

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

Die Prognose der Rückbildungsdepression und verwandter involutiver Prozesse.

(Auf Grund katamnestischer Erhebungen.)

Von

Dr. Erich Jacobi,

Privatdozent.

(Eingegangen am 29. Juli 1931.)

Während man im allgemeinen bei einer endogenen Depression — sei es, daß es sich um eine einmalige Erkrankung handelt, sei es, daß sie eine periodische Form ist, oder daß sie eine Phase des manisch-depressiven Irreseins darstellt — annimmt, daß nach kurzer Zeit die Erkrankung abklingt, man also eine günstige Prognose zu stellen pflegt, liegen die Verhältnisse bei den an die Involutionsprozesse gebundenen endogenen Psychosen wesentlich komplizierter. Nach *Birnbaum* ist die Prognose nicht allein an den Krankheitstyp gebunden, sondern außerdem noch von den pathoplastischen Faktoren abhängig. Zu diesen krankheitsgestaltenden Einflüssen wird vor allen Dingen das Alter und die involutiven Vorgänge gerechnet. Gegenüber den nach *Birnbaum* „halbwegs übersehbaren Aufbauverhältnissen“, bei den einfachen manisch-depressiven Formen, „denen man pathogenetisch wohl ganz allgemein eine labile thymopathische Konstitution mit endogen cyclischer Ausschlagstendenz zugrunde legen kann“, zeigt die Rückbildungsmelancholie kompliziertere Verhältnisse in Aufbau und Prognose, die durch die exogenen Bestandteile des Involutionsfaktors zu erklären sind. Durch diese mit dem Alter zusammenhängenden Einflüsse wird der Verlauf „verschleppt“ und „verflacht“. Auch von anderer Seite ist vielfach auf die Unsicherheit des Ausganges der in diesem Alter erstmalig oder auch wiederholt auftretenden Depressionen hingewiesen worden.

Besonders wichtig war immer die Frage, ob die Involutionsdepression zum manisch-depressiven Irresein gehört, oder eine selbständige Krankheitsform darstellt. Für den größten Teil der Fälle hatten sich die meisten Autoren dahin ausgesprochen, daß eine selbständige Krankheitsform nicht vorliege, da der Zyklus auch bei den erstmalig im Involutionsalter auftretenden Melancholien im allgemeinen gewahrt bleibt. Es blieben jedoch immer noch eine Reihe von Fällen übrig, die zu keiner,

auch nicht vorübergehenden Heilung führten, die nach *Medow* als „erstarrende Rückbildungsdepression“ bezeichnet wurden, während andere Autoren vom „depressiven Wahnsinn“ sprachen. Auch fanden sich direkte Übergänge in Demenz mit organischen Symptomen (*Kraepelin*, *Thalbitzer*). *Hoche*, der das Bemühen nach Krankheitseinheiten zu suchen, als „aussichtslos“ bezeichnete, vertrat die Ansicht, daß die Melancholie abhängig vom Alter usw. sei, und daß dadurch Verlaufsform und Prognose andersartig beeinflußt werden. Auch *Bumke* beobachtete immer wieder Fälle, die einen ungünstigen Ausgang nahmen, der durch einen größeren Anteil exogener Faktoren verursacht ist. In vielen Fällen ist die Abgrenzung gegenüber den durch Arteriosklerose bedingten typischen Veränderungen schwer, zumal Involution wie Arteriosklerose Anzeichen desselben Prozesses, des Alterns, sind. Auf die Sonderstellung eines Teils der Rückbildungsdepressionen in prognostischer Beziehung hat *Mauz* in seiner „die Prognostik der endogenen Psychosen“ behandelnden Abhandlung hingewiesen. Er spricht von sog. chronischen Depressionen, zum Teil mit manisch-depressiver Konstitution, die zwischen dem 45. und 50. Lebensjahre mit einer Depression erkranken, die zwar in ihrer depressiven Komponente allmählich abklingt, jedoch im ganzen nicht mehr eine endgültige Heilung aufweist, zum Teil „gewisse torpide Involutionmelancholien“, die „in jeder Weise vom manisch-depressiven Formenkreis abrücken“. Es kommt bei diesen Fällen zu einer „hypochondrisch-depressiven paranoiden Dauerveränderung mit progressiver Weiterentwicklung und körperlichem Verfall“. Autor hat noch nach 9 Jahren das unveränderte melancholische Bild gefunden. Bei anderen Fällen hat *Mauz* auch nach einmaligem Auftreten in der Involution einen sehr günstigen Verlauf beobachtet, den er auf die Besonderheiten des prämorbidem Persönlichkeitsbildes („diathetische Proportion“ *Kretschmers* und pyknischer Habitus) zurückführte. Exogene Momente sowohl somatogener wie psychogener Art sind nach demselben Verfasser von Einfluß auf die Prognose und vereinigen bekanntermaßen im Involutionsalter ihre ungünstige Wirkung auf die Prognose.

Demnach besteht nach Ansicht der meisten Autoren im Involutionsalter eine Neigung zu einer Verschlechterung der Prognose bei Depressionen. Verfasser hat in einer früheren zusammenfassenden Arbeit über die Psychosen im Klimakterium und in der Involution bereits auf die ungünstige Prognose hingewiesen und im wesentlichen einen protrahierten Verlauf beobachtet. Von einer Heilung glaubte Verfasser nur in seltenen Fällen sprechen zu können. Selbst bei den im Klimakterium auftretenden Phasen eines manisch-depressiven Irreseins ist der Verlauf anders wie sonst, auch dann, wenn die Stimmung ins Gegenteil umgeschlagen ist. Verfasser glaubte auch in dem ungünstigen Verlauf, der durch exogene Faktoren hervorgerufen ist, eine Unterscheidung gegenüber den übrigen Depressionen annehmen zu müssen.

Gegen diese mehr zur ungünstigen Seite neigende Ansicht hat sich *Ewald* in seinem Übersichtsreferat über das manisch-depressive Irresein im Januarheft der „Fortschritte der Neurologie u. Psychiatrie“ ausgesprochen. Bis auf einige Fälle von erstarrender Rückbildungsmelancholie, die nach *Bowman* mit schizophrenen Zuständen ohne Verlust des Rappports nicht abheilen, sah *Ewald* überall günstigen Ausgang in seinem Aufnahmebezirk (Erlangen und Umgebung). Er vertritt auch die Meinung, daß der größte Teil der Involutionmelancholien zum manisch-depressiven Formenkreis gehört. Hierin schließt er sich der *Boumanschen* Ansicht an, nach der die größere Zahl der Rückbildungsmelancholien in Genesung ausgehe. So verweist auch *Ewald* die von *Galacjan* als ungünstig geschilderten Ausgänge beim manisch-depressiven Irresein in das Gebiet der erstarrten Melancholie und glaubt, daß hier das Altern einen wichtigen pathogenetischen Faktor darstelle.

