

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Münster [Westf.]
[Direktor: Prof. Dr. F. Kehrer].)

Die Verursachung der Wochenbettpsychosen.

Von

Dr. Inge Steinmann,
Assistentin der Klinik.

Mit 4 Textabbildungen.

(Eingegangen am 21. Mai 1935.)

Zur Ätiologie der Wochenbettpsychosen.

Die Literatur der Generationspsychosen ist ebenso umfangreich wie vielgestaltig. Die jeweils zu einer bestimmten Zeit herrschende psychopathologische Einstellung in der Psychiatrie hat sich in besonderem Maße mit der Erforschung der Ätiologie eines Krankheitsbildes befaßt, das wegen der Mannigfaltigkeit seiner Erscheinungsformen bei einer unbekannten, aber scheinbar streng spezifischen Ursache besondere Beachtung zu verdienen schien. Da die in der Literatur vorliegenden Statistiken infolgedessen von den allerverschiedensten Gesichtspunkten aus zusammengestellt sind, wobei auch die psychologische Auffassung der einzelnen Krankheitsbilder von der jeweiligen wissenschaftlichen Einstellung des Autors abhängt, so ist durch Zusammenfassung aller in der Literatur gesammelten Fälle eine einheitliche Übersicht über die zur Beobachtung gelangten Krankheitsbilder nicht zu gewinnen; noch weniger läßt sich eine solche summarische Zusammenfassung zur Begründung einer bestimmten Theorie der Ätiologie der hier beschriebenen Psychosen heranziehen.

Einige ältere Autoren, unter ihnen *Hoche* und *Hoppe*, legen ihre Beobachtungen in rein statistischer Form nieder; besonderer Wert wird dabei auf die Zugehörigkeit der einzelnen Fälle zu den drei Generationsphasen, Schwangerschaft, Wochenbett und Laktation gelegt. Es wird versucht, drei verschiedene Verlaufsformen abzugrenzen, deren Unterschiedlichkeit in kausalem Zusammenhang mit den verschiedenen Körpervorgängen in den drei „Generationsphasen“ gebracht wird.

Andere Autoren legen das Hauptgewicht darauf, aus den beobachteten Fällen eine spezifische Psychoseform mit ihren spezifischen Symptomen herauszuschälen; so trennte *Fürstner* das halluzinatorische Irresein der Wöchnerinnen als eine spezifische Krankheitsform, für die er mikroskopisch noch nicht faßbare Veränderungen des Gehirns als Ursache annahm, von den damals bekannten Geisteskrankheiten ab.

Der weitaus größte Teil der Autoren versuchte, von dem wechselnden psychologischen Erscheinungsbild der Generationspsychosen ausgehend,

eine Klärung der Ätiologie herbeizuführen. Ohne Berücksichtigung der Zugehörigkeit der Fälle zu den drei Generationsphasen schuf man rein aus der klinischen Anschauung heraus eine Symptomatologie relativ scharf umrissener Krankheitsbilder. Man wollte damit zunächst eine Trennung zwischen solchen Fällen, die offenbar den großen endogenen Krankheitskreisen der Schizophrenie oder des manisch-depressiven Irreseins angehörten, und den eigentlichen Verwirrheitszuständen, den Psychosen des Wochenbetts, herbeiführen. Durch eine derartige Auswertung des Krankenmaterials hoffte man, den Ursachen der Puerperalpsychosen im eigentlichen Sinne näher zu kommen. Die Veröffentlichungen von *Jolly*, *E. Meyer* und *Runge* enthalten große, aus dieser Überlegung heraus aufgestellte Statistiken, deren Ergebnis jedoch keine Klärung der Ätiologie brachte. *Siemerling* andererseits behält die Einteilung in idiopathische Infektions- und Intoxikationspsychosen bei, wobei er anerkennt, daß in allen Fällen die Heredität gleichmäßig selten eine Rolle spielt. Diese Einteilung der Psychosen nach den verschiedensten psychologischen Erscheinungsformen wirkt bis heute in allen Veröffentlichungen nach. Die Verschiedenheit des klinischen Bildes und die Beobachtung, daß nicht alle Psychosen in Heilung übergehen, gibt immer wieder der Vermutung Nahrung, es könne sich um grundsätzlich unterschiedliche Krankheitsbilder handeln, denen nur die Entstehung während der Generationsvorgänge gemeinsam sei, die jedoch durch die verschiedensten Ursachen zustande kommen. So hoffte man immer wieder, durch systematisches Erfassen des klinischen Bildes seiner Ätiologie näher zu kommen. Schon 1828 hatte *Berndt* die Infektionspsychosen des Wochenbettes als eine besondere klinische Erscheinungsform hingestellt. Bis in die jüngste Zeit blieb man geneigt, Fälle, in denen exogene Ursachen nachweisbar schienen, von den sog. idiopathischen Generationspsychosen abzusondern. *Stracker* glaubte, darüber hinaus Unterschiede des klinischen Bildes festzustellen zu können, je nachdem es sich um erblich belastete oder erbgesunde Personen handelte, und *Bourne* meint, bei nachweisbaren exogenen Schädlichkeiten, Fieber, Eklampsie usw. fast mit Regelmäßigkeit eine fehlende Belastung vorgefunden zu haben. *Parfitt* glaubt, daß alle Wochenbettpsychosen — in seinen Fällen bestand z. B. eine Nierenaffektion — körperliche Störungen zur Voraussetzung haben; *Marchand* und *Courtois* veröffentlichten 2 Fälle von Puerperalpsychosen mit encephalitischen Herden im Gehirn.

Bloch trennt weiterhin, vom klinischen Bilde ausgehend, von den infektiösen Psychosen solche ab, die psychisch nicht intakte Personen betreffen. Er berücksichtigt also die Konstitution im allgemeinen, ganz unabhängig von ihrer Erbllichkeit und Einwirkung auf die Prognose der Erkrankung. Ebenso macht *Brugnatello* Konstitutionsstörungen in ätiologischer Beziehung mitverantwortlich für die idiopathischen Psychoseformen. Auch *Perez* versuchte, die ausschlaggebende Bedeutung

der Konstitution durch Mitteilung eines Falles darzutun, in dem die gleiche Psychose viermal im Anschluß an das Wochenbett auftrat.

Wie erwähnt, will seit *Kraepelin* ein Teil der Autoren vor allem aus den mannigfachen beobachteten Psychosebildern unter gleichzeitiger Betrachtung der erblichen Belastung der erkrankten Personen die Krankheitsbilder ausscheiden, die den Formenkreisen der Schizophrenie oder des manisch-depressiven Irreseins anzugehören scheinen. Man suchte nach einer spezifischen erblichen Anlage zu einer ebenfalls spezifischen psychotischen Reaktion und unterschied unter dieser Annahme katatone und manisch-depressive Krankheitsbilder im Gegensatz zu unspezifischen Krankheitsbildern, den Psychosen im engeren Sinne. Derartige Abgrenzungsversuche finden sich bei fast allen obengenannten Autoren. Im Vordergrund des Gedankenganges stehen solche Betrachtungen unter anderen in den Veröffentlichungen von *Masieri*, *Rio* und *Popa*. *Bamford* betont den zufälligen Zusammenhang von schizophrenen Schüben mit dem Wochenbett, während *Beck* vor allem glaubt, in jedem Fall von Psychose mit hereditärer Belastung eine besondere Psychosefärbung feststellen zu können, je nachdem eine Belastung im Sinne der Schizophrenie oder des manisch-depressiven Irreseins bestand, wohingegen er bei erkrankten erbgesunden Frauen nur allgemein-psychotische Symptome wie psychomotorische Unruhe und Desorientiertheit beobachtet haben will.

Da alle derartigen, auch an großem Krankenmaterial — auch *Runge* hat an Hand seiner Fälle eine solche Statistik aufgestellt — gemachten Unterteilungen niemals zu einer befriedigenden Lösung des eigentlichen Psychoseproblems geführt haben, versuchte man schon seit langem, unter bewußter Vernachlässigung des klinischen Bildes den Ursachen der Erkrankung nachzugehen, zumal bei kritischer Beobachtung oft anscheinend eindeutige Zusammenhänge zwischen Ausbruch der Psychose und irgendeiner faßbaren Noxe vorhanden waren. *Berndt* prägte 1828 den Ausdruck Infektionspsychose für die seiner Ansicht nach durch Infektion hervorgerufenen geistigen Störungen. Von *Runge*, *Jolly* und *Siemerling* wurde erwogen, ob und wie weit Fieberanstieg, Blutverlust, kurz körperliche Erschöpfungszustände als ätiologische Momente für die Generationspsychosen anzuschuldigen seien. *Siemerling* hält vor allem große Blutverluste für ätiologisch bedeutungsvoll, er errechnet insgesamt 52,3% exogener Psychosen. Bei einer derartigen Abgrenzung der Psychosearten mußte es immerhin auffallen, daß der von *Runge* an Hand einer großen Statistik unternommene Versuch, bei diesen zwei verschiedenen Erkrankungsarten eine unterschiedliche Heredität zu finden, keine eindeutigen Ergebnisse zeigte. *Rizzetti* gibt, ohne andere ätiologische Momente auszuschließen, auf Grund seiner Erfahrungen vor allem dem Alkohol Schuld am Ausbruch der Psychose. Auch *Mitkus* rückt die beim Ausbruch der Psychose wirksamen exogenen Faktoren in

den Vordergrund, während *Heidema* und *Bloch* den exogenen Faktoren neben den endogenen gleiche Bedeutung beimessen.

Im Gegensatz zu solchen Erwägungen wurde von *Birnbaum* darauf hingewiesen, daß man zwischen Grund- und Nebenursachen der Psychosen unterscheiden müsse; *Mazakowa* und *Frumkes* griffen dann diesen Gedanken dahin auf, daß sie den sog. ätiologischen Faktoren der anderen Autoren nur eine bestimmte Färbung des klinischen Bildes zuerkannten, im übrigen jedoch die Puerperalpsychosen unter dem Begriff der exogenen Reaktionsformen *Bonhoeffers* betrachteten. *Salomons* gesteht jenen ätiologischen Faktoren in jedem Falle ihre Bedeutung als auslösende Ursache zu.

