche Rolle. Das teilweise Gefühl des Absterbens der geschlechtlichen Potenz erzeugt einerseits den Wunsch nach ausgiebigster Befriedigung, besonders dann, wenn das ganze Leben unbefriedigt dahingegangen ist, andererseits die Furcht um weitere Verluste und das Gefühl den Ehemann zu verlieren, weil man ihm nicht mehr genügen kann. Hier werden sich also 2 Typen herausschälen lassen, diejenigen, die im Leben befriedigt wurden und fürchten, daß sie nun ihren Mann deswegen verlieren, woraus Eifersucht entstehen kann, die anderen die unbefriedigt waren, die nun auskosten möchten, da eine Hoffnung auf spätere Tage, wie in anderen Lebensaltern nicht mehr in Frage kommt, wobei es zu Sinnestäuschungen, sexuellen Inhalts und Wahnideen kommen kann. Ein primärer Sexualwahn ließ sich nicht nachweisen. Immer gingen Beziehungsideen oder allgemeine Befürchtungen voraus. Auch die Reaktion der übrigen Psyche auf die nun entstandene Situation, daß man sexuell verfolgt und belästigt wird, nach einem Leben ohne Sexualbefriedigung ist verschieden. Wir beobachten ängstliche und freudig-stolz-erregte, wir begegnen Abscheu, Scham und Ablehnung und bereitwilligstem Sich-Hingeben, allerdings meist die positiven Seiten erst sekundär nach Verlust der Kritikfähigkeit und nach Auftreten von Störungen im ethischen Verhalten.

Die Affektlage ist bei einem großen Teil der Kranken nicht ganz der Situation adäquat. Es überwiegen die gereizten, zornigen manchmal auch heiteren Stimmungslagen über die depressiven, die sich besonders bei der ersten Gruppe finden und bei manchen anderen eine Rolle spielen. Nicht selten finden wir auch hier den manisch-depressiven Mischaffekt. Die Intelligenz bleibt bei einem Teil lange erhalten, ein anderer Teil versagt bald, besonders die letzte Gruppe, wo andere exogene Faktoren sicher eine Rolle dabei spielen. Zu Demenz kommt es selten oder spät.

Auf den Zerfall der Persönlichkeit ist oben bereits bei der ersten Gruppe hingewiesen worden, ebenso auf die affektive Störung bei diesen. Einheitlich fand sich fast überall der von anderen Autoren betonte „Mangel an Schwung“ und die auffallende Eintönigkeit, die sich besonders insofern kenntlich macht, als einmal ziemlich rasch ein geschlossenes Wahnsystem sich bildet, das wenig produktiv erweitert wird, an dem, wenn es überhaupt geschlossen und logisch verknüpft bestehen bleibt, nicht mehr viel geändert wird. In den meisten Fällen verliert es bald seine Nachfühlbarkeit, es wird „zerfahren“ und löst sich auf. Auch

bleiben die Sinnestäuschungen entweder immer dieselben ohne besondere Variation oder werden unzusammenhängend und „sinnlos“ (im Zusammenhang des Systems), werden auch nicht mehr vom Kranken erklärt, wie überhaupt die Erklärungsideen die geringste Rolle spielen. Die Entwicklung des Systems geht sehr rasch vor sich, in den meisten Fällen ist es ein ganz akuter Beginn, im ganzen zurückverfolgbar etwa 4 Wochen vom ersten Anfang. Ein weiterer Ausbau fehlt fast immer. Eine gewisse geistige Armut bei sonst gut erhaltener Intelligenz macht sich hier bemerkbar, wie er auch von anderen Autoren gefunden wurde. Die Wahnideen sind allen Gruppen gemeinsam, auch ist der Einfluß exogen-somatogener wie exogen-psychogener (nicht-hysterischer!) Faktoren fast immer zu finden. Verschieden ist Verlauf, Einzelentwicklung, Prognose, Beginn und Auftreten der Sinnestäuschungen. Selten sind hereditäre Belastungen, selten findet sich eine charakteristische Prämorbidität.

Wenn wir nun die einzelnen Gruppen noch einmal betrachten, so finden sich im wesentlichen 3 verschiedene Unterabteilungen, die wegen ihrer Prognose wohl getrennt werden müssen. Das sind die Fälle, die der Dementia paranoides verwandt sind, dann die Paraphrenien, schließlich die präsenilen paranoiden Psychosen. Daß wir außerdem bei der Besprechung der Fälle eine Gruppe besonders behandelten, die Depressionen mit späteren Wahnideen, hatte wohl eine besondere Berechtigung, läßt es aber nicht notwendig erscheinen, auch hier näher darauf einzugehen. Eine besondere Gruppe ist daraus nicht zu konstruieren, ebenso wenig sind die Fälle von Eifersuchs- oder von Querulantenwahn besonders zu trennen, sie werden einerseits zu den Paranoiden, andererseits zu den Paraphrenen zu rechnen sein.

Die Gruppe der Paranoiden macht wohl zahlenmäßig die Hauptmasse aus. Etwa 30% aller im Klimakterium erkrankten Frauen (nicht die präsenilen mitgerechnet) gehören zu dieser Gruppe. Sie machen die Hälfte der von uns beobachteten Fälle von paranoiden Erkrankungen im höheren Lebensalter (einschließlich der präsenilen) aus. Es handelt sich also um ungemein wichtige Erkrankungen. Heredität spielt keine besondere Rolle. Konstitutionell-somatisch handelt es sich überwiegend um Pyknikerinnen, psychisch um cyclische mit ausgesprochener Affektivität, häufig starker Lebensbetonung, Lebensbejahung, oft großer Energie- und Arbeitskraft. Paranoische Charaktere sind selten. Auch finden sich selten Schizoide. Frühere besondere psychische Erkrankungen kommen nicht häufig vor, manchmal leichte Andeutungen von starker Reaktion auf besondere Ereignisse. Niemals frühere Psychosen. Die Alleinstehenden machen einen großen Teil aus, wenn auch nicht 70% wie bei Kleist. Die Krankheit tritt kurz vor oder nach dem Klimakterium oder währenddessen auf, erreicht fast sofort ihren Höhepunkt, um dann in einem geistigen Defektzustand bald zu verfallen. Wichtig

sind oft psychogen-exogene Faktoren. Manchmal sind es äußere unangenehme Erlebnisse, oft sind es Nahrungssorgen. Nicht selten findet sich ein Vorstadium nach Art der klimakterischen Depression. Beginn stets mit Beziehungs- und Beeinträchtigungswahn, dem Mißdeutungen und Mißtrauen vorausgegangen ist. Übergang in Verfolgungswahnideen. Kleinheitswahn überwiegt, es kommt aber auch später zu Größenwahn. Halluzinationen sind fast immer vorhanden, oft gleich beim ersten Anfang (s. die Postbeamtin, Fall 25). Nicht immer handelt es sich um echte Sinnestäuschungen, oft sind es illusionäre Verkenntnungen. Die Affektivität ist zwar anfangs noch normal, pflegt aber sehr schnell zu verfallen. Es kommt zum Zerfall der Persönlichkeit. Willensstörungen, Apathie, Monotonie folgen sehr häufig bald, so daß ein geistiges Siechtum resultiert, aus dem mit kurzen Unterbrechungen keine Besserung mehr eintritt. Während man anfangs noch einfühlen kann, wird der Wahn bald wirklichkeitsfremd, phantastisch, unzusammenhängend und verliert die anfangs deutliche Systematisierung. Zu einer intellektuellen Störung kommt es erst weit später, ebenso zu mnestischen Störungen. Diese Form der Erkrankung unterscheidet sich von der *Kleistschen* Involutionparanoia durch den Verlauf in erster Linie und durch das Fehlen der „hypoparanoischen Konstitution“. Außerdem spielt das Exogen-Psychogene eine nicht zu unterschätzende Rolle, soweit die Färbung in Frage kommt. Im Inhalt gleicht das Bild im wesentlichen der *Kleistschen* und der *Serkoschen* Erkrankungsform, zu denen sie auch wohl gerechnet werden muß. Nur kann die *Serkosche* Betonung, daß schizophrene Symptome nicht vorhanden seien, nicht ganz gebilligt werden.

Anders ist es bei der in der 4. Gruppe geschilderten Paraphrenie. Hier entwickelt sich auch ein geschlossenes Wahnsystem, aber auf dem Boden einer zu Mißtrauen, Eifersucht und Empfindlichkeit neigenden Anlage, auch bei Pyknikerinnen. Hier ist der Inhalt ähnlich wie früher, vielleicht noch stärkere Betonung der sexuellen Komponente, auch viele Sinnestäuschungen, aber die Geschlossenheit des Systems bleibt viele Jahre bestehen. Wesentliche Defekte irgendwelcher Art treten nicht auf. Nur macht sich eine gewisse Abstumpfung bemerkbar, die nicht allein durch Verlust an Affektivität, sondern auch durch eine Gewöhnung zu erklären ist. Es resultiert eine soziale Brauchbarkeit, also eine praktische Besserung, die Jahre lang anhalten kann. Die Remissionen bei der ersten Gruppe sind anders, kurz dauernd und nur scheinbar, die Betonung des Wahns läßt sehr nach, hier ist der Wahn einfühlbar, verständlich, zusammenhängend, wenn auch im einzelnen oft recht phantastisch-expansiv. Beeinträchtigungen und Größenideen gehen nebenher. Man wird beschimpft, man kann es verstehen, daß die ganze Stadt, die Regierung, die Polizei sich dauernd mit einem beschäftigt usw. Der wesentliche Unterschied gegenüber der anderen Gruppe liegt

also in der Prognose. Im übrigen spielt hier die Anlage einer größere Rolle, auch sind äußere Ereignisse vor der Erkrankung bedeutungsvoll. Die Erkrankung tritt im Klimakterium auf oder einige Zeit vorher, erreicht während des Abbaues der Geschlechtsorgane ihren Höhepunkt.

Die letzte Gruppe unserer Betrachtung hat verschiedene Besonderheiten. Wir nähern uns damit dem „präsenilen Beeinträchtigungswahn“ *Kraepelins*, der „paranoiden Psychose“ *Seelerts* und den „präsenilen Paraphrenien“ *Albrechts*. Der Beginn unserer Erkrankung fällt in die Zeit zwischen Klimakterium und Senium. Meist ging das Klimakterium ohne Schwierigkeiten vorüber. Erbliche Belastung und besondere Veranlagung spielen eine untergeordnete Rolle. Es finden sich allerdings auch hier häufig Pykniker, ferner etwas herrische, selbstbewußte Naturen, mit einem wenig befriedigten Leben. Es überwiegen hier nicht die alleinstehenden Frauen. Äußere Verhältnisse und wirtschaftliche Not spielen eine Rolle. So kommt es auch zuerst oft zu solchen Sorgen. Dann kommen Beziehungen, Beeinträchtigungen, bald in den meisten Fällen mit starker sexueller Betonung. Hier finden sich nun die phantastischsten Dinge, schamvolle Abkehr zuerst, die schon nach kurzer Zeit sich in eine erstaunliche Offenherzigkeit und ein zufriedenes Genießen der körperlichen Sensationen verwandelt. Sinnestäuschungen spielen bald die Hauptrolle. Andere zeigen wieder besonders starke Eifersuchtsideen gegen den Mann. Witwen und Alleinstehende konstruieren frühere Liebschaften, sexuelle Verfehlungen und ein entsprechendes Wiedertreffen.

Das Gesamtverhalten ist auch ein manisch-depressiver Mischaffekt. Äußerlich überwiegt eine große Lebhaftigkeit und Bewegungsunruhe. Oft finden sich auch Erregungszustände als sekundäre Reaktionen auf unangenehme Sinnestäuschungen wie besonders im Gebiete des Geschmacks, des Geruchs und des Hautsinnes. Zu Stimmungsschwankungen kommt es nicht selten.

Die Prognose ist ungünstig, Remissionen sind selten, es kommt meist ziemlich schnell zu einem geistigen Verfall, der an organische Demenzen bei Arteriosklerotikern und Senilen erinnert, wie sich auch meist beim Höhepunkt der Erkrankung eine allgemeine Arteriosklerose findet.

Es kann damit gerechnet werden, daß es sich bei allen diesen Formen um dieselbe Erkrankung handelt, die verschieden ist je nach dem Einfluß des exogenen und des somatogenen Faktors, der anders wirkt, wenn er eine endokrine Störung darstellt und anders, wenn regressive Hirnveränderungen die Hauptrolle spielen. Die Tendenz, in diesem Lebensalter paranoid zu erkranken, ist groß, es werden die normal-psychologischen Eigentümlichkeiten des Involutionalters wiedergespielt, wie *Serko* mit Recht sagt.

Auf die Frage, ob man von einer nosologischen Einheit sprechen kann, einzugehen, wird dem Schlußabschnitt im Gesamtzusammenhang überlassen bleiben.

C. Schizophrene Prozesse im Klimakterium und in der Involution. (Besonders die Spätkatatonie.)

Über dieser Gruppe von Erkrankungen im höheren Lebensalter herrscht zur Zeit eine besondere Unklarheit. Man muß aber zugeben, daß nach Abzug aller derjenigen Erkrankungen, die solchen anderer Lebensalter gleichen und derjenigen, bei denen in früheren Jahren, wenn auch noch so kurze Schübe aufgetreten sind, so daß also der zweite Schub einer Schizophrenie angenommen werden muß, in diesem Lebensalter immer noch primär auftretende Erkrankungen übrig bleiben, die Besonderheiten bieten. Meistens wird die Ansicht vertreten, daß es besondere Erkrankungen außer den oben genannten nicht mehr gibt, und daß alles, was sonst noch auftritt, und in den früheren Jahren der Psychiatrie als besondere Krankheit aufgefaßt wurde, weder symptomatologisch noch in seinem Verlauf berechtigt, als neue Krankheitsform angesehen zu werden. Unter den folgenden Fällen wird sich manches finden, das unter eine der anderen Gruppen gebracht werden konnte, es wird aber doch hier miterwähnt, weil einige Besonderheiten des Verlaufs, wie der Form und des Inhaltes zu einer Sonderdarstellung berechtigen. Es sollen Beispiele von allen denjenigen primären schizophrenen Erkrankungen, die im höheren Lebensalter auftreten, behandelt werden. Das geschieht darum, weil eine solche „Spätschizophrenie“ immer einen gewissen Verdacht auf Besonderheit der Klassifikation erweckt und weil es dann, wenn tatsächlich eine Schizophrenie in jedem Lebensalter auftreten kann, zu der Annahme berechtigt, daß es sich auf eine bestimmte Reaktion der Psyche auf besondere Reize handelt, wie an manchen Beispielen schon von verschiedenen Autoren darzulegen versucht wurde. Es wäre damit eine ungeheuer wichtige Frage der Lösung näher gebracht, aber nicht gelöst. Denn es ist noch nicht der Beweis erbracht, daß die exogen-somatogene Störung, hier die Änderungen endokrin-vegetativer, respektiv cerebraler Art, tatsächlich die Erkrankung verursacht habe. Wir könnten auch dann wieder von einer Anlage sprechen und dem somatogenen Faktor die Rolle der Provokation (im Birnbaumschen Sinne) zuweisen. Es bleibt aber zu bedenken, daß Ähnlichkeiten in der Verlaufsform und dem Inhalt noch nicht beweisen, daß es sich um denselben Krankheitsprozeß handelt, wenn man z. B. zwei ätiologisch verschiedene Faktoren annimmt. Außerdem finden sich ja auch gewisse Unterschiede. Psychische Erkrankungen auf einen exogen-somatogenen Reiz sind bei endokrinen Störungen ähnlich, jedoch nicht dieselben Erkrankungen wie in anderen Lebensaltern. Die schwierige Frage, auf die hier nur kurz hingewiesen zu werden

braucht, da sie nicht unmittelbar zum Thema gehört, kann erst dann entschieden werden, wenn wir die Natur der Psychose einerseits und den Einfluß des endokrin-vegetativen Systems andererseits genauer kennen, als bisher der Fall ist.

Für uns ist die Frage von Bedeutung, ob wir berechtigt sind, in unseren Untersuchungen, die sich mit den klimakterischen und involutiven Psychosen beschäftigen, diese schizophrenen Erkrankungen — nennen wir sie einmal der Kürze halber so — mitzubetrachten. Diese Frage muß zweifellos bejaht werden, da Besonderheiten im Verlauf schon auf eine Sonderstellung hinweisen und da wir nicht nur diejenigen Erkrankungen hier zu behandeln haben, die eine nosologische Einheit im Sinne einer spezifischen Psychose darstellen. Wenn wir von denjenigen Fällen absehen, in denen es sich um ein Wahnsystem handelt, das bald sich auflöst und zu einem Verfall der Persönlichkeit führt, die also in den paranoiden Teil der Bleulerschen Schizophrenien hineingehören, die wir bereits oben näher betrachtet haben, so bleiben noch die Fälle der Dementia simplex, der Hebephrenie und vor allem der Katatolie übrig, die bei den Spätformen die wichtigste Rolle spielt. Es wurde ja auch der Sondername „Spätkatatonie“ gegeben. Mit dieser Gruppe werden wir uns zuerst zu beschäftigen haben.