Teils durch die Kontroverse *Ewalds*, teils durch das Interesse an der viel erörterten und nicht einheitlich geklärten Problemstellung angeregt, hat Verfasser katamnestische Erhebungen über den weiteren Verlauf der in der hiesigen Klinik 1927—29 beobachteten und in der obenerwähnten Arbeit zugrunde gelegten Krankheitsfälle vornehmen lassen, wobei die Melancholie mit ihren Grenzzuständen sowohl nach der paranoiden als auch nach der schizophrenen, wie nach der psychogenen Seite hin berücksichtigt wurde. Dabei handelt es sich sowohl um im Involutionsalter erstmalig auftretende Erkrankungen, als auch um wiederholte Phasen eines manisch-depressiven Irreseins. Nachuntersucht wurden alle Kranken, gleichgültig, ob sie damals hier geheilt oder wesentlich gebessert entlassen worden sind, oder ob wegen eines ungünstigen und chronischen Verlaufs der Erkrankung eine Anstaltsunterbringung notwendig wurde.

Unter den Fällen reiner Melancholie wurden in der früheren Arbeit erstmalig auftretende Erkrankungsfälle, die teils an das Klimakterium, teilweise im höheren Alter an die Involution sich anschlossen, von den wiederholt auftretenden Phasen einer psychischen Erkrankung getrennt. Im Mittelpunkt des Interesses steht die Untersuchung der Prognose bei den erstmalig auftretenden Depressionen, bei denen die Möglichkeit einer Sondererkrankung gegeben ist. Wir fanden hier in über 60% der Fälle keinerlei Besserung und unter den gebesserten Fällen eine wesentliche Änderung nach der günstigen Seite, so daß man von einer Heilung sprechen kann, in 5%. Die Verteilung unter den jüngeren und unter den älteren Patienten ist ungefähr gleichwertig. Im einzelnen wurde unter den gebesserten Fällen angegeben, daß die Patienten ruhig und geordnet sind, ihre Tätigkeit im Haushalt in leidlich ausreichender Weise ausüben können, während Ausübung ihres früheren Berufs nicht möglich ist. Bei Margarete B. (Fall 4) war nach der Entlassung aus der Klinik zuerst eine wesentliche Verschlechterung eingetreten, die nach der Schlußbemerkung vor der Entlassung zu erwarten war (Dissimulation,

Entlassung gegen Revers). Patientin wurde noch in einer Provinz-Heilanstalt $\frac{3}{4}$ Jahr behandelt, wo dasselbe depressive Bild mit Hypochondrie und Wahnideen verschiedenen Inhalts beobachtet wurde. Nach dem Entlassungsbefund der Anstalt war „die einzige Krankheitserscheinung außer dem Residualwahn eine gewisse Scheu vor den unvermeidlichen Begegnungen mit alten Bekannten“. Zur Zeit ist nach den Beobachtungen ihrer Angehörigen ihr seelischer Zustand „nach dieser Krankheit viel harmonischer und ausgeglichener als vorher. Die Gereiztheit verschwindet immer mehr und macht innerer Ruhe und Besonnenheit Platz. Ihren Beruf als Lehrerin hat sie aufgegeben, sie führt die Wirtschaft mit einer Hilfe und sieht wohl und blühend aus“. Demnach im ganzen ein günstiges Ergebnis 3 Jahre nach Beendigung der Krankheit im Alter von etwa 51 Jahren.

In einem anderen Falle Käthe W. (Fall 8) ist nach kurzer Zeit bereits eine ganz wesentliche Besserung eingetreten, obwohl auch hier wieder Entlassung gegen Revers erfolgte. Pat. ist zur Zeit, etwa 3 Jahre nach der Entlassung, im 47. Lebensjahr, vollkommen wohl und über alle Schwierigkeiten, die zur damaligen Erkrankung führten, hinweggekommen. Hierbei haben wohl die äußeren ungünstigen Verhältnisse eine wesentliche Rolle bei der Entstehung der Krankheit geführt. Nach günstiger Erledigung dieser unglücklichen Situation und nach beendetem Klimakterium ist trotz hereditärer Belastung und trotz ungünstiger Faktoren in der Prämorbidität eine schnelle und völlige Heilung eingetreten. Im Fall 10 (Karoline R.) ist ein Stimmungsumschwung nach der heiteren Seite entstanden, ohne daß man von einem manischen Zustandsbild sprechen könnte. Die damals als Hauptursachen einflußreichen ungünstigen Eheverhältnisse sind zwar in ihren Haupttatsachen bestehen geblieben, haben aber auf die Stimmung der Patientin keinen Einfluß mehr. Die Menstruation besteht zur Zeit, wenn auch unregelmäßig, noch fort, körperliche klimakterische Beschwerden treten hin und wieder auf. Klimakterium noch nicht beendet, dennoch Heilung. Martha T. (Fall 13), jetzt 65 Jahre, hat nach einigen Schwankungen sich vollkommen erholt. Nur fällt eine ziemlich weitgehende Teilnahmslosigkeit auf, sie „redet nur, wenn direkt Fragen an sie gestellt werden, auch bleibt sie nicht gern allein und schläft nicht allein“. Nach der Entlassung aus der Klinik hatte sie einen schweren Selbstmordversuch gemacht, der wohl noch in dem Bereich der damaligen Erkrankung gehörte, wenn auch eine leichte Besserung bei der Entlassung eingetreten war. Über Frau Auguste L. (Fall 16) haben wir erfahren, daß nach kurzer Besserung der Zustand ähnlich wie vorher war, daß aber „nach längerem Gebrauch von Ovobrol eine allmähliche aber fast vollständige Besserung eingetreten ist“.