Nachdem *Arndt* 1874 zwar nur für einen Teil der Psychosen die maßgebende Bedeutung von Konstitution und Belastung betont hatte, haben sich viele Autoren bemüht, von verschiedenen Gesichtspunkten aus diesen Faktoren nachzugehen. Es wird versucht, bei nachweisbarer hereditärer Belastung eine besondere Form der Psychose zu finden, die nach klinischem Bild und der Prognosestellung im Gegensatz zu den sog. symptomatischen Psychosen steht. *Krisch* weist mit Recht darauf hin, wie unsicher eine solche Abgrenzung sei, da charakterologische Abwegigkeiten zuweilen willkürlich als Belastung bezeichnet werden und es außerdem dem Geschmack des Autors überlassen bleibe, ein Krankheitsbild als typisch oder atypisch zu bezeichnen. Es komme vielmehr darauf an, das Verhältnis zwischen Intensität der Noxe und der Intensität der Belastung zu erforschen. Er übernimmt das Gesetz der exogenen Reaktionstypen auch für die innersekretorischen Störungen, wie es *Bonhoeffer* vorschlägt. *Kehrer* geht einen Schritt weiter, indem er die Frage stellt, ob nicht überhaupt alle endogenen Psychosen ebenso wie die exogenen in der Konstitution begründet seien. Der Ausbruch der sog. endogenen Psychosen geschieht seiner Ansicht nach auf dem Wege der inneren Sekretion, die als hypothetisches Zwischenglied, auf das exogene Schädigungen treffen, auch für die Entstehung der exogenen Formen verantwortlich zu machen wäre. Für diese Anschauung sprechen die Beobachtungen von *Ewald*, daß es bei einem katatonen Zustandsbild im Wochenbett nicht möglich sei, rein aus der Anschauung heraus die echte Schizophrenie von einem psychotischen Zustand abzugrenzen. *Stertz* erkennt noch für die Psychosen einen endogen-nervösen Symptomenkomplex zum Unterschied von den exogenen Reaktionsformen an, auch *Seelert* meint Symptome einer exogenen und einer endogenen Psychoseform als solche zu erkennen, während *Bumke* diesen Unterschied nach dem klinischen Bild nicht machen zu können glaubt. Die Statistiken der hereditären Belastung bei den einzelnen Psychoseformen sind nach *Kehrer* aus dem Grunde alle mangelhaft, weil dem allein ausschlaggebenden Begriff der Konstitution, der „symptomatischen Labilität“ *Kleists* kein Wert zugemessen wird und weil der Begriff der psychischen

Konstitution nur auf unbewiesenen, nicht streng faßbaren Voraussetzungen aufgebaut ist. Erst mit dem Beginn der Konstitutionsforschung überhaupt hat man hier die Ätiologie der Puerperalpsychosen gesucht.

Bei dem heutigen Stand der Konstitutionsforschung hängt es von der subjektiven Einstellung des Einzelnen ab, die Unterscheidung zwischen den endogenen Psychosen und den exogenen Reaktionsformen, zwischen schizophrener Reaktionsbereitschaft und schizophrener Anlage bestehen oder fallen zu lassen. Während *Bumke* beides gleichzusetzen versucht, stellt *Mayer-Groß* die Behauptung auf, daß sich im Verlauf der Psychose durch Auftreten einer sog. symptomatischen Komponente stets ein unterscheidendes Merkmal zur endogenen Erkrankung herausbilde. *Beck* möchte die „symptomatische Labilität“ als eine latente schizophrene Anlage bezeichnen, die nur unter besonderen Voraussetzungen, z. B. im Wochenbett, zum Ausbruch der Schizophrenie führt.

Die Frage der „symptomatischen Schizophrenie“ wird zur Zeit noch von allen Autoren außer *Bumke* offengelassen. In konsequenter Weise nehmen darum *Bleuler* und *Ewald* bei dem Ausbruch einer ihrer Meinung nach echten Schizophrenie im Wochenbett einen zufälligen Zusammenhang an, während sie für die schizophrene Psychose bei Prädisponierten das Wochenbett als auslösende Ursache anerkennen. *Kogerer* und *Pawlicki* machen einen strengen Unterschied zwischen endogenen Psychosen und Prozeßschizophrenien in der Schwangerschaft. Ihrer Beobachtung jedoch, daß ein nur seltener Zusammenhang zwischen Schizophrenie und Wochenbett besteht, möchten sie deswegen keine Bedeutung beimessen, da schizophrene Frauen nur selten gravide werden.

Mayer-Groß sieht in systematischer Erforschung der erblichen Disposition einen Weg zur Klärung all dieser Fragen. *Kehrer* definiert die Disposition als eine biologische Größe, die aus zwei Arten von Indizien zu erschließen sei: Einmal aus den anamnestischen Angaben über den Kranken und seine hereditäre Belastung, daneben aber auch aus den körperlich-seelischen, erblich bedingten Abweichungen des Kranken selbst, aus seiner Konstitution.

Da bisher in allen Veröffentlichungen in der Literatur über Generationspsychosen der erblichen Konstitutionsforschung zu wenig bevorzugte Beachtung geschenkt wurde, so soll hier an Hand unserer 34 beobachteten Krankheitsfälle puerperaler Psychosen der Versuch gemacht werden, die ätiologische Bedeutung der erblichen Konstitution unter Berücksichtigung aller anderen auffindbaren, ätiologisch wirksamen Faktoren zu erweisen. 4 Fälle von Graviditätspsychosen wurden nicht besonderer Betrachtung unterzogen; es handelte sich in allen diesen Fällen um Depressionszustände, wie sie bei dreien schon im Verlauf früherer Erkrankungen in gleicher Weise beobachtet worden waren, so daß hier die Annahme einer besonderen Form der Graviditätspsychose nicht gerechtfertigt schien.

Es wurde nach dem psychischen Zustandsbild eine Einteilung der Fälle in 5 Gruppen gemacht, weil Konstitution und Belastung verschiedenartig zu sein schienen, ob es sich z. B. um ein schizophreses oder ein weniger abgrenzbares Krankheitsbild handelte oder nach der Stärke der Abweichungen um ein schweres oder ein leichtes.

Einteilung der 34 Fälle in 5 Gruppen.

Gruppe I (9 Fälle): Psychosen mit Amentia-ähnlichem Bild ohne generative Komplikationen des Wochenbettes.

Gruppe IIa (5 Fälle): Psychosen von Amentia-ähnlichem Bild mit generativen Komplikationen des Wochenbettes.

Gruppe IIb (1 Fall): Psychosen von Amentia-ähnlichem Bild mit außergenerativen Komplikationen.

Gruppe IIIa (4 Fälle): Schizophrene Prozesse. (Als schizophrene Schübe mehr oder minder deutlich erkennbar).

Gruppe IIIb (2 Fälle): Schizophrenieähnliche Krankheitsbilder von kurzer Dauer.

Gruppe IVa (6 Fälle): Depressive Krankheitsbilder bei Psychasthenischen.

Gruppe IVb (5 Fälle): Depressive Phasen Manisch-Depressiver im Wochenbett.

Gruppe V (2 Fälle): Psychopathische Erregungszustände.

Es soll zunächst die Schilderung von 9 Fällen folgen, die akut im unmittelbaren Anschluß an das Wochenbett auftraten, bei denen *der Zusammenhang* der psychotischen Erkrankung mit der Geburt am eindeutigsten war.

Fall 1. J. T., 39 Jahre. Einlieferung am 13. 1. 34 nach 2. normalem Partus im September 1933; Bild eines akuten, vorwiegend ängstlich gefärbten Erregungszustandes, starker Rededrang bei höchster motorischer Unruhe; inkohärenter Gedankengang mit massenhaften akustischen und optischen Halluzinationen. Körperlich und neurologisch normaler Befund, keine Temperatursteigerungen. Trotzdem am 9. Tage Exitus an Herzinsuffizienz infolge der motorischen Unruhe. Bis zuletzt keine Änderung im psychischen Befund. Nach Angabe der Angehörigen war die Patientin schon in den letzten Wochen der Schwangerschaft und während der Zeit des Wochenbettes auffällig und ängstlich und äußerte Unterwertigkeitsideen. 3 Jahre zuvor im Anschluß an die 1. Geburt soll ein ähnlicher ängstlicher Erregungszustand von 6wöchiger Dauer bestanden haben, der jedoch nicht so ausgeprägt war, daß er eine Anstaltsbehandlung erforderlich machte. Familiäre Belastung bestand angeblich nicht, ebenso wurden irgendwelche früheren Auffälligkeiten im Wesen der Patientin bestritten.

Fall 2. E. B., 37 Jahre. Am 8. 1. 34 normaler 2. Partus, am 23. 1. 34 Einlieferung in die Klinik im akuten, manisch gefärbten Erregungszustand mit Rededrang, zeitweise läppischem Benehmen und massenhaften Halluzinationen. Hochgradige motorische Unruhe und Bewußtseinsstörung. Körperlich o. B. bis auf leichte Temperaturen bei bestehender leichter Pyelonephritis. Nach etwa 4 Wochen zeitweise bewußtseinsklar mit schizophrenen Zügen; affektarm und maniert. Am 24. 3. 34 Entlassung in gebessertem Zustand. *Vorgeschichte.* War immer etwas

eigen und empfindlich, soll als junges Mädchen wegen Liebeskummer einen Nervenzusammenbruch erlitten haben und in einem Krankenhaus behandelt worden sein. 1928 1. Wochenbett mit normalem Verlauf. Die Mutter war wegen einer senilen Depression $\frac{1}{2}$ Jahr lang im St. Rochushospital Telgte, der Vater war Trinker. Eine Schwester soll an Weinkrämpfen gelitten haben.

Fall 3. M. S., 37 Jahre. Im Dezember 1932 5. Partus; am 27. 5. 33 Einlieferung in die Klinik. Ratlos, desorientiert, stark ängstlich-erregt, fürchtet sich, allein zu sein, fühlt sich verfolgt. Körperlich außer einer sekundären Anämie von 62% Hb keine Abweichungen; keine Temperaturen. Am 25. 8. 33 in unverändertem Zustand Verlegung in das St. Rochushospital Telgte; von dort am 24. 1. 34 geheilt nach Hause entlassen. *Vorgeschichte* ergibt sich aus der nebenstehenden graphischen Darstellung.

Ängstlich erregt, verwirrt, fühlt sich verfolgt. Dauer jeweilig 2—4 Monate. Zwischendurch unauffällig. Beginn 3 Monate nach Operation bzw. Geburt.

Hinzuzufügen ist, daß sich bei der diesmaligen Erkrankung die ersten Krankheitserscheinungen 8 Wochen nach der Geburt bemerkbar machten, daß ferner bei jeder Menstruation ganz leichte ängstliche Erregungen bestehen sollen. Eine Tante der Patientin starb in der Anstalt Warstein; sie soll schwermütig gewesen sein.

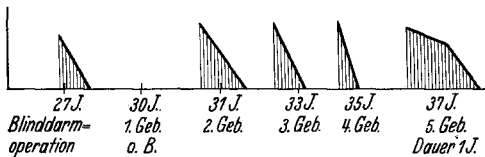


Abb. 1.

Fall 4. T. S., 27 Jahre. 2. Partus am 15. 11. 31; am 8. 12. 31 Aufnahme in die Klinik

im Zustand stärkster motorischer Unruhe mit inkohärentem, fortgesetztem Reden und mit Personenverknennung. Ausgesprochene Ideenflucht; bald euphorisch, bald dysphorisch auf Grund verschiedenartiger Halluzinationen; zuweilen manie-ähnliches Bild. Körperlich keinerlei Abweichungen. Am 4. 1. 32 geheilt entlassen; für die Zeit der Krankheit besteht Amnesie. *Vorgeschichte:* 1924 im Anschluß an Abort ähnlicher Zustand erregter Verwirrtheit von 4wöchiger Dauer; Aufenthalt in Telgte. 1925 1. Partus mit normal verlaufendem Wochenbett. Außer der angegebenen Erkrankung angeblich keinerlei Auffälligkeiten. Eine Halbschwester hatte auch 2mal während des Wochenbettes Verwirrheitszustände, eine andere starb an einer akuten Geisteskrankheit im Verwirrheitszustand im Krankenhaus Onabrück.