1. „Spätkatatonie“.

Fall 38 a. Else P., Witwe, 58 Jahre. Etwa 10 Jahre nach dem Klimakterium, das ohne besondere Schwierigkeiten vorüberging.

Mutter starb an Geisteskrankheit, nachdem sie Jahrzehnte in einer Anstalt war. Keine Geisteskrankheiten in der Familie. Eine Tochter ist Diakonisse, sehr intelligent, aber religiös fanatisch, sehr willensstark und arbeitsfähig. Ein Sohn verschroben, ethisch schwach, ein anderer Abenteurermatur, nach Amerika gegangen, dort angeblich brauchbar. Eine Tochter o. B., eine andere Tochter Kinderlähmung, blieb geistig zurück, immer in einem Heim. Ein anderer Sohn lebensgewandt, phantastisch, verschroben, ausgesprochen schizoid (Präpsychotisch?). Selbst immer sehr empfindlich, aber recht lebensgewandt. Nahm alles sehr genau, konnte nach dem plötzlichen Tod ihres Mannes, als sie mit 6 Kindern zurückblieb sich sofort in die neuen Verhältnisse hineinfinden und auch später nach dem Verlust ihres Vermögens für ihre Familie so sorgen, daß fast alle eine bessere Ausbildung bekommen konnten, mehrere studierten. Einzige besondere Erkrankung war 1922 Paratyphus, an den sich eine symptomatische Psychose anschloß mit akuter Verwirrtheit, Unruhe, Selbstmordideen, Nahrungsverweigerung, die nach 4 Wochen abklang. Einzelheiten sind über diesen Zustand nicht mehr zu erfahren gewesen. Es handelte sich um einen amentia-ähnlichen Zustand. Wurde danach wieder wie früher, war lebensfroh und lustig, versorgte ihren Haushalt gut, kümmerte sich um alles wie früher. Auch körperlich kein Nachlassen. Im Anfang 1929 seelische Erregung dadurch, daß ihr jüngster Sohn der noch Student und ohne Einkünfte ist, sich mit der Tochter eines Professors verheiraten mußte, weil sie von ihm ein Kind erwartete. Patientin wurde mit der vollendeten Tatsache überrascht. Außerdem im Frühjahr 1929 eine schmerzhafte und sehr schwierige Zahnbehandlung, an die sich allgemeines Unbehagen und Schwäche anschloß, das von einem Internisten als Myokarditis auf septischer Grundlage gedeutet wurde. Von dieser

Erkrankung erholte sie sich nicht wieder ganz. Mußte sich schonen und machte sich darüber Gedanken, war traurig und niedergeschlagen. Äußerte andeutungsweise, daß sie ihren Angehörigen zur Last falle. Sollte zur Erholung zu ihrer verheirateten Tochter. Dort war auch ihre Schwiegertochter, die ein Kind dort erwartete. Bei dieser Geburt, die sehr schwer war (2. 7.), viele Aufregungen, mußte selbst mithelfen. Seitdem immer unruhiger innerlich gespannter, schließlich am 14. 7. Selbstmordversuch mit Erhängen am Bett und dann, als es gehindert wurde, schwerer Erregungszustand. Bei uns danach Aufnahme: anfangs ganz geordnet, etwas depressiv und Kleinheitsideen. Schildert ihr Leiden, daß sie zuviel auf einmal durchgemacht habe, daß sie schon seit dem Kriege zuviel ausgehalten habe. Sei nicht mehr zur Ruhe gekommen. Habe nicht ausspannen dürfen, da, wenn sie versagte alles in der Familie versagte. Ihre Familie hänge so eng zusammen, daß kein Glied ausfallen durfte, vor allem sie nicht. Früher habe sie noch alles geschafft, jetzt sei es nicht mehr weitergegangen. Mußte ausspannen und habe den Fehler gemacht, in den Haushalt ihrer Tochter zu gehen, wo so viel Unglück vorkam. Den Suizidversuch habe sie gemacht, um ihren Kindern nicht mehr im Wege zu sein. Der Gedanke zu sterben, sei plötzlich über sie gekommen. Durch sie hätten alle Unglück, sie habe auch indirekt an dem Tode ihres Enkelkindes Schuld, habe erzwingen wollen, daß sie weggebracht werde. Mit der Heirat ihres Sohnes habe sie sich schneller abgefunden, als sie früher dachte, nur die pekuniären Sorgen haben sie beunruhigt. Nach diesem anfänglichen depressiven Bild entwickelte sich noch an demselben Tag ein Zustandsbild stärkster Erregung und Spannung. Schlägt in theatralischer Weise um sich, kratzt sich die Haut entzwei, fordert mit starkem Pathos, man solle ihr den Kopf abschlagen, man solle sie töten. Zerreißt ihr Hemd, will sich mit den Fetzen erwürgen (in Gegenwart der Pflegerin). Springt aus dem Bett, läuft nackt herum, wirft sich nackt auf die Erde, erkennt aber trotz der Sinnlosigkeit ihrer Handlungen ihre Umgebung richtig, sagt z. B. „Herr Doktor, töten Sie mich. Sie wissen ja, was ich will.“ Verweigert jede Nahrung. Nach vorübergehender Ruhe, in der sie aber auch leise vor sich hinspricht und meist sagt, ihre Kinder werden wohl ihretwegen sterben müssen, am nächsten Tage wieder dasselbe Bild. Schreit ununterbrochen, reißt sich ganze Büschel von Haaren aus, versucht sich aus dem Bett zu stürzen, schlägt mit voller Wucht mit dem Kopf gegen die Wand. Schreit ab und zu: „Hilfe, Hilfe ...“, sonst spricht sie nichts. Dieses Bild bleibt später unverändert. Bleibt negativistisch, autistisch, knirscht mit den Zähnen, verzerrt wie im größten Schmerz das Gesicht. Kümmert sich nicht um die Umgebung, auch nicht um die Tochter an der sie sehr hängt, und die sie täglich umgibt. Immer wieder Selbstmordversuche, versucht ein Thermometer herunterzuschlucken, wirft sich in unbewachten Augenblicken aus dem Bett, setzt besonders der künstlichen Ernährung den größten Widerstand entgegen. Verweilt oft in stundenlangen Haltungsanomalien, meist bizarre Art, zeigt dabei große Neigung zu Stereotypien, Schreianfälle und „katatone Haltungen“ hören allmählich auf (vom 3. 8. ab) gibt keinen Laut von sich. Spricht nie. Somatisch: mäßige Adipositas, erhebliche Blutdruckerhöhung. Später Cystopyelitis. Ohne daß eine psychische Änderung eingetreten ist, tritt nach allmählich immer mehr zunehmender körperlicher Schwäche am 12. 8. der Tod ein.

Die Sektion ergab: ein durch Alter und Fettsucht geschädigtes Herz und Lungeninfarkte. Gehirnbefund: nihil.

Bei dieser hereditär nicht unerheblich im schizoiden Sinne belasteten Frau entsteht 10 Jahre nach dem Klimakterium im Anschluß an verschiedene seelische Leiden und körperliche Erkrankungen ein mit Depression beginnender akuter Verwirrtheitszustand, der in ein Zustandsbild von vollkommenem Mutismus und Negativismus, wie auch Haltungs-

anomalien und Stereotypien, wie Selbstbeschädigung übergeht, der nach etwa 4 Wochen zum Tode führte. Die Sektion ergab keinen besonderen Befund, auch keine ausgedehnte zentrale oder cerebrale Arteriosklerose. Bemerkenswert scheint bei diesem Fall noch zu sein, daß die exogen-psychogene Komponente eine große Bedeutung in der Entstehung, Färbung, wie Verarbeitung zu haben schien, so daß erst das Bild einer schweren reaktiven, involutiv gefärbten, aber nicht der Theatralik entbehrenden Depression entstand, das sehr schnell in ein ganz anderes überging, wenn auch manche Auffälligkeiten zurückblieben. So konnte man noch lange nicht von einem katatonen Stupor sprechen, da immer ein gewisser Kontakt mit der Umgebung vorhanden zu sein schien, da die Umgebung richtig erkannt wurde, da manches auch noch zuletzt aufgefaßt zu werden schien, (sicher ist es nicht bei dem Mangel an Äußerungen) was eine gewisse Auffassung und Interesse an der Umgebung voraussetzte. Außerdem war eine bestimmte Zielstrebigkeit auch noch im schwersten Stadium nicht zu erkennen, die sich in einer auffallend theatralisch gefärbten Selbstbeschädigung äußerte. Zu gleicher Zeit als sie sich Haare ausriß, die Nägel tief ins Fleisch krallte, hat sie bei jedem Nadelstich einer Injektion aufgeschrien und das Gesicht zum Schmerzausdruck verzerrt. Es blieb eine gewisse psychogene Komponente, die hier sowohl im hysterischen, als auch im reaktiven Sinne aufgefaßt werden muß, bestehen. Eine weitere Besonderheit ist der frühere Zustand auch im Anschluß an einen somatogenen Faktor, an den Paratyphus. Auch damals Verwirrtheit, Selbstmordideen, Negativismus, Nahrungsverweigerung, dann aber Besserung. Zusammenfassend: Ein katatonen Zustandsbild im Involutionsalter bei einer prämorbid und hereditär belasteten Frau im Anschluß an seelische und körperliche Leiden aller Art. Das Bild ist psychogen gefärbt und führt akut zum Tode.

Fall 39 b. Helene R., Meisterfrau, 47 Jahre.

Kurz nach der Menopause erkrankt. Vater war aufgereggt. Selbst gesund gewesen, war eine gute Schülerin, hat sich mit anderen Kindern gut vertragen. War immer ein „Arbeitspferd“, half dem Vater den Tag über in der Gärtnerei und schrieb abends Gedichte ab. Seit 1912 verheiratet, war damals ganz gesund. Hatte die Gewalt im Hause, war ihrem Mann geistig überlegen. Eine Tochter leicht erregt, sonst alle Kinder gesund. Saß nicht eine Minute still, konnte Tag und Nacht hintereinander arbeiten. Vor drei Jahren Klagen über Kopfschmerzen. Frühjahr 1929 wurde die Patientin unruhig, gereizt, weil viel Schreibereien notwendig waren wegen einer Reise ihrer Tochter nach Polen. Klagte über Schmerzen im Kopf und Leib. Völliger Zusammenbruch, als der Konsul die Einreise verweigerte. Konnte nicht mehr gehen, war vergeßlich, weinte viel, ab so gut wie nichts mehr, jammerte vor sich hin, schlief nicht, tat nichts mehr im Haushalt. Dann nach kurzer Besserung, in der sie klar und geordnet wurde und auch wieder lebhaft war, erneute Verschlechterung, daher hier am 1. 8. 29 Aufnahme: gibt gequält und sehr zögernd Auskunft sitzt mit trauriger Miene auf dem Stuhl, läßt den Kopf hängen. Sagt auf jede Frage, sie könne keine Antwort geben, spricht leise und monoton. Wiederholt immer wieder weinend und jammernd, sie sei schwach und könne nicht gehen.

Meint dann nach kurzem Zögern, sie sei „traurig“. Gibt keine Antwort auf Fragen aus ihrem Leben, meint hier in Memel zu sein, fängt dann während der Exploration immer stärker zu weinen und zu jammern an, das sich schließlich zu einem monotonen, krampfhaften Wimmern und Zucken steigert. Macht dabei krampfartige Bewegungen mit beiden Händen, nimmt scheinbar keine Notiz von der Umgebung. Läßt sich durch nichts vom Weinen ablenken, gibt keine weitere Antwort, schüttelt sich am ganzen Körper, als ob sie sich vor etwas ekele. Auch in den nächsten Tagen ähnlich. Liegt teilnahmslos im Bett, jammert erst, wenn sie angesprochen wird, sagt dann etwas von schlechtem Ergehen. Das Weinen hat etwas Gewaltsames. Nahrungsaufnahme sehr schlecht, wird von Tag zu Tag negativistischer. Sobald man sie zum Essen bewegen will, wird sie äußerst ablehnend, schreit laut, schlägt um sich, zappelt mit den Armen und Beinen. Oft Haltungsanomalien, hält in stereotyper Weise den rechten Arm ausgestreckt. Gesichtsausdruck meist leidend, verzerrt. Später völlig mutistisch. Sieht ängstlich um sich, knirscht mit den Zähnen, stöhnt viel und macht Abwehrbewegungen. 17. 8. Überaus ablehnend und gespannt, ängstliche Armbewegungen. Hält den Kopf meist etwas nach links geneigt, hat auch zeitweise leichtes Zucken im Nacken. 18. 8. Läßt unter sich, sehr widerstrebend. Schreit bei jeder Berührung oder Ansprache. Zunehmende körperliche Schwäche. 20. 8. Exitus.

Sektion fand nicht statt. Somatisch: asthenisch, hager, Blutdruck 150. Sonst kein pathologischer Befund.

Hier auch bei einer fleißigen, aber wesentlich primitiveren Frau als im vorigen Fall im Klimakterium, im Anschluß an äußere unangenehme Erlebnisse nicht sehr bedeutender Art eine akute Verwirrtheit und Depression mit bald eintretender Monotonie, Stereotypie, Mutismus und Negativismus und sehr schnell erfolgendem Exitus. Organisch fand sich weder an den Organen noch an den Nerven eine besondere Veränderung. Auch hier wieder während der Verwirrtheit manches Theatralische, das an die hypochondrischen Depressionen des Involutionsalters erinnert, aber dann ein ganz plötzlicher seelischer und körperlicher Verfall. Die psychogen-hypochondrische Komponente ist hier nicht so deutlich zu verfolgen, es steht hier mehr die Verwirrtheit, die psychomotorische Störung und der depressiv-ängstliche Inhalt im Vordergrund. Angst, Verwirrtheit und Negativismus sind die Kardinalsymptome, dazu kommt der rapide Verlauf und der ungünstige Ausgang. Prämorbid kommt nur abgesehen von der äußeren Beeinflussung (exogen-psychogen) eine gewisse gesteigerte Affektivität (konstitutionell) und die Menopause (exogen-somatogen-endokrin) in Frage.

Fall 40 c. Wilhelmine S., 56 Jahre, Maschinistenfrau. Erkrankung seit der Menopause vor 5 Jahren.

Mutter war sehr „nervös“, leicht erregbar. Patientin lernte gut in der Volksschule, wechselte später ihre Stellen als Dienstmädchen häufig, heiratete mit 28 Jahren, war gesund und kräftig. Ehe nicht gut. Mann Psychopath, mehrfach bestraft. War früher nie krank. Jetzt seit 5 Jahren allgemeine Beschwerden, besonders Kopfschmerzen, Zittern im ganzen Körper. In letzter Zeit auffallend, sprach sehr viel, meist ohne Zusammenhang, starrte auf einen Fleck, klagte und jammerte dann wieder viel. 16. 8. 29. Plötzlich sehr erregt, sprach vollkommen durcheinander, sang fromme Lieder, lachte ohne Grund.

Bei der Aufnahme sehr erregt, laut und unruhig, singt und schreit ohne aufzuhören, läßt sich nicht beruhigen und auch nicht fixieren. Antwortet nicht auf Fragen, völlig zerfahrener Rededrang. Schreit laut: „Großer Gott, wir loben Dich.“ Dann völlig verworrender Rededrang, oft unterbrochen von Beschimpfungen auf den „Kerl“ (gemeint ist wohl ihr Mann) und religiösen Dingen. Hört wohl auch Stimmen, denen sie antwortet. Kümmert sich nicht um ihre Umgebung, völlig autistisch, verweigert die Nahrung, grimassiert, starke motorische Unruhe. Stereotypien. Beschreit sich später mit Kot.

Negativismus wird immer größer — isst nichts, schlafst nicht, geht oft aus dem Bett. Singt und lacht immerfort oder spricht zusammenhanglos. 29. 8. Zunehmende Herzschwäche. Stirbt an demselben Abend, nachdem sie von dem vollkommen einsichtslosen Ehemann gegen Revers herausgenommen wurde (moribund). Somatisch: pyknisch, starke Blutdruckerhöhung, sonst o. B.

Eine akute Psychose entwickelt sich bei einer Frau, die seit der Menopause allgemeine Beschwerden hatte, aber nicht auffällig war. Beginn ohne äußeren Anlaß mit verworrenem Rededrang, dann stärkste Erregung, Negativismus, Autismus, völlig fehlender Kontakt. Somatisch: pyknisch. Hereditär keine Besonderheiten, prämorbide: gesteigerte Affektivität, sehr unglückliche Ehe. Psychogene Verarbeitung von traurigen Erlebnissen angedeutet. Ausgang ähnlich wie in den anderen Fällen letal.

Fall 41 d. Margarete, H. Lehrerin, 50 Jahre. Nach der Menopause.