Unter den ungünstigen Ausgängen befindet sich ein Teil der Kranken zur Zeit noch ohne Pause in einer Heilanstalt, ein Teil ist durch Selbst-

mord geendet, eine andere Gruppe in unveränderter Krankheit zu Hause gestorben, andere noch krank in ihrer früheren Umgebung. Die Fälle 1 und 2 sind bald nach der Entlassung durch Selbstmord geendet. Fall 1 neigte seit Jahren schon zu Selbstmordversuchen, war nach kurzen Besserungen mehrfach aus Klinik und Anstalt entlassen worden, verschlechterte sich aber immer wieder schnell, und endete bei einer erneuten Verschlechterung durch Suicid. Ob hier noch von einzelnen Phasen gesprochen werden kann, ist zweifelhaft, da die sog. Besserungen meist nur wenige Monate anhielten, in denen die Kranke allerdings imstande war, ihren Haushalt in ausreichender Weise zu versorgen, bis es dann immer wieder zu ganz plötzlichen Verschlechterungen kam, die eigentlich sich nur in einem für die Umgebung unerwartet aufgetretenen, meist recht schweren Selbstmordversuch äußerten. Wahrscheinlich handelt es sich hier nur um eine seit den Wechseljahren bestehende, dauernd sich verschlechternde chronische Depression mit einigen Schwankungen in ihrem Verlaufe. Der Fall 2 bot an sich schon eine Reihe von Besonderheiten, die in dem sehr ungünstigen Verlauf und dem Hinzutreten von Wahnideen und Sinnestäuschungen sich zeigten. Der Selbstmord erfolgte im Zusammenhang mit dem Krankheitszustande, ohne daß eine Besserung auch nur vorübergehender Art eingetreten war. In anderen Fällen (3, 15, 18) ist, ohne daß eine psychische Veränderung nach der Entlassung sich gezeigt hatte, der Tod eingetreten. Frau H. (Fall 3) war nach der Entlassung noch einige Zeit in einer Heilanstalt, wo sie an einer Peritonitis infolge perforierten Ovarialabscesses, wodurch ein Teil ihrer hypochondrischen Klagen erklärt werden kann, verstorben ist. Berta L. (Fall 6), die von hier gegen Revers entlassen worden ist, die wegen dauernder Unruhe und wegen kurz danach aufgetretener Selbstmordversuche in eine Heilanstalt aufgenommen werden mußte, in der sie dauernd unruhig und ängstlich war, ist, ohne daß eine Besserung eingetreten war, an schwerer allgemeiner Körperschwäche verstorben. Frau D. (Fall 17) befindet sich zur Zeit noch in der Heilanstalt, nachdem sie erst von dort wesentlich gebessert entlassen worden war. Patientin hatte sich dann etwa 2 Jahre gut gehalten, verschlechterte sich aber dann erneut, so daß wiederum eine Klinikaufnahme und Anstaltseinweisung 1931 notwendig wurde. Hat immer noch eine Reihe von hypochondrischen Ideen, ist äußerst ängstlich und depressiv. In diesem Falle kann man von einer erneuten Phase eines in der Involution begonnenen Depressionszustandes sprechen. Bei zwei anderen (Fall 7 und 12) ist bisher eine Besserung nicht eingetreten, beide sind unverändert ängstlich und niedergeschlagen, bei Fall 7 waren katatonische Anzeichen leichter Art immer vorhanden, bei Fall 12 hat sich eine Wahnbildung immer mehr bemerkbar gemacht und schließlich das ganze Bild beherrscht. Erwähnt seien noch 2 Fälle, bei denen keine Besserung eingetreten ist und die sich noch zu Hause befinden (Fall 9 und 14). Fall 9 hatte in der ganzen Zeit seit der Menopause (jetzt

seit etwa 6 Jahren) keinerlei Änderung gezeigt, kann auch jetzt nicht ohne Aufsicht gelassen werden, bleibt bei ihrem monotonen Jammern und hat sich in ihrem Zustand in letzter Zeit noch verschlechtert. Bei Fall 14 liegen die Verhältnisse wesentlich komplizierter, besonders ungünstige Charakterverhältnisse gestalten das Bild nach verschiedenen Seiten hin in ungünstiger Weise. Streitsucht und Neigung zu Verleumdungen und Beleidigungen war in der ganzen Zeit vorhanden, dazu kommt eine dauernde Unruhe, so daß es den Angehörigen unmöglich ist, mit der Kranken zusammen zu wohnen.

In der Stimmungslage und im subjektiven Befinden war eine Zeitlang eine Besserung eingetreten, insofern als die körperlichen Klagen mehr in den Hintergrund getreten waren. In der letzten Zeit hat sich eine deutliche Verschlechterung bemerkbar gemacht, indem die Reizbarkeit sich steigerte, körperliche Klagen und Beschwerden erheblich zunahmen und eine Depression mehr in den Vordergrund trat. In diesem Falle also auch eine kaum merkliche Schwankung bei einer durchaus chronischen Melancholie. Günstiger liegen die Verhältnisse bei den im Involutionalter auftretenden Phasen eines manisch-depressiven Irreseins, bei denen man ohne weiteres ein Wiederauftreten depressiver Phasen erwarten dürfte, was jedoch vielleicht zufällig bei unseren Fällen bisher — d. h. bei einem Abstand von 2—3 Jahren — nicht beobachtet wurde. Bei Marie G. (Fall 19), bei der es sich im Klimakterium um die 8. Phase einer periodischen Depression auf hypomanischer Grundlage handelt, ist eine traurige Verstimmung nicht wieder aufgetreten. Patientin befindet sich in einem leicht manischen Dauerzustand, hat trotz ihrer 52 Jahre noch einmal geheiratet und hat als einzigen Rest ihrer letzten Depression im Gegensatz zu früheren Zeiten eine vermehrte Neigung, sich mit körperlichen Vorgängen zu beschäftigen und darüber Klagen vorzubringen. Marie D. (Fall 20), bei der auch eine Reihe von Phasen vorhanden waren, und die bei der letzten Aufnahme von der Klinik nach einer Heilanstalt überwiesen worden war, befindet sich seit etwa 2 Jahren in guter Stimmung („Ich bin sehr glücklich, noch glücklicher als zuvor“). Die Patientin hat trotz ihrer 68 Jahre noch eine größere Reise unternommen und zeigt allgemeine Rüstigkeit, jugendliche Elastizität, leichte Euphorie, einen etwas gesteigerten Rededrang, im ganzen ein hypomanisches aber nicht übertriebenes Zustandsbild. Ein äußerst günstiges Ergebnis, wenn man das schon immerhin stark vorgeschrittene Alter berücksichtigt. Bei Fall 21 (Agnes F.), die aus der Klinik gegen Revers entlassen wurde, bei der es sich um eine Wiederholung einer in der Jugend erstmalig aufgetretenen depressiven Phase im Klimakterium handelte, ist eine allmähliche Besserung eingetreten, wenn auch immer noch eine gewisse Angst und eine Neigung zu Schlaflosigkeit vorhanden ist.