Fall 5. A. K., 33 Jahre. 1925 1. Partus in hiesiger Frauenklinik; 8 Tage später akuter Verwirrheitszustand mit Verfolgungsideen und stärkster motorischer Unruhe. Ideenflucht, inkohärente Gedankengänge. Körperlich keinerlei Abweichungen. Nach 6 Wochen als unauffällig entlassen. Vom 17. 7. bis 24. 8. 34 2. Klinikaufenthalt im Verwirrheitszustand mit deliranten Zügen nach körperlicher Überanstrengung beim Schwimmen. Bild ähnlich dem oben geschilderten, motorisch-unruhig, fast manisch, zeitweise ängstlich-delirant mit übermäßigem Schlafbedürfnis. Nach 8 Wochen geheilt entlassen; völlige Amnesie für die Zeit der Krankheit. *Vorgeschichte:* Hypomanische, vielgeschäftige Persönlichkeit ohne sonstige Auffälligkeiten. Ein Bruder soll wegen eines Nervenzusammenbruchs vorübergehend in einer Anstalt gewesen sein. Genauere Angaben waren hierüber nicht zu erhalten.

Fall 6. A. F., 15 Jahre. Am 7. 2. 33 1. unehelicher Partus. Am 15. 2. 33 Aufnahme im akuten ängstlichen Verwirrheitszustande mit motorischer Unruhe; zwischendurch für Augenblicke orientiert, weinerlich-ängstlich. Körperlich keine Abweichungen. Am 23. 2. 33 plötzlicher Exitus an autoptisch festgestellter doppelseitiger Nierenembolie. *Vorgeschichte:* Zeigte bisher keine psychischen Abweichungen.

Die Mutter soll im Anschluß an mehrere Geburten kurzdauernde Verwirrheitszustände gehabt haben, die von der Fürsorgerin beobachtet wurden.

Fall 7. M. N., 41 Jahre. Einlieferung in die Klinik am 27. 7. 33, 16 Tage nach erstem normalem Partus, im Anschluß an die Geburt Thrombose im rechten Bein. Bei der Aufnahme ängstlich-erregt, desorientiert, macht unter unaufhörlichem Rededrang wiederholt den Versuch fortzulaufen, fühlt sich offenbar verfolgt. Nur mit größter Mühe im Bett zu halten. Körperlich o. B., außer einem leichten Ödem des rechten Unterschenkels. Zunächst kein Fieber; erst nach einigen Tagen mit Zunahme der motorischen Unruhe leichter Temperaturanstieg. Nach 14 Tagen vorübergehend bewußtseinsklar, gibt als katamnestiche Erklärung ihrer ängstlichen Erregung an, daß sie dauernd Gestalten gesehen habe, die sie bedrohten, daß sie vor Todesangst nicht aus noch ein gewußt habe. Nach vorübergehend manischem Zustandsbild mit guter Orientierung erneuter Verwirrheitszustand. Am 5. 9. 33 Verlegung nach Telgte. Von dort am 23. 3. 34 geheilt entlassen. *Vorgeschichte:* Außer Rippenfellentzündung vor 9 Jahren immer gesund gewesen. Angeblich immer etwas übertrieben sparsam, sonst in keiner Weise auffällig, keine hereditäre Belastung.

Fall 8. M. B., 28 Jahre. Am 7. 12. 33 1. Partus mit normalem Verlauf. 11 Tage post partum aus dem Krankenhaus entlassen. Am 5. 1. 34 Einlieferung in die Klinik im akuten Erregungszustand. Manisches Zustandsbild mit unaufhörlichem Rededrang und Ideenflucht, dabei offenbar desorientiert. Läppisch-euphorische Stimmung, motorische Unruhe, so daß sie auch mit hohen Dosen von Schlafmitteln nicht zu beruhigen ist. Hypererotisch und aggressiv. Im körperlichen Befunde keinerlei Abweichungen. In der Folgezeit scheinbar zeitweise orientiert, verliert dann sofort den Faden, redet völlig sinnlos. Zeitweise negativistisch. Am 20. 4. 34 völlig orientiert, leicht depressiv. Am 9. 5. 34 völlig geordnet und unauffällig. Entlassung nach Hause. *Vorgeschichte:* Regel immer schwach und unregelmäßig, sonst niemals körperliche oder geistige Abweichungen. War immer sehr energisch und tatkräftig. In der Familie sollen keine Geisteskrankheiten vorgekommen sein.

Fall 9. A. W., 22 Jahre. Am 8. 8. 34 Aufnahme in die Klinik 3 Wochen nach 1. normalem Partus. Bei der Aufnahme euphorisch-delirantes Bild, singt unaufhörlich, begrüßt alle Leute mit freundlich-strahlendem Gesicht, zeigt sich völlig desorientiert. Trotz Schlafmittel größte motorische Unruhe und Rededrang; dabei auftretende Herzinsuffizienz, die bei der ständig wiederkehrenden Unruhe nur schwer zu bekämpfen ist. Am 15. 9. 34 bei weiter bestehender Desorientiertheit Umschlag der Stimmung ins Depressive, singt traurige Lieder und weint ohne Anlaß. 14 Tage später bewußtseinsklar, dabei noch immer stimmungslabil. Bei jedem Wort, das an sie gerichtet wird, Neigung zum Weinen. Am 21. 10. 34 geheilt entlassen. *Vorgeschichte:* Stets gesund gewesen. Hatte vor der Geburt seelische Aufregungen dadurch, daß die Heirat erst 2 Monate vor der Geburt stattfand. Familie angeblich o. B.

Den oben beschriebenen Fällen ist gemeinsam, daß die Geburt ohne Komplikationen, ohne wesentlichen Fieberanstieg und ohne starken Blutverlust verlief, daß sich also keine exogene Schädlichkeit finden ließ, die psychotische Krankheit zu erklären. Nur in Fall 2, 7 und 3 bestanden unbedeutende vorübergehende Temperatursteigerungen, in Fall 6 trat das Fieber erst am Tage des Exitus auf. Die Erkrankung trat außer Fall 1 und 3 im unmittelbaren Anschluß an das Wochenbett auf. Hereditäre Belastung fand sich im Fall 2, 3, 4, 5, 6; im Fall 1, 2, 4 und 5 wurden wiederholte Psychoseausbrüche beobachtet, in Fall 1, 3 und 4 Wiederholungen des gleichen Bildes im Wochenbett. Fall 7—9 sollen niemals

vor der jetzigen Krankheit psychische Abweichungen gezeigt haben; doch ist zu betonen, daß es sich in allen 3 Fällen um Erstgebärende handelt, die auch körperliche Krankheiten nicht durchgemacht haben. In Fall 7 bestand eine Thrombophlebitis, in Fall 9 ein psychisches Trauma durch Heirat erst 3 Wochen vor der Geburt. In allen Fällen konnte nach relativ kurzem Krankheitsverlauf Heilung beobachtet werden.

Im folgenden seien 5 Fälle mit ähnlichen psychischen Abweichungen geschildert, bei denen die Symptome noch akuter auftraten bei gleichzeitig bestehenden generativen, d. h. durch das Wochenbett hervorgerufenen Komplikationen mit Fieberanstieg.

Fall 1. G. S., 34 Jahre. Einlieferung in die Klinik am 5. 4. 34 nach 1. Partus am 24. 3. 34. 2 Tage nach der Geburt Lungenembolie mit Bluthusten, 2 Tage später delirantes Bild mit zunehmender ängstlicher Erregung. Bei der Einlieferung in die Klinik moribundes Aussehen, Puls klein und frequent, Cyanose. Ist desorientiert, äußert Todesgedanken, schreit ängstlich auf. Allmählicher Kräfteverfall. Am 8. 4. 34 Exitus. *Vorgeschichte:* Patientin war immer ängstlich und leicht aufgeregt, war im übrigen nie auffällig oder krank. In der Familie sind keine Geisteskrankheiten vorgekommen.

Fall 2. H. M., 25 Jahre. Einlieferung in die Klinik am 31. 3. 34; normale 4. Geburt am 4. 3. 34. Am Vortage der Einlieferung nach zunächst normalem Wochenbettsverlauf akut auftretende Pyelonephritis mit Schmerzen, hohem Fieber und Bewußtseinsstrübung. Bei der Aufnahme ängstlich-erregt, unsauber, zerreißt ihr Kleid, schreit ängstlich nach Mann und Kindern. Körperlich sehr adipös, rechte Niere stark druckempfindlich. Im Urin Alb. ++, Leukocyten ++, Temperatur 38,3. Mit Zunahme der körperlichen Unruhe Nachlassen der Herzstätigkeit. Exitus im Delirium am 7. 4. 34. *Vorgeschichte:* Patientin soll nie krank, geistig nicht auffällig gewesen sein. Bei 3 früheren schweren Geburten verliefen die Wochenbetten normal. Familie o. B.

Fall 3. A. S., 26 Jahre. Am 12. 12. 34 1. Partus, unehelich. Am 22. 12. 34 plötzlich hohe Temperaturen und Schüttelfrost; am 23.—24. 12. bei anhaltendem Fieber Eintreten eines völligen Verwirrheitszustandes, am 24. 12. 34 deshalb Einlieferung in die Klinik. Bei der Aufnahme delirantes Bild mit massenhaft optischen Halluzinationen und stärkster psychomotorischer Unruhe. Körperlicher Befund: Ikterische Verfärbung von Haut und Skleren. Temperatur 39,8. Puls stark beschleunigt; schmerzhafte Anschwellung des linken Handgelenkes. Am 26. 12. 34 ausgeprägter Ikterus, schmerzhafte Schwellungen aller großen Gelenke, septische Temperaturen, psychisch zeitweise orientiert und geordnet. Am 1. 1. 35 Exitus. Sektionsdiagnose: Puerperalsepsis, Parenchymdegeneration der Leber, Schwellung und Verfettung der Nieren mit Ausscheidungsabscessen, abscedierende Myokarditis, Hirnödem. Die *Vorgeschichte* ergab: Die Patientin war als Kind immer etwas eigen und störrisch. Als junges Mädchen wollte sie ins Kloster gehen, wurde dort aber wegen früherer Erkrankung der Mutter nicht aufgenommen. Von 1932—33 war sie selbst 7 Monate in der Anstalt Marienthal wegen eines schizophrenen, ängstlichen Erregungszustandes mit massenhaften akustischen Halluzinationen. Sie wurde von dort ungeheilt entlassen. Die Mutter war 2mal in Marienthal, zum erstenmal 1898 wegen eines Erregungszustandes nach unglücklicher Liebe, zum zweitenmal 1929 mit einem halluzinatorischen Verwirrheitszustand im Klimakterium. Sie wurde nach 5 Monaten geheilt entlassen. — Sonst ist über hereditäre Belastung nichts bekannt.