Bruder sehr eigentümlich, schizoid. Dessen Frau manisch-depressiv. Ein anderer Bruder ebenfalls schizoid. Patientin sehr gewissenhaft und fleißig, interessiert, arbeitete seit längerer Zeit nicht. War früher nie besonders krank. Schon seit vielen Jahren etwas unruhig und ängstlich, machte plötzlich ohne vorherige Erkrankung am 12. 8. einen Selbstmordversuch mit Gas, erholte sich bald danach gut, ging spazieren, unterhielt sich „vernünftig“, verurteilte selbst ihren Selbstmordversuch. Plötzliche Verschlechterung im September, war verwirrt, sprach durcheinander, halluzinierte, machte verkehrte Handlungen, ließ unter sich, benutzte Eßgeschirr für Urinentleerung, wurde auch zeitweise erregt, schrie und weinte laut. Bei der Aufnahme hier (6. 9. 29) körperlich sehr hinfällig, machte anfangs äußerst affektarmen Eindruck, äußerst aber gleich viele Merkwürdigkeiten, als sie Wasser rauschen hört, fragt sie, ohne die Miene zu verändern, auch ohne eine besondere Affektregung dabei zu zeigen, ob sie verbrüht werden soll. Gibt aber dafür keine weitere Erklärung ab. Nach dem Selbstmord befragt, sagt sie auch mit größten Gleichmut, es habe ihr Spaß gemacht, sie wolle es auch wieder versuchen. Murmelt leise vor sich hin, gibt keine weitere Antwort, sagt später spontan — wohl in Beziehung auf das Brühen — unter Lachen: Man brüht das Schwein ab. Über frühere Erlebnisse — über Familienverhältnisse macht sie nur in sehr dürftiger Weise Angaben. Beantwortet leise Fragen nach der örtlichen und zeitlichen Orientierung. Später vollkommener Negativismus, Nahrungsverweigerung, läßt sich nicht körperlich untersuchen.

Somatisch: Asthenisch, elend. Rasseln über den Lungen.

Völlig unzugänglich, ablehnend. Manchmal Jammern, meist Vor-sich-Hinlachen. Reagiert auf nichts, liegt völlig apathisch im Bett. Stärkste Steifigkeit der gesamten Muskulatur. Schließlich stuporös mit einigen Haltungsanomalien. Allmähliche Verschlechterung des körperlichen Befundes. 29. 9. Exitus, nach dem kurz vorher eine Pneumonie sich eingestellt hat.

Ähnlich wie in früheren Fällen eine unter dem Bilde der Depression beginnende Katatonie mit sehr schnellem Persönlichkeitszerfall und

affektiver Verarmung. Schließlich verwirrt, zerfahren, inadäquate Affektlage (teilweise paradox), Negativismus, schließlich Stupor, dann Exitus an einer Lungenentzündung.

Prämorbid: Schizoide Anlage, Unbefriedigtsein, Vereinsamung. Hereditäre Belastung in demselben Sinn. Keine psychogene Komponente oder Färbung. Überwiegen der endogen-psychogenen.

Diese Fälle haben etwas Gemeinsames: Ausbruch einer akuten Psychose bei bis dahin gesunden Frauen im Involutionsalter, teilweise erst lange nach der Menopause, teilweise in unmittelbarem Anschluß. Jedoch überwiegend ist der *Beginn* erst Jahre nach dem Klimakterium. *Hereditäre* Belastung ist nicht immer vorhanden, mitunter findet sich gehäuftes Auftreten von Schizoiden in der Vorgeschichte. Besondere familiäre Erkrankungen psychischer Art finden sich nur im ersten Fall, in diesem in sehr charakteristischer Weise. *Persönlichkeitsanlage* ist im allgemeinen in derselben Richtung verändert: Meist gewissenhafte, sehr fleißige und brauchbare Frauen, etwas überempfindlich, leicht erregbar. Eine gesteigerte Affektivität ist jedenfalls meist vorhanden. *Äußere Erlebnisse* spielen oft eine wichtige Rolle, sind zum Teil der Anlaß der Erkrankung, werden auch darin verarbeitet. In anderen Fällen ist die unbefriedigte Lebenssituation, die eine gewisse ablehnende und depressive Grundstimmung geschaffen hat. Fall 1: Langer Witwenstand, Fall 2: Mann ungenügend, Fall 3: Ehe sehr unglücklich, Mann Verbrecher, Fall 4: alleinstehend, einsam.

Beginn der Erkrankung nach einem hypochondrischen Vorstadium, das sich über Jahre hinziehen kann, mit Depressionen, oft Selbstmordversuchen (Fall 1 und 4). Mitunter auch akute Verwirrtheit und Erregung. In den anderen Fällen ist die Depression von vornherein agitiert, „manisch-depressiver Mischzustand“, ängstlich, unwillig, erregt, wenn man sie hindern will. Sehr schneller Übergang in negativistischer Erregung und Spannung, teilweise verworrender Rededrang, teilweise Mutismus, immer Negativismus, Nahrungsverweigerung, Haltungsanomalien, Stereotypien der Bewegung und des Ausdruckes, der Sprache. Inhalt mitunter lange das letzte Erlebnis, das den Anstoß gab, verarbeitend, dann teils depressiv, ängstlich-hypochondrisch, teils anspruchsvoll, wahnhaft, Größenideen, religiöse Ideen, alles in dauerndem Wechsel ohne Zusammenhang. Bis auf den letzten Fall gesteigerte Affektivität, meist kein ausgesprochener katatoner Stupor. Bewegungen, Redeweise, Reaktionsart entbehren nicht einer gewissen Theatralik. Psychogene Komponenten spielen eine auffallende Rolle. Somatisch: teilweise pyknisch, meist mehr asthenisch. Keine Arteriosklerose, keine organische Veränderung.

Verlauf: Rapide Progredienz, führte in unseren Fällen immer zum schnellen Tode. Psychisch bis dahin unverändert, aber dem Stupor sich

immer nähernd. Es muß die Frage offen bleiben, ob der Exitus sekundär durch die mangelhafte Ernährung und die interkurrenten Erkrankungen auftritt oder ob der Tod mit dem progredienten Hirnprozeß zusammenhängt. Diese Frage wird erst dann geklärt werden können, wenn die Hirnschädigung bekannt ist.

Wesen: Eine aus endogenen und exogenen Faktoren zusammengesetzte prognostisch ungemein ungünstige Psychose auf dem Boden einer schizoiden Anlage bei ungünstiger Lebenssituation und besonderen äußeren Verhältnissen, die im Involutionsalter auftritt. Es handelt sich wohl um eine in der Literatur oft beschriebene immer mit verschiedenen Namen belegte Erkrankung, für die wegen ihrer Verwandtschaft der Name „Spätkatatonie“ das Wesen am glücklichsten zu treffen scheint. In Anlehnung an die Beziehungen: Involution-Depression und Paranoia scheint es berechtigt zu sein von einer „Involutionskatatonie“ zu sprechen. Auch könnte man die Krankheit wie es ähnlich von Autoren geschehen ist, „akute katatone Verwirrtheit mit letalem Ausgang im höheren Lebensalter“ nennen.

2. *Andere schizophrene Prozesse in der Involution.*

Hier sollen alle diejenigen Fälle zusammengestellt werden, bei denen sich ein der Schizophrenie ähnlicher Prozeß in der Zeit des Klimakteriums entwickelt. Dabei sind die paranoiden Prozesse nicht berücksichtigt, da sie an anderer Stelle erwähnt wurden, wenn auch oft paranoide Ideen mit hinein verwoben sind.

Fall 42 a. Rosa Sch., 44 Jahre, Altersheiminsassin.

Über die Vorgeschichte fehlen Berichte. Ist nach Angaben des Heims seit 1928 krank, wurde wegen Geisteskrankheit entmündigt, soll bis dahin noch gearbeitet haben. Im Heim hatte sie zuletzt vor der Aufnahme (Oktober 1928) alle 4 Wochen Anfälle von Erregung und Bedrohung der Umgebung. — Hier war sie anfangs sehr erregt und ablehnend, verlangte im gereizten Tone ihre sofortige Entlassung, vollkommener zerfahrener Rededrang, verkennt die Personen ihrer Umgebung, weiß weder Ort noch Zeit noch Personalien richtig anzugeben. Faßt schwer auf, kümmert sich nicht um die Umgebung. Äußert dabei auch ängstliche Ideen, daß man sie holen wolle. Auf der Station ist sie meist apathisch und ruhig, ziemlich gleichgültig, ist zu keiner Beschäftigung zu bewegen. Macht dementen Eindruck, dabei verwirrt, zerfahren, desorientiert, abulisch und apathisch, wenn man sich nicht mit ihr beschäftigt, aber erregt und gereizt, wenn man sie nach noch so belanglosen Dingen fragt. Immer inadäquate Affektlage. Ein Konnex ist mit ihr nie möglich. Redet oft stundenlang hintereinander dieselben Sätze (betet das Vaterunser), unterbricht ihr stumpfes Herumliegen mit sinnlosen Wutausbrüchen, in denen sie plötzlich grundlos auf die Umgebung schimpft. Behauptet, man habe ihr ihre Sachen gestohlen, man habe sie belogen und betrogen, beruhigt sich dann wieder von selbst. In ihrer Stimmungslage sehr wechselnd, mal lachend, mal weinend, alles grundlos. Niemals Begründung für abnorme Stimmung. Macht dabei im ganzen einen direktivlosen, mal läppischheiteren, mal affektloseschwachsinnigen Eindruck. Somatisch: dysplastisch, starke Blutdruckerhöhung. Enorme Fettsucht. Dystrophia adiposogenitalis? Patientin kam dann von hier in eine Anstalt.

Bei dieser Patientin, bei der allerdings viele Angaben fehlen, und die wegen der besonderen körperlichen Störung endokriner Art einige Besonderheiten bietet, entwickelt sich um die Zeit des Klimakteriums eine Psychose schizophrener Art, wahrscheinlich auf imbeziller Basis mit schnellem Zerfall der Persönlichkeit und mit starker sekundärer schizophrener Demenz. Man könnte hier an das Zusammentreffen verschiedener besonders ungünstiger exogen-somatogen-endokriner Faktoren denken. Ob prämorbid, hereditäre oder konstitutionelle Faktoren auch mitspielen, kann wegen der fehlenden Vorgeschichte nicht gesagt werden. Auch das Bild der Psychose bot manches Auffällige, so der Beginn mit Neigung zu Periodizität wie bei der Epilepsie, dann die fortschreitende Demenz und die schweren Störungen der Orientierung und der Auffassung, die sich nicht ins Bild der Schizophrenie einreihen.

Fall 43 b. Elma K., 53 Jahre, Lehrerswitwe.

Familienanamnese ohne Besonderheiten. Patientin lernte in der Landschule leidlich gut, heiratete 1897, Mann starb 1919, Ehe war gut. Patientin lebt seitdem von der Pension. Menstruation soll jetzt unregelmäßig sein. Patientin war immer sehr lustig und heiter, in der letzten Zeit auffallend, gab viel Geld sinnlos aus, gönnte dabei sich selbst nichts. Lachte plötzlich viel, redete verwirrt, warf mit Gegenständen, zerbrach Geschirr. Besserte sich dann kurze Zeit, lief aber bald wieder planlos umher, sprach und lachte durcheinander, redete auf der Straße fremde Leute an. Soll zuletzt mit ihrem Geld nicht mehr ausgekommen sein, machte Schulden. Wurde dann bei der Polizei angezeigt, weil sie dauernd Tag und Nacht sang und skandalisierte, Gegenstände aus dem Fenster warf, ohne Schuhe und mangelhaft bekleidet zur Kirche ging, sinnlose Reden zum Fenster hinaushieilt, so daß sie in unsere Klinik im August 1929 als gemeingefährlich geisteskrank eingeliefert wurde. Auch hier war sie sehr laut und erregt, leistete Widerstand, kommt lachend und mit manirierten Bewegungen ins Untersuchungszimmer. Gibt später ganz gut und richtig ihre Personalien an, bleibt aber in einer abwechselnd zornig gereizten und läppisch-heiteren Stimmung. Ist sehr anspruchsvoll, verkennt Situation und Umgebung. Scheint zeitweise zu halluzinieren, wenn sie sich auch darüber nicht äußert, bleibt immer negativistisch und ablehnend, isst schlecht, leistet Fütterungen großen Widerstand. Zeitweise vollkommene Apathie, dann stärkste motorische Unruhe, springt aus dem Bett, klopft an alle Türen, reißt an anderen Betten herum. Ein Konnex ist nicht zu bekommen. Bleibt läppisch und verwirrt, bis sie in eine Anstalt überführt wird. Somatisch: asthenisch, Blutdruck erhöhung. Sonst o. B.

Auch hier im Klimakterium Entwicklung einer Verwirrtheit und Erregung bei einer geistig gesunden Frau, die immer zu Heiterkeit neigte. Keine erbliche Belastung, Beginn mit Geldverschwendungen sinnloser Art, Verkehrtheiten, dann Erregungszustände, Lärm machen, Zerstörung von Gegenständen, nach kurzer Besserung sofort wieder dasselbe Bild in verstärkter Weise. Hier völlig dissoziiert im Denken und Handeln, fehlender Konnex. Ein ungemein wechselndes Bild zwischen heiterer Stimmung und stumpfer Apathie, stärkster Spannung und Erregung mit motorischer Unruhe und Neigung zu Zerstörungen und aggressiven Handlungen. Dabei ist weder eine sichere Wahnidee noch eine einwandfreie Sinnestäuschung nachzuweisen. Demnach eine schwere Prozeß-

psychose von schizophrenem Typ mit sehr starkem Wechsel und besonders auffallender Verwirrtheit und Direktionslosigkeit. Der Prozeß ist besonders progredient und destruktiv. Hier spielen neben den Involutionsprozessen von seiten des Ovars sicher auch cerebrale Abbauprozesse eine Rolle, wenn sich auch bei dem akuten Beginn noch kein Symptom in dieser Richtung finden ließ.

Fall 44 c. Meta Qu., 49 Jahre, Arbeiterin. Im Klimakterium.

Vater starker Trinker, Mutter hat sich in Geisteskrankheit erhängt, eine Schwester war in der Klinik, ebenfalls depressiv, hatte Selbstmordversuch gemacht. Patientin war immer eigenartig, sehr still, lebte für sich zurückgezogen, hat aber in der Schule gut gelernt, wo sie auch fleißig arbeitete. Erst in letzter Zeit Veränderungen, sagte plötzlich, es rufe sie jemand, sie solle ins Wasser kommen. Arbeitete erst nicht mehr regelmäßig, dann gar nicht mehr, während sie früher immer sehr fleißig war. Sprach nichts mehr, ab nichts, schlieflieblich schlecht, redete manchmal sinnlose Dinge, wurde stumpf und apathisch. Hier im November 1928 aufgenommen, war sie sehr still, etwas ängstlich, zurückhaltend, gab kaum Auskunft. Erst noch einsilbige Antworten gebend, wurde sie bald völlig mutistisch und apathisch, ließ alles mit sich machen, war vollkommen gleichgültig. Dazwischen kamen manchmal einige Äußerungen depressiven Inhaltes, die kaum verständlich waren und zu denen keinerlei Erklärung abgegeben werden konnte. Blieb stumpf, initiative los, hatte kein Interesse. Überführung in eine Anstalt. Somatisch o. B.

Im Vordergrund steht hier eine schwere erbliche Belastung in bezug auf Depressionen und Neigung zu Selbstmorden. Die Kranke war auch in demselben Sinne von jeher auffallend, aber immer arbeitsfähig und eigentlich nicht unintelligent. Erst im Klimakterium trat diese Veränderung ein, ganz geringe Andeutungen von Sinnestäuschungen, von depressiven Gedanken, auch Selbstmordideen werden ganz oberflächlich gestreift, dann ein sehr schneller geistiger Verfall, Apathie, Affektstumpfheit und schließlich resultiert dieser an die Fälle von „Dementia simplex“ erinnernde Zustand. Hier entwickelt sich also auf dem Boden einer schweren hereditären Belastung und prämorbidens Persönlichkeitsentwicklung im Klimakterium eine Psychose mit einem depressiven Vorstadium, die sich in erster Linie in einer Zerstörung der Willenstätigkeit und Affektivität äußerte. Bilder, die auch ganz in derselben Weise in anderen Lebensaltern auftreten, nur dann nicht immer so rapide Fortschritte machen.

Fall 45 d. Berta K., 42 Jahre, Köchin. Im Klimakterium.