Bei den bisher behandelten Fällen endogener Depression waren im ganzen etwa 50% ungeheilt, unter denen ein kleiner Teil vorübergehende

Besserungen zeigte, im ganzen aber doch dauernd Anzeichen der Erkrankung aufwies und immer wieder zu Verschlechterungen neigte, ein anderer Teil sich in keiner Weise änderte, so daß von einer chronischen Depression gesprochen werden kann, und schließlich eine andere Gruppe bald nach der Entlassung durch Selbstmord oder interkurrente Erkrankung endete, so daß in einigen Fällen wegen der Kürze der verstrichenen Zeit kein endgültiges Urteil über den weiteren eventuellen Verlauf der Depression abgegeben werden kann. Unter diesen ungünstig verlaufenden Fällen sind schizophrene oder katatone Symptome nicht beobachtet, so daß von einer besonderen Abart der Involutionsdepression nicht gesprochen werden kann, vielmehr ähneln die Fälle durchaus denen mit günstigem Ausgang. Auch sind Bilder, wie sie *Medow* unter dem Namen „erstarrende Rückbildungsdepression“ beschrieben hat, nicht beobachtet worden. Wir haben also in unserem Material (Kranke aus Ostpreußen und ihren Grenzgebieten) einen sehr hohen Prozentsatz von ungünstig verlaufenden Rückbildungsmelancholien und stehen damit in einem deutlichen Gegensatz zu *Ewalds* Beobachtungen, zumal unter den übrigen 50% nur 36 tatsächlich bekannt gewordene Heilungen oder Besserungen sich finden, da in etwa 14% eine Nachuntersuchung nicht möglich war, so daß unter diesen wahrscheinlich noch einige ungünstige Verlaufsformen sind, wenn auch eher eine Besserung als eine Verschlechterung anzunehmen und niemals Anstaltsunterbringung vorhanden ist. Die Ursache unserer von süddeutschen und anderen Autoren abweichenden Ergebnisse lassen sich nicht mit Sicherheit angeben, doch mögen besondere Eigentümlichkeiten von Rasse und Körperbau dabei eine Rolle spielen. Es sei nur darauf hingewiesen, daß Erkrankungsformen cyclischer Art in der Königsberger Klinik weit seltener beobachtet werden als z. B. in Tübingen, wo die Depression den Hauptanteil der Kranken ausmacht. Interessant ist auch die Beobachtung, daß bei den erstmalig im Involutionalter auftretenden Erkrankungen die Prognose wesentlich ungünstiger ist als bei den wiederholten Phasen, wobei vielleicht das Ergebnis auf einen Zufall zurückzuführen ist. Auch war unter den ungünstig verlaufenden Formen ein Teil vom leptosomen Habitus, ein Teil dysplastisch-athletisch, außerdem zeigte das prämorbid Bild keine typischen zyklotyphen Eigenschaften, während bei den wiederholt Erkrankten meist ein typisch pyknischer Habitus mit entsprechender Charakter- und Persönlichkeitsentwicklung vorhanden war. Man kann aber nicht aus dem Habitus und der Prämorbidität einen Schluß auf die Prognose ziehen, da auch unter den günstigen Verlaufsformen die verschiedensten konstitutionellen Arten vorkommen. Es müssen demnach auch noch andere Faktoren von Einfluß sein, deren Kenntnis bisher nicht ergründet ist. Am naheliegendsten wäre der Gedanke an eine Besonderheit des Symptomenbildes, die aber, wie bereits oben auseinandergesetzt wurde, nicht vorhanden ist. Besonders sind die erwarteten schizophrenen

Symptome zum Teil nur in ganz geringem Maße, zum Teil gar nicht vorhanden. Eine zweite Möglichkeit wäre an die durch das Alter bedingten ungünstigen Beeinflussungen zu denken, eine Annahme, die, wie aus der am Schlusse befindlichen Übersichtstabelle hervorgeht, nicht richtig ist, da ein wesentlicher Unterschied in der Art der Prognose zwischen der Gruppe der jüngeren und der der älteren nicht vorhanden ist.

Bei den sehr ungünstigen Ausgängen der bisher behandelten Fälle reiner Depression ist bei Depressionen mit Übergang in Paranoid oder bei den Fällen reiner paranoider Demenz resp. Paraphrenie, die, streng genommen in diese Ausführungen nicht hineingehören, aber wegen des engen Zusammenhanges der involutiven Einflüsse miterwähnt sein mögen, eine wesentlich schlechtere Prognose zu erwarten. Leider war es auch hier nicht möglich, in allen Fällen eine Auskunft zu erhalten, im ganzen sind die Ergebnisse denen der reinen Depression sehr ähnlich, nur daß die Fälle mit günstigem Ausgange seltener als bei der 1. Gruppe sich finden (26%). Unter diesen günstigen Verlaufsarten finden wir solche, die sich mit ihren Wahnideen abgefunden haben und ohne Konflikte mit der Umgebung, oft noch fähig, ihre Wirtschaft zu besorgen, ihr Leben verbringen. In anderen Fällen sind geringe Restzustände einer Angst oder Unruhe noch vorhanden, aber die Wahnideen sind im wesentlichen abgeklungen. So befindet sich z. B. Frau S. (Fall 27), die in der hiesigen Beobachtung stark unter Stimmen und religiösen Wahnideen zu leiden hatte, und von hier in eine Heilanstalt gekommen war, in der sie nach 5 Monaten zwar gebessert aber noch ganz im Banne ihrer religiösen Wahnideen entlassen werden konnte, zur Zeit bedeutend besser. Sie ist lustig, besorgt die Wirtschaft, verträgt sich mit ihrem Mann gut, ist nur noch etwas mißtrauisch. Eine andere Frau S. (Fall 31), bei der es sich um einen Querulantenwahn handelt, hält naturgemäß an ihren Ideen fest, wenn sie es auch nicht mehr zu neuen Prozessen hat kommen lassen, ist ruhig, fleißig, wirtschaftlich und sorgt in durchaus guter Weise für Kinder und Enkel. Auch Frau G. (Fall 35), die erst 7 Jahre nach der Menopause mit depressiv gefärbten Wahnideen und Sinnestäuschungen erkrankte, befindet sich zur Zeit in einem Zustand wesentlicher Besserung. Die Befürchtungen und Verfolgungsideen haben noch etwa 2½ Jahre nach der Klinikentlassung angehalten, sind jedoch zur Zeit vollkommen in den Hintergrund getreten. Frau G. ist lustig, zufrieden, besorgt die Wirtschaft, nur ab und zu stimmungslabil und immer sehr empfindlich, etwas scheu und ängstlich. Nach dem jetzigen Befunde könnte man geneigt sein, die damals gestellte Diagnose „präseniles Paranoid“ dahin abzuändern, daß es sich um eine paranoisch gefärbte Depression gehandelt hat, die jetzt in ein leicht manisches Zustandsbild mit all den Besonderheiten der sog. hypoparanoiden Konstitution übergegangen ist. Am günstigsten ist der Verlauf bei Barbara S. (Fall 28), die eine große Zahl von Sinnestäuschungen und Wahnideen,