Fall 4. M. F., 29 Jahre. 27. 1. 34 2. Partus, Kaiserschnitt wegen engen Beckens im Mathildienstift Münster. 4 Tage danach bei Fieberanstieg bis 39° ängstlicher Erregungszustand mit optischen Halluzinationen. In diesem Zustand Einlieferung in die Klinik am 3. 2. 34. Patientin ist völlig orientiert, erkennt ihre Umgebung, ist ängstlich-gespannt auf Grund teils optischer Halluzinationen, teils illusionärer Verfälschungen aller wahrgenommenen Geräusche. Sie glaubt, sterben zu müssen, wähnt, ihr Kind und ihren Mann hinter dem Fenster weinen zu hören, verkriecht sich aus Angst vor dem Schreien der Löwen unter die Bettdecke. Am 4.—5. 2. 34 psychisch völlig klar, noch etwas ängstlich-gespannt, versucht jedoch schon, ihre Angst zu motivieren. Im körperlichen Befund: Narbenabsceß neben der Kaiserschnittswunde, der von der Frauenklinik eröffnet wird. Keine Temperaturen. 5.—15. 2. 34 wieder Zunahme des Erregungszustandes; versucht, mit Gewalt die Türen zu öffnen, um ihren Mann zu befreien. Am 15. 2. 34 hohe Temperaturen bei Druckschmerz im Unterbauch. 15.—28. 2. 34 delirantes Bild mit Personenverkenntnis, teilweise völliger Desorientiertheit und stärkerer ängstlicher Erregung, dabei starke Eiterabsonderung aus der Wunde, außerdem im Urin Eiweiß und massenhaft Leukozyten. 10. 3. 34 unter Heilungstendenz der Laparotomiewunde Abklingen der Erregung; Patientin zeigt ein mehr depressives Zustandsbild. Am 12. 3. 34 gebessert nach Hause entlassen. *Vorgeschichte:* 1926 eine uneheliche Totgeburt. Während der Zeit seelische Aufregungen, da der damalige Bräutigam sie verließ. 1930 Heirat mit dem jetzigen Mann. In der 2. Schwangerschaft keinerlei Auffälligkeiten, erzählte ihrem Mann erst von dem ersten Kind nach der Geburt des zweiten. Machte sich plötzlich Selbstvorwürfe, fürchtete, von ihrem Mann gestraft und verlassen zu werden. In der Familie sollen keine Nervenleiden vorgekommen sein.

Fall 5. M. Br., 29 Jahre. Vom 2. 3. bis 12. 5. 33 in Behandlung der Klinik wegen einer symptomatischen Psychose bei Parotisabsceß. Bild eines ängstlichen Erregungszustandes mit unaufhörlichem Weinen und Jammern auf Grund von Halluzinationen. Geheilt entlassen. Am 13. 12. 34 1. Partus, am 15. 12. 34 Ausbruch eines infektiösen Deliriums, am 24. 12. 34 Exitus an Puerperalsepsis in der Heilanstalt Lengerich. *Vorgeschichte:* Patientin soll von heiterer Gemütsart gewesen sein und keinerlei Auffälligkeiten geboten haben. Auch in der Familie ist von Geistes- oder Nervenkrankheiten nichts bekannt.

In allen 5 oben beschriebenen Fällen war das Auftreten psychischer Abweichungen scheinbar an eine Infektion mit Fieberanstieg gebunden, auch war das Bild in allen Fällen das nämliche: Ängstliche Erregung, hochgradige psychomotorische Unruhe; vorwiegend optische Halluzinationen. In Fall 4 war sogar eine Ab- und Zunahme der ängstlichen Erregung mit Auf und Ab der Fieberkurve zu beobachten. Außer in Fall 3 fehlte die hereditäre Belastung, doch handelte es sich in Fall 3 und 5 um zum zweitenmal psychotisch reagierende Kranke, während Fall 1 auf Grund der ängstlichen Veranlagung als eine prämorbid Persönlichkeit aufzufassen ist. In Fall 2 lag offenbar keinerlei Krankheitsbereitschaft vor; da jedoch die Sektion eine doppelseitige abscedierende Pylonephritis ergab, kann der Verwirrtheitszustand mit einer urämischen Funktionsstörung des Gehirns in Zusammenhang gebracht werden. In Fall 4 war außer der exogenen Schädlichkeit des septischen Fieverlaufes noch eine starke psychogen wirkende Komponente namhaft zu machen. Vielleicht ist bei dem letzteren Fall auch noch zu betonen, daß es sich um ein wenig ausgeprägtes Krankheitsbild handelte.

Ganz ähnlich im klinischen Erscheinungsbild ist den 5 zuletzt mitgeteilten Fällen ein anderer, bei dem die namhaft zu machende exogene Schädigung jedoch nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Wochenbett stand.

Fall 1. M. G., 30 Jahre. Einlieferung in die Klinik am 7. 10. 32, 4 Wochen nach einer Zwillingsfrühgeburt im 6. Monat. Bei der Einlieferung bewußtseinsgetrübt, zeitweise fast somnolent, ängstlich-gespannt, motorisch-erregt, knüpft keinerlei Beziehungen zur Umgebung an, antwortet nicht auf Fragen, schreit wie aus Angst unverständliche Worte. Körperlicher Befund: Blau-rote Gesichtsfarbe, kleiner, völlig irregulärer, langsamer Puls. Herzbefund: Alter Mitralfehler, Myokardinsuffizienz. 8 Tage später im Einklang mit der besser werdenden Herzstätigkeit zeitweise attent und bewußtseinsklar, reagiert auf Fragen. Noch immer ängstlich-weinerlich, will nicht allein gelassen werden. Sie deutet voll Angst auf das Fenster, hinter dem sie Gestalten sieht, die sie mit Namen rufen. 4 Wochen später geistig klar, hat für die Aufnahme in die Klinik und den Beginn ihrer Krankheit totale Amnesie. Nur ihre Angstzustände weiß sie aus der Erinnerung zu deuten als Schreck-erlebnisse von Mord der Angehörigen, Hausbrand und Beschimpfungen ihrer Person. 8 Wochen nach der Aufnahme Entlassung bei leidlichem Herzbefund; psychisch intakt. *Vorgeschichte:* Patientin soll seit ihrer Kinderzeit einen Herzfehler haben. In ihrer Ehe machte sie zu Anfang eine Fehlgeburt durch, die ohne Komplikationen verlief. Im Wesen soll sie immer lebensfroh und unauffällig gewesen sein. Auch aus der Familie sind keinerlei geistige Abwegigkeiten bekannt.

Die nun folgenden Fälle von Puerperalpsychosen sollen unter dem Gesichtspunkt von einander abgetrennt werden, ob das psychologische Zustandsbild mehr oder weniger Verwandtschaft zur Schizophrenie, zum manisch-depressiven Irresein oder gar zur Psychopathie zeigt. Zuerst seien die Zustandsbilder gezeigt, die mehr oder minder eindeutig der endogenen Erkrankungsform der Schizophrenie zuzugehören scheinen.

Fall 1. M. E., 25 Jahre. Einlieferung in die Klinik am 2. 10. 32, 5 Wochen nach einer Fehlgeburt im 4. Monat. Zustandsbild bei der Aufnahme: Läppische Euphorie, unaufhörlicher Rededrang, zerfahrener Gedankengang, keinerlei Bewußtseins-
trübung. Steht dauernd unter dem Eindruck akustischer, offenbar angenehmer Halluzinationen, lacht unmotiviert laut, klatscht in die Hände. Ausgesprochene Neigung zu Verbigeration. Am 24. 12. 32 im Zustand leichter Besserung nach Hause entlassen. Im körperlichen Befund keinerlei

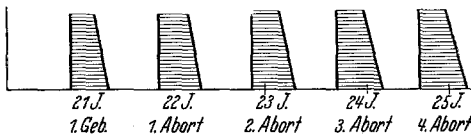


Abb. 2.

Abweichungen. Die *Vorgeschichte* einer periodischen Schizophrenie im Wochenbett ergibt sich aus der obenstehenden Kurve.

Jedesmal 3 Monate Anstaltsbehandlung erforderlich wegen Erregungszuständen, Verwirrtheit, Ideenflucht.

In der Zwischenzeit zwischen den Krankheitsschüben soll die Patientin still und zurückgezogen, etwas stumpf und eigenartig gewesen sein. Die Mutter und ein Bruder sollen sehr nervös sein, ein Bruder ist geisteskrank (Schizophrenie).

Fall 2. A. C., 30 Jahre. 1. Partus mit normalem Wochenbettsverlauf am 24. 4. 32; 8 Tage danach allmähliche Entwicklung eines psychischen Erregungszustandes; auf dessen Höhe am 5. 5. 32 Einlieferung in die Klinik. Bei der Aufnahme wohl orientiert, zeigt unaufhörlichen Rededrang, äußert Beziehungsideen,

fühlt sich von ihrer Umgebung nicht genügend anerkannt, falsch behandelt und beleidigt, stellt die unsinnigsten Anforderungen an Ärzte und Pflegerinnen, um sich im Mittelpunkt des Interesses zu erhalten. Schimpft auf die Angehörigen, vor allem auf den Mann, der gegen sie arbeite in der Pflege des Kindes, dabei doch nichts von Säuglingspflege verstehe usw. Körperliche Abweichungen bestehen nicht; gynäkologisch o. B. Im Verlaufe der Beobachtung Änderung des Zustandsbildes. Patientin ist kataton, völlig negativistisch, schmiert mit Kot und Urin, muß mit der Sonde gefüttert werden. Zeitweise wieder erregt, offenbar auf Grund von Halluzinationen; sie muß in der Isolierung bleiben. Am 23. 12. 32 Verlegung in die Anstalt Marienthal, von dort in die Anstalt Gütersloh, wo sie sich noch befindet. Der Zustand wechselt noch immer zwischen katatonem Bild und Erregungszuständen. Aus der *Vorgeschichte* ist bemerkenswert, daß sie schon als Kind eigenwillig war und Erziehungsschwierigkeiten machte. Später häufiger Wechsel der Berufsausbildung ohne Abschlußexamen. 1928 3 Monate lang wegen eines reaktiven Stuporzustandes, bei dem auch damals schon Verdacht auf Schizophrenie bestand, in der Heilanstalt Ilten. In der *Familie* sollen viele abnorme Charaktere vorgekommen sein; eine Schwester ist unter anderem „hochgradig hysterisch“.