Aus der Familienvorgeschichte und der sonstigen Anamnese keine Besonderheiten. War zweimal verheiratet, beide Ehen gingen auseinander. Patientin wurde keinmal für den schuldigen Teil erklärt. Erster Mann trieb Bigamie, zweiter Mann hat sie und ihr Kind aus erster Ehe geschlagen, trank und lief nach 10 Monaten weg. Patientin ist viele Jahre Köchin bei einem Arzt gewesen, arbeitete sehr gut, wenn sie auch wenig intelligent war. War früher sehr gesprächig, wurde dann plötzlich im Sommer 1928 sehr still, starrte vor sich hin, tat schließlich nichts mehr. Juli 1928 erstmalig in der Klinik: anfangs sehr freundlich und entgegenkommend, wird sie bald gereizt und aggressiv, hat einen völlig zerfahrenen Rededrang, man treibe Schabernack mit ihr, nehme ihre Sachen fort, bezieht alles auf sich, beschimpft in sinnloser Weise die Umgebung. Wiederholt oft ihre Klagen, daß man sie schlecht

behandele, daß man sie hänsle und ihr zum Posse allerhand Unsinn mache. Verkennt die Situation, ist affektarm, hat angedeutet Beziehungs- und Verfolgungsideen. Somatisch: o. B. Dann in eine Anstalt, aus der sie nach 1 Jahr versuchsweise entlassen wurde. Angeblich soll eine Besserung eingetreten sein. Sie arbeitete in der Anstalt ganz fleißig. War dann draußen wie früher, hatte überall Konflikte, stritt sich mit allen herum, glaubte, daß man sie bestehle. Daher im September 1929 Wiederaufnahme. Heiter, läppisch, zerfahren, affektarm, ohne Einsicht, manche Wahnidee und Sinnestäuschung ist angedeutet. Wieder in eine Anstalt.

Bei dieser von Haus aus schwachsinnigen Frau entwickelt sich im Beginn des Klimakteriums ohne besondere Anlässe eine Prozeßpsychose, die ganz einer schizophrenen Psychose gleicht mit schnellem Zerfall der Affektivität und der Willenstätigkeit. Nach stürmischem Anfangsverlauf zeigt sich bald ein vollkommener Stillstand.

Fall 46 e. Johanne N., 43 Jahre. Kutschersfrau. Im Klimakterium.

Familienanamnese o. B. Lernte in einer Landschule leidlich, war dann in Stellung, Heirat mit 24 Jahren. Immer etwas kränklich und schwächlich. Mit 16 Jahren im Anschluß an Typhus Erregungszustand, konnte nicht schlafen, schrie, sprach verwirrt, lief unruhig umher. Dann immer gesund und arbeitsfähig, November 1927 wieder erkrankt, sehr erregt, schlaflos, schrie viel, sprach verwirrt, erzählte viel von Gott, weinte und lachte grundlos. Hatte vorher Aufregungen wegen einer gemeinsamen Küche. Konnte sich mit der Nachbarin nicht vertragen. Hier am 11. 11. 27 1. Aufnahme: Erzählt anfangs ganz geordnet von ihren häuslichen Schwierigkeiten, spricht von bösen Menschen, unter denen sie zu leiden hatte. Macht erst einen reaktiv-depressiven Eindruck, fängt aber sehr bald mit eigentümlichen Beziehungs- und Verfolgungsideen an, man habe sie überall beobachtet, als ob sie eine Verbrecherin sei. Kommt dann auf religiöse Dinge, sie habe den Heiland gesehen und sei ihm nahe. Spricht dann auch davon, daß sie von Gott zu einer besonderen Sache berufen sei. Alles ist völlig unzusammenhängend. Wird immer zerfahren, sehr wechselnd in ihrer Stimmungslage, bleibt nicht im Bett, wirft sich auf die Erde, schlägt um sich, dann auch wieder völlig apathisch. Klagt in monotoner Weise mit plärrender Stimme. Schließlich vollkommen ratlos und verwirrt, nach einer Anstalt. Somatisch: asthenisch, o. B. Dort schon nach wenigen Monaten gebessert entlassen, wirtschaftet wieder zu Hause. Im Anschluß an einen unbedeutenden Verkehrsunfall wieder sehr erregt, schimpfte und schlug auf die Angehörigen, schlief nicht mehr, irrte auf der Straße umher, lachte ohne Grund, wollte dann in einen Teich gehen. Tanzte und war gehobener Stimmung, weinte dann aber auch wieder. Hier Juli 1928 Wiederaufnahme, gehobene Stimmung, zerfahren Rededrang, weint und lacht abwechselnd keinerlei Krankheitsgefühl. Auf der Station oft erregt, geht auch nachts viel aus dem Bett, belästigt andere Kranke, geriet leicht in Konflikte mit anderen. Kontakt im ganzen nicht zu bekommen. Später unverändert in eine Anstalt.

Interessant ist in diesem Fall eine frühere ähnliche Erkrankung im Anschluß an Typhus, die ohne sichtbare Nachwirkungen vorübergang. Jetzt entwickelt sich im Klimakterium eine aus 2 Schüben mit guter Remission bestehende schizophrene Psychose mit Stimmungsanomalien, Erregungen, Verwirrtheit, anfangs noch stark betonten, aber bald verblaßten Sinnestäuschungen, Beeinträchtigungs- und Beziehungs-, später auch Größenwahnideen. Die schizophrene Denk-, Willens- und Affektstörung machte sich sehr schnell bemerkbar. Auch hier wieder ein sehr

destruktiver und progredienter Prozeß. Die beim ersten von uns beobachteten Schub noch stark hervorgetretene Neigung zu Wahnideen und Sinnestäuschungen, die bei aller Verkehrtheit doch noch ein Zeichen einer regeren psychischen Tätigkeit sind, verblaßt sehr schnell und macht einer Apathie und Verstumpfung höheren Grades Platz.

In dieser Gruppe sind von mir eine ganze Reihe von Fällen zusammengestellt worden, bei denen das Gemeinsame der Beginn einer akuten Psychose in der Zeit des Klimakteriums ist. Im übrigen finden sich unter den Psychosen verschiedene Bilder, die, wenn sie in anderen Lebensaltern auftreten, ohne weiteres zur Schizophreniegruppe gerechnet werden würden. Es finden sich schnell zur völligen Apathie führende Krankheitsformen oder solche, bei denen es nach kurzen Remissionen wieder zu ähnlichen Schüben kommt, in denen die Erregung im Vordergrund steht. Stets ist das Affektleben sehr gestört, oft vollkommen vernichtet, ferner ist die Direktive gestört und fast immer finden sich Zeichen einer schizophrenen Denkstörung. Hier auf alle Einzelheiten der Symptomatologie dieser Fälle einzugehen, hieße die ganze Symptomenreihe der Schizophrenie aufzählen, was weit über den Rahmen der Arbeit hinausgeht. Aus diesem Grunde wurde auch bei der Besprechung der Fälle auf die einzelnen Symptome nur kurz eingegangen. Der Beginn ist meist ganz akut, nicht selten im Anschluß an ein äußeres Erlebnis, oft auch ohne ein solches, bei hereditär mitunter schwer belasteten Personen ohne immer besonders charakteristische Persönlichkeitsentwicklung. Im Anfang nicht selten ein depressives Vorstadium steigt die Erkrankung sehr schnell auf ihre Höhe und bleibt dann so bestehen, mitunter zu kurzen leidlich guten Remissionen neigend. Die Prognose ist ungünstig, der Verlauf im wesentlichen protrahiert, zu schnellem geistigem Siechtum führend. Bevorzugt sind auch hier diejenigen Frauen, die viele Enttäuschungen im Leben hinter sich haben, entweder einsam waren oder in der Ehe Ärger und Unglück erlebten.

Es handelt sich demnach um ein schizophrenes Bild, das erstmalig im Klimakterium oder einige Zeit später auftritt. Es wäre nun hier der Platz, auf die ungemein wichtige Frage näher einzugehen, ob die Schizophrenie in jedem Lebensalter ausbrechen kann oder ob sie bei bestimmten Konstitutionen die Reaktion der Psyche auf endokrine Einflüsse darstellt. Anders ausgedrückt ist die Frage zu erörtern: liegt hier eine Schizophrenie vor oder nur ein im Symptomenkomplex ähnliches, aber in der Entstehung und Entwicklung anders zu deutendes Krankheitsbild? Da diese Fragen nur im Zusammenhang mit den anderen Krankheitsformen, besonders mit den paranoiden und katatonen, besprochen werden können, sei er erlaubt, hier nur darauf hinzuweisen und an anderer Stelle darauf näher einzugehen.

D. Psychogene (reaktive, hypochondrische und renten neurotische) Veränderungen im Klimakterium.

Eine zahlenmäßig sehr bedeutende Gruppe von Störungen im Klimakterium sind die auf einer abnormen Konstitution beruhenden und durch äußere Erlebnisse ausgelösten Veränderungen, die in einem fließenden Übergang nach der normalen Seite sich befinden, so daß es oft schwer fällt, noch eine Grenze zwischen einem tatsächlich vorhandenen krankhaften Zustand, der Behandlung und Schonung, evtl. der Rente bedarf und den Veränderungen im Klimakterium, wie sie bei fast jeder Frau in dieser Zeit auftritt und je nach der Anlage und den Lebensverhältnissen anders sich zeigt zu unterscheiden. Wenn wir keine besondere konstitutionelle Veränderung nachweisen können, dürfen wir kaum von einer pathologischen Reaktion dann sprechen, wenn die üblichen Zeichen im Klimakterium auftreten, selbst wenn diese etwas verstärkt sind. Abnorme Reaktionen kommen, abgesehen von den selbstverständlich nicht hierher gehörigen Psychosen, die in den früheren Abschnitten behandelt wurden nur dann in Frage, wenn es sich um eine Flucht in die Krankheit als Reaktion auf äußere unangenehme Erlebnisse und Konflikte oder um einen Wunsch, etwas Bestimmtes zu erreichen, handelt. Nur dann kann man also von einer krankhaften Steigerung der „normalen Veränderungen“ im Klimakterium sprechen, wenn typische hysterische Reaktionen (seien es Wunschvorstellungen, sei es Ausweichen vor einem Konflikt) nachzuweisen sind. Daß es in der Praxis nicht immer leicht ist, das festzustellen, liegt auf der Hand, da alles durch das besondere Lebensalter und die involutiven Prozesse im Gebiet der Geschlechtsfunktionen erschwert ist. Hier sind es nicht allein die Begehrungsvorstellungen, nicht allein unterdrückte Wünsche, hier spielt ein schweres rein somatisches Agens mit hinein, das bei besonders Disponierten naturgemäß großen Einfluß ausüben kann. So kommt es auch, daß die andere Grenze dieser „psychogenen“ Gruppe nach der psychotischen Seite hin auch nicht immer scharf zu ziehen ist. Hier gibt es auch, besonders gegenüber derjenigen Psychose, die in ihren Symptomen den psychogenen sehr ähnlich ist, der Depression, fließende Übergänge — wenigstens in der Erscheinungsform. Ob nicht tatsächlich eine ganz wesentliche Scheidung zwischen der reaktiv-psychogenen Depression und der eigentlichen klimakterisch-involutiven Depression vorhanden ist, ist fraglich, muß aber angenommen werden. Es handelt sich jedenfalls um verschiedene Mechanismen, wenn wir auch bei der Depression nicht hysterisch-reaktiver Art fast immer psychogene Faktoren (gemeint sind jetzt nicht hysterische) verfolgen könnten. Um grundverschiedene Prozesse scheint es sich demnach nicht zu handeln, wenigstens nicht, was den ätiologischen Anteil betrifft, es kommt vielmehr darauf an, welche Faktoren in pathogenetischer Weise überwiegen, die exogen-psychogenen oder die endogen-konstitutionellen,

einschließlich der somatogenen. Sind die letzteren mehr im Vordergrund, so werden die resultierenden Symptome und der Verlauf, also das gesamte Krankheitsbild mehr der sog. „endogenen“ Depression gleichen, überwiegen die psychogenen Faktoren, kommt es zu den Formen von Depression, die im Verlauf und Inhalt einen mehr reaktiven Eindruck machen. Man kann dieses Problem auf die Formel bringen, daß das psychische Trauma der Reaktion entsprechen muß. Überwiegt die Reaktion gewaltig gegenüber der äußeren Ursache, so bleibt es auffallend. Die andere Methode der Unterscheidung, die in jedem anderen Lebensalter genügen muß, die Besonderheit der psychogenen und reaktiven Symptomenfärbung spielt hier keine besondere Rolle, da, wie wir oben gesehen haben, auch bei den dem Verlauf und der Entwicklung nach sicheren „endogenen“ Depressionen eine stark hypochondrisch-psychogen gefärbte Note dabei ist, die die Differentialdiagnostik stark erschwert.

Im folgenden werden wir uns nur mit denjenigen Fällen von klimakterischer Reaktion zu beschäftigen haben, die zwischen den normalen und den psychotischen Fällen in der Mitte stehen. Eine besondere spezifische Erkrankung ist nicht zu erwarten, es sind psychogene Reaktionen wie in jedem Lebensalter, sie müssen aber wegen ihrer Häufigkeit und praktischen Bedeutung unbedingt erwähnt werden, zumal auch daran erwiesen werden kann, daß das Klimakterium einen besonders günstigen Boden für psychische Erkrankungen aller Art abgibt. Für die Gesamtbeurteilung des Klimakteriums als krankheitsverursachender Faktor erscheint die psychogene Reaktion in dieser Zeit von allergrößter Bedeutung.

Daß in der Literatur dieses Kapitel kurz und ohne Interesse behandelt wurde, wie in der Einleitung ausführlich auseinandergesetzt worden ist, liegt wohl in erster Linie daran, daß die psychogenen Erscheinungen im wesentlichen nicht anders sind als in anderen Lebensaltern, und daß die Übergänge nach allen Seiten so fließend sind, daß man nur mit Mühe eine besondere Gruppe abgrenzen kann. Es erscheint mir aber bei der enormen, rein schon zahlenmäßigen Bedeutung in dieser stiefmütterlichen Behandlung ein großer Mangel zu liegen, der um so weniger berechtigt ist, weil die Hauptgruppe dieser Frauen von einer praktisch ungemein wichtigen Gruppe eingenommen wird, den *Invaliditätsgutachtenfällen im Klimakterium*.

Eine ungeheuer große Zahl von versicherten Frauen beantragt in diesem Lebensalter Invalidenrente, weil sich die natürlichen klimakterischen Erscheinungen bemerkbar machen, die sich dann psychogen steigern, weil die Wunschvorstellungen nach Rente hinzu kommen. Da nicht alle Frauen die Rente beantragen, da auch nicht alle so reagieren, sprechen wir bisher bei denen, die sich so verhalten, von einer besonderen Konstitution. Auf diese sehr wichtige Gruppe von Kranken in dieser Zeit habe ich in einer besonderen Arbeit (Archiv für Psychiatrie 87) aus-

führlich hingewiesen, so daß es genügt, hier nur kurz auf die damaligen Ergebnisse hinzuweisen. Auch die übrigen psychogenen Veränderungen im Klimakterium brauchen nur kurz gestreift werden, da sie symptomatologisch nicht annähernd so viele interessante und schwierige Probleme bieten wie die andern Gruppen.

1. Psychogene Reaktionen bei Invalidenrentenwünsche im Klimakterium.

Daß in dieser Zeit der Wunsch nach Rente auftritt, ist aus der besonderen Einstellung, die sich aus einem schweren Insuffizienzgefühl, einer Depression und Hypochondrie zusammensetzt, verständlich. Gerade die hypochondrische Einstellung, das Gefühl der Krankheit, der Unfähigkeit, irgend etwas zu leisten, das den Kranken alle noch so unbedeutenden Beschwerden in stark vergrößertem Maße erscheinen läßt, erzeugt den Wunsch nach Versorgung, der nun von sich aus bei den dazu Disponierten die Beschwerden sich steigern läßt. Es entsteht dadurch leicht verständlich die psychogene Reaktion. Von der hypochondrischen Einstellung ausgehend habe ich in der oben erwähnten Arbeit darin ein Kriterium für die Gewährung der Rente zu sehen geglaubt, ob sich tatsächliche körperliche Veränderungen organischer Natur finden, die an sich noch nicht eine Rente bewirken würden, aber durch das Zusammentreffen mit dem Klimakterium so starke Krankheitsgefühle entstehen lassen, daß die Gewährung einer Rente berechtigt erscheint. Dieses Problem wurde in dieser Arbeit aufs genaueste an zahlreichen Beispielen beleuchtet. Es erübrigt sich darauf hier näher einzugehen, zumal die Frage der Rentengewährung auch nicht von besonderer Bedeutung für diese Betrachtung der klimakterischen, psychischen Veränderungen ist. Wir wollen im folgenden nur wenige Beispiele erwähnen:

Fall 47 a. Maria E., 48 Jahre, Arbeiterin. Im Klimakterium.

Aus der Familiengeschichte keine Besonderheiten. Lernte in der Schulzeit mäßig, war viel krank, konnte daher nicht mitkommen. Später war sie zu Hause, lernte nähen, das aufgegeben werden mußte, weil sie zu „schwach“ war. Hat dann jahrelang nur mit kurzen Unterbrechungen im elterlichen Haushalt gearbeitet. Seit 1916 Waldarbeiterin. Lebte kümmerlich von den geringen Verdienst, von gelegentlicher Unterstützung und von Vermieter ihrer Wohnung (monatliche Einnahmen daraus 7.—). War oft krank, sehr viel in ärztlicher Behandlung, hatte Rheumatismus, Brust-, Kopf- und Rückenschmerzen, gelegentlich ist sie heiser. Klagt zur Zeit über aufsteigende Hitze, allgemeine Körperschwäche, Schmerzen in den Füßen, häufige Ohnmacht, traurige Stimmung und Arbeitsunlust.

