

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität München
[Direktor: Prof. O. Bumke].)

Zur Frage der manisch-depressiven Psychosen und der pyknisch-thymopathischen Konstitution.

Von
K. H. Stauder.

Mit 1 Textabbildung.

(Eingegangen am 8. März 1933.)

Schizophrene und manisch-depressive Erkrankungen haben bei den Versuchen, sie klinisch zu umgrenzen, dasselbe Schicksal gehabt: Die Grenzen wurden bald so weit gezogen, daß beinahe jedes Zustandsbild und jeder Verlauf in ihnen Platz zu finden schien, bald so eng, daß die Mehrzahl der beobachteten Psychosen nirgends untergebracht werden konnte; inzwischen aber wurde die Zusammengehörigkeit der zu jeder Gruppe gerechneten Krankheiten, also ihre „Krankheitseinheit“ immer wieder angezweifelt und nur von Symptomenkomplexen gesprochen.

Kraepelins Krankheitseinheit verlangte bekanntlich die Einheit von Ursachen, Symptomatik, Verlauf und Ausgang, zu denen ein einheitliches biologisches Geschehen — die eigentliche Pathogenese — hinzugedacht werden muß; denn das letzte Ziel jeder klinischen Ordnungsarbeit ist die Erforschung des *Krankheitsvorganges* (*Joh. Lange*).

Zur Umgrenzung des sog. manisch-depressiven Irreseins hat 1909 *Bumke* ausführlich Stellung genommen. Seine Arbeit war notwendig geworden, weil der Begriff dieser Krankheit nach verschiedenen Seiten überdehnt worden war, einmal durch *Dreyfuß*, der jede Involutionsemelancholie, und zum anderen durch *G. Specht*, der alle paranoischen Entwicklungen den manisch-depressiven Psychosen zuzählen wollte.

Seitdem ist mehrfach versucht worden, den Rahmen dieses Formenkreises einzuengen oder auch zu sprengen. Es sei z. B. an *Schröders* „Degenerationspsychosen“ und an *Kleist*s zyklische Randpsychosen erinnert sowie an die Auseinandersetzungen, die *Ewald* vor allem mit *Rittershaus* gehabt hat, der im „Manisch-Depressiven“ nur mehr einen universell (toxisch, endotoxisch, organisch, psychogen) auslösbaren Symptomenkomplex sehen wollte.

Heute versucht nun *Kurt Schneider*, eine neue Umgrenzung des alten manisch-depressiven „Irreseins“ vorzunehmen¹, ein Versuch, mit dem ich mich schon an anderer Stelle² kurz auseinandergesetzt habe. *Kurt Schneider* erblickt, wie man weiß, die Grundstörung der Melancholie und der Manie in der Depression und Exaltation der Lebensgefühle und will — wie uns scheint: *trotzdem* — die manisch-depressiven Kranken und ihre Störungen von den psychopathischen Persönlichkeiten und ihren abnormen seelischen Reaktionen scharf trennen. Er tritt damit in entschiedenem Gegensatz vor allem zu *Bumke*, der seit 1909 fließende Übergänge zwischen manchen seelischen Dauerformen des thymopathischen³ Formenkreises (den Hyperthyemen, Dysthyemen, Zyklothyemen, Syntonen) und gewissen gesunden Temperamenten immer wieder behauptet und der *alle* Thymopathen (= die Manisch-Depressiven) den Psychopathien deshalb zugezählt hat, weil man sonst zu einer vollkommen willkürlichen Grenzziehung gezwungen wäre. Ein Hyperthymen z. B., der einmal eine Melancholie bekommt, unterscheidet sich ja weder erbiologisch noch phänomenologisch (das Wort im Sinne von *Jaspers* gebraucht) von denen, die genau so hyperthym sind, eine Melancholie aber (und sei es auch nur, weil sie vorher sterben) niemals erleben.

Es ist klar, daß *K. Schneider* — hierin im Gegensatz zu fast allen anderen Klinikern — von seinem Ausgangspunkt aus zwangsläufig zu einer sehr starken Verengung des manisch-depressiven Formenkreises gelangen muß. Die Frage ist also, ob eine solche Einschränkung eines seit vielen Jahren ziemlich allgemein anerkannten klinischen Begriffs, die nicht nur die gegenseitige Verständigung, sondern vielleicht doch auch die weitere klinische Arbeit (z. B. hinsichtlich der biologischen Grundlagen und der Pathogenese) erschweren müßte, durch *Kurt*

¹ Münch. med. Wschr. 1932, Nr 39, 1549.

² Münch. med. Wschr. 1933, Nr 11, 430.

³ Hier seien einige Worte über die *Nomenklatur* gestattet: Bekanntlich hat man unter *Zyklothymie* bisher die *leichteste* Form manisch-depressiver Erkrankungen verstanden, zirkuläre Schwankungen also, die sich nie sehr weit von der Gesundheitsbreite entfernen und so gewissermaßen verkleinerte Abbilder der typischen Phasen darstellen. Heute will nun *K. Schneider* dasselbe Wort für den *ganzen* Formenkreis in Anspruch nehmen. Wir halten diesen Vorschlag für nicht glücklich. Gewiß ist die Bezeichnung „manisch-depressives Irresein“ schief und wenig handlich; sie läßt z. B. keine Adjektivbildung zu. Aber dann ist es wohl besser, einfach einen *neuen* Namen einzuführen.