Fall 3. R. F., 43 Jahre. Aufnahme am 13. 7. 34. Am 7. 12. 33 letzter 6. Partus, seitdem Zunahme schon Jahre lang bestehender psychischer Auffälligkeiten. Bei der Aufnahme stumpf und teilnahmslos, völlig affektlos, triebhaft, stürzt sich wild über das Essen her, ist durch nichts zum Arbeiten zu bewegen. Äußert trotz des sehr guten Allgemeinzustandes immer wieder stereotyp, sie sei zu schwach zum Arbeiten und müsse viel essen. Zuweilen steht sie nachts auf und verlangt zu essen. Legt sich nachmittags plötzlich, ohne einen Grund anzugeben, ins Bett, ist völlig antriebslos. Patientin befindet sich zur Zeit noch im St. Rochushospital Telgte, wo sie das gleiche Zustandsbild bietet. Aus der *Vorgeschichte* ist hervorzuheben, daß sich der jetzige Zustand im Verlauf der letzten 6 Wochenbetten allmählich herausgebildet hat. Die Patientin soll von jeher schwierig und eigenwillig gewesen sein; doch besorgte sie früher ordnungsgemäß und mit Interesse den Haushalt. Ein Bruder des Vaters war 2mal wegen Verfolgungswahn in der Anstalt Marienthal, sonst ist von Geisteskrankheiten in der Familie nichts bekannt.

Fall 4. G. T., 33 Jahre. Im Oktober 1934 4. normaler Partus. Am 9. 1. 35 Aufnahme in die Klinik im negativistischen Stuporzustand. Zustand bis heute unverändert mit Nahrungsverweigerung, Einnässen usw. Nur zeitweise zu sprachlichen Äußerungen zu bewegen, aus denen eindeutig hervorgeht, daß sie über Ort und Zeit wohl orientiert ist. Körperlich und neurologisch keine Abweichungen. *Vorgeschichte:* Sie soll gleich nach der Geburt psychische Abweichungen gezeigt haben. Sie betete plötzlich wiederholt laut, schrie auf, als höre sie Stimmen. Vor 2 Jahren im Anschluß an eine Fehlgeburt soll sie einen ähnlichen Zustand mit religiösen Wahnideen gehabt haben. 3 andere Geburten verliefen ohne Besonderheiten. Die Mutter soll vorübergehend an einem religiösen Wahn gelitten haben, der aber keine Anstaltsbehandlung erforderlich machte.

In Fall 1 und 2 erweckte eine vorausgegangene schizophrene Erkrankung sogleich den Verdacht, daß es sich im beobachteten Krankheitsbild um eine echte Schizophrenie handle, wie es der Verlauf bestätigte; besonders in Fall 2 jedoch wäre es im Anfang durchaus berechtigt gewesen, bei dem akuten Ausbruch im Wochenbett und der im Vordergrund stehenden psychomotorischen Unruhe mit zeitweiliger Personenverknennung eine schizophrenieähnliche Psychoseform zu diagnostizieren. In Fall 3 und 4 hingegen, wenn sich auch bei der Kürze der Beobachtung

darüber ein endgültiges Urteil nicht abgeben läßt, erscheint die Differentialdiagnose weniger schwierig. In Fall 3 bestanden schon vor dem Wochenbett und der letzten Schwangerschaft schizophrene Charakterveränderungen; in Fall 4, wo der Ausbruch der Krankheit erst 4 Monate post partum erfolgte, spricht das völlig katatone Bild bei gleichartiger Belastung mit großer Wahrscheinlichkeit für die sog. endogene Form der Schizophrenie.

2 Fälle, die den oben beschriebenen im psychologischen Erscheinungsbild ähnlich sind, dem Verlauf nach jedoch davon verschieden, seien im folgenden kurz skizziert.

Fall 1. A. B., 39 Jahre. Aufnahme in die Klinik am 6. 8. 32, 9 Wochen nach einer Fehlgeburt mit starkem Blutverlust. Bei der Aufnahme ängstlich, ratlos; der Inhalt ihrer weinend vorgebrachten Worte ist immer der, daß sie sterben müsse, daß ihre Familie verloren sei, daß alle Welt sie für schlecht halte und verdamme, weil sie ihren Glauben verleugnet habe. Bei allem, was in der Klinik geschieht, äußert sie die gleichen Verfolgungsideen; überall sieht sie die Absicht, sie und ihre Familie unglücklich zu machen. 14 Tage später unter dem gleichbleibenden Ausdruck innerer Spannung ein fast katatonos Bild. Nur auf Fragen antwortet sie mit leiser Stimme. Nach einem vorübergehenden Zustand völliger Katatonie wird sie ansprechbarer, ruhig und geordnet; beteiligt sich an den Arbeiten; es besteht noch gewisse Antriebsarmut. Am 1. 11. 32 in gebessertem Zustand nach Hause entlassen. Im körperlichen Befunde zeigten sich keine Abweichungen, Hb betrug 81%. Die Erhebung der *Vorgeschichte* ergab: Die Patientin soll immer sehr nervös gewesen sein, befand sich deshalb schon als junges Mädchen vorübergehend in nervenärztlicher Behandlung. Seit ihrer Heirat 1926 3 Geburten. Die 1. verlief ohne Komplikationen. Nach der 2., bei der ebenfalls starker Blutverlust eintrat, erholte sie sich nur langsam; sie soll seitdem etwas erregt geblieben sein. Nach der 3. Geburt (vor 2½ Jahren) wieder starke Blutung, außerdem Venenentzündung. Nach dieser Geburt sehr aufgeregt, bei jeder Regel Wiederholung derartiger kleiner Aufregungszustände. Auch die diesmalige Erkrankung begann mit einem Erregungszustand unmittelbar nach der Curettage; die Patientin befürchtete, wieder eine Venenentzündung zu bekommen. In der Familie sollen keine Geisteskrankheiten vorgekommen sein.

Fall 2. L. B., 28 Jahre. Einlieferung in die Klinik am 26. 9. 34 nach 2., etwas schwerem Partus (Zangengeburt in Narkose). Seit dem 4. Tage post partum zeitweise ängstlich-erregt, äußerte hypochondrische Befürchtungen für ihre eigene Gesundheit und die Entwicklung des Kindes; behauptete, während der Narkose Stimmen gehört zu haben, die ihr übles prophezeiten. Während des Aufenthaltes in der Klinik wechselndes Verhalten: zeitweise stimmungslabil, zugänglich, dabei wohl orientiert, dann negativistisch, erregt und zerfahren, äußert Verfolgungsideen. Körperlich o. B. Am 17. 11. 34 probeweise Entlassung. 2 Monate später Wiederaufnahme in einem weniger ausgeprägten, aber gleichartig wechselnden Krankheitszustand; ausgesprochen cyclothymes Verhalten; im Vordergrund des Bildes steht das Ratlos-Negativistische. *Vorgeschichte:* Immer etwas ängstlich, sonst stets unauffällig. 1. Partus 1932 normal ohne Komplikationen. Angeblich keine hereditäre Belastung.

In den beiden hier beschriebenen Fällen handelt es sich um einen ängstlichen Erregungszustand von schizophrener Färbung. In beiden Fällen bestanden ängstliche Befürchtungen und Vorstellungen, die in Fall 1 durch das mehrfach erlebte Schreckerlebnis einer Nachgeburts-

blutung, in Fall 2 durch den psychischen Shock einer schweren Geburt bei einer psychisch labilen Patientin ausgelöst wurden. Das psychologisch Vorherrschende im dargebotenen Krankheitsbild konnte jedoch in beiden Fällen nicht als eine unmittelbare, verständliche Reaktion auf die auslösende Ursache aufgefaßt werden. In beiden Fällen fehlte, soweit die Angaben reichen, die erbliche Belastung; beiden Patientinnen wird jedoch Nervosität und Empfindlichkeit schon vor der Krankheit zuerkannt.

Im Gegensatz zu den beiden letzteren seien nun 6 Fälle erörtert, bei denen eine verständliche Beziehung zwischen auslösender Ursache und Wirkung im Krankheitsbild zu bestehen schien; hier handelt es sich ebenso um Kranke, die von den Angehörigen als sehr weich, feinfühlig oder überempfindlich bezeichnet werden.

Fall 1. A. W., 33 Jahre. Im Januar 1934 Fehlgeburt im 2. Monat mit sehr starkem Blutverlust. Nach Curettage in der Bochumer Frauenklinik allgemeiner Schwächezustand, wurde deswegen erst 6 Wochen später nach Hause entlassen. Äußerte dort Minderwertigkeitsideen, sie habe alles verkehrt gemacht, man solle sie erschießen, sie sei zu nichts zu gebrauchen. Deswegen Einlieferung in ein Krankenhaus; von dort wegen zweimaligen Suicidversuches Einweisung in die Klinik. Bei der Aufnahme völlig klar, orientiert; ängstlich-gespannt, depressiv, weinerlich. Gibt sich die Schuld an ihrer Krankheit. „Ich bin nur zu dumm, zu minderwertig zum arbeiten; wenn die anderen sagen, ich sei zu schwach, so stimmt das nicht.“ Will sich von ihrem Mann scheiden lassen, weil dieser unglücklich durch sie werde. Körperlich: Blässe, reduzierter Kräftezustand, Hb 72%. Stark gesteigerte vasomotorische Erregbarkeit; Lidflattern. Tremor der Hände. Nach 6 Wochen mit der Hebung des körperlichen Befindens allmähliches Abklingen der Insuffizienzideen. Völlig geheilt entlassen. *Vorgeschichte:* War immer etwas ängstlich und nervös, zitterte, wenn jemand sie beleidigte. Der Vater soll ebenso nervös gewesen sein.

Fall 2. M. T., 25 Jahre. Einlieferung in die Klinik am 5. 8. 33 nach 1. normalem Partus. Nach Angaben des Ehemannes Beginn der Erkrankung 7 Tage post partum mit Neigung zu Grübeleien über sich und die Zukunft des Kindes, mit Stimmungsschwankungen und Schlaflosigkeit. Bei der Aufnahme kindliches Gebaren, bald ängstlich-weinerlich, dann übertrieben lustig und mitteilksam. Befürchtet zeitweise, nie wieder arbeiten zu können, fragt mit Tränen in den Augen, ob sie wieder ganz gesund werden könne. Stets wechselnder Affekt, labile Stimmung. Körperliche Abweichungen bestehen nicht. Die Patientin wurde 3 Wochen nach der Aufnahme gebessert nach Hause entlassen. Nach Angaben der Angehörigen war sie immer etwas unselbständig und übermäßig ängstlich, ließ sich gern verwöhnen. Die Mutter der Patientin soll ebenfalls etwas nervös sein; im übrigen ist die Familie angeblich gesund.