Hier zur Begutachtung von der L. V. A. Macht ihre Angaben still und bescheiden, betont einfach, sie könne nicht arbeiten, weil sie zu schwach sei, bringt eine Fülle allgemeiner Körperfklagen hervor. Stimmungslage traurig, spricht leise, ist schweigsam und zurückhaltend, deutlich debil. Geistiges Inventar ist dürftig, Merk- und Urteilsfähigkeit herabgesetzt, Gedächtnis ungenau. Somatisch: Dürftig, allgemeine Reflexsteigerung, asthenischer Habitus. -- Invalidenrente wurde ihr vorübergehend zugelassen.

Hier handelt es sich in der klimakterischen Zeit um eine Steigerung ihres sonstigen Zustandes, ihrer immer vorhanden gewesenen hypochondrischen Einstellung, ihrer Klagseligkeit, ihrer Insuffizienzgefühle. Eine Frau, die wegen ihrer Neigung zum Kranksein und ihres schwächlichen Habitus immer zurückgesetzt wurde, in der Schule wenig lernte, dann keinen richtigen Beruf ergriff, sondern bei den Eltern sich aufhielt und seit deren Tode mehr oder weniger von der kümmerlichen Erbschaft (Wohnung) zehrte und auf Gnadengeschenke angewiesen ist, eine Frau mit solcher Konstitution muß in einer Zeit, in der auch stärker und widerstandsfähiger Konstituierte zusammenbrechen, versagen. Die bei allen Frauen auftretenden allgemeinen Beschwerden erscheinen einer solchen von jeher hypochondrisch eingestellten besonders schwer und lassen eine sekundäre Depression entstehen, die sich in erster Linie in Insuffizienzgefühlen zeigt. Dazu kommt noch die Möglichkeit, eine Versorgung zu erlangen, die durch den angeborenen Schwachsinn begründet in ganz primitiver Weise zu erreichen gesucht wird. Sie steigert unwillkürlich und auch willkürlich ihre vorhandenen Leiden und kommt dann in diesen Zustand hypochondrisch-depressiv-psychogener Insuffizienz hinein, der es berechtigt erscheinen läßt, sie als invalide anzusehen. Die exogenen Faktoren, sowohl von der somatogenen wie von der psychogenen Seite her, geben hier die Entscheidung, die endogenen Faktoren sind allerdings daneben auch von großer Bedeutung. Man wird aber den gegenwärtigen Zustand für eine fast normale Reaktion, die sich vollkommen logisch aus dem Vorhergehenden schließen läßt, ansehen. Von einer Psychose ist hier keine Rede. Armut, Not, psychische und somatische Asthenie, angeborener Schwachsinn mit dem Mangel an der nötigen Kritikfähigkeit geben den Boden für den Wunsch nach Rente, der bei der durch das Klimakterium entstandenen Steigerung zum erstenmal deutlich zum Ausdruck kommt. Der exogen-psychogene Faktor steht zur Zeit im Vordergrund.

Fall 48 b. Helene M., 45 Jahre, Arbeiterfrau. Im Klimakterium.

Besuchte eine Dorfschule, in der sie schlecht lernte, weil ihr alles schwer fiel. War dann immer im Dienst und arbeitete bis zu ihrer Heirat mit 23 Jahren, Mann ist kränklich, Ehe nicht besonders, hat 8 Kinder, die gesund sind.

Patientin war früher auch immer viel krank, leidet seit 22 Jahren an Magenbeschwerden, sollen angeblich Magengeschwüre sein. War dann in letzter Zeit wegen starker Unterleibsblutungen in Behandlung. Hier zur Begutachtung. Bringt eine Fülle von Klagen vor, das Herz setze aus, der Magen schmerze dauernd, vorne in der Brust habe sie Drücken und hinten im Rücken Reißen, überall kribbelte es, im Kopf sei es dumpf, der ganze Körper sei kaputt. Dazu sei sie sehr schreckhaft und immer niedergeschlagen. Spricht darüber erst auf direkte Frage während sie ihre körperlichen Beschwerden spontan hervorbringt und sich immer neue Leiden hineinfragen läßt. Die Rente habe sie beantragt, weil sie nicht mehr arbeiten könne. Sie habe sich auch genug gequält und beansprucht sie jetzt. Nicht einmal den Haushalt könnte sie mehr versehen, sie müsse sich ihre erwachsene Tochter zu Hause halten und habe dadurch Geldverluste. Bringt alles in demonstrativer Weise und zu Übertreibungen und Unwahrheiten neigend hervor. Weint auch ab und zu,

spricht leise, monoton, hat wehleidigen Gesichtsausdruck, übertreibt besonders deutlich bei der körperlichen Untersuchung, die bei gutem Ernährungszustand bis auf eine mäßige Blutdruckerhöhung keinen pathologischen Befund ergibt. Invalidität wurde nicht angenommen.

Hier im Gegensatz zum vorigen Fall eine in erster Linie psychogen-exogene Reaktion auf den Rentenwunsch bei einer von Haus Schwachsinnigen, die immer krank zu sein glaubte, bei der der körperliche Befund durchaus nicht die Klagen rechtfertigt. Auch finden sich Zeichen einer deutlichen Aggravation und Unwahrhaftigkeit, was man im vorigen Fall nicht sagen konnte. Sie übertreibt um die Rente zu bekommen, wobei man nicht an eine bewußte Reaktion zu denken braucht. Bei der debilen Frau löst der Wunsch nach Rente eine derartige Reaktion aus, daß sie in einen Krankheitszustand sich hineindenkt, der nur zum Teil auf stark übertriebenen klimakterischen Beschwerden beruht. Manches sind allgemeine Angaben, die aus der Luft gegriffen sind. Von einer Täuschung kann man aber doch nicht reden, da der Zustand, der durch die Anlage, durch den Rentenwunsch erklärt ist, auch die Übertreibungen entstehen läßt und die Patientin in ein solches Krankheitsgefühl kommen läßt, daß man von einer bewußten Reaktion kaum sprechen kann. Es ist aber hier sehr schwer, die Grenze zu ziehen und es ist wohl anzunehmen, daß beides, Bewußtes und Unbewußtes, nebeneinander geht. Warum hier die Invalidenrente nicht zu gewähren war, während sie im vorigen Fall berechtigt erschien, ist nicht Sache der hiesigen Befprechung, sondern der oben erwähnten früheren Arbeit.

Diese beiden Fälle mögen als Beispiel dafür genügen, da an anderer Stelle ausführlich alles besprochen wurde. Es sind sehr häufig debile Frauen, meist auch in schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen, nicht selten mit Krankheiten tatsächlicher oder eingebildeter Art, die mitunter nach besonderen Schicksalsschlägen, meist aber ohne besondere Veranlassung im Klimakterium, wenn die körperlichen Leiden durch die Besonderheit der Einstellung dieser Zeit und durch die tatsächlichen mit der Involution der Geschlechtsorgane zusammenhängenden Beschwerden sich steigern, mit einem hypochondrisch-depressiven Zustandsbild erkranken, das nicht immer demonstrative Züge zu haben braucht, bei dem aber Übertreibungen fast nie fehlen, bei dem die psychogene Rentenwunschkomponente im Vordergrund steht, so daß man in allen klaren Fällen berechtigt ist, einen deutlichen Trennungsstrich gegenüber der symptomatologisch nicht unähnlichen klimakterischen Depressionen zu machen. Es muß aber betont werden, daß immer Fälle übrig bleiben werden, in denen trotz Rentenwünschen doch eine endogene Depression vorhanden ist, wenn nämlich die depressiven Symptome überhaupt nicht in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Wunschkomplex sind, wenn vielmehr die Rentenwünsche nur als sekundäre Einstellung aus der Situation und der Verstimmung zu erklären

sind. Daß in der Zeit des Klimakteriums gerade der Wunsch nach Versorgung besonders bei den wirtschaftlich schlecht gestellten und oft sehr elenden, meist auch noch einsamen Frauen auftritt, ist daraus leicht zu erklären, weil durch den biologischen und psychologischen Einfluß des Klimakteriums das Gefühl der Insuffizienz auftritt und der Patientin den Gedanken erstehen läßt, daß sie zu keiner Arbeit mehr fähig ist. Es kommt zu Vereinsamungsgefühlen, zu Hilflosigkeit und in der Suche nach Ersatz zum endgültigen Verlust aller Hoffnungen, auf ein zufriedenes ruhiges Leben greift die entsprechend disponierte Kranke zum Wunsch nach Rente und damit Versorgung. Bei einigen wird auch tatsächlich das Gefühl vorherrschen, daß sie nicht mehr arbeiten können und sich nie wiedererholen werden. Der Übergang zur Normalen ist hier fließend, denn oft sind es nicht mehr als die noch im Bereich des Normalen gerechneten klimakterischen Beschwerden, die den Wunsch nach Rente entstehen lassen. Aber vielleicht ist dieser Wunsch nach Rente und die Unfähigkeit, mit den Beschwerden fertig zu werden, das Krankhafte. Oder besteht die „Krankheit“ nur in der Tatsache, daß die betreffenden versichert sind und Aussicht auf Rente haben? Doch das würde hier zu weit führen.

2. Andere psychogene Reaktionen im Klimakterium.

Hier sollen diejenigen Fälle behandelt werden, in denen die Grundlage nicht der Wunsch nach Rente ist, sondern ein psychisches Trauma die Patientin im Klimakterium trifft und durch die besonderen Umstände zu einer psychogenen Reaktion führen läßt.

Fall 49 a. Auguste G., Briefträgersfrau, 45 Jahre. Im Klimakterium.

Ein Bruder der Patientin war wegen Geisteskrankheit in einer Anstalt.

War gute Schülerin, nur kurze Zeit in Stellung, dann immer zu Hause, Heirat mit 24 Jahren, Ehe war gut, 3 Kinder. War immer gutmütig, gesellig, früher immer gesund. Im Sommer 1926 Ärger mit einem Lehrer des Ortes, der sie wegen übler Nachrede verklagte. Sie wurde zu einer unbedeutenden Geldstrafe verurteilt, die sie sich sehr zu Herzen nahm und erst eine traurige Verstimmung auslöste, die sich bald besserte. Dann wieder baldige Verschlechterung, fürchtete geisteskrank zu werden, schlief nicht, weinte Tag und Nacht. Sprach eigentlich nur noch von ihrer Schande, die ihr durch die Geldstrafe zugefügt sei. Grübelte viel darüber nach, hatte auch zahlreiche körperliche Beschwerden, während sie früher niemals ähnliches vorgebracht hatte.

Hier im August 1927 aufgenommen, war sie sehr weinerlich, klagelig, wehleidig, hatte demonstrative Züge und neigte zu Übertreibungen. Betont immer wieder, daß ihr großes Unrecht geschehen sei. Die ganze Sache sei Lüge gewesen, sie habe nichts Schlechtes vom Lehrer gesagt. Depressiv-hypochondrische Grundstimmung, Gefühl der Schwäche und Leistungsunfähigkeit. Bessert sich hier ziemlich schnell. Wird dann nach Hause entlassen.

Hier liegt auch ein äußeres Ereignis zugrunde, das sie nicht zu überwinden imstande war, besonders, da bald danach das Klimakterium beginnt und ihr ein gesteigertes Gefühl der Schwäche und Unbrauch-

barkeit entstehen läßt. Es kommt auch hier zu einer ganz allgemein hypochondrisch-depressiven Reaktion mit stark ausgeprägten Insuffizienzgefühlen, wobei die demonstrative Betonung ihrer Unschuld weit-aus im Vordergrund steht. Bei dieser erblich belasteten sonst früher gesunden Frau, die im Klimakterium nicht fähig ist, mit einer Sache fertig zu werden, die sie wohl in sonstigen Lebenszeiten leicht überwunden hätte, sind die psychogenen Faktoren von größter Bedeutung. Bei den Rentensüchtigen die Krankheit als Mittel zum Zweck, hier als Schutzwall gegen das Gefühl der Schuld.

Fall 50 b. Elisabeth D., Kleinrentnerin, 50 Jahre. Ein Jahr nach der Menopause. Keine Geisteskrankheiten in der Familie.

Besuchte eine Stadtschule, lernte gut, hatte keinen Beruf, war zu Hause. Heiratete mit 32 Jahren, ein Kind. Ehe war sehr unglücklich. Mann hatte alles durchgebracht, trank, haben sich nicht verstanden, nie geliebt. Bei der Heirat sei sie noch zu jung und unerfahren gewesen. Seit einiger Zeit lebe sie von ihrem Mann getrennt. Ihr einziger Trost war ihr Sohn, der auch nichts tauge. Er sei ein ungezügelter Charakter wie der Vater, ließ sich nicht bändigen, habe alles versucht und nichts beendet. Sie habe seinetwegen schwere Stunden verlebt. Ging vor einigen Jahren nach Amerika, jetzt höre sie nichts mehr und mache sich Gedanken. Leide sehr darunter. Nahrungssorgen habe sie nicht. Kommt hier zur Behandlung am 4. 5. 29 wegen allgemeiner Beschwerden. Klage besonders über Schmerzen im Kopf und Rücken, ließ sich aber alle möglichen Leiden hineinfragen. Meint, ihre Beschwerden kämen seit dem Aufhören des Unwohlseins, das durch Bestrahlung beschleunigt wurde. Es käme auch zu Angstzuständen, konnte nachts oft nicht im Bett bleiben, nahm viele Schlafmittel, die schließlich auch nichts mehr halfen. Hatte immer nachts ein großes Luftbedürfnis. Am meisten leide sie dann darunter, wenn die bösen Gedanken kämen, wenn ihr ihr verpfusches Leben und die Sorgen um ihr Kind einfallen. Bringt das in theatralischer Weise vor, während sie im ganzen zurückhaltend und still ist. Später auf der Abteilung auch viele Klagen, immer wehleidig und empfindlich, setzt psychotherapeutischen Versuchen Widerstand entgegen. Fürchtet sich vor einer Entlassung, hat Scheu davor. Beabsichtigt nebenbei eine andere günstige Wohnung zu bekommen, bringt das in ganz bescheidener Weise vor. Geht erst aus der Klinik, nachdem sie gedrängt wurde. Somatisch: asthenisch.

Bei dieser immer empfindsamen Frau entsteht bald nach dem Klimakterium eine depressiv-hypochondrische Reaktion mit starker Betonung der äußeren Momente, wie unglücklicher Ehe, Trauer um einen verlorenen Sohn und Vereinsamung. Auch hier wieder zahlreiche körperliche Klagen, die einen übertriebenen Eindruck machen, ein ganz allgemeines Gefühl körperlichen und seelischen Unbehagens und der Wunsch geborgen zu sein, wenn es auch nur in der Klinik ist. Daher die Furcht nach Hause zu kommen und das übrige Verhalten mit den täglich neuen Klagen. Im Leben immer unzufrieden, aber doch widerstandsfähig, versagt diese ganz intelligente und gebildete Frau im Klimakterium vollkommen, als zur seelischen Not noch der biologisch und psychologisch ungünstige Einfluß des Klimakteriums kommt.

Fall 51 c. Klara Sch., Ingenieursfrau, 42 Jahre. Im Klimakterium.

Mutter kränkelte immer viel, eine Schwester „hochgradig nervös“. Patientin lernte in einer Mittelschule gut, war aber angeblich schwach und blutarm und konnte nur bis zur 3. Klasse kommen. War dann immer zu Hause bei den Eltern, führte zeitweise die Wirtschaft. Heiratete mit 21 Jahren, Mann starb plötzlich, hinterließ sie mit vier kleinen Kindern. Das ererbte Vermögen verlor sie in der Inflationszeit. Zweite Heirat 1927, Ehe war sehr schlecht, Mann war immer betrunken, behandelte sie schlecht. Als sie einmal betrunken war, verkehrte sie mit ihrem Freund geschlechtlich, wurde entdeckt und als schuldiger Teil geschieden. Seitdem ist sie vollkommen mittellos und versuchte vom Wohlfahrtsamt Unterstützung zu erhalten.

In der hiesigen Klinik war sie sehr hypochondrisch und demonstrativ, brachte eine Fülle von Leiden in theatralischer Weise vor. Schrieb später, nachdem sie eine ganze Reihe von Krankheiten aufgezählt hatte, noch eine lange Liste von vergessenen Krankheiten auf, bringt ihre Klagen unter Weinen vor. Behauptet Anspruch auf Unterstützung zu haben. Somatisch: Bis auf eine mäßige Blutdruckerhöhung o. B.