Wir halten uns fortan an die Vorschläge *Bumkes* (vgl. Münch. med. Wschr. 1932, 1061—64, 1106—09 und 1872f.). Übrigens habe ich hier bereits die Neubearbeitung für die nächste (4.) Auflage von *Bumkes* Lehrbuch benutzt, der die manisch-depressive Konstitution als *pyknisch-thymopathische* bezeichnet und unter der Bezeichnung der *Thymopathien* den ganzen Formenkreis zusammenfaßt, also die zirkulären und die bloß periodischen Verläufe ebenso wie die hyperthyemen, dysthyemen, zyklothyemen oder syntonen Gemütsarten, die die Patienten außerhalb ausgesprochener Manien und Melancholien zu zeigen pflegen.

Schneiders pathopsychologische Grundauffassungen wirklich gerechtfertigt und gefordert wird. Mir scheint das schon deshalb nicht der Fall zu sein, weil ich die Abgrenzung einer seelischen Krankheit nach ausschließlich pathopsychologischen (phänomenologischen bzw. psychologischen) Gesichtspunkten für *grundsätzlich unmöglich* halte. *Hierin* jedenfalls werden wir an den Lehren festhalten müssen, an denen *Kraepelin* sein ganzes Lebenswerk orientiert hat. Wollen wir in der Psychiatrie überhaupt von Krankheiten sprechen, so müssen wir den Verlauf (das Phasische, Episodische, die Heilbarkeit usw.) ebenso berücksichtigen wie die Symptomatologie, denn diese reicht, selbst wenn sie psychologisch noch so sehr vertieft und verfeinert worden ist, zur Aufstellung einer „Krankheit“ schlechthin nicht aus.

Der neueste Versuch von *K. Schneider* beweist diese Behauptung meines Erachtens besonders deutlich. Wenn ich ihn recht verstehe, so bedeutet ihm der *Verlauf* der manisch-depressiven Erkrankungen für ihre Abgrenzung wenig oder nichts, die Phänomenologie der einzelnen Phasen dagegen alles. Phänomenologisch aber bieten sich ihm naturgemäß die Gegensatzpaare Hemmung-Erregung und Traurigkeit-Heiterkeit¹ an. Daß nun Hemmung und Erregung — „auch als sich abwechselnde Zustände“ — nicht als die Pole eines spezifischen Krankheitsgeschehens angesehen werden können, versteht sich bei dem allgemeinen Vorkommen dieser „Symptome“ von selbst. Aber auch das Gegensatzpaar Traurigkeit-Heiterkeit oder, wie *Schneider* sagt, das „Darniederliegen und Gehobensein der Lebensgefühle“ reicht als alleiniges Kennzeichen zur klinischen Umgrenzung nicht aus. Freilich, für den Verlauf gilt dasselbe. So gehört die Periodizität — wie *Bumke* wiederholt mit Nachdruck hervorgehoben hat — an sich „zu den normalen Eigenschaften der menschlichen Psyche“. Wenn man die endogene Bedingtheit einer Störung anerkennt, ist die Betonung ihrer Periodizität schon eine Tautologie (*Bumke*). Mit anderen Worten: Die Gesichtspunkte bei der Abgrenzung der manisch-depressiven Erkrankungen können überhaupt nicht auf ein schroffes aut-aut (Verlauf-Symptomatologie) gestellt werden. Die Erkennung und Umgrenzung manisch-depressiver Einzelerkrankungen wie die des ganzen Formenkreises — der sich ja nur aus solchen gesicherten Einzelerkrankungen ableiten läßt — darf sich nicht ausschließlich nach psychologischen Kennzeichen richten (sie mögen an sich noch so treffend hervorgeholt und hervorgehoben sein), sondern sie muß nach *allen* Gesichtspunkten und mit *allen* Mitteln geschehen. Dazu gehört die Feststellung der körperlichen und seelischen Konstitution ebenso wie die der erbbiologischen Beziehungen und die *Summe* aller psychischen und körperlichen Symptome.

¹ Welche Konsequenzen in der Umgrenzung der endogenen Krankheitsgruppen sich aus solchen einseitigen Versuchen ergeben, hat schon *Jaspers* ausgeführt. (Allgemeine Psychopathologie S. 363, 3. Aufl.)

Ich kann aber *K. Schneider* schon darin nicht folgen, wenn er auch nur die „nähere Symptomatik“ einer Depression oder Manie aus der von ihm angenommenen „Grundstörung“ abzuleiten versucht. Ich selbst sehe in der Depression oder Exaltation der Vitalgefühle nicht *die* Grundstörung, sondern nur gewissermaßen die theoretischen Idealtypen der Depression und Manie. Man könnte eine solche kausale Abhängigkeit von *K. Schneiders* „Grundstörung“ vielleicht noch bei den körperlichen Mißempfindungen, den hypochondrischen Befürchtungen, den Verarmungsideen der Depressiven annehmen; man kann bestenfalls die Hoffnungslosigkeit der Depressiven und die Hoffnungsfülle der Manischen aus dem Zustand der Vitalgefühle entwickeln; man wird aber die inhaltlichen und vor allem die formalen *Denkstörungen* der Manischen und Depressiven nicht allein aus einer vitalen *Gefühlsstörung* ableiten können. Ebenso wenig gehen bisher die *körperlichen* Symptome (die Veränderungen des Gewichtes, der Schweißsekretion, des Hautturgors, der Verdauung) dieser Erkrankungen aus einer bekannten Grundstörung hervor. Es handelt sich bei den meisten der psychischen wie der körperlichen Symptome nicht um eine Kausalbeziehung, sondern um ein *Nebeneinander* (einen „Komplex“) von Erscheinungen, die alle auf eine noch unbekannte (biologische) Grundstörung hindeuten; in diesem „Nebeneinander“ bilden auch Traurigkeit und Heiterkeit nur Symptome — in ihrer „vitalen Ausprägung“ vielleicht idealtypische Symptome, deren Konstanz aber mehr erwünscht als gegeben ist.