Fall 3. L. St., 27 Jahre. Einlieferung in die Klinik am 12. 6. 34, 9 Tage nach einer Fehlgeburt im 3. Monat, die von der Patientin selbst in krimineller Absicht eingeleitet wurde. Am 5. Tage post abortum plötzlich still und weinerlich, wollte nicht essen. Bei der Aufnahme ausgesprochen depressives Bild, stöhnt leise vor sich hin, ohne zu weinen, antwortet nur selten mit leiser, monotoner Stimme. Aus einigen Andeutungen geht hervor, daß sie sich als eine schwere Sünderin betrachtet. Nach einigen Tagen zugänglicher, bringt mit etwas hysterischem Gebaren heraus, daß sie verworfen sei, daß ihr Mann unglücklich durch sie werde, da sie diesem bisher nichts von ihrem Leben vor der Ehe erzählt habe. Sie verdiene keine Milde und gehöre in ein Arbeitshaus. Dem körperlichen Befunde nach handelt es sich um eine

sehr asthenische, blasse Patientin in reduziertem Kräftezustand. Puls psychisch dauernd beschleunigt. Tremor der Hände, Lidflattern. 3 Wochen nach der Einlieferung völlig gebessert entlassen. Bei Gewichtszunahme Verschwinden der Stimmungslabilität, beginnende Krankheitseinsicht. Die Patientin soll von jeher etwas empfindlich gewesen sein; sie konnte einen Ärger immer nur sehr langsam vergessen; im übrigen war sie unauffällig. In der Familie sollen keine Nerven- oder Geisteskrankheiten vorgekommen sein.

Fall 4. A. D., 42 Jahre. Aufnahme in das St. Rochushospital Telgte 3 Monate nach einer Fehlgeburt im 3. Monat. Gleich nach der Geburt weinerlich und unruhig, Schlaf schlecht. Glaubte, unwürdig gebeichtet und vom Teufel verfolgt zu sein, gab sich selbst Schuld an der Fehlgeburt. Klagt über Angst und Unruhegefühl. Körperliche und neurologische Abweichungen bestehen nicht. Während der Beobachtungszeit stehen ängstliche hypochondrische Ideen im Vordergrund, sie werde nicht wieder gesund und müsse an ihrer Stuhlverstopfung sterben. Am 7. 7. 31 gegen ärztlichen Rat nach Hause; am 24. 7. 31 Einlieferung in die Klinik. Wieder das gleiche Bild einer ängstlichen Depression mit hypochondrischen Befürchtungen. Im Oktober vollkommen mutistisch, scheinbar teilnahmslos. Im Dezember leichte Besserung, verlangt nach Hause; wird versuchsweise entlassen. Früher soll die Patientin stets heiter, gesund und lebensfroh gewesen sein. Aus der Familie ist bekannt, daß die *Mutter* während der Wechseljahre einen ähnlichen Zustand hatte.

Fall 5. K. A., 31 Jahre. Einlieferung in die Klinik am 28. 12. 34, 3 Monate nach 4. Partus. Ausgesprochen labil, bald stumpf und teilnahmslos, dann ängstlich-weinerlich, glaubt, nicht wieder gesund zu werden, klagt über allgemeine Schwäche und Mattigkeit. Nimmt kein Interesse an der Umgebung, sitzt meistens grübelnd da. 4 Wochen später heiter, hypomanisch, wieder 3 Wochen danach unauffällig. Wird geheilt nach Hause entlassen. Die *Vorgeschichte* ergab: War immer empfindlich und skrupelhaft, machte sich unnötige Sorgen. 3 Geburten verliefen ohne psychische und körperliche Störungen. Bei Eintritt der jetzigen Schwangerschaft wurde sie still und zurückgezogen, grübelte viel über die bevorstehende Geburt. 3 Wochen vor der Geburt leichte Nierenbeckeneiterung, war danach besonders besorgt. 3 Tage nach der Geburt Nervenzusammenbruch, lag stumpf und teilnahmslos zu Bett, äußerte nur zeitweilig Todesgedanken. Sie wurde in ein Krankenhaus gebracht, wo sich der Zustand innerhalb 7 Wochen aber nur wenig besserte; war fast ebenso teilnahmslos wie vorher und wünschte zu sterben. In der Familie sollen keine Nerven- und Geisteskrankheiten vorgekommen sein.

Fall 6. E. K., 25 Jahre. Einlieferung in die Klinik am 23. 2. 35, 14 Tage nach normalem 1. Partus. Psychisches Bild: ängstlich, stimmungslabil, beeinflussbar, in jeder Beziehung gut orientiert. Macht sich Sorgen, das Kind könne nicht gedeihen, weil sie nicht Milch genug habe, ist zum Weinen geneigt, bricht auch beim Vorbringen der Klagen in Tränen aus; klagt über Heimweh nach Hause. Körperlich: Allgemein-asthenisch, blasse Farbe, im übrigen keine Abweichungen. *Vorgeschichte:* War immer etwas ängstlich und überbesorgt. Fürchtete beim Beichten stets, etwas vergessen zu haben. In den letzten Monaten der Schwangerschaft machte sie sich Sorgen über die bevorstehende Geburt; die *Mutter* soll *ebenso* ängstlich und skrupelhaft sein wie die Patientin. Sonst ist von Geistes- und Nervenkrankheiten in der Familie nichts bekannt.

In allen 6 zuletzt beschriebenen Fällen ist die Krankheit als eine Reaktion aufzufassen, wie sie in besonderen Situationen der psychasthenischen Persönlichkeit eigen ist. Ebenso ist in allen Fällen in der Vorgeschichte davon die Rede, daß die Kranke von jeher durch besondere Ereignisse des Lebens aus dem seelischen Gleichgewicht gebracht wurde.

Erbliche Belastung in dem Sinne einer endogenen Erkrankung war niemals nachweisbar. Der Übergang zum Normalen ist in diesen Krankheitsbildern ein fließender, und es wäre verfehlt, sie der *endogenen Erkrankung des manisch-depressiven Irreseins* zuzuordnen, wie es sich bei den nun folgenden Erkrankungen dem psychologischen Erscheinungsbild, zum Teil auch der Periodizität des Auftretens nach unmittelbar ergibt.

Fall 1. O. A., 32 Jahre. 1. Einlieferung in die Klinik am 4. 12. 32 mit dem klassischen Bild der Melancholie. Sitzt mit niedergeschlagenem Gesichtsausdruck seufzend da, grübelt über ihre Sünden nach, wirft sich vor, unwürdig gebeichtet zu haben; äußert wiederholt, sie sei zu nichts nütze, und wünsche zu sterben. Nimmt keinerlei Notiz von der Umgebung, bleibt scheu und ängstlich in der Ecke stehen. Appetit und Schlaf schlecht. Körperlich: Reduzierter Kräftezustand, Hb 56%. Graviditas im 3. Monat. *Vorgeschichte:* Die Depression soll im Anschluß an das Sistieren der Menses eingetreten sein. Sie machte sich Gedanken, ob sie noch mehr Geburten überstehen werde, da die beiden vorhergegangenen schwer waren. Nach 3 Wochen allmähliches Abklingen des depressiven Zustandes; Entlassung nach Hause. 2. Aufnahme am 26. 9. 34, 11 Wochen nach der inzwischen erfolgten 3. Geburt. Seit 8 Tagen wieder bestehender trauriger Verstimmungszustand mit Suicidversuch. Wieder ängstlich-scheu, innerlich gespannt und depressiv. Am 30. 11. 34 gebessert nach Hause entlassen. Die in diesem Fall besonders interessierende *Vorgeschichte* ergibt sich aus der obenstehenden Zeichnung.

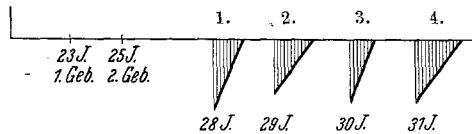


Abb. 3. 1. Plötzlicher Umschlag mit Suicidversuch. Dauer 1½ Monate. 2. Umschlag bei Lungenentzündung. Dauer 3 Monate. 3. Umschlag mit Sistierung der Menses. Dauer 6 Wochen. 4. Umschlag 10 Wochen nach 3. Geburt. Dauer 4 Monate.

Immer sehr gesprächig und lebhaft gewesen, dabei aber doch religiös-krupelhaft.

Bemerkenswert ist, daß die 1. depressive Phase ohne äußeren Anlaß begann, während in der Pubertätszeit und nach den beiden ersten Geburten keine geistigen Abweichungen beobachtet wurden. Aus der Familienanamnese ist nur hervorzuheben, daß die Mutter übermäßig gesprächig sein soll; im übrigen Familie o. B.

Fall 2. E. W., 39 Jahre. Die Patientin wurde in den Jahren 1931 und 1932 je einmal, jeweils im 3. Monat der Schwangerschaft in die Klinik eingeliefert im Anschluß an einen Suicidversuch mit Leuchtgas. Beide Male ängstlich-gespannt, teilnahmslos, depressiv. Beide Male nach 3 Monaten unauffällig, geheilt entlassen. Die *Vorgeschichte* ergibt sich aus der obenstehenden Zeichnung.

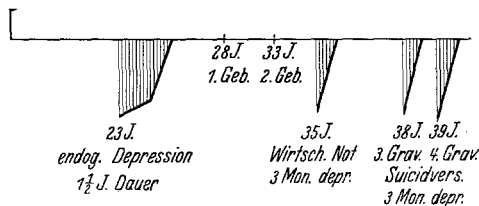


Abb. 4.

Immer etwas grüblerisch und nachdenklich gewesen.

Aus der Familienanamnese ist bekannt, daß alle 3 Geschwister grüblerisch veranlagt sind. Auch in diesem Fall wie in Fall 1 ist bemerkenswert, daß die beiden ersten Geburten ohne Störungen verliefen; die 1. Depression brach auch hier ohne äußeren Anlaß aus.

Fall 3. M. S., 28 Jahre. Einlieferung in die Klinik am 20. 2. 32, 8 Wochen nach normal verlaufendem 1. Partus. Ausgesprochen depressives Bild, gehemmt und

antriebsarm, äußert Versündigungsideen, glaubt, ihre Krankheit verschuldet zu haben und ihren Mann und ihr Kind durch ihre Krankheit zu schädigen. Im Vordergrund des Gedankenganges stehen monoton die gleichen hypochondrischen Befürchtungen, sie habe mit bestimmten Streptokokken (war früher Krankenpflegerin) ihre Familie angesteckt. Sie habe mehr Secale genommen, als ihr verordnet sei. Nun sei ihre Milch vergiftet, und das Kind könne nicht gedeihen. Während der Zeit des Aufenthaltes grüblerisch und weinerlich, antriebsarm. Körperlich o. B. Nach 6 Wochen allmähliches Abklingen des Depressionszustandes, Entlassung nach Hause. Früher soll sie tatkräftig und lebensfroh gewesen sein. Sie neigte aber immer etwas zum Grübeln, konnte oft von einmal gefaßten Gedanken nicht abkommen. Der Vater soll schwermütig gewesen sein und verschiedentlich Selbstmordideen geäußert haben. Sonst Familie o. B.