besonders der Beeinträchtigung und Verfolgung hatte, bei der auch sexuelle Vorstellungen von Einfluß waren, die nach der Entlassung aus der Klinik noch 2 Monate in einer Heilanstalt war, in der sie immer noch beherrscht von ihren Wahnideen, gegen ärztlichen Rat herausgenommen wurde. Es trat bald danach eine wesentliche Besserung zu Hause ein, die Kranke äußerte nichts mehr von ihren früheren Ideen und Halluzinationen und ist dann etwa $\frac{3}{4}$ Jahr nach der Klinikentlassung wieder in Arbeit getreten und hat seitdem ununterbrochen dieselbe Stellung (Wirtschaftsführung) bereits schon 2 Jahre inne, ohne daß irgendwelche krankhaften Anzeichen beobachtet worden wären. Bei Frau D. (Fall 33) ist insofern ein Stillstand eingetreten, als neue Konflikte mit der Polizei nicht mehr aufgetreten sind, und daß es der Patientin, wenn auch mit Mühe, möglich ist, sich bereits seit Jahren außerhalb der Anstalt zu halten. Von einer Besserung oder gar Heilung kann man aber in diesem Falle doch nicht sprechen, da die Kranke ununterbrochen durch ihre verschiedenartigen Sinnestäuschungen belästigt wird und oft des ärztlichen Zuspruchs bedarf, um sich einigermaßen zu Hause halten zu können, ohne mit der Umgebung in Konflikt zu kommen. Unter den ungünstigen Verlaufsformen überwiegen diejenigen Fälle, die sich zur Zeit noch in Anstalten befinden. Anna K. (Fall 24) ist nach unserer Anstaltsüberweisung bereits nach kurzer Zeit völlig ungeheilt entlassen worden, jedoch wurde baldige Wiederaufnahme notwendig; sie ist, ohne daß eine Besserung eingetreten war, etwa $1\frac{1}{2}$ Jahre später an Lungentuberkulose gestorben, nachdem vorher ausgesprochen katatone Symptome hinzugekommen waren. Dieser Fall ist in der Beziehung bemerkenswert, daß die Krankheit wie eine ausgesprochen klimakterische Depression mit hypochondrisch sexueller Färbung begann, zu der dann bald ein System von Wahnideen hinzukam, bis sie schließlich das Bild einer Katatonie entwickelte. Die Krankheit brauchte im ganzen bei dauernder Progredienz etwa 2 Jahre. Luise R. (Fall 26) befindet sich zur Zeit noch in einer Heilanstalt, gerät dort oft mit anderen Kranken und Pflegerinnen in Konflikte, auch Schlägereien, ist oft sehr unangenehm, immer gereizt, mürrisch, leicht depressiv, bestreitet die früher angegebenen Sinnestäuschungen und Wahnideen, bietet im ganzen das etwas wechselvolle Bild einer depressiv gefärbten Schizophrenie. Johanna T. (Fall 37) befindet sich ebenfalls noch in der Anstalt, ohne daß es bisher möglich war, sie nach Hause zu nehmen oder in Pflege zu geben. Sie hält an ihren Wahnideen fest, spricht aber wenig darüber. Auch Ella S. (Fall 34) ist in Anstaltsbehandlung, nachdem eine Beurlaubung wegen Verschlechterung vorzeitig abgebrochen werden mußte. Hat immer noch dieselben depressiv gefärbten Beeinträchtigungsideen und hört die sie beängstigenden Stimmen.

Im ganzen betrachtet sind die prognostischen Ergebnisse bei den Paranoiden durchaus nicht ungünstiger als bei den Depressiven, sicher

nicht anders als bei den paranoischen und paranoiden Psychosen anderer Lebensalter und bei Männern. In einigen Fällen fand sich sogar in unerwarteter Weise eine erhebliche Besserung mit vollkommener Überwindung der Wahnideen und mit Wiederkehr einer Berufstätigkeit. Eine besondere Wirkung der Involution im Sinne einer Verschleppung oder einer Verschlechterung der Prognose kann man nicht feststellen. Der Einfluß der Involution und verwandter Prozesse ist bei der paranoiden Psychose anders und weniger schwerwiegend als bei der Depression, wenn ein solcher Schluß aus der Tatsache erlaubt ist, daß sich die Prognose bei beiden Erkrankungen in ihrem Verhältnis zu der entsprechenden Prognose anderer Lebensalter ganz verschieden verhält. Allerdings ist dabei zu bedenken, daß die Prognose der paranoiden Erkrankung immer schlecht ist, während die der Depression in anderen Lebensaltern günstig ist. Außerdem haben wir zu den paranoiden Erkrankungen auch solche gerechnet, die deutliche schizophrene Symptome zeigten, bei denen dadurch eine ungünstige Beeinflussung der Prognose hinzukommt. Wegen mancher Übergänge zu den Melancholien und wegen der Möglichkeit, aus dem Verlauf einen Rückschluß auf die Diagnose mit eventueller Änderung ziehen zu können, wurden diese Fälle hier erwähnt.

Ähnlich ist es auch mit den schizophrenen Prozessen des höheren Lebensalters, die streng genommen nicht zu unserem Thema gehören, die aber oft so eng mit depressiven Anfängen verknüpft sind, daß mitunter eine Unterscheidung zwischen einer besonders schweren Melancholie mit Monotonie und angedeuteten katatonen Symptomen und der sog. Spätkatatonie kaum möglich ist und man das Gefühl hat, daß es sich hier um graduelle Unterschiede handelt, oder daß besondere exogene Vorgänge hinzukommen müssen, sodaß der Ausgang ein so besonders ungünstiger wie bei der „Spätkatatonie“ wird. Bei dieser Erkrankung läßt sich über Prognose — soweit unsere Fälle in Frage kommen — nur sagen, daß sie sämtlich gestorben sind. Andere Autoren berichten auch von Übergang in Chronizität und dauernden geistigen Schwächezustand. Die Annahme, daß es sich um besondere exogene Einflüsse — vielleicht endokriner — vielleicht anderer organischer (autotoxischer) Art — handelt, wird durch diesen Ausgang unterstützt, da weder durch die Unruhe, noch durch die mangelnde Ernährung, noch durch interkurrente Erkrankungen der Tod in ausreichender Weise erklärt werden kann.