Jede manisch-depressive Krankheit setzt sich aus seelischen *und* körperlichen Kennzeichen (Störungen) zusammen. Es wäre ja auch verwunderlich, wenn die „psychophysische Einheit“ im Pathologischen nicht zum Ausdruck käme. Wir halten also die Dominanz eines psychischen Symptoms nicht, wie *K. Schneider*, für das Ausschlaggebende bei der Diagnose einer Phase und der Abgrenzung der thymopathischen Erkrankungen, sondern wir legen Gewicht auf das Gesamtbild, auf eine Summe von Kennzeichen, die aber eine veränderliche Zusammensetzung des Einzelfalles erlaubt. Darüber, ob ein manischer oder depressiver Zustand dem manisch-depressiven Formenkreis angehört oder nicht, kann nicht ein konstruierter Ausgangstyp, sondern nur die lebendige Anschauung und Beobachtung entscheiden. Gewiß kann man mit *K. Schneider* sagen, daß dort, wo thymopathische Kranke den Eindruck von Irren machen, der Typus ¹ verlassen sei; aber man wird daraus nicht folgern können, daß solche Erkrankungen deswegen nicht zum thymopathischen Formenkreis gehörten.

Auch daran ist zu erinnern, wie sehr somatogene Einflüsse das Bild der Phase verändern können; wir wissen z. B., daß die Hyoszinbehandlung

¹ Der *Typus*, den *K. Schneider* herausarbeitet, enthält überhaupt nur die Kerngruppe der manisch-depressiven Kranken; er kann deshalb nicht bei der Umgrenzung des *ganzen* Formenkreises zugrunde gelegt werden.

das Bild einer manischen Erregung zuweilen deutlich durch exogene Züge verfärbt: so behandelte Manien können oft recht inhaltsarm werden oder sich auch — wie wir beobachten konnten — in ihren Erscheinungsformen der verworrenen Manie *Bostroems* nähern. Schließlich lehrt die Beobachtung, daß differentialdiagnostische Schwierigkeiten gerade immer jene Manien bieten, welche eine seelisch und intellektuell besonders differenzierte Ausgangspersönlichkeit betreffen. Auch manische und depressive Phasen hängen in ihrer Gestaltung von der präpsychotischen Persönlichkeit weitgehend ab. Der psychische Materialreichtum oder die psychische Materialarmut der Ausgangspersönlichkeit wird das Erscheinungsbild der Phase mitbestimmen. Wir wissen ferner, daß Lebensalter und Dauer der Anstaltsinternierung das Zustandsbild beeinflussen können (*Joh. Lange*), und daß sich das Symptomenbild der chronischen und periodischen von den erstmaligen und einmaligen Phasen unterscheidet. So scheint es auch innerhalb der manisch-depressiven Erkrankungen eher verwunderlich, daß der Typ so oft erhalten bleibt, als daß er gelegentlich verlassen wird. Auch *Schneiders* Depression oder Steigerung der Vitalgefühle können nur im Gesamtmaterial der psychischen Persönlichkeit sichtbar werden. Inhaltsarme, eingeengte oder debile Thymopathen werden eine anders aussehende Depression oder Manie bekommen als solche Menschen, bei denen die vitale Gefühlsstörung in ein differenziertes Seelenleben eingreift. Es ist wohl kein Zufall, daß die Ideenflucht bei gebildeten und klugen Menschen greifbarer und häufiger in Erscheinung tritt als bei primitiven.

Wir wissen schon lange, daß die Strukturanalyse, deren Grundzüge übrigens *Bumke* gerade bei der Erörterung der manisch-depressiven Erkrankungen, nämlich bei der Erklärung der Involutionenpsychosen, schon im Jahre 1909 vorausgenommen hat, ebenso wie bei den organischen Reaktionsformen und Krankheiten auch bei den (endogenen) funktionellen Psychosen brauchbare Ergebnisse liefert. Mit ihrer Hilfe werden wir den atypischen und Grenzfällen gerecht, die man aus der ganzen Krankheitsgruppe nur dann ausscheiden müßte, wenn man, wie *K. Schneider*, einen theoretischen Typ zum alleinigen Gradmesser der Abgrenzung nimmt.

Damit soll keineswegs einer uferlosen Erweiterung des thymopathischen Formenkreises das Wort geredet werden. Aber man wird doch fragen müssen, wo *K. Schneider* denn diejenigen Kranken einreicht, die man bisher als Zykllothyme bezeichnet hat, und deren Häufigkeit wohl niemand in Abrede stellt. In den thymopathischen Phasen können sie bei ihm schon deshalb nicht aufgegangen sein, weil er diese seltener findet als andere Autoren, und von den psychopathischen Persönlichkeiten, denen die Zykllothymen (ebenso wie die Dys- und Hyperthymen) sonst zufielen, will er die manisch-depressiven Erkrankungen ja ganz besonders scharf trennen. Wir würden also wieder recht zahlreiche Krank- übr-

behalten, die nirgends hingehören — ein Zustand, mit dem man sich natürlich abfinden müßte, wenn uns hinreichende Gründe dazu zwingen, der aber doch zweifellos unerwünscht ist.