Fall 4. A. H., 33 Jahre. Aufnahme in die Klinik am 18. 10. 34, 6 Wochen nach der normalen 3. Geburt im Zustand höchster, ängstlicher Spannung; vollkommen orientiert, geordneter Gedankengang; gestellte Fragen werden nur zum Teil beantwortet. Bei Angaben über die Vorgeschichte erfolgt monoton die gleiche dunkle Andeutung: „Das ist nicht richtig gewesen“. Diese Andeutung bezieht sich sowohl auf das Gedeihen des Kindes, besonders aber auf die letzte Schwangerschaft, die offenbar ihrer Meinung nach zu schnell der vorletzten folgte. Dann äußert sie ebenso monoton: „Ich bin schuld, ich bin schuld; ich bin Teufel. Sünde, Sünde!“ Die ängstliche Spannung ist so stark, daß jede Gelegenheit zu einem Suicidversuch benutzt und aus allen möglichen Kleidungsstücken ein Strick gedreht wird. Beim Mißlingen jammert sie laut: „Mein armer Mann, meine armen Kinder, ich bin schlecht, ich bin ein Teufel“. Während der Beobachtung zunehmend negativistischer, ist nicht mehr zum Essen zu bewegen. „Bußen, bußen“ ist das Motiv, das sie ihrer widerstrebenden Art zugrunde legt. Vorübergehende Besserung mit zeitweiliger Unauffälligkeit; bittet um Verzeihung für ihre Sünden, läßt sich zeitweise beruhigen. Dann plötzlich Umschlag in läppische Heiterkeit, der einige Tage anhält; darauf im Anschluß an eine starke Blutung wieder depressiv, völlig teilnahmslos und ablehnend. Im körperlichen Befund keine Abweichungen, abgesehen von starker Unterernährung durch Nahrungsverweigerung. *Vorgeschichte:* 1. Geburt 1930; Wochenbettfieber, das bald abklang. War damals sehr ängstlich-erregt, fürchtete, sterben zu müssen. 2. Partus Oktober 1933. Kurz vor und nach der Geburt äußerte sie wieder Todesgedanken. Bei der kurz darauf eintretenden 3. Schwangerschaft von Anfang an ängstlich; in allen Dingen, die geschahen, sah sie Anzeichen ihres baldigen Todes, sie äußerte immer wieder, diesmal könne es mit ihr nicht gut gehen. Der Vater soll sehr nervös und erregbar gewesen sein, ebenso eine Schwester des Vaters. Sonst ist von Geisteskrankheiten in der Familie nichts bekannt.

Fall 5. M. R., 24 Jahre. Einlieferung in die Klinik am 24. 12. 34, 6 Wochen nach einer Frühgeburt im 7. Monat, nachdem sie sich 2 Tage zuvor im Zustande ängstlicher Erregung die Pulsader durchschnitten hatte. Bei der Aufnahme ängstlich-erregt. Sorgt sich um die Zukunft des Kindes, das so klein und schwach sei, daß sie es im Krankenhaus lassen mußte. Grübelt über ihre eigene Krankheit nach, deren Ursache sie nicht verstehe. Sie wisse nicht, was sie getan, daß alle Menschen sie so quälen und ihrem Mann die Stellung nehmen wollten. Vielleicht sei auch die Geburt nicht normal gewesen, daß jetzt alles so verändert sei. Körperlicher Befund: Protrusio bulborum, Struma, Tachykardie bis 120. Am linken Arm Schnittwunden und dadurch verursachte Unarislähmung; 45% Hb. Mit fortschreitender körperlicher Erholung Schwinden der Angstzustände; 14 Tage nach der Aufnahme Entlassung in gebessertem Zustande. Nach Angaben des Mannes war Patientin die ersten 8 Tage nach der Geburt unauffällig. Beim ersten Aufstehen plötzlich sehr erregt und erschreckt über die Kleinheit des Kindes; seit der Zeit viel darüber

geweint. 14 Tage später Rippenfellentzündung mit heftigen Schmerzen, wiederum 14 Tage später starke Mensesblutung; danach sehr ängstlich, mochte nicht allein sein, rief ihre Angehörigen um Hilfe gegen die sie bedrohenden Nachbarn. Früher stets gesund gewesen. Geistes- oder Nervenkrankheiten sollen in der Familie nicht beobachtet worden sein.

Den Fällen 1—3 ist das völlige Fehlen exogener Schädlichkeiten gemeinsam. In Fall 1 und 2 handelt es sich um mehrfach gleichartig erkrankte Personen; Fall 3 ist ebenso wie Fall 4 als eine prämorbidie Persönlichkeit aufzufassen. Fall 4 zeigt außerdem eine Körperschwächung durch schnell aufeinander folgende Geburten, in Fall 5 dagegen finden sich eine Reihe exogener Schädlichkeiten bei einer an sich leichten und schnell abklingenden Psychose; gerade hier fehlt auch völlig die erbliche Belastung.

Der Vollständigkeit halber sei noch auf 2 andere Fälle hingewiesen, bei denen die Veränderung post partum einmal nur eine Steigerung der auch sonst hervortretenden psychopathischen Charaktereigenschaften darstellte, bei denen auch diese Veränderung keine Psychose im eigentlichen Sinne auslöste.

Fall 1. K. St., 29 Jahre. Einlieferung in die Klinik 20 Tage nach normal verlaufener 1. Geburt. Bei der Aufnahme wohl orientiert. Sie zeigt eine gewisse Unruhe und Unbeherrschtheit, läuft unruhig auf der Abteilung herum, braucht Schimpfworte gegen Ärzte und Schwestern, sobald ihr eine Kleinigkeit, z. B. das Einnehmen der Medizin, nicht paßt. Äußert unsinnige Wünsche und schimpft in der gemeinsten Weise, wenn ihr diese nicht erfüllt werden. Gegen Einwände vollkommen uneinsichtig. Körperlich finden sich außer einer alten Facialisparese rechts und einer starken vasomotorischen Erregbarkeit keinerlei Abweichungen. Nach allmählicher Beruhigung im Verlauf von 8 Tagen verlangt sie plötzlich beim Besuch des Mannes, mit nach Hause genommen zu werden. Sie macht eine heftige Szene und setzt schließlich ihren Willen durch. Der Mann gab zur *Vorgeschichte* an, daß seine Frau, solange er sie kenne, leicht erregbar gewesen sei, daß diese Erregungszustände aber nach der Geburt sich derartig gesteigert hätten, daß sie Bekannte und Verwandte beschimpfte. Als Entschuldigung soll sie angegeben haben, daß sie sich matt und müde fühlte. Mit 19 Jahren soll sie einen seelischen Verstimmungszustand gehabt haben; sie soll damals in ihrer Pensionszeit Heimweh nach Hause gehabt haben. Die Mutter soll ebenso unbeherrscht sein wie die Patientin. Von Nerven- oder Geisteskrankheiten in der Familie ist sonst nichts bekannt.

Fall 2. B. H., 16 Jahre. Aufnahme in die Klinik 6 Wochen nach normal verlaufenem unehelichem 1. Partus. Bei der Aufnahme schwer besinnlich, stuporös. Sie sitzt da mit grimmassierendem Gesicht, ohne von ihrer Umgebung Notiz zu nehmen. Offenbar orientiert, doch völlig antriebsarm, muß zum Essen angehalten werden. Körperlich keine Abweichungen. Verlegung in die Heilanstalt Marienthal 2 Monate nach der Aufnahme in unverändertem Zustand, wo der Stuporzustand im Laufe eines halben Jahres etwas abklang; von dort Verlegung nach Nieder-Marsberg. Hier tritt nach völligem Abklingen des Stupor Imbezillität zutage neben psychopathischem Hang zum Lügen und Stehlen. 1 Jahr später wieder Erregungszustand mit Halluzinationen und ununterbrochenem Rededrang. Patientin befindet sich noch in der Anstalt. Zur *Vorgeschichte* ist noch anzugeben, daß Patientin schwer erziehbar war, wegen ihrer Imbezillität eine Hilfsschule besuchen mußte, wo besonders die ethischen Fähigkeiten als mangelhaft erkannt wurden. Der Vater der H.

befindet sich wegen Schizophrenie mit fortschreitender Versandung seit 1929 ebenfalls in der Anstalt Nieder-Marsberg.

Aus der Schilderung der 2 letztgenannten Fälle geht hervor, daß die psychischen Abweichungen fast unabhängig von den Generationsvorgängen verliefen; vielleicht ist im letzten Falle ein schizophrener Schub bei einer imbezillen Psychopathin durch das Wochenbett ausgelöst worden.

Zusammenfassend läßt sich bezüglich der hereditären Belastung der Fälle sagen (s. die untenstehende Tabelle), daß eine solche, soweit die Angaben der Angehörigen richtig und vollständig sind, in nicht ganz 50 % vorhanden war (16mal in 34 Fällen). Ganz andere Zahlen ergeben sich

Tabelle 1. Häufigkeit der erblichen Belastung
bzw. der konstitutionellen Disposition.

Gruppe	Erbliche familiäre Belastung	Körperliche bzw. psychische Stigmata	Mehrfache psychotische Erkrankungen		Belastung und konstitut. Disposition nicht nachweisbar
			verschieden- artige Psych.	wiederholte Puerp.-Psych.	
I	5mal	Ø	1mal	3mal	3mal
IIa	1mal	1mal	2mal	Ø	2mal
IIb	Ø	Ø	Ø	Ø	1mal
IIIa	4mal	1mal	1mal	1mal	Ø
IIIb	Ø	2mal	Ø	1mal	Ø
IVa	(4mal)	6mal	Ø	Ø	Ø
IVb	4mal	1mal	1mal	2mal	1mal
V	2mal	Ø	2mal	Ø	Ø
Summe	16mal	11mal	14mal		7mal

jedoch, wenn man zusammenfassend überprüft, wie oft in der Vorgeschichte konstitutionelle Auffälligkeiten bei den Kranken vorkommen, oder wie oft gar eine oder mehrere psychotische Erkrankungen der in der Klinik beobachteten vorausgingen. Es bestand in 14 Fällen schon einmal oder öfter eine ähnliche oder gleiche Psychose; dazu handelte es sich einwandfrei in 11 weiteren Fällen um Persönlichkeiten, die prämorbid Abweichungen boten. Wenn man bedenkt, daß in einigen der erwähnten Fälle die konstitutionelle Disposition zu psychischen Krankheiten erst durch mehrfaches Erkranken erwiesen wurde, so muß man erwarten, daß sich gerade bei den jüngeren Kranken oder den Erstgebärenden unter den angeblich nicht Disponierten im Laufe des Lebens noch Hinweise für eine entsprechende Disposition finden lassen.

Es bliebe nun im folgenden zu prüfen, ob es möglich ist, die beschriebenen Krankheitsbilder in etwaiger Übereinstimmung mit Veröffentlichungen anderer Autoren unter irgendeinem gemeinsamen Gesichtspunkt zu betrachten. Es sind Erwägungen darüber anzustellen, ob eine spezifische Abhängigkeit des Krankheitsbildes von inneren oder äußeren

Einflüssen festzustellen sei oder ob diese scheinbare Abhängigkeit vielmehr als ein spezifischer, hormonal bedingter Zustand erklärt werden muß. Unter etwaiger Innehaltung des letzteren Standpunktes wäre weiter zu ergründen, ob die Puerperalpsychosen als eine symptomatologisch abgrenzbare Sonderform innerhalb der Psychosen anzusehen sind oder ob sie zu den exogenen Reaktionsformen schlechthin zu zählen seien, wobei eine hereditäre bzw. konstitutionelle Disposition Voraussetzung ist, wobei jedoch teils exogenen, teils endogenen Faktoren nur eine spezifische Färbung der Psychose oder auch ihre Auslösung überlassen bliebe.