Neben diesen besonders ungünstig verlaufenden Formen der Spätschizophrenie hatten wir auch einige andere in der früheren Arbeit beschrieben, die mit typischen schizophrenen Symptomen — auf affektivem wie assoziativem Gebiet — einhergeht. Daß hier auch eine ungünstige Prognose zu stellen war, lag von vornherein auf der Hand und ist durch die jetzigen Nachuntersuchungen vollauf bestätigt worden. In

unseren Fällen war keinmal eine Besserung entscheidender Art eingetreten, so daß eine längere Herausnahme aus der Anstalt nicht möglich war. Alle diese Kranken befinden sich zur Zeit noch in Anstaltsbehandlung. Bei Meta Q. (Fall 44) hat sich eine deutliche Verschlechterung eingestellt, ausgesprochen katatone Symptome sind hinzugekommen, sie ist unsauber, negativistisch, mutistisch, einem katatonen Stupor ähnlich. Diese Zustände wechseln mit schweren Erregungszuständen. Irgendwelche verständliche Äußerungen werden von der Kranken nicht mehr gemacht. Im ganzen besteht dieses Bild schon seit fast 3 Jahren unverändert. Ebenso ist Frau Bertha K. (Fall 45) noch in der Anstalt, nachdem sie vor 1 Jahr vorübergehend entlassen war. Mußte aber bald wieder aufgenommen werden, weil sie erregt war und kein Unterkommen hatte. So mußte auch der Versuch, sie in Pflege zu geben, bald aufgegeben werden, weil sie unruhig wurde. Sie ist sehr wechselnd in ihrer Stimmung, meist stumpf und apathisch, ohne Initiative, ohne Willen, ohne Wünsche. Macht einen weitgehenden, dementen Eindruck. Man kann auch hier von einer Progression sprechen. Ähnlich befinden sich noch Fälle 42 und 43 in der Anstalt. Elma K. (Fall 43) ist ausgesprochen dement, aber im ganzen ruhig und freundlich geworden, hat sich auch zeitweise in der Anstalt, sowie in Familienpflege, auch zu Hause auf Urlaub, beschäftigt. Deutlich arteriosklerotische Prozesse sind hinzugekommen und haben das Bild einer organischen Demenz entstehen lassen. Der Verdacht auf eine beginnende Hirnarteriosklerose mit sekundären Veränderungen hat auch schon während unserer Beobachtung bestanden, wenn auch die Patientin bei der damaligen Behandlung erst 43 Jahre alt war. Halluzinationen und Wahnideen sind in den Hintergrund getreten, nur sind starke Stimmungsschwankungen bestehen geblieben, so daß man zeitweise den Eindruck hatte, daß manische und depressive Phasen miteinander abwechseln. Dazu kommt aber immer wieder die hochgradige Demenz mit Desorientiertheit und Merkschwäche, die an eine sekundäre Demenz erinnert, ohne daß organische Veränderungen sicher nachzuweisen sind. Eine Paralyse ist mit Sicherheit auszuschließen. In diesem Fall ist eine klare Diagnose auch jetzt nach über 2 Jahren nicht möglich. Der Anfang ließ an eine klimakterisch gefärbte Schizophrenie denken, der weitere Verlauf deutet auf eine frühzeitige Arteriosklerose. Fall 42 war immer in vieler Beziehung unklar. Es wurde damals an eine endokrine Störung gedacht, die von Kindheit an zusammen mit einem hochgradigen Schwachsinn besteht, zu dem in der Zeit des Klimakteriums eine Psychose hinzutritt, die zu einem schnellen Verfall der Persönlichkeit führt. Patientin ist im ganzen unverändert geblieben, hat nur hin und wieder epileptische Anfälle gehabt (seit 3 Jahren 2 Anfälle!), so daß die Diagnose weiter angezweifelt werden muß. Die Fettleibigkeit besteht fort, die Demenz ist auch schwerer geworden, Neigungen zu Unruhe und zu Widerständen sind immer seltener aufgetreten.

Eine Beschäftigung innerhalb der Anstalt ist nicht möglich. Es liegt nahe, hier an eine Reihe endokriner Vorgänge zu denken, die zu dem rapiden Verfall der Persönlichkeit führten. Ebenso schwierig ist der Fall 46 (Johanne N.) retrospektiv zu beurteilen. Hier besteht eine Neigung zum schubweisen Auftreten der Erkrankung. Vor unserer Beobachtung 1928 war bereits ein ähnliches Bild nach Typhus in der Jugend beobachtet worden, in der Anstalt trat nach unserer Entlassung sehr bald eine wesentliche Besserung ein, die Patientin war munter und konnte ihre Wirtschaft versehen, bis nach geringfügigen Anlässen eine erneute Anstaltsunterbringung notwendig wurde. Seitdem ist sie jedes Jahr einmal in der Anstalt, ist dann wieder zu Hause ganz tüchtig und vollkommen geordnet. In den schlechten Zeiten ist sie erregt, leicht hypomanisch, hat Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen, benimmt sich clownhaft und läppisch, beruhigt sich nach etwa 2—3 Monaten stets vollkommen und ist dann eher leicht depressiv-hypochondrisch, aber klar und besonnen. Demnach handelt es sich hier um eine in ganz kurzen Schüben verlaufende Erkrankung mit vielen schizophrenen und vielen cyclischen Anzeichen. Auch sind ja zwischen den Schüben und den guten Zeiten Unterschiede der Stimmung, so daß man tatsächlich von entgegengesetzten Phasen, die teils ein hypomanisch-erregtes, teils ein depressiv-hypochondrisches Bild zeigen, sprechen kann. Nur das Hinzukommen schizophrener Symptome, das Auftreten von Wahnideen und Sinnestäuschungen, von läppischer Erregung und Negativismus, sinnlosem Rededrang in den manischen Zeiten und das geordnete Verhalten in den depressiven Phasen ist auffallend und schwer zu erklären. Man ist versucht, hier von einer Mischung beider Formenkreise zu sprechen, wobei nach dem Verlauf das Cyclische, nach dem Symptomenbild das Schizophrene überwiegt. Man kann hieraus wie auch aus einigen früheren Fällen ersehen, daß nach dem Verlauf unter Umständen ganz andere diagnostische Ergebnisse entstehen können, als man sie nach den ersten Zustandsbildern erwartet, ein Ergebnis, das jedem Psychiater seit *Kraepelins* Zeiten bekannt ist.

Bei den „Schizophrenien“ dieses Lebensabschnittes findet man also immer ungünstigen Verlauf, bei den Spätkatatonien sogar fast stets schnellen Tod. Die Betrachtung des Verlaufs ist aber deswegen von Wichtigkeit, weil manche ändernde Schlüsse auf die Diagnose gezogen werden können.