Ich möchte hier die Darstellung eines zyklotymen Lebenslaufes (Abb. 1) einschalten, um an ihm noch einmal die große praktische, klinische und soziale Bedeutung dieser Form der Psychopathie darzutun. Diese Kranke hat nie ausgesprochene, schwere Phasen durchgemacht, war aber, besonders in den letzten 13 Jahren, kaum länger als jeweils ein paar Tage in ausgeglichenem Zustande. In ihren leicht hypomanischen Zeiten neigt sie stets zu unnötigen Geldausgaben, ist geschäftig, entfaltet eine gewisse „Stöberwut“ und hält mit zahlreichen Wünschen ihre Umgebung in Atem; auch ist sie oft für Tage im Zustande einer nörgeligen Gereiztheit mit paranoiden Einstreuungen. In ihren depressiven Wellen dagegen bietet sie nicht mehr als eine stille Zurückhaltung und müde Resignation, sucht irgendwie nach inneren Werten als Ersatz für die Mißgunst des äußeren Lebens, dessen sie sich aber nur ganz selten überdrüssig fühlt; im allgemeinen ist sie dann glücklich, in der Klinik geborgen zu sein. So ist sie eigentlich nie schwerer krank, niemals aber auch

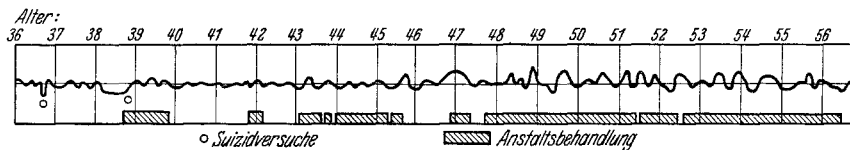


Abb. 1. Ausschnitt aus der Verlaufskurve einer Zyklotymie. (Nach der Krankengeschichte.)

völlig gesund. Das Ergebnis aber ist — selbstverständlich wird, wie im vorliegenden Falle, oft die soziale Stellung mitbestimmend sein — ein Leben in Anstalten, Sanatorien und Kliniken, das in den letzten 9 Jahren nur ganz kurzdauernde Entlassungen möglich machte (s. Kurve).

Mit den fließenden Übergängen von der Zyklotymie zum „Normalen“ lehnt *K. Schneider* auch die zyklotyme *Persönlichkeit* ab. Auch hierin unterscheidet er sich von anderen Klinikern. Gewiß möchten wir die Phase nicht nur als eine periodische „Steigerung“ einer bestimmten, nämlich der thymopathischen Konstitution auffassen, sondern wir sehen darin etwas artmäßig Anderes, gewissermaßen einen „Phasefaktor“; ob dieser aber gegenüber der Konstitution nur eine quantitative Zuspitzung oder auch eine qualitative Verschiebung bedeutet, darüber kann man so lange nicht entscheiden, als die Pathophysiologie der Thymopathien unbekannt ist. Je mehr wir die Phase als Krankheit herausheben, desto schärfer hebt sich aber auch, meine ich, die Konstitution, die Persönlichkeit heraus, welche der Träger der phasischen Erkrankung ist. Und wenn auch für *K. Schneider* der Begriff des „Schizotymen“ nichts anderes auszudrücken vermag als eben „Nichtzyklotym“ (*Bostroem, Ewald*), dann sollte man daraus schließen dürfen, daß gerade „das Zyklotyme“ auch für diesen Autor besonders fest umrissen und charakterisiert ist. Wenn diese Menschen mit ihrer charakteristischen gemüthlichen Ansprechbarkeit (*Bumke*), mit der „abnormen Gefühlsbetonung aller Lebenserfahrung“ (*J. Lange*) auch nicht im sozialen

Sinne „geisteskrank“ sind, so gehören sie doch zu den „Thymopathen“ überhaupt; es ist, wie ich oben schon sagte, einfach nicht möglich, sie von denen zu trennen, die bei gleicher durchschnittlicher Gemütsart gelegentlich wirklich manisch oder melancholisch erkranken. Schon die erblichen Beziehungen machen eine solche Trennung unmöglich. Daß wir deshalb Thymopathen, die nie eine eigentliche Manie oder Melancholie durchgemacht haben, bei Feststellungen über die *Häufigkeit* solcher manischer oder depressiver *Erkrankungen* nicht mit einbeziehen dürfen, versteht sich von selbst.

Wohl aber rechnen wir mit ein jene *reaktiven* — und J. Langes „provozierte“ — Melancholien, die bei thymopathischen Persönlichkeiten beobachtet werden. Die Frage, ob bei diesen reaktiven Depressionen wirklich eine Phase auf psychischem Wege „in Gang gesetzt“ oder „provoziert“ wird, und ob die eine phasische Erkrankung unterbauenden Apparate bei reaktiven Depressionen in gleicher Weise alteriert werden wie bei der „genuinen“ Phase (*Ewald*), soll dabei vollkommen offen gelassen werden. Bei vielen zunächst reaktiv erscheinenden Depressionen handelt es sich gar nicht um ein Verhältnis von Anlaß und Reaktion, sondern eine schon in Gang befindliche (aber gewissermaßen noch „latente“) Phase wird unter bestimmten Verhältnissen (welche als Anlaß imponieren) erst richtig sichtbar. Daß aber auch echte reaktive Melancholien thymopathischer Persönlichkeiten vorkommen, und daß sie etwas *qualitativ* anderes darstellen als beliebige Verstimmungszustände anderer psychopathischer oder gar gesunder Persönlichkeiten, daran ist nicht zu zweifeln.