Hier handelt es sich um mehrere psychogene Faktoren, um das Schuldbewußtsein des Ehebruches und der damit verdorbenen Lebenslage und um den Wunsch nach Unterstützung. Ihr ganzes Verhalten hatte etwas ausgesprochen Demonstratives und Theatralisches. Und doch hat sie sich über ein Jahr damit abgefunden, bis erst jetzt das Klimakterium durch das Hinzukommen der bekannten Komponente den Wunsch nach einer Versorgung doppelt deutlich hervortreten und zahlreiche hypochondrische Klagen entstehen läßt. Auch hier eine Flucht in die Krankheit vor der rauen Wirklichkeit, in der sie arm und verachtet ist. Gleichzeitig die Krankheit als Zweckreaktion, um wenigstens einen Teil ihrer ungünstigen Lebenssituation, die Armut, zu überwinden. In dieser Gruppe, in der äußere Ereignisse anderer Art als Rentenbegehren die Hauptrolle spielen, entsteht meist dasselbe Bild, wie bei den andern psychogenen. Die ursächlichen Faktoren werden betont. Aber auch hier ist eine nicht unbedeutende Schwierigkeit der Abgrenzung nach der normalen wie nach der psychotischen Seite hin vorhanden, da auch bei den Psychosen oft exogen-psychogene Faktoren von Wichtigkeit sind und in der Psychose längere Zeit verarbeitet werden. Auch hier gilt wieder dasselbe wie bei den Rentenwunschkomplexen, daß, wo die Symptomatologie nicht deutlich scheidet, auf das Verhältnis zwischen Ursache und Wirkung Wert zu legen ist, wobei man untersuchen muß, welche Faktoren die entscheidende Rolle spielen, die endogen-endokrinen oder die exogen-psychogenen. Oft ist aber in beiden Fällen eine solche Verquickung vorhanden, wie an Beispielen gezeigt wurde, daß eine Unterscheidung nicht immer leicht ist.

3. Konstitutionelle Faktoren bei den psychogenen Erkrankungen des Klimakteriums.

Schließlich seien noch zum Schluß Beispiele derjenigen psychogenen Erkrankungen im Klimakterium erwähnt, bei denen nachweisbare exogen-psychogene Ursachen fehlen, bei denen die Erkrankung, die keine Psychose ist, allein aus der besonderen Veranlagung zusammen mit dem

Einfluß des Klimakteriums zu erklären ist. Hier liegt also eine Steigerung der normalen klimakterischen Verhältnisse vor, die durch die besondere Veranlagung sich leicht erklärt.

Fall 52 a. Marie H., Arbeiterfrau, 42 Jahre. Im Klimakterium.

Eine Schwester der Mutter starb in einer Anstalt, eine andere ist seit 15 Jahren geisteskrank, die Mutter starb auch in Verwirrtheit. War immer für sich allein, kommt mit ihren Geschwistern nicht zusammen. Besuchte eine Volksschule, lernte gut, erlernte dann die Wirtschaft, arbeitete mit Fleiß in den verschiedenen Stellungen, in denen sie lange zu bleiben pflegte. Heirat erst spät mit 33 Jahren. Ihr Mann verkaufte ihr Grundstück, ließ das Geld auf seinen Namen eintragen, dadurch und durch seine rohe Behandlung oft Streit. In letzter Zeit nach dem Tode ihrer Mutter und seit dem Beginn der Wechseljahre sehr traurig, möchte am liebsten sterben, keine Selbstmordversuche, weinte viel, hatte überall Schmerzen und zahlreiche Klagen. Hier im Mai 1928 in Behandlung, demonstrativ, neigte zu Übertreibungen, die sich besonders bei der körperlichen Untersuchung zeigten, war mißgestimmt, weinte viel, legte auf Äußerlichkeiten einen besonderen Wert, sehr empfindlich und wehleidig. Deutlich hypochondrisch. Stimmung bessert sich erst, nachdem sie von ihrem Mann in die zweite Klasse umgelegt wurde. Später verbessert entlassen. Somatisch: Hochwuchs, asthenisch, sonst o. B.

Bei dieser Frau entwickelte sich im Klimakterium eine demonstrativ-hypochondrisch-depressive Veränderung, die zum Teil als Flucht vor der unglücklichen Ehe, zum Teil bei der schweren erblichen Belastung als eine konstitutionelle Steigerung der klimakterischen Beschwerden aufzufassen ist. Die Patientin will ihren Mann zum Nachgeben zwingen und da ihr das bisher nicht möglich war, benutzt sie die Zeit des Klimakteriums, in der sie sich nicht wohl fühlt und niedergeschlagen ist, um durch eine Krankheit ihren Mann zur Liebe zu bringen. Diese soeben dargestellte scheinbar sehr einfache Zweckreaktion geschieht in Wahrheit nicht so einfach und nicht bewußt, könnte aber im Unterbewußtsein ähnlich vor sich gehen.

Fall 53 b. Bertha R., 47 Jahre, Kriegerwitwe. Im Klimakterium.

Familienanamnese o. B. Lernte in der Schule mäßig, war bis zum 24. Lebensjahr bei den Eltern, schneiderte auf dem Lande. Heirat, 4 Kinder leben, Mann fiel im Kriege. Ehe war gut. Hat viel Krankheiten durchgemacht. 1927 beim Beginn der ersten Menstruationsstörungen allgemeine Beschwerden, bald danach Schwäche beim Gehen, die sich bald besserte. Besondere Gründe lagen nicht vor. Dann bald wieder Verschlechterung der Beschwerden, Klagen über Zucken im ganzen Körper, alle Sehnen seien zu kurz, sei kraftlos, habe Herzschlägen, bringt hier immer neue Klagen hervor, die sich durch Fragen maßlos steigern lassen. Bleibt hypochondrisch, etwas depressiv, hat zeitweise Gangstörungen, sie sich durch starken elektrischen Strom und andere Suggestivtherapie leicht heilen lassen. Somatisch: Vorübergehende hysterische Gangstörung, starkes Zittern der Extremitäten. Demonstratives Sich-Fallen-Lassen beim Rombergversuch. Später verbessert entlassen.

Hier ohne besonderen Anlaß bei einer sonst immer etwas kränklich gewesenen Frau, die keine Sorgen hat, aber seit dem Tod ihres Mannes etwas vereinsamt und sexuell unbefriedigt ist, Entwicklung einer psychogenen Erkrankung mit motorischen Störungen (Lähmungserscheinungen und Zittern) und die immer wiederkehrende hypochondrisch-depressive

Einstellung. Eine sehr erhebliche Steigerung der klimakterischen Symptome mit einer hysterischen Reaktion zusammen durch eine besondere Konstitution.

Zusammenfassend muß über diese Gruppe der Psychogenen gesagt werden, daß man bei diesen am besten aus den Symptomen heraus die klimakterische Störung ablesen kann. Es handelt sich hier um eine einfache Steigerung der klimakterischen Erscheinungen bei der normalen Frau. Der Grundton aller dieser Frauen ist das Gefühl, daß sie schwer krank sind und daß sie alle Hoffnung auf Besserung und Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit aufgeben müssen. Das Klimakterium ist eine Zeit, in der der Boden für eine Hypochondrie besonders günstig ist. Diese Formel kann man besonders deutlich aus diesem Kapitel ablesen. Wenn eine Frau eine Versorgung, die ihr wirklich vielleicht immer erwünscht gewesen wäre, mit einer Krankheit erreichen kann, so gibt das Klimakterium dazu den günstigen Anlaß. Es entstehen die üblichen allgemeinen Beschwerden, das Gefühl des Krankseins ist vorhanden, nach dem zum Zwecke der Rentenerreichung bei einigen schon immer ein geheimer Wunsch bestanden hat, und der Rentenwunsch kann offen ausgesprochen werden. Hierin liegt auch der Unterschied gegenüber einer Simulation in einer anderen Zeit mit derselben Zielvorstellung. Bei der Simulation ist der ganze Vorgang ein bewußter, hier ein unbewußter, bei der Simulation fehlt eine reale Grundlage, hier ist eine solche vorhanden. Von Simulation kann man im Klimakterium nie sprechen, es können nur Steigerungen tatsächlicher Beschwerden sein, die unter Umständen unter bestimmten Zweckvorstellungen entstehen. Im einzelnen läßt sich hierbei nicht immer eine Grenze ziehen. Es ist klar, daß eine Grenze zwischen dieser Gruppe psychogener Erkrankungen und klimakterischer Reaktionen bei Normalen nicht existiert, daß hier nur von Steigerungen der normalen Beschwerden gesprochen werden kann. Das liegt an der paradoxen Situation, daß meist auch die normale Frau pathologisch im Klimakterium reagiert. Nur die Art, wie sie damit fertig wird und der Grad der Reaktion ist anders und wird in den meisten Fällen auch vollauf zur Unterscheidung genügen.

Der Beginn der psychogenen Reaktion zeigt sich erst nach dem Beginn der ersten Unregelmäßigkeiten in der Menstruation oder nach der Menopause im Anschluß an äußere Erlebnisse der letzten Zeit, manchmal auch nur aus Reaktion auf die Aussicht auf Rente, mitunter auch an alte, längst äußerlich erledigte, innerlich wahrscheinlich nicht überwundene Erlebnisse anknüpfend, manchmal auch nur als Reaktion auf eine allgemein ungünstige Lebenssituation. In manchen Fällen ist es nur die entsprechende Konstitution, die zur Erkrankung die Grundlage abgibt. Der Verlauf ist ein nicht ungünstiger, meist klingt alles zusammen

mit dem Klimakterium ab, oder nach Erreichung des gewünschten Ziels oder es kommt in seltenen Fällen zu immer neuem Aufflackern ähnlicher Zustände. Die allgemein hypochondrische Einstellung hört in solchen Fällen nicht mehr auf und geht schließlich im Senium in einen geistigen Schwächezustand über. Ob man diese Fälle hierher rechnen darf, ist zweifelhaft, sie gleichen denjenigen Fällen, in denen man von einer originären Hypochondrie sprechen könnte, die meist in früherem Lebensalter beginnt und chronisch ist.

Die Form der Erkrankung ist immer dieselbe: In erster Linie hypochondrisch, dann reaktiv-depressiv, mit starker Betonung der Ursache und demonstrativ-aggravierend. Der Mechanismus ist meist einfach und klar. Zusammentreffen von exogen- sowohl psychogenen, als auch somatogenen Faktoren mit endogen-konstitutionellen seltener hereditären Komponenten. Die Grundstimmung immer depressiv. Das ganze als Flucht in die Krankheit leicht erklärlch durch das Klimakterium als krankheitsbereitenden und für Krankheitswünsche besonders günstigen Boden.

Zusammenfassende und Schlußbemerkungen.

An den verschiedenen Stellen wurde auf ein wichtiges Problem hingewiesen, das am besten im Zusammenhang aller einzelnen Gruppen, demnach am Schlusse behandelt werden kann, das ist die Frage, ob es nach den Untersuchungen möglich ist, von einer oder mehreren klimakterischen oder involutiven Krankheitseinheiten zu sprechen oder ob es sich nur um besonders gefärbte Krankheitsbilder handelt, deren Wesen nichts mit dem Klimakterium zu tun haben. Es kommt dann zu der Frage, ob das Klimakterium ein pathogenetischer oder ein provozierender Faktor im Birnbaumschen Sinne ist.

Man könnte die Frage nach der klimakterischen Krankheitseinheit, die in der Literatur des vorigen Jahrhunderts und im Anfang dieses eine sehr große Rolle spielte, mit *Hoche* beantworten, daß sie „gegenstandslos“ ist. Es kommt auf die Symptomenkomplexe an und nicht auf die Krankheitseinheiten, die sich nach dem Alter usw. verschieden in ihren Symptomenbildern zusammensetzen. Trotz der Ablehnung dieser Fragestellung von verschiedenen Seiten scheint es doch von Bedeutung zu sein, auch an Hand unserer Ergebnisse darauf näher einzugehen. *Eine einzige einheitliche klimakterische Psychose gibt es jedenfalls nicht*, das geht genügend aus der Schilderung der Hauptgruppen und ihren grundverschiedenen Syndrombildern hervor. Ganz allgemein muß gesagt werden, daß im Klimakterium die Tendenz zu reichlichem Auftreten von Psychosen besteht, wobei nicht leicht zu entscheiden ist, ob das Klimakterium nur einen günstigen Boden abgibt oder ob es der krankheitsverursachende Faktor ist. Bei den psychogenen Störungen

dieser Zeit, einer zahlenmäßig gewaltigen Gruppe, liegt die Sache klar und einfach. Die Ursache ist an anderer Stelle zu suchen, das Klimakterium ist die günstige Grundlage für die anders begründete Reaktion. Ohne Klimakterium wäre es kaum zu derselben Reaktion gekommen, sicher nicht in derselben Stärke, auch hat das Klimakterium in einer bestimmten Richtung gefärbt, aber ohne das seelische Trauma oder den Wunschkomplex wäre es überhaupt zu keiner Erkrankung gekommen. Im Klimakterium liegt nicht die Ursache, nur eine Begünstigung und Verstärkung.

Ehe wir auf die Psychosen eingehen, sei es erlaubt, kurz über die klimakterische Färbung, von der hier so viel die Rede ist, zu sprechen. Bei der Depression und bei der psychogenen Reaktion kann man diesen Einfluß auf psychischem Gebiet am besten verfolgen, auch läßt er sich aus den psychischen Veränderungen bei der normalen Frau ableiten.

Durch das Bewußtsein der Tatsache, daß die Geschlechtsfunktion versiegt, also diejenige Funktion, die bei der Frau Jugend und Leben, Stolz und Freude, Hoffnung und Erfolg bedeutet, oder im Falle einer Verbindung mit Unlustgefühlen, wie Enttäuschungen und Mißerfolgen, doch solange sie bestand, noch immer einen gewissen Hoffnungsschimmer bestehen ließ, durch diese Tatsache, daß nun alle Hoffnungen endgültig begraben sind und Aussicht auf bessere Zukunft nicht mehr besteht, kommt es zu dem Gefühl der Insuffizienz, zur Trauer und zum Klagen. Diese — man kann sagen — psychogen-reaktive Trauer (reakтив auf die Erkenntnis der Menopause) ist naturgemäß bei alleinstehenden Frauen, die lange Witwe oder unverheiratet waren, erheblich stärker als bei solchen, die in guter Ehe leben und auf ein ausgefülltes Leben voller Freude und Erfolge zurückblicken können. Es ist naheliegend, daß aber auch bei diesen ein gewisses schmerzliches Gefühl sich Platz macht, wie wir es auch in geringem Maße bei der normalen Frau finden. Das könnte man als den psychogenen, weil durch psychische Erlebnisse bedingten, Teil der klimakterischen Färbung ansehen. Nun kommt es auch zu einem somatogenen, durch biologische Reize zu erklärenden Einfluß, zu dem Gefühl körperlicher Schwäche und Leistungsunfähigkeit, zu dem Gefühl, krank zu sein, zumal tatsächlich zahlreiche Beschwerden, besonders auf körperlichem Gebiet vorhanden sind, die kaum eine Frau verschonen. Die Reaktion auf diese somatischen Reize ist allerdings verschieden, genau wie auch im ersten Teil die gesunde Frau mit dem psychischen Trauma fertig wird. Diese aus depressiven und hypochondrischen Faktoren zusammengesetzte Färbung finden wir überall wieder, am deutlichsten bei den psychogenen Veränderungen und bei den Depressionen, bei denen wir darauf hinwiesen. Selbst auch bei den paranoiden Erkrankungen dieser Zeit spielen hypochondrische Vorstellungen, oft bizarer Art eine wichtige Rolle und sogar bei den schwersten Erkrankungen dieses Lebensalters, bei der letalen Katatonie

finden sich depressiv-hypochondrische Vorstadien, nicht selten eine langdauernde Verarbeitung von Krankheitsideen.

Wenn man selbst von allen Fällen, die in diesem Lebensalter auftreten, diejenigen abzieht, die in genau derselben Form in anderen Zeiten und auch beim Manne auftreten, bleibt doch immer eine größere Zahl von Erkrankungen übrig, die eine Sonderstellung beanspruchen. In diesem Sinne äußerte sich *Bumke* und seine Behauptung läßt sich auch an Hand unseres *Materiales* bestätigen. Entstehung, Form, Verlauf, Ausgang der Depression im Rückbildungsalter zeigt der Depression anderer Lebensalter gegenüber solche grundlegenden Verschiedenheiten, daß es kaum noch möglich ist, hier dieselbe Erkrankung anzunehmen.

Es wurde schon viel von den Autoren auf die Angst, die Ursache, die fehlende Hemmung, die hypochondrische Einstellung, den Einfluß psychogener Faktoren, den überaus ungünstigen Verlauf hingewiesen. Auch wir konnten ähnliches an vielen Fällen finden. Daß es nicht selten noch zu einem kontinuierlichen Verlauf kommt, daß vielmehr mitunter einzelne Phasen in späteren Jahrzehnten nach leidlich guten Remissionen auftreten, braucht kein Gegenbeweis sein. Die zu Phasen führende cyclische Anlage ist in solchen Fällen gegeben, es bestehen also konstitutionelle Verwandtschaften mit dem manisch-depressiven Irresein, aber die Einzelerkrankung und übrigens auch die späteren Phasen haben einen solchen Sonderverlauf und abweichende Symptomenbilder, daß hier andersartige Mechanismen angenommen werden müssen. Solange man noch von Krankheitseinheiten in der Psychiatrie spricht, muß man unseres Erachtens diese Erkrankung herausnehmen, da sie nach Auftreten und nach Symptomen eine Sonderstellung beanspruchen muß. Daß sie bei konstitutionell Prädisponierten auftritt und daß die einzelnen oft genannten Faktoren wie Heredität, Konstitution, Lebenssituation, eine Rolle bei ihr spielen, ist naheliegend. Es ist aber kein Grund vorhanden, sie in ein Krankheitsbild hineinzuzwängen, bei dem der Querschnitt doch ein ganz anderer ist als bei diesen Fällen. Auch die Zeit zwischen den Phasen, die in den anderen Fällen entweder normal oder hypomanisch oder hypomelancholisch ist, zeigt hier meist andere Gesichter. Hier finden sich meist in der Zwischenzeit starke Insuffizienzgefühle, hypochondrische Ideen und eine gewisse Arbeitsunfähigkeit. Die Veränderung des Bildes ist nicht allein durch die Färbung des Alters zu erklären, da neue Symptome auftreten, die aber das Krankheitsbild so ändern, daß man nicht mehr von derselben Form sprechen kann.