Zum Schluß unserer Betrachtung seien die psychogenen Depressionen in ihrer Prognose erwähnt, wobei die Frage oft schwer zu entscheiden ist, wo die Grenze zwischen endogener Psychose und psychogener Reaktion ist. Übergänge sind fließend, psychogene Anfänge sind bei vielen sog. endogenen Psychosen vorhanden, oft ist es nicht viel mehr als ein gradueller Unterschied und ein Unterschied im Symptomenbild, wobei es auch immer wieder Übergänge gibt. Wichtig ist auch hier zur Unterscheidung

der Verlauf. Wir dürfen theoretisch erwarten, daß bei den psychogenen Reaktionen in diesem Lebensabschnitt, soweit es sich um eine Reaktion auf das Klimakterium handelt, diese Verstimmungen abgeklungen sein müßten, wenn das Klimakterium vorüber ist; wenn es sich um eine Reaktion auf andere Lebenserlebnisse handelt, ist die Beurteilung ebenso wie bei psychogen-reaktiven Depressionen anderer Lebensalter. Die Depression klingt ab, wenn die Ursache verschwindet oder wenn die Kranke sich durch Gewöhnung oder Psychotherapie damit abgefunden hat. Was finden wir in unseren Fällen? Durchaus nicht immer eine vollkommene Heilung, obwohl mehrere Jahre seit der ersten Beobachtung verstrichen sind. Meist ist das Ergebnis ein sehr schlechtes. Eine Heilung ist selten (in den früheren beschriebenen Fällen nur einmal), im ganzen nicht ganz in 10% der Fälle. Im Fall 51 (Klara S.) „erfreut sich die Kranke bester Gesundheit“ seit der Entlassung. Sie war damals teils durch die Verhältnisse (ungünstige Ehe, wirtschaftliche Not, eigene Schuld an dem Verlust ihres Geldes usw.) teils durch das Klimakterium, teils durch Rentenwünsche zu den verschiedensten körperlichen und seelischen Beschwerden gekommen. In einigen anderen Fällen ist eine Besserung eingetreten, die Patienten sind ohne ärztliche Behandlung, zu Hause, haben aber noch einige Beschwerden. Frau H. (Fall 52) hat noch verschiedene körperliche Krankheiten durchgemacht, ist aber im ganzen ruhig, wenn auch sehr empfindlich. Von einer Heilung kann bei ihrer Konstitution schon deswegen nicht gesprochen werden, weil die Ursache, die 1928 zur Krankheit führte — das unglückliche Zusammenleben mit einem zu Gewalttätigkeiten neigenden Mann — nach wie vor vorhanden ist. Die Frau macht objektiv einen etwas gezielten und hypochondrisch-depressiven Eindruck, ist aber beherrscht und hat Hoffnung auf baldige Besserung. In anderen Fällen hat sich keine Besserung eingestellt. Helene M. (Fall 48) ist noch sehr niedergeschlagen, liegt viel zu Bett, hat viel über körperliche Beschwerden zu klagen, sie hat noch unregelmäßige Menstruation und leidet auch unter den erheblichen klimakterischen Beschwerden. Im ganzen noch dieselbe hypochondrisch-psychogene Einstellung wie früher. Daß hier keine Besserung eingetreten ist, dürfte wohl die frühere Annahme, daß es sich *nur* um Invalidenrentenwünsche einer Schwachsinnigen im Klimakterium handelt, nicht bestätigen. Vielmehr kann man an eine besonders schwere Reaktion einer Schwachsinnigen auf die körperlichen Beschwerden des Klimakteriums denken. Der lange Fortbestand der Erkrankung ist auffallend und läßt schwerere Prozesse möglich erscheinen. In einem weiteren Fall (Fall 50) ist eine Veränderung nicht mehr eingetreten, das hypochondrisch gefärbte Bild einer hysterischen Reaktion mit Theatralik und Neigung zu Übertreibungen ist unverändert bestehen geblieben. Auch hier ist es schwer, einen Grund dafür anzugeben, warum hier ein so überaus ungünstiger Verlauf sich entwickelt hat. Frau R. (Fall 53) schließlich,

Übersichtstabelle.

Nr.	Name	Alter	Zeit	geheilt	gebessert	ungeheilt	Anstalt	Tod	Suicid	Zustandsbild	Schwankungen
		Jahre									
I. Melancholien.											
a) Erstmalig im Klimakterium.											
1.	Elise St.	57	1	—	—	ung.	—	—	+ S.	—	—
2.	Martha R.	51	1	—	—	ung.	—	—	+ S.	—	—
3.	Emilie H.	55	2	—	—	ung.	—	+	—	—	—
4.	Margarete B.	51	4	—	geb.	—	—	—	—	ohne Beruf	war in Anstalt
5.	Bertha N.	42	—	—	—	—	—	—	—	—	unbekannt
6.	Bertha L.	56	1	—	—	ung.	T.	+	—	—	—
7.	Hedwig L.	43	3	—	—	ung.	T.	—	—	unverändert	—
8.	Käthe W.	46	3	geh.	—	—	—	—	—	„normal“	—
9.	Klara R.	59	4	—	—	ung.	—	—	—	depr.-hypo.	verschlechtert
10.	Karoline R.	51	4	—	geb.	—	—	—	—	euph.-lebhaf	—
b) Erstmalig in der Involution.											
11.	Anna D.	59	3	—	geb.	—	—	—	—	hypomanisch	—
12.	Emma M.	54	4	—	—	ung.	T.	—	—	unverändert	vorüberg. besser
13.	Martha T.	65	3	—	geb.	—	—	—	—	teilnahmslos	vorüberg. schlechter
14.	Klara N.	63	3	—	—	ung.	—	—	—	erregt, paran.	vorüberg. besser
15.	Auguste G.	62	1	—	—	ung.	—	+	—	—	—
16.	Auguste L.	59	3	—	geb.	—	—	—	—	ruhig	allmählich besser
17.	Auguste D.	63	4	—	—	ung.	T.	—	—	unverändert	—
18.	Ida S.	61	2	—	—	ung.	—	+	—	—	—
c) Manisch-depr. Phasen in der Involution.											
19.	Marie G.	53	3	—	geb.	—	—	—	—	Hypomanie	Rentenwünsche
20.	Marie D.	68	2	—	geb.	—	—	—	—	Hypomanie	erst Anstalt
21.	Agnes F.	56	3	—	geb.	—	—	—	—	ängstlich	—
22.	Agnes R.	59	—	—	—	—	—	—	—	—	unbekannt
II. Paranoide.											
a) Depr. mit Übergang in Paranoid.											
23.	Edith W.	51	—	—	—	—	—	—	—	—	unbekannt
24.	Emma K.	50	3	—	—	ung.	T.	—	—	unverändert	—
b) Dementia paranoidea.											
25.	Luise R.	51	2	—	—	ung.	T.	—	—	unverändert	—
26.	Amalie H.	53	3	—	—	ung.	T.	—	—	unverändert	—
27.	Mathilde S.	49	2	—	geb.	—	—	—	—	ohne Wahn	erst Anstalt
28.	Barbara S.	50	2	geh.	—	—	—	—	—	berufstätig	erst Anstalt
29.	Hedwig E.	46	—	—	—	—	—	—	—	—	unbekannt
30.	Lisbeth W.	41	—	—	—	—	—	—	—	—	unbekannt
c) Paranoia.											
31.	Marie S.	68	3	—	geb.	—	—	—	—	Wahnsystem	tätig
32.	Luise J.	43	—	—	—	—	—	—	—	—	unbekannt
d) Paraphrenie.											
33.	Martha D.	49	3	—	—	ung.	—	—	—	Wahnsystem	erst Anstalt
e) Präsenile.											
34.	Ella S.	53	3	—	—	ung.	T.	—	—	unverändert	vorüberg. z. H.
35.	Agnes G.	59	3	—	geb.	—	—	—	—	empfindlich	allmählich besser
36.	Anna K.	63	—	—	—	—	—	—	—	—	unbekannt
37.	Johanne T.	62	3	—	—	ung.	T.	—	—	unverändert	—
III. Schizophrenien.											
a) Spätkatatonien. Fälle 38—41: sämtlich verstorben.											
b) Spätschizophrenien.											
42.	Rosa Sch.	47	3	—	—	ung.	T.	—	—	unverändert	—
43.	Elma K.	55	2	—	—	ung.	T.	—	—	unverändert	—
44.	Meta Q.	52	3	—	—	ung.	A.	—	—	unverändert	—
45.	Bertha K.	44	2	—	—	ung.	T.	—	—	unverändert	—
46.	Johanne N.	47	4	—	—	ung.	T.	—	—	unverändert	oft zu Hause
IV. Psychoneurosen.											
47.	Marie E.	51	—	—	—	—	—	—	—	—	unbekannt
48.	Helene M.	48	3	—	—	ung.	—	—	—	hypoch.-depr.	unbekannt
49.	Auguste G.	49	4	—	—	—	—	—	—	—	—
50.	Elisabeth D.	52	2	—	—	ung.	—	—	—	unverändert	—
51.	Klara Sch.	46	4	geh.	—	—	—	—	—	gesund	—
52.	Marie H.	45	3	—	geb.	—	—	—	—	empfindlich	—
53.	Bertha R.	51	4	—	—	ung.	—	—	—	hypoch.-depr.	—