Vorsichtiger wird man, wie *Bumke* ausgeführt hat, den reaktiven Depressionen der Rückbildungsjahre und des höheren Lebensalters gegenüber sein müssen. Im Klimakterium scheint die Bereitschaft zu *reaktiven* Depressionszuständen besonders groß zu sein. Es ist hier nicht der Ort, zu diskutieren, ob das *Klimakterium*, wie überhaupt die Generationsvorgänge, nur eine Gelegenheitsursache, ein auslösendes Agens darstellt, oder ob die Krankheitshäufigkeit der Klimakterischen auf engere pathogenetische Beziehungen hinweist. Jedenfalls bedürfen die *klimakterischen* Phasen jeweils einer besonderen Prüfung hinsichtlich ihrer Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Formenkreis; denn die Gefahr einer ungehörlichen Erweiterung des Rahmens der Thymopathien erscheint hier besonders groß, da klimakterische Psychosen depressiver Färbung vorübergehend thymopathischen Depressionen ähnlich werden können. Daß eine manisch-depressive Erkrankung aber auch erstmalig im Klimakterium (oder sogar im Senium) manifest werden kann, ist durch zahlreiche Beobachtungen belegt. Gegenüber solchen thymopathischen *Späterkrankungen* ist dann aber ein scharfer Maßstab bei Beurteilung der Konstitution zu fordern, es ist den genealogischen Beziehungen und den körperlichen Begleiterscheinungen besondere Beachtung zu schenken.

Es kann hier nicht unsere Aufgabe sein, auf alle Einzelheiten der Ausführungen *Schneiders* einzugehen. Nur einige klinische Fragen sollen gestreift werden: Daß es kaum einmal möglich sei, „etwas Zuverlässiges über die Erlebnisweise des manischen Gehobenseins zu erfahren“, können wir nicht bestätigen. Im Gegenteil finden manische Kranke dafür oft Ausdrücke von besonderer Anschaulichkeit und Prägnanz; dies gilt besonders von echten zirkulären Kranken, bei denen dem Wort- und Einfallsreichtum in der Manie die Erinnerung an die grüblerische Selbstanalyse depressiver Zeiten zur Seite steht; gerade der Vergleich mit überstandenen melancholischen Phasen verleiht dann der Schilderung ihrer manischen Erlebnisweise eine besondere Farbigkeit.

Auch darin ist *K. Schneider* nicht beizustimmen, daß es eine primäre Zornigkeit bei der Manie nicht gäbe, sondern daß sie stets eine Reaktion auf äußere Beschränkung sei. Manchmal ist die zornige Erregung wohl in Grundzügen der präpsychotischen Persönlichkeit begründet und tritt nur in der Krankheit besonders zutage (*Bumke*). Auch läßt sich die häufige zornige Erregung der Rekonvaleszenten zuweilen auf eine Vermischung manischer und melancholischer Züge zurückführen. Es gibt aber ebenso sicher auch eine primäre Gereiztheit und Zornigkeit der Manischen, die nicht auf Behinderung irgendwelcher Art bezogen werden kann. Immer wieder kann man von den Angehörigen dieser Kranken hören, daß sie lange Zeit schon grundlos gereizt und zornig erschienen, ehe andere manische Symptome den Verdacht einer Krankheit aufkommen ließen. Auch kennen wir gerade aus der poliklinischen Sprechstunde eine nicht geringe Zahl von sicheren Zykllothymen, bei denen eine „grundlose“ Zornigkeit durch Tage oder sogar Wochen gelegentlich an die Stelle der hypomanischen Wellen tritt. Hier handelt es sich um Kranke, die in diesen Zeiten sogar berufsfähig bleiben und die in einer hypomanischen „Entfaltung“ keineswegs behindert wären.

Daß *Schneider* bei seinen Abgrenzungsgesichtspunkten zu anderen Zahlen über die *Häufigkeit thymopathischer Erkrankungen* kommen muß als die Mehrzahl der Autoren, versteht sich von selbst. Doch scheint uns gerade die Unterschätzung der Häufigkeit dieser Erkrankungen praktisch gewisse Gefahren in sich zu bergen. Das Wissen um die *Häufigkeit* thymopathischer Erkrankungen (und Suicide) wird das Handeln des Praktikers entscheidend bestimmen, gleichviel ob sich eine vitale Depression „sichtbar“ darstellt oder nicht¹. Er muß auch wissen, daß Zykllothymien häufige Verlaufsformen sind, wenn sie auch selten eine Anstaltsbehandlung zulassen.

Den Zahlen *Schneiders* ist zweierlei entgegenzuhalten: Einmal erscheint die Ausgangsziffer von 1053 *Gesamtaufnahmen* etwas klein,

¹ *Joh. Lange*: (Psychiatrie des praktischen Arztes) betont in diesem Zusammenhang mit Recht, daß der praktische Arzt gut daran tue, selbst schwere *psychogene* Depressionen wie endogene Melancholien zu behandeln.

um prozentuale Berechnungen über die Häufigkeit einer *einzelnen* Krankheit genügend gesichert erscheinen zu lassen; andererseits ist zu fragen, was für Kranke das *Schneidersche* Material denn eigentlich umfaßt, wenn er weniger schizophrene und weniger manisch-depressive Erkrankungen hat als andere Kliniken und Anstalten, und wenn die Thymopathen nur 5% ¹, die Schizophrenen 15,5% und die psychopathischen Persönlichkeiten und abnormen Reaktionen 33% (= zusammen also 53,5%) ausmachen.

Um zu brauchbaren Vergleichszahlen zu kommen, haben wir für die folgenden Aufstellungen als Ausgangspunkt die gesamten Aufnahmehäufigkeiten der Münchener Psychiatrischen und Nerven-Klinik aus den Jahren 1930 und 1931 gewählt. Das sind 3288 männliche und 2028 weibliche, zusammen also 5316 Aufnahmen in diesem Zeitraum. Davon gehörten dem thymopathischen Formenkreis an: 386 Aufnahmen (und zwar 155 männliche und 231 weibliche Aufnahmen). Der Anteil der manisch-depressiven Erkrankungen an den Aufnahmen beträgt also 7,2% (4,7% männliche, 11,4% weibliche). Mit diesem Prozentsatz bleiben wir hinter den Zahlen früherer Statistiken (*Kraepelin, Rehm, Bumke, Lange*) noch beträchtlich zurück ². Das mag zum Teil äußere Gründe haben: Der Anteil rein neurologischer Erkrankungen an unseren Klinikaufnahmen ist prozentual angewachsen. Zieht man die neurologischen Fälle von unseren Ausgangsziffern ab, so erhöht sich der Anteil der manisch-depressiven Erkrankungen an unseren Aufnahmen auf rund 9%. Streichen wir schließlich die psychopathischen Persönlichkeiten und abnormen Reaktionen, so haben wir rund 14% manisch-depressive Erkrankungen unter den Klinikaufnahmen der Jahre 1930 und 31. Das bedeutet, daß unter den Psychosen rund jede *siebente* dem thymopathischen Formenkreis angehörte. Anders ausgedrückt: Das manisch-depressive „Irresein“ ist hier neben der Schizophrenie noch immer die weitaus häufigste „Geisteskrankheit“.