An der Schwierigkeit und widerspruchsvollen Darstellung bei dem Versuch, eine neue Krankheitseinheit zu schaffen, sieht man, daß diese Frage mit der modernen Auffassung des Aufbaues der Psychose und der mehr dimensionalen Diagnostik sich schlecht verträgt und daß es fraglich ist, ob es viel Zweck hat, überhaupt von Krankheitseinheiten zu sprechen. Doch würde diese schwierige Frage hier zu weit führen. Es

bleibt die Tatsache bestehen, daß im Klimakterium und in der Involution — beide Zeiten müssen hier genannt werden — eine Melancholie auftritt, bei der wahrscheinlich durch Überwiegen des somatogenen und psychogenen Faktors über den endogen-konstitutionellen eine besondere Art in der Form und dem Verlauf resultiert. Bei der bisherigen Einteilung der Psychiatrie muß der Begriff der Involutionsmelancholie bestehen bleiben, will man nicht eine vor allem ätiologisch und symptomatologisch besondere Krankheitsform, die dazu auch durch ihre Häufigkeit nicht zurückgesetzt werden darf, zu wenig berücksichtigen.

Schwieriger liegen die Verhältnisse bei den *paranoischen* Erkrankungen des Rückbildungsalters. So klar und einheitlich die Rückbildungsdepression ist, so vielseitig sind die paranoischen und paranoiden Bilder wie oben bei Besprechung dieser Gruppe auseinander gesetzt wurde. Hier ist es nicht möglich weder im Sinne von *Kleist* noch *Seelert*, weder *Šerko* noch *Albrecht* eine einheitliche paranoide Psychose zu finden. Selbst unter Abzug der Bilder, die denen der *Dementia paranoides* früherer Lebensalter ähneln, finden sich noch immer verschiedene Krankheitsformen, auch mit einer besonderen Komponente im klimakterisch-involutiven Sinne, die zum Teil mehr zur Involutionssyphrenie, zum Teil zur paranoiden Psychose des höheren Lebensalters passen. Die Bilder, die der *Dementia paranoides* angehören, ähneln der *Involutionssparanoia Kleists*.

Es bleiben paranoide Erkrankungen des Rückbildungsalters übrig, die auch durch den Einfluß exogen-somatogener Faktoren eine Sonderstellung beanspruchen und bei denen durch die Systematisierung ein Unterschied gegen paranoide Erkrankungen anderer Lebensalter und beim Manne gegeben sind. Man ist daher auch berechtigt, von paranoiden Psychosen des höheren Lebensalters zu sprechen und dabei eine besondere Krankheitseinheit im Auge zu haben, die durch ätiologische und symptomatologische Faktoren eine Sonderstellung beanspruchen. So einfach, wie es von manchen Autoren dargestellt wurde, als ob es nur eine einheitliche paranoide Erkrankung dieser Zeit gibt, scheint es uns nicht zu sein, da die Bilder zwischen den paranoischen, syphrenischen, paranoiden und dem senilen Beeinträchtigungswahn verwandten variieren.

Anders ist es bei den *katatonen* Formen, die die oben beschriebene besondere Form darstellen mit eigentümlichen, außergewöhnlich ungünstigem Verlauf und in ihrem Symptomenbilde, besondere den Initialsymptomen eine Sonderstellung in jeder Beziehung beanspruchen dürfen. Hier kann man von einer besonderen Erkrankung des höheren Lebensalters sprechen. Der Name „Spätkatatonie“ der mehrfach angewandt wurde, ist nur sehr bedingt berechtigt und so zu erklären, daß ein wichtiges Hauptsymptom die körperliche Starre und Haltungs-

störung ist, die der Katatonie ähnelt. Ob hier irgendein Zusammenhang mit der Katatonie anderer Lebensalter besteht, ist äußerst zweifelhaft, sogar sehr unwahrscheinlich, da der Verlauf und der Beginn ein grundverschiedener ist und auch noch auf der Höhe der Erkrankung sich Symptome finden — exogener Art (psychogen und somatogen) — die sonst zur Katatonie nicht gehören. Dieses Krankheitsbild ist sicher eine isoliert stehende Erkrankung, die durch besonders starke exogen-somatogene Faktoren sich erklären läßt. Die Frage, ob wie *Seelert* sagt, hier bereits hirnatriosphische Prozesse oder arteriosklerotische Veränderungen vorhanden sind oder ob es sich um reine Funktionsstörungen durch die endokrin-vegetativen Einflüsse handelt, ist solange nicht zu entscheiden, bis es gelingt, den Nachweis zu erbringen. Wegen des Fehlens anderer organischer Hirnsymptome und weil andere endokrine Störungen sich gleichzeitig nachweisen lassen, ist wohl die Annahme einer Hirnatrophie kaum richtig.

Hier ist auch die Frage zu erörtern, ob eine Unterscheidung zwischen den klimakterischen und den involutiven Einflüssen möglich ist. Tatsächlich ist das ungeheuer schwer, und daher die Tatsache leicht erklärlich, daß Autoren, die eine Unterscheidung der Begriffe betonten, wie z. B. *Bleuler* doch bei der Besprechung der einzelnen Krankheitsbilder beide Begriffe vermengten. Ein Teil der Symptome ist bei dem Einfluß des Klimakteriums ähnlich wie bei der Involution. Bei beiden handelt es sich um regressive Prozesse, bei beiden müssen daher psychologisch dieselben Mechanismen entstehen. Schmerz und Trauer um ein verlorenes Leben, Hoffnungslosigkeit für die Zukunft, Insuffizienzgefühle, Kleinheitswahn sind bei beiden vorhanden. Nur die körperlichen Klagen und Beschwerden, die bei dem Klimakterium von so großer Bedeutung sind, treten bei der Involution mehr zurück. Auch sind die sexuellen Momente besonders stark bei der klimakterischen Komponente ausgeprägt. Es ist die Frage, ob durch die involutiven (hirnregressiven) oder die klimakterischen Faktoren die psychischen Krankheiten entstehen, wenigstens soweit man überhaupt diesen Vorgängen einen pathologischen Einfluß einräumen will. Auch darauf muß geantwortet werden, daß beide Faktoren zusammenwirken und oft ineinander gewebt sind, daß es wohl sicher Fälle gibt, bei denen der klimakterische Faktor, andere bei denen der involutive Faktor die Hauptrolle spielt. Da beide zugleich auftreten, ist hier im Einzelfall eine Unterscheidung nicht möglich. Rein klimakterische Einflüsse kommen an sich nicht in Frage, da sonst die sekundären Funktionsstörungen des Gehirns beim Aufhören der klimakterischen Einflüsse aufhören müßten, was aber nicht der Fall ist. Hier muß sich zugleich eine Regression des funktionstragenden Hirngewebes anschließen und dann zu dem Fortbestehen der Veränderungen Veranlassung geben. Die klimakterischen Einflüsse können im allgemeinen kaum mehr als ein auslösender Faktor bei der Entstehung von

Psychosen in diesem Alter sein, etwa in dem Sinne, daß die Umwälzung im Körper, besonders auf vegetativem Gebiet, einen besonders günstigen Boden für die Entstehung der Psychosen abgibt, daß aber das Hinzutreten der Hirninvolution zu den schweren seelischen Veränderungen die Hauptursache darstellt, abgesehen von den wichtigen Faktoren der Heredität und der Konstitution. Auch hier wieder das Zusammenwirken einer Fülle von Faktoren.

Die Frage der zahlenmäßigen Bedeutung der klimakterischen und involutiven psychischen Erkrankungen, die mit Arteriosklerose oder anderen organischen Erkrankungen verbunden, respektiv durch sie entstandenen Fälle nicht mitgerechnet, sei im folgenden an einigen Zahlen behandelt. Zuerst die Frage, wie oft unter den Aufnahmen sich diese Krankheitsfälle finden. In den 2 Jahren und 4 Monaten der Berechnung wurden in unserer Klinik etwa 4934 Kranke in der Gesamtheit aufgenommen, davon 2922 Männer, 2012 Frauen. Von dieser Gesamtzahl finden sich 250 einschlägige Fälle (nur Frauen) d. h. etwa 5%. Von den 2012 Frauen ist der klimakterisch-involutive Teil naturgemäß weit höher, 12,5%. Betrachten wir die Beteiligung der einzelnen Krankheitsgruppen an den klimakterisch-involutiven Fällen, wie wir sie der Arbeit zugrunde gelegt haben, so finden wir unter den 250 Fällen 90 Depressionen, d. h. 36%, 70 Paranoide 28%, 25 Schizophrene 10%, und 65 Psychogene 26%. Unter den „Schizophrenen“ überwiegen die der Schizophrenie im allgemeinen ähnlichen Zustände mit der absoluten Zahl von 19, d. h. 7,6% der Gesamtzahl, daneben finden sich nur 6 Kata-tome („Spätkatatonie“), d. h. 2,4% der Gesamtzahl. Wenn man berücksichtigt, daß in einer gemischten Klinik ein bedeutender Anteil neurologischer Fälle immer vorhanden ist, wenn man außerdem bedenkt, welche ungeheuer große Zahl von Schizophrenien im Alter zwischen 16 und 30 Jahren gerade unter den Frauen aufgenommen werden, bleibt es eine sehr hohe Zahl von 12,5% aller Frauenaufnahmen, die in dieses Gebiet hineingehören. Dabei ist zu berücksichtigen, daß unter den sog. psychogenen Fällen ein großer Teil nicht zur Behandlung kommt, daß viele poliklinisch erledigt werden können (ist bei der Statistik nicht miteinbegriffen) und viele in andern Kliniken und Allgemeinkrankenhäusern behandelt werden. So erklärt sich auch, daß nur 26% der Fälle zu den „Psychogenen“ gerechnet werden können. Im übrigen bestätigt die Statistik das, was in der Arbeit immer wieder betont wurde, daß die melancholischen und die paranoiden Veränderungen den Hauptteil aller in diesem Lebensalter auftretenden Erkrankungen ausmachen, zusammen fast $\frac{2}{3}$ (64%). Die schizophrenen Erkrankungen dieses Lebensalters, die hier erstmalig auftreten, spielen zahlenmäßig keine große Rolle, am wenigsten die besonders interessanten Fälle der sog. „Spätkatatonie“. Diese Fälle spielen weniger wegen ihrer zahlenmäßigen Bedeutung als wegen der Besonderheiten der Klassifikation und Sympto-

matologie eine große Rolle. Außerdem ist bei den schizophrenen Prozessen dieses Lebensalters zu bedenken, daß die paranoischen Prozesse nicht hinzugerechnet wurden, daß aber ein Teil der unter den paranoiden gerechneten Fällen sicher hierher gehören, wie oben im einzelnen gezeigt wurde. Im ganzen nicht mit berücksichtigt sind die Fälle ähnlicher Erkrankungen bei Männern in demselben Lebensalter.

An Hand des großen Materials wurde zu zeigen versucht, welche Hauptgruppen von Erkrankungen in diesem Lebensalter sich finden, wie sie verteilt sind und welche Rolle dem Klimakterium und der Involution in krankheitsverursachender und krankheitsgestaltender Weise zuzubilligen ist. Als Gesamtergebnis der Untersuchungen muß folgendes noch einmal herausgehoben werden:

1. Das Klimakterium und die Involution sind Zeiten, in denen eine große Neigung zum Kranksein auf psychischem Gebiet besteht.
2. Durch die Besonderheit dieser Zeit erklären sich die beiden Hauptgruppen der Erkrankungsfälle: Die Melancholie und die Paranoia.
3. Die Involutionsmelancholie kann eine Sonderstellung beanspruchen, solange noch von Krankheitseinheiten gesprochen wird.
4. Unter den paranoiden Erkrankungen dieses Lebensabschnittes gibt es keine der Melancholie entsprechende Einheit.
5. Trotzdem schält sich eine besondere Gruppe, die Involutionsparanoia, die der Paraphrenie *Kraepelins* verwandt ist und die paranoide Psychose des höheren Lebensalters, die dem präsenilen Beeinträchtigungswahn *Kraepelins* ähnelt, heraus.
6. Die Besonderheit aller im Klimakterium auftretenden psychischen Erkrankungen, gleichgültig welcher Art, ist das Überwiegen der besonderen psychologischen und biologischen, klimakterisch-involutiven Komponente: des Affektes der Angst und der Hypochondrie.
7. Exogen-somatogene und exogen-psychogene Faktoren lassen sich fast in jedem Fall in diesem Alter nachweisen.
8. Durch Besonderheiten des Verlaufes und der Prognose zeichnen sich die involutiven Psychosen gegenüber anderen aus.
9. Eine isolierte Sonderform, die in keinem anderen Lebensalter etwas Ähnliches aufweisen kann, ist die „Spätkatatonie“, über deren Ätiologie und Symptomatologie wie Pathogenese noch keine Klarheit herrscht. Dabei Wahrscheinlichkeit einer organischen Erkrankung.
10. Verlauf und Prognose sind unabhängig von dem Verhältnis exogener oder endogener Faktoren bei der Genese der Erkrankung wie *Bumke* darlegte.
11. Stete Mitberücksichtigung der hereditären, konstitutionellen, durch die Lebenssituation bedingten Faktoren ist notwendig.
12. Überwiegendes Erkranken von Frauen in ungünstiger Lebenssituation, ohne Rücksicht auf die Art der Erkrankung.

13. Geraelinige Abhängigkeit der Erkrankung von der präpsychotischen Persönlichkeitsanlage, den exogen-psychogenen und exogen-somatogenen Faktoren.

14. Da sich immer die andern Faktoren (s. o.) finden, kann das Klimakterium und die Involution in fast allen Fällen nur rein auslösender, begünstigender und verstärkender Faktor einer in der Entwicklung begriffenen Erkrankung sein, die jedoch nicht unbedingt ohne Klimakterium zum Ausbruch zu kommen brauchte. Die pathogenetischen Faktoren sind an andern Stellen zu suchen.

15. Ausnahme kann nur die „Spätkatatonie“ sein, bei der möglicherweise die Involution der Hirnrinde die entscheidende Rolle, besonders für den Verlauf zugebilligt werden muß. Ohne pathologisch-anatomischen Nachweis ist die Entscheidung nicht zu fällen. Auch bei dieser Erkrankung sind endogene Faktoren immer zu finden.

Das Klimakterium, in dem die Kurve psychischer Erkrankungen wieder ansteigt, ist in der Art seines Einflusses in psychopathologischem Sinne im einzelnen verfolgt worden. Die biologischen Einflüsse lassen sich auch nur aus der Veränderung der Psyche schließen. Es muß einer späteren Generation überlassen bleiben, die die große entscheidende Entdeckung der Entstehung der Psychosen gemacht hat, aufzuklären, wie die biologischen Veränderungen des Sistierens der Geschlechtsdrüsen und der Regression der Hirnrinde als Altersprozesse auf die psychischen Funktionen im einzelnen wirkten. Die große Zahl der Erkrankungen in dieser Zeit, die Besonderheit der psychischen Veränderungen und der enge Zusammenhang zwischen der Art der körperlichen Störung und der psychischen Einstellung lassen es vermuten, daß hier direkte Einflüsse vorhanden sind, die bei dem Zusammenwirken ungünstiger endogener und exogener Faktoren zur Psychose führen.

Literaturverzeichnis.