die während der Beobachtung eine Reihe von hysterischen Symptomen hatte, ist nach wie vor krank, liegt im Bett, ist körperlich sehr schwach, kann nicht die geringste Arbeit leisten. Sie ist in ihrem Wesen wie Verhalten ungleichmäßig, Zeiten, in denen sie einigermaßen arbeitsfähig und körperlich gesund ist, wechseln mit denen, in denen sie jammert und stöhnt und dauernd im Bett liegt. Sie ist fast dauernd in ärztlicher Behandlung. Auch hat sie eine Reihe von hypochondrischen Beschwerden, die einen wahnhaften Charakter annehmen, durch Suggestivtherapie sich immer wieder günstig beeinflussen lassen, ähnlich wie es auch während der klinischen Behandlung 1929 gewesen ist. Auch hier wieder ein sehr ungünstiger Verlauf bei einer depressiven Erkrankung, die durch ihr Symptomenbild einen durchaus psychogenen Eindruck macht, wenn auch konstitutionelle und exogen-somatische Faktoren dabei mitsprechen. Bei den damals von uns als psychogen diagnostizierten Fällen ist eine ungünstige Prognose in so zahlreichen Fällen beobachtet worden (im ganzen über 40%), daß wohl mindestens angenommen werden kann, daß die Prognose durch das Alter bei diesen leicht beeinflussbaren Frauen in besonders ungünstige Wege geleitet worden ist, wenn man nicht die Diagnose anzweifelt und auch hier wieder annimmt, daß ernstere Krankheiten vorgelegen haben, die nur durch die besondere Färbung des Symptomenbildes eine psychogene Reaktion vermuten ließen. In vielen Fällen sind die Verlaufsformen denen der ungünstig verlaufenden Involutionsdepressionen ähnlich, so daß es sich hier um ähnliche Erkrankungen handeln könnte. Die Prognose ist in unseren Fällen überwiegend ungünstig.

Zusammenfassend sei kurz darauf hingewiesen, daß nach katamnestischen Erhebungen bei den 1927–29 in unserer Klinik aufgenommenen Frauen mit klimakterischen oder involutiven psychotischen oder psychogenen Erkrankungen, vor allem bei den Fällen von Rückbildungsmelancholie mit ihren Grenzfällen die Prognose in mehr als der Hälfte der Fälle als *ungünstig* zu bezeichnen ist. Chronizität, Übergang in chronisches geistiges Siechtum, dauernder Anstaltsaufenthalt ist hier nicht selten. Vollkommene Heilung und Verschwinden aller Erscheinungen ist sehr selten, Umschlag ins Gegenteil wird hin und wieder beobachtet. Weniger ausgeprägt ist die besondere Ungunst der Prognose bei den paranoiden Erkrankungen, bei denen mitunter auffallende Besserungen bis zur Berufsfähigkeit daran denken lassen, daß hier Berichtigungen der Diagnose notwendig werden können. Ähnlich bei den schizophrenen Erkrankungen des höheren Lebensalters, bei denen zwar immer eine schlechte Prognose zu stellen ist, bei denen sich aber auch eigentümliche Verlaufsformen und Symptomenbilder entwickeln können, so daß man geradezu von Übergängen zwischen cyclischen und schizophrenen Krankheitsbildern sprechen kann. Bei unseren Fällen psychogen-reaktiver Depression im Klimakterium ist eine auffallend

ungünstige Prognose beobachtet worden, so daß auch hier die Diagnose retrospektiv angezweifelt werden muß.

Im ganzen haben wir bei unseren Untersuchungen, die durch *Ewalds* Bemerkungen angeregt waren, wesentlich andere Ergebnisse gefunden als sie in Süddeutschland und an anderen Orten beobachtet worden sind, wobei besonders rassische und konstitutionelle Faktoren wohl als Hilfsursache herangezogen werden müssen.

Literaturverzeichnis.

Birnbaum: Aufbau der Psychose. Berlin 1923. — *Bouman*: Invenile und präsenile Psychosen, zit. nach *Ewald*. — *Ewald*: Das manisch-depressive Irresein. Fortschritte 1931, H. 1. — *Galacjan, A.*: Ref. Zbl. Neur. 54, 721. — *Jacobi, E.*: Arch. f. Psychiatr. 1930, 595f. — *Mauz*: Die Prognostik endogener Psychosen. 1930.