Von den 386 thymopathischen Aufnahmen in diesem Zeitraum sind für die folgenden Berechnungen nachträglich eine Anzahl von Fällen ausgeschieden worden, welche einer auf strenger Abgrenzung aufgebauten Häufigkeitsberechnung nicht genügend gesichert erschienen. Dabei handelte es sich insbesondere um Depressionen des Klimakteriums und höheren Lebensalters, bei welchen die klinischen Unterlagen keine entsprechenden waren, oder um Ersterkrankungen, deren Beobachtungszeit zu kurz war, um nicht ein weiteres Abwarten zukünftiger Erkrankungen ratsam erscheinen zu lassen.

¹ Diese Prozentzahl erscheint um so verwunderlicher, als *Joh. Lange* aus dem Material der gleichen Abteilung früher rund 10% manisch-depressive Erkrankungen errechnet hat.

² Einer noch unveröffentlichten Arbeit *H. Wildermuths* über „Klassische Zirkuläre“ entnehmen wir, daß der Anteil der manisch-depressiven Erkrankungen an den männlichen Aufnahmen der Anstalt Weinsberg sogar über 18% beträgt!

Danach bleiben

116 thymopathische männliche und
193 thymopathische weibliche Kranke,
zusammen 309 Thymopathen ¹.

Die Verteilung auf die einzelnen Phasen der Erkrankungen zur Zeit der Aufnahme gibt die Tabelle 1 wieder. Man sieht daraus, daß den 246 Depressionen (reaktive Depressionen eingerechnet) 47 Manien (einschließlich Hypomanien) gegenüberstehen. Das bedeutet auf die Gesamtzahl unserer Thymopathen umgerechnet ein Verhältnis von 15,2% Manien zu 80% Depressionen. Dies entspricht ziemlich genau der Leipziger Statistik *Bumkes*, in der sich 16% Manien und 83% Depressionen gegenüberstehen. Ferner ist aus Tabelle 1 im Zusammenhalt mit der Gesamtziffer der Aufnahmen ersichtlich, daß die Zahl der Manien bei Männern in diesem Material ungleich höher ist (22%) als bei Frauen (9%), während sich die Depressionen wie 76% (Männer) zu 83% (Frauen) verhalten.

Tabelle 1. Verteilung der Aufnahmen auf die einzelnen Phasen.

	Männer	Frauen	Zusammen
Depressionen	73	148	221
Reaktive Depressionen	14	11	25
Manien	26	21	47
Mischzustände	2	4	6
Thymopathische Persönlichkeiten außerhalb der Phase	1	9	10
	116	193	309

Um zu überblicken, ob an der Häufigkeit manisch-depressiver Erkrankungen der Frauen unseres Materials das Klimakterium besonderen Anteil hat, sind die Kranken in 2 Altersgruppen geteilt worden; dabei wurde als Grenze absichtlich das 40. Lebensjahr gewählt, um alle auch frühzeitigen klimakterischen Einflüsse zu erfassen. Es ergab sich, daß unter den 116 thymopathischen Männern sich

unter 40 Jahren 19 Männer = 16,4%,

über 40 „ 97 „ = 83,6% befanden,

bei den 193 Frauen

unter 40 Jahren 67 Frauen = 34,7%,

über 40 „ 126 „ = 65,3%.

Die Zahl der Kranken jenseits des 40. Lebensjahres ist also in diesem Material bei den Männern prozentual noch wesentlich höher als bei den Frauen. Es war ja auch bei einem — hinsichtlich der Späterkrankungen — eigens geprüften Material nicht zu erwarten, daß der Anteil des Klimakteriums in dieser Berechnung besonders sichtbar werden würde.

Der erhebliche Zahlenunterschied zwischen den Erkrankungen vor und nach dem 40. Lebensjahr dürfte zum Teil äußere Gründe haben. Die Altersgruppe unter 40 Jahren umfaßt nur 2 1/2 Jahrzehnte (manisch-depressive Erkrankungen vor dem

¹ Mehrfache Aufnahmen des gleichen Kranken in dem gewählten Zeitraum sind hier nicht mehrfach gezählt.

15. Lebensjahr kommen wohl kaum in Betracht ¹⁾, während die Altersgruppe über 40 Jahre mehr als 4 Jahrzehnte umfaßt. Zudem werden depressive Phasen junger Menschen viel weniger (von ihnen selbst und auch von ihrer Umgebung) als Krankheiten gewertet und deswegen wohl seltener in die Klinik gebracht als ältere thymopathische Kranke, die schon im Beruf auffällig werden und von deren Krankheit und Gesundung bereits das Schicksal einer Familie abhängt.