- ¹ *Albrecht*: Funktionelle Psychosen im Rückbildungsalter. *Z. Neur.* **22**, 306. —
- ² *Albrecht*: Psychische Ursachen der Melancholie. *Mscr. Psychiatr.* **26**, 95. —
- ³ *Albrecht*: Manisch-depressives Irresein und Arteriosklerose. *Allg. Z. Psychiatr.* **63**, 402. —
- ⁴ *Altmann*: Behandlung des Klimakteriums mit Röntgenbestrahlung der Hypophyse. *Zbl. Neur.* **1926**, 43. —
- ⁵ *Aschaffenburg*: Lehrbuch (Handbuch). —
- ⁶ *Baskowa*: Vegetatives Nervensystem bei klimakterischen Neurosen. *Zbl. Neur.* **1927**, 465. —
- ⁷ *Bechterew*: Manisch-melancholisches Irresein. *Mscr. Psychiatr.* **28**, 192. —
- ⁸ *Bender*: Präsenium und Psychose. *Neur. Zbl.* **11**, 597. —
- ⁹ *Benon*: La Melancholie, Monographie (franz.). —
- ¹⁰ *Berger*: Klimakterische Psychosen. *Allg. Z. Psychiatr.* **65**, 145. —
- ¹¹ *Berger*: Psychosen im Klimakterium. *Mscr. Psychiatr.* **22**, 13 (1907). —
- ¹² *Berger*: Melancholie. *Mscr. Psychiatr.* **26**, 95. —
- ¹³ *Berger*: Paranoia. *Mscr. Psychiatr.* **34**, 181. —
- ¹⁴ *Beyer*: Akute Verworrenheit im Klimakterium. *Arch. f. Psychiatr.* **29**, 182. —
- ¹⁵ *Binswanger-Siemerling*: Lehrbuch. —
- ¹⁶ *Birnbaum*: Aufbau der Psychose. Berlin 1923. —
- ¹⁷ *Bleuler*: Lehrbuch 1916. —
- ¹⁸ *Bleuler*: Affektivität, Suggestion und Paranoia. —
- ¹⁹ *Bohnen*: Involutions-

paranoia. Allg. Z. Psychiatr. **76**, 451. — ²⁰ *Borrek*: Jodbasedow im Klimakterium. Zbl. Neur. **1925**, Nr 33, 133. — ²¹ *Bumke*: Lehrbuch. — ²² *Bumke*: Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Zbl. Neur. **1909**, Nr 2, 381. — ²³ *Church*: Klimakterium virile. Zbl. Neur. **1911**, Nr 2, 109. — ²⁴ *Curschmann*: Klimax und Myxödem. Z. Neur. **41**, 155. — ²⁵ *Delius*: Psychosen nach Röntgenbestrahlung der Ovarien. Z. Neur. **107**, 152. — ²⁶ *Delmas*: Chron. halluz. Involutionspsychosen. Bd. 47, S. 111. 1927. — ²⁷ *Deusch*: Münch. med. Wschr. **1919**, 589. — ²⁸ *Donby*: Senile Melancholie. (Ref.). Allg. Z. Psychiatr. **43**, 182. — ²⁹ *Dreyfuss*: Melancholie. Arch. f. Psychiatr. **43**, 1342. — ³⁰ *Fauser*: Zur Kenntnis der Melancholie. Zbl. Neur. **1906**, 880. — ³¹ *Fleury*: Klimakterium virile. Neur. Zbl. **1910**, 1294. — ³² *Friedemann*: Neurasthenische Melancholie. Mschr. Psychiatr. **15** (1904). — ³³ *Fünfgeld*: Symptomenkomplex der Ratlosigkeit bei einer Involutionspsychose. Allg. Z. Psychiatr. **78**, 90. — ³⁴ *Gaunt*: Involutionsmelancholie. Zbl. Neur. **1923**, Nr 33, 455. — ³⁵ *Gaupp*: Krankheitseinheit und Mischpsychose. Z. Neur. **101**, 1. — ³⁶ *Gaupp*: Depression des höheren Lebensalters. Münch. med. Wschr. **1905**, 1531. — ³⁷ *Gilarowski*: Arteriosklerose in der Genese präseniler Erkrankungen. Allg. Z. Psychiatr. **84**, 196 (1926). — ³⁸ *Goldberger*: Kriminalität im Rückbildungsalter. Zbl. Neur. **1924**, Nr 35, 440. — ³⁹ *Gruhle*: Psychiatrie für den praktischen Arzt. — ⁴⁰ *Gudell* u. *Graigk*: Melancholie. Ref. Allg. Z. Psychiatr. **51**, 125. — ⁴¹ *Haddäus*: Behandlung im Klimakterium. Münch. med. Wschr. **1924**. — ⁴² *Halban*: Zur Klinik des Klimakteriums. Münch. med. Wschr. **1928**, Nr 70, 110. — ⁴³ *Heilbronner*: Zur Psychopathologie der Melancholie. Mschr. Psychiatr. **22**, 1. — ⁴⁴ *Hoch* u. *MacCurdy*: Die Prognose der Involutionsmelancholie. Zbl. Neur. **1922**, Nr 29, 455. — ⁴⁵ *Hoche*: Zur Melancholiefrage. Z. Neur. **1**, 193. — ⁴⁶ *Hoche*: Wechseljahre des Mannes 1927. — ⁴⁷ *Hoche*: Melancholiefrage. Zbl. Neur. **1920**, Nr 21, 193. — ⁴⁸ *Hoffmann*: Erblichkeitsfragen. Z. Neur. **1925**, Nr 97, 451. — ⁴⁹ *Hollander*: Klimakterium virile. Neur. Zbl. **1910**, Nr 29, 1282. — ⁵⁰ *Homburger*: Manisch-depressives Irresein. Zbl. Neur. **2**, 753. (Sammelref. 1906—1910). — ⁵¹ *Hübner*: Melancholie. Neur. Zbl. **26** (1907). — ⁵² *Hübner*: Involutionsmelancholie. Neur. Zbl. **26** (1907). — ⁵³ *Hübner*: Allg. Z. Z. Psychiatr. **64**, 491. — ⁵⁴ *Jacobi*, W.: Calcium- und Kalkblutserumspiegel bei der Melancholie im Klimakterium. Mschr. Psychiatr. **59**, 120. — ⁵⁵ *Jacobi*, E.: Invaliditätsbegutachtungen bei psychischen Veränderungen im Klimakterium. Arch. f. Psychiatr. **87**. — ⁵⁶ *Jacobi*, E.: Ein Beitrag zur Frage der religiösen Wahnsinnes. Arch. f. Psychiatr. **83**, 242. — ⁵⁷ *Janowski*: Thymusextraktion bei Bekämpfung klimakterischer Beschwerden. Zbl. Neur. **1928**, Nr 50, 52. — ⁵⁸ *Jaspers*: Allg. Psychopathologie. — ⁵⁹ *Josla*: Cenästhopathie des Klimakteriums. Zbl. Neur. **1922**, Nr 27, 229. — ⁶⁰ *Juarros*: Psychoneurotische Formen der männlichen Klimax und ihre Opothrapie. Zbl. Neur. **1925**, 41. — ⁶¹ *Juliusberger*: Pseudomelancholie. Zbl. Neur. **1906**, 216. — ⁶² *Kaiser*: Behandlung des Klimakteriums. Zbl. Neur. **1921**, Nr 40, 265. — ⁶³ *Kant*, O.: Strukturanalyse der klimakterischen Psychose. Z. Neur. **1926**, Nr 104, 174. — ⁶⁴ *Kehrer* u. *Kretschmer*: Veranlagung zur seelischen Störung (Monographie). — ⁶⁵ *Kehrer*: Psychosen des Rückbildungsalters. (Sammelref.) Zbl. Neur. **1925**. — ⁶⁶ *Kleist*: Chronische wahnbildende Psychosen im Rückbildungsalter. Allg. Z. Psychiatr. **69**, 507. — ⁶⁷ *Kleist*: Involutionsparanoia. Allg. Z. Psychiatr. **70**, 1. — ⁶⁸ *Kleist*: Wahnspsychosen im Rückbildungsalter. Zbl. Neur. **31**, 872 (1912). — ⁶⁹ *Kolpin*: Melancholie. Arch. f. Psychiatr. **39**, 1. — ⁷⁰ *Kraepelin*: Lehrbuch 1910 und 1916. — ⁷¹ *Kraepelin*: Klinische Stellung der Melancholie. Mschr. Psychiatr. **6**, 325. — ⁷² *Krafft-Elbing*: Irresein im Klimakterium. Allg. Z. Psychiatr. **34**, 407 (1878). — ⁷³ *Krafft-Elbing*: Melancholie. Ref. Allg. Z. Psychiatr. **31**, 404. — ⁷⁴ *Krakauer*: Melancholie im Klimakterium. Ref. Allg. Z. Psychiatr. **40**, 384. — ⁷⁵ *Kretschmer*: Gedanken über die Fortentwicklung der psychiatrischen Systematik. Z. Neur. **1919**, Nr 48, 370. — ⁷⁶ *Kretschmer*: Medizinische Psychologie. — ⁷⁷ *Kreuser*: Geistesstörungen im höheren Lebensalter und ihre Genesungsaussichten. Allg. Z. Psychiatr. **1914**, Nr 71, 1. — ⁷⁸ *Krypsin-Exner*: Verlaufsform von Psychosen des höheren

Lebensalters. Arch. f. Psychiatr. **70**, 369. — ⁷⁹ *Krypsin-Exner*: Verlaufsform von Psychosen des höheren Lebensalters. Arch. f. Psychiatr. **69**, 541 (1923). — ⁸⁰ *Küstner*: Untersuchungen im Klimakterium. Zbl. Neur. **1926**, Nr. 42, 541. — ⁸¹ *Krüger*: Paranoia. Monographie **1913**. — ⁸² *Lange*: Paranoia. Z. Neur. **94**, 85 (1925). — ⁸³ *Lange*: Melancholie. Z. Neur. **101**, 293 (1926). — ⁸⁴ *Lehmann*: Münch. med. Wschr. **1925**, Nr. 72, 1382. — ⁸⁵ *Levy*: Psychologische und psychoanalytische Einflüsse beim Klimakterium des Mannes. Zbl. Neur. **1928**, Nr. 50, 35. — ⁸⁶ *Lomer*: Involutionspsychose und senile Demenz. Allg. Z. Psychiatr. **62**, 796. — ⁸⁷ *Maccurdy*: Die Prognose der Involutionsmelancholie. Siehe Nr. 44. — ⁸⁸ *Machlachan*: Insanity of the diff. periods of life. Neur. Zbl. **1898**, 661. — ⁸⁹ *Mäder*: Psychoanalyse bei einer melancholischen Depression. Zbl. Neur. **1**, 63. — ⁹⁰ *Markuse*: Klimakterium virile. Neur. Zbl. **1919**, Nr. 35, 577. — ⁹¹ *Marajon*: Klimakterische Epilepsie. Zbl. Neur. **1922**, Nr. 28, 140. — ⁹² *Manz, F.*: Krankheitseinsicht und Mischpsychose. Z. Neur. **101**, 1 (1920). — ⁹³ *Medow*: Involutionsdepression. Erstarrende Rückbildungsdepression. Arch. f. Psychiatr. **64**, 480 (1922). — ⁹⁵ *Mendel*: Klimakterium virile. Neur. Zbl. **1910**, Nr. 29, 1124. — ⁹⁶ *Mendel*: Klimakterium virile. Allg. Psychiatr. **68**, 92. — ⁹⁷ *Mendel*: Klimakterium virile. Zbl. Neur. **1911**, Nr. 2, 551. — ⁹⁸ *Mendel*: Klimakterium virile. Zbl. Neur. **1922**, Nr. 29, 385. — ⁹⁹ *Meyer, E.*: Paranoische Formen. Arch. f. Psychiatr. **77**, 360 (1922). — ¹⁰⁰ *Morselli*: Enrico, Psychopathologie des Klimakteriums virile. Zbl. Neur. **1929**, Nr. 52, 653. — ¹⁰¹ *Müller, H.*: Involutionspsychose. Zbl. Neur. **1922**, Nr. 28, 179. — ¹⁰² *Nascher*: Klimakterium virile. Zbl. Neur. **1922**, Nr. 27, 46. — ¹⁰³ *Nitsche*: Klimakterische Angstpsychose. Allg. Z. Psychiatr. **62**, 864. — ¹⁰⁴ *Paluguay*: Hypophysenröntgenbestrahlung. Zbl. Neur. **42**, 194. — ¹⁰⁵ *Panse*: Verlauf und Prognose bei Manisch-Depressiven. Mschr. Psychiatr. **56**, 15. — ¹⁰⁶ *Pearson, G.*: Depressionen der Involutionsperiode. Zbl. Neur. **1929**, Nr. 52, 766. — ¹⁰⁷ *Pelnar*: Klimakterische Neurose. Zbl. Neur. **1920**, 81. — ¹⁰⁸ *Pelnar*: Klimakterische Neurose. Zbl. Neur. **1915**, Nr. 11, 688. — ¹⁰⁹ *Pötzl*: Klimakterische Melancholie. Neur. Zbl. **1911**, Nr. 30, 349. — ¹¹⁰ *Pocornik*: Schilddrüsen und Hypophysenbestrahlung bei klimakterischen Ausfallserscheinungen. Zbl. Neur. **56**, 865. — ¹¹¹ *Rankien*: Das Klimakterium des Lebens. Neur. Zbl. **1919**, Nr. 38, 470. — ¹¹² *Rehm*: Depressiver Wahnsinn. Zbl. Neur. **1906**, Nr. 1, 62. — ¹¹³ *Reichardt*: Lehrbuch. — ¹¹⁴ *Reiss*: Konstitutionelle Verstimmung und manische Depression. Z. Neur. **1910**, Nr. 2, 347. — ¹¹⁵ *Richarz*: Melancholia agitat. Allg. Z. Psychiatr. **15**, 28 (1858). — ¹¹⁶ *Rosenfeld*: Repetitorium der Psychiatrie. — ¹¹⁷ *Ruszak*: Klimakterium und Jahreszeiten. Zbl. Neur. **1922**, Nr. 29, 29. — ¹¹⁸ *Runge*: Reaktionspsychosen des Weibes. Arch. f. Psychiatr. **48**, 545 (1911). — ¹¹⁹ *Rutisch*: Innersekretorische Störungen im Klimakterium. Zbl. Neur. **48**, 698. — ¹²⁰ *Saujes*: Klimakterische Epilepsie. Zbl. Neur. **1922**, Nr. 28, 140. — ¹²¹ *Schauta*: Die Frau von 50 Jahren. Zbl. Neur. **14**, 299. — ¹²² *Schott*: Melancholie. Arch. f. Psychiatr. **36**, 819 (1903). — ¹²³ *Schwarz*: Circumscriptive Hypochondrien. Mschr. Psychiatr. **72**, 150. — ¹²⁴ *Seelert*: Exogene und endogene Faktoren. Berlin 1919. — ¹²⁵ *Seelert*: Paranoid im Präsentum. Allg. Z. Psychiatr. **70**, 864. — ¹²⁶ *Seelert*: Paranoide Psychosen im höheren Lebensalter. — ¹²⁷ *Semon*: The sensory throat neurisis of the climacterial period neurol. Zbl. Neur. **1896**, 936. — ¹²⁸ *Šerko*: Involutionsparaphrenie. Mschr. Psychiatr. **45**, 245. — ¹²⁹ *Specht*: Paranoia. Zbl. Neur. **1908**, 817. — ¹³⁰ *Specht*: Struktur und klinische Stellung der Melancholia agitat. Zbl. Neur. **1908**, 449. — ¹³¹ *Spielmeyer*: Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters 1912. — ¹³² *Storch*: Das archaisch-primitive Erleben und Denken der Schizophrenen. Monographie **32**, —. — ¹³³ *Steckel*: Das gefährliche Alter der Frau. Zbl. Neur. **1921**, Nr. 26, 328. — ¹³⁴ *Stranzky*: Manisch-depressive Irresein. — ¹³⁵ *Strauss*: Atypische periodische Psychosen. Mschr. Psychiatr. **72**, 315. — ¹³⁶ *Stribeke*: Transannon gegen Klimakterium. Zbl. Neur. **1922**, Nr. 27, 46. — ¹³⁷ *Suklanow*: Involutionspsychose. Allg. Z. Psychiatr. **70**, 294. — ¹³⁸ *Thalbitzer*: Melancholie und Depression. Allg. Z. Psychiatr. **1905**, Nr. 62, 775. — ¹³⁹ *Thalbitzer*: Manisch-depressive Psychosen. Arch. f. Psychiatr.

43, 1071 (1908). — ¹⁴⁰ Walter: Meningenpermeabilität bei Psychosen im Rückbildungsalter. *Zbl. Neur.* 1926, Nr 42, 350. — ¹⁴¹ Walter: Permeabilität im Rückbildungsalter. *Z. Neur.* 99, 458. — ¹⁴² Weiss: Psychoneurotische Störungen im Klimakterium. *Ther. Gegenw. Allg. Z. Psychiatr.* 2, 333. — ¹⁴³ Wernicke: Lehrbuch. — ¹⁴⁴ Wilhelm, Klara: Klimakterische Psychosen. *Arch. f. Psychiatr.* 1927, 192. — ¹⁴⁵ Witzleben: Psychische Veränderungen nach Röntgenkastration im Klimakterium. *Arch. f. Psychiatr.* 83, 410 (1928). — ¹⁴⁶ Ziehen: Melancholie im Klimakterium. *Zbl. Psychiatr.* 1895, 888. — ¹⁴⁷ Ziehen: Periodische Melancholie im Klimakterium. *Neur. Zbl.* 1895, Nr 19. — ¹⁴⁸ Ziehen: Lehrbuch. — ¹⁴⁹ Zingerle: *Jb. Psychiatr.* 342. — ¹⁵⁰ Zondek: Vasomotorische Störungen im Klimakterium. *Neur. Zbl.* 1920, Nr 40, 265.