Daß die endogen depressiven Phasen in diesen Betrachtungen wohl abgewogen sind, und daß unter ihnen nicht jedes depressive Bild klimakterischer Genese mit einbezogen wurde, verdeutlicht noch die folgende Berechnung über die frühere Anfälligkeit unserer Thymopathen: Unter unseren 106 depressiven Frauen jenseits des 40. Lebensjahres waren 51 früher schon phasisch erkrankt, 55 früher nicht phasisch krank. Unter den 69 depressiven Männern über 40 Jahren dagegen fanden sich nur 21, die schon früher Phasen überstanden hatten, gegenüber 48, die früher anfallsfrei gewesen waren.

In Tabelle 2a und 2b ist die Beteiligung der Altersstufen noch einmal für die einzelnen Formen der thymopathischen Erkrankungen für Männer und Frauen getrennt aufgeführt. Daraus ergibt sich interessanterweise noch, daß auch bei den in der Berichtszeit beobachteten Manien bei den Männern 25 älter als 40 Jahre waren, jünger als 40 Jahre dagegen nur 1 einziger manischer Kranker; die weiblichen Manien dagegen verteilen sich wie 10 : 11 auf die beiden Altersstufen.

Tabelle 2a.

Männer			
	über 40 Jahre	unter 40 Jahre	Summe
Depressionen	58	15	73
Reaktive Depressionen	11	3	14
Manien	25	1	26
Mischzustände	2	—	2
Thymopathische Konstitutionen außerhalb der Phase	1	—	1
Zusammen:	97	19	116

Tabelle 2b.

Frauen			
	über 40 Jahre	unter 40 Jahre	Summe
Depressionen	100	48	148
Reaktive Depressionen	6	5	11
Manien	10	11	21
Mischzustände	3	1	4
Thymopathische Konstitutionen außerhalb der Phase	7	2	9
Zusammen:	126	67	193

¹ K. Blum fand unter den Kinderaufnahmen der letzten 10 Jahre in der Kölner und Münchener Klinik keine manisch-depressiven Erkrankungen (Erg. inn. Med. 44).

Um die *Häufigkeit* wirklich *zirkulärer Formen*, also dem nach *Schneider* seltenen Auftreten von manischen *und* depressiven Phasen bei dem gleichen Individuum, darzustellen, sind die *Lebensläufe* der in der Berichtszeit beobachteten *Manien* untersucht worden. Dabei haben wir uns von der Überlegung leiten lassen, daß die Häufigkeit der zirkulären Verläufe dann am deutlichsten faßbar sein müßte, wenn die an sich seltenere Phase, die Manie, zum Ausgangspunkte genommen würde. Die Tabelle 3 orientiert über die Häufigkeit früherer Phasen bei unseren manischen Kranken: Mehr als die Hälfte (24) hatte früher manische *und* depressive Phasen, rund ein Drittel (16) früher *nur* manische Phasen überstanden. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern gehen auch hier wieder aus der Tabelle selbst hervor.

Tabelle 3. Häufigkeit und Art früherer Phasen bei den 47 Manien.

	Männer	Frauen	Zusammen
Früher nur manische Phasen	7	9	16
Früher manische und depressive Phasen	16	8	24
Thymopathische Konstitutionen ohne frühere Phasen	3	4	7
Zusammen:	26	21	47

Über die frühere Anfälligkeit aller Kranken unserer Berichtszeit unterrichtet die Tabelle 4. Darin ist versucht worden, sichere und wahrscheinliche frühere Erkrankungen zu unterscheiden.

Als sichere frühere Phasen wurden solche aufgefaßt, die in Anstalten beobachtet oder ärztlicherseits sonst genügend gesichert waren. Unter wahrscheinlichen früheren Phasen wurden solche Erkrankungen gesammelt, bei welchen diese Unterlagen nicht vorhanden oder nicht erreichbar waren, die aber durch „objektive“ anamnestiche Daten hinreichend wahrscheinlich gemacht waren. In den „wahrscheinlichen“ früheren Phasen (vor allem in den heteronomen Verläufen dieser Gruppe) verbergen sich wohl vorwiegend leichtere (zyklothyme) Formen.

In Tabelle 4 ist nach homonomen und heteronomen früheren Phasen unterschieden worden — und zwar homo- und heteronom auch in bezug auf die Erkrankung während der Berichtszeit. Die homonomen früheren Phasen sind hier in der Überzahl. Insgesamt (unter Einschluß der „wahrscheinlichen“ Phasen) stehen 86 (= 62,8%) homonomwellige Kranke 51 (= 37,2%) heteronomwelligen (zirkulären) gegenüber. Frühere Beobachter, wie *Rehm*, fanden unter den *periodischen* Verläufen sogar bis zu 75% zirkuläre Formen, was unsere Zahlen bei weitem übertrifft.

Auf die Gesamtziffer der thymopathischen Erkrankungen bezogen bedeuten unsere Zahlen, daß 46,0%, also fast die Hälfte aller Kranken, schon früher phasisch erkrankt waren und daß 16,5% sogar zirkuläre Verläufe zeigten, also manische *und* depressive Phasen durchmachten. Legen wir bei dieser Berechnung auch die eigenen anamnestiche Angaben der Kranken zugrunde, so ergeben sich 59% Kranke mit früheren

Tabelle 4. Häufigkeit früherer Phasen.

	Sichere frühere Phasen		Wahrscheinlich frühere Phasen		Zusammen
	homonome	heteronome	homonome	heteronome	
Männer	18	15	11	4	48 ¹
Frauen	37	24	20	8	89 ¹
Zusammen:	55	39	31	12	137 ¹

Phasen und etwas über 20% zirkuläre Verläufe. Es bleiben dann also nur 41% einmalige Erkrankungen, was den Zahlen von *Rehm* (39%) sehr nahe kommt. Bei genauester Ergänzung der Unterlagen würde sich diese Zahl wohl noch weiter einschränken lassen; auch besteht immer noch — wie *Bumke* betont — die Möglichkeit späterer Erkrankungen. Wir selbst beobachteten z. B. eine *zweite* Melancholie bei einer 88jährigen Frau. Entgegen der *Schneiderschen* Auffassung ergibt sich also klar, daß auch bei scharfer Fassung des Begriffes der *Wechsel zwischen Manien und Depressionen bei dem gleichen Kranken kein seltenes Vorkommnis ist*. Unsere neuen Zahlen bleiben dabei, wie gesagt, hinsichtlich der zirkulären Verläufe hinter den Statistiken früherer Beobachter noch zurück. Wir müssen uns mit diesem Hinweis begnügen; es ist hier auch nicht möglich, auf alle Fragestellungen einzugehen, die sich aus solchen Berechnungen ergeben.

Zum Schluß sei an Hand unseres *poliklinischen Materials* noch einmal die allgemeine Häufigkeit thymopathischer Erkrankungen dargetan. Es liegt im Wesen der poliklinischen Sprechstunde, daß hier gerade die leichten Fälle, also häufig Zykllothymien, zur Beobachtung kommen. Der Anteil der Thymopathien an unseren Poliklinikzugängen der Jahre 1930 und 1931 beträgt über 8%. Wenn man aus den poliklinischen Gesamtziffern wiederum die rein neurologischen Fälle streicht, ergibt sich für die thymopathischen Erkrankungen einschließlich der Zykllothymien eine Häufigkeit von fast 11%.

Dabei ist zu berücksichtigen, daß sich die Zykllothymien der primitiveren Schichten nur schwer entschließen, wegen leichterer Verstimmung

¹ Zu den Gesamtziffern kommen noch die Mischzustände. Von diesen hatten früher:

- 1 ♂ sichere depressive Phasen
- 1 ♂ eine wahrscheinlich reaktive Depression
- 1 ♀ sichere depressive Phasen
- 1 ♀ sichere manische Phasen
- 1 ♀ sichere Mischzustände.

Die Gesamtziffern der Tabelle über die Häufigkeit früherer Phasen erhöhen sich also

auf 50 frühere Phasen bei den Männern = 43,10%,
 „ 92 „ „ „ „ „ Frauen = 47,84%,
 zusammen also auf 142 = 46,08%.

den Arzt aufzusuchen. Auch die poliklinische Zählung wird also nur einen kleinen Teil der Zykllothymien erfassen. Daß sie aber in der ärztlichen Privatsprechstunde ungemein häufig sind, darauf weist *Bumke* immer wieder nachdrücklich hin. Das hat ja auch *Ewald* betont.

Mit diesen Feststellungen über die Häufigkeit thymopathischer Erkrankungen und mit unserer Art der Umgrenzung dieses Formenkreises (Einbeziehung der Zykllothymien und reaktiven Depressionen, Anerkennung der thymopathischen Persönlichkeiten und der fließenden Übergänge zur Gesundheitsbreite) ist aber auch der künftigen psychiatrischen Forschung nichts vorweggenommen. Denn auch darin ist *K. Schneider* nicht recht zu geben, daß nur der ganz eng gefaßte Begriff des Manisch-Depressiven einen brauchbaren psychopathologischen Ausgangspunkt für eine spätere Pathophysiologie der thymopathischen Erkrankungen abgeben könnte. Die Forderung *Schneiders* dürfte bestenfalls für gewisse genealogische Untersuchungen Geltung haben. Wir wissen z. B. aus der Geschichte der Urämiezustände, daß man von der klinischen Trennung der echten und der Pseudourämie aus durchaus nicht geradlinig zu pathophysiologischen Ergebnissen vorgestoßen ist; auch heute können wir trotz der Kenntnis ihrer blutchemischen Verschiedenheiten die Urämieformen nach dem klinischen Bild allein *nicht* immer unterscheiden und trennen. Ebenso wird erst eine zukünftige Stoffwechselpathologie entscheiden müssen, ob es sich im Rahmen der thymopathischen Erkrankungen um pathophysiologisch gleichartige oder verschiedene Zustände und Verläufe handelt. Vielleicht wird dann eine Einheitlichkeit der Meinungen erreicht werden. *K. Schneiders* Forderung aber, man solle den Rahmen des „Manisch-Depressiven“ deshalb möglichst eng fassen, damit er einer Pathophysiologie dieser Erkrankungen vorarbeite, scheint also gerade das als schon gesichert vorwegzunehmen, was die weitere Forschung erst zu erweisen hat.

Literaturverzeichnis.

- Bumke, O.*: Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 3. Aufl. München: J. F. Bergmann 1929. — Über die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Zbl. Nervenheilk. **32**, 381 (1909). — Die Psychopathien und ihre soziale Beurteilung. Münch. med. Wschr. **1932**, 1061, 1106. — *Ewald*: Das manisch-depressive Irresein und die Frage der Krankheitseinheit. Z. Neur. **63**, 64. — *Jaspers*: Allgemeine Psychopathologie. 3. Aufl. Berlin: Julius Springer 1923. — *Kraepelin-Lange*: Lehrbuch der Psychiatrie. 9. Aufl. — *Lange*: Die endogenen und reaktiven Gemütskrankheiten und die manisch-depressive Konstitution. *Bumkes* Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 6. Berlin: Julius Springer 1928. — *Rehm*: Das manisch-depressive Irresein. Berlin: Julius Springer 1919. — *Schneider, Kurt*: Probleme der klinischen Psychiatrie. Leipzig: Georg Thieme 1932. — Über Depressionszustände. Z. Neur. **139**, 584. — Über Abgrenzung und Seltenheit des sog. manisch-depressiven Irreseins. Münch. med. Wschr. **1932**, Nr 39, 1549.
-