Am schwierigsten ist die Frage zu beantworten, wie weit eine spezifische Abhängigkeit des Krankheitsbildes von der Erblichkeit anzuerkennen sei. Es muß zugegeben werden, daß die erhobenen Vorgeschichten fast in allen Fällen mangelhaft sind; schon über die 3. Generation in der Ascendenz waren kaum Angaben zu erhalten; diese wiederum waren aus vielerlei Gründen lückenhaft, so daß ein klares Bild über Erkrankung von Angehörigen nur dort vorliegt, wo eine Anstaltsbehandlung stattfand. Nicht zuletzt erfolgten alle Angaben mit Rücksicht auf das Erbgesetz sehr zurückhaltend. Immerhin soll einmal der Versuch gemacht werden, die einzelnen Krankheitsgruppen unter diesem Gesichtspunkt zu betrachten. In Gruppe I wurde bei Fall 2, 3, 4, 5 und 6 erbliche Belastung zugegeben. Nun ist zunächst zu betonen, daß in allen Fällen der Gruppe I keine spezifische Psychosefärbung, wenigstens niemals für die Dauer der Erkrankung beobachtet wurde, daß ferner in 7 Fällen nach der Behandlung Heilung, 2mal der Exitus eintrat. Die Belastung war jedoch 2mal (Fall 2 und 3) derart, daß eine endogene Erkrankung von langer Dauer mit spezifischer Färbung beobachtet wurde; diese spezifische Färbung unterscheidet sich in Fall 3, der, wenn überhaupt spezifisch, als schizophrene Psychose aufgefaßt werden müßte, von dem beobachteten depressiven Krankheitsbild der Mutter. In Fall 4, 5 und 6 ist die Art der Belastung zu wenig festgelegt, als daß daraus Schlüsse gezogen werden könnten. In Fall 6 und 4 allein kann die Belastung als gleichartig aufgefaßt werden. Gruppe II, bei der während der klinischen Beobachtung die exogene Schädigung bei der Behandlung im Vordergrund stand, ergab in der Frage der Erblichkeit nur in Fall 3 ein positives Ergebnis. Daß hier ein zufälliges Zusammentreffen äußerer Schädlichkeiten mit einer sog. endogenen Psychose vorliegt, ist wahrscheinlich, da bereits ein schizophrener Schub einige Jahre vorher bei der gleichen Patientin beobachtet wurde; die Erblichkeit, die in diesem Falle als erwiesen angesehen werden muß — die Mutter erkrankte 2mal mit reaktiven Erregungszuständen —, war hier keine spezifische. In Gruppe IIIa, wo die Erkrankung mehr oder minder einer echten Schizophrenie glich, schien 3mal eine gleichartige Belastung vorzuliegen, während diese für Fall 2 nicht eindeutig nachweisbar war. Gruppe IIIb dagegen, 2 Fälle, die im

ganzen das Bild einer akuten, schizophrenen Psychose boten, zeigte keinerlei Belastung im gleichen Sinne. Ein analoges Resultat ergab die Vorgeschichte von Gruppe IVa und IVb hinsichtlich der Belastung. In Gruppe IVa fanden sich nur in Fall 4 einigermaßen verwertbare Angaben über die Erbllichkeit, indem bei der Mutter der Kranken ein ähnlicher psychotischer Zustand während der Wechseljahre beobachtet worden sein soll. Die bezüglich Fall 1, 2 und 6 gemachten Angaben liegen so im Bereich möglicher physiologischer Charakterschwankungen, daß sie hier nicht verwertet werden können. Ähnlich fehlte in Gruppe IVb in allen Fällen offenbar erbliche Belastung, sofern man an die Notwendigkeit einer Anstaltsbehandlung denkt; immerhin wurde hier im Gegensatz zu Gruppe IVa in allen Fällen mit Ausnahme von dem durch die *Basedowsche* Erkrankung komplizierten Fall 5 Neigung zum Grübeln, Selbstmordgefahr oder übermäßige Aufregung bei Kleinigkeiten bei dem oder jenem Angehörigen als auffällig angegeben, Bemerkungen, die, wenn überhaupt, alle im Sinne einer gleichartigen Vererbung anzusprechen wären. Bei Gruppe V war das Krankheitsbild kaum in Zusammenhang mit dem Puerperium zu bringen; die Erbllichkeit ist deshalb von geringerem Interesse. Immerhin besteht in Fall 2 eine schwere, wenn auch nicht völlig gleichartige erbliche Belastung.

Es wäre nun weiterhin denkbar, daß Milieuschädigungen, psychische Traumen und Erlebnisse, der Art der Psychose ihre Gestalt geben könnten. Psychische Traumen waren sicher in Gruppe I, Fall 6 und 9, Gruppe II, Fall 3 und 4, und Gruppe IVb, Fall 4, vorhanden. Es mag gewiß verführerisch sein, in einem Fall wie dem zuletzt genannten anzunehmen, daß die jeweilige traurige Verstimmung und die Suicidneigung durch soziale Schwierigkeiten hervorgerufen sei. In Widerspruch zu dieser Überlegung stehen jedoch die 4 zuerst genannten Fälle: In Fall 9, Gruppe I, trat nicht etwa eine Psychose im Sinn der reaktiven Depression auf, wie man erwarten müßte, ebenso wurden in Fall 3, Gruppe II, alle reaktiven Züge vermißt. In allen unter Gruppe IVa mitgeteilten 6 Krankheitsbildern, wo in jedem Fall eine ängstlich-traurige Verstimmung bestand, fehlte dagegen der exogene Anlaß zu einer solchen. Gerade bei dieser Gruppe von Krankheitsbildern läßt sich viel eher vermuten, daß in weit höherem Maße durch die Konstitution im weitesten Sinne eine spezifische Färbung der Psychose gegeben ist.

Da immer wieder über Stoffwechselstörungen als Ursache psychischer Krankheiten gesprochen worden ist, soll auf die Frage eingegangen werden, ob die Umstellung im Stoffwechsel, wie sie Puerperium und Gravidität mit sich bringen, als die grundlegende Ursache für das Zustandekommen einer Psychose angesehen werden kann. Man könnte dagegen zunächst geltend machen, daß diese Umstellung bzw. Sonderbelastung des Stoffwechsels alle Frauen während des Generationsvorganges in gleichem Maße betrifft, es wäre höchstens denkbar, daß in

besonderen Fällen eine akute Stoffwechselstörung im Wochenbett auftritt, wie z. B. im Falle IV b 4, wo die übermäßig starke Blutung im Wochenbett auf eine Rückbildungshemmung hindeutet; in allen anderen Fällen ist aber eine Stoffwechselstörung weder im äußeren Habitus erkennbar noch durch irgendwelche Symptome faßbar. Vor allem spricht aber gegen die Annahme einer gleichartigen Stoffwechselstörung als spezifische und vorherrschende Ursache für die Ausbildung einer Psychose die Vielgestaltigkeit der klinischen Bilder.

Am augenfälligsten erscheint die Beeinflussung des psychotischen Krankheitsbildes durch Infektionen, große Blutverluste und Erschöpfungszustände infolge der Geburt. Nach unserem Krankenmaterial scheint das Fieber und die Infektion überhaupt am meisten da bei der Schaffung eines Krankheitsbildes ursächlich mitzuspielen, wo andere ätiologische Momente, z. B. die Vererbung, nicht nachweisbar sind. Das trifft für alle Fälle von Gruppe II zu mit Ausnahme des Falles 3, bei dem jedoch durch die vorangegangene schizophrene Erkrankung der Patientin, wie erwähnt, der Zusammenhang der Psychose mit der septischen Erkrankung wohl nur ein zufälliger ist. Die beiden Fälle aus Gruppe III b, wo das eine Mal eine schwere Geburt, das andere Mal sehr starker Blutverlust den Verlauf komplizierte, ließen ebenfalls die erbliche Belastung vermissen. Auch Fall IV b 5, in dem offensichtlich *Basedowsche* Erkrankung und schwere Erschöpfung bestand, verhielt sich im Gegensatz zu allen anderen Fällen dieser Gruppe hinsichtlich der Heredität negativ. Eine spezifische Färbung der Psychose durch die genannten Schädlichkeiten war nicht erkennbar, wie ja schon die Zugehörigkeit der angegebenen Fälle zu verschiedenen Krankheitsgruppen beweist. Es scheint vielmehr, als sei hier überall bei psychisch relativ widerstandsfähigen Kranken eine besonders starke exogene Schädigung erforderlich, um eine latente Anlage zur Psychose wirksam werden zu lassen. Fall II a 4 zeigte das sehr instruktiv, indem Fieberanstiege immer von Verwirrtheitsschüben begleitet wurden, die mit Sinken des Fiebers wieder an Stärke abnahmen.

Sieht man nun einmal von allen in der Literatur namhaft gemachten Ursachen der Puerperalpsychosen ab, so bleibt immer die Frage, ob nicht Intoxikationsvorgänge und hormonale Störungen das Krankheitsbild nach besonderen, von der Erblichkeit unabhängigen Gesetzen hervorrufen und beeinflussen. Wenn auch diese Frage bei dem heutigen Stand der Hormonforschung überhaupt nicht geklärt werden kann, so sprechen zum mindesten die hier gemachten Beobachtungen gegen eine solche Annahme. Es wurden Krankheitsbilder in eben der Mannigfaltigkeit und Verschiedenheit geboten wie in allen anderen psychischen Erkrankungsfällen, was doch bei einer so streng einheitlichen Ursache verwunderlich wäre. Auch hinsichtlich des Verlaufes und der Dauer der Erkrankung ergaben sich Schwankungen von Wochen, Monaten und

Jahren; nicht zu verkennen war ferner, daß die langdauernden Krankheitsprozesse sehr oft Kranke mit erblicher Belastung betrafen. Gruppe IIIa umfaßt diejenigen Kranken, bei denen zum Teil mehrjährige Anstaltsbehandlung erfolgte und bei denen überall eine nachweisbar hereditäre Disposition zu psychischen Erkrankungen vorlag.

Nach den oben angestellten Überlegungen ist es unrichtig, die Puerperalpsychose als eine besondere Erkrankungsform innerhalb der Geisteskrankheiten hinzustellen. Es wäre aber immerhin denkbar, daß ihr unter den Psychosen eine Sonderstellung zuzubilligen sei. Da aber, wie oben erwiesen, weder nach dem Zustandsbild noch nach der Prognose besondere Merkmale dafür erkennbar waren, ist diese Annahme von vornherein als zweifelhaft zu betrachten. Selbst wenn man die Ursache der Psychosen als unbekannt voraussetzt, so verhindert die Verschiedenartigkeit der Krankheitsbilder, an eine in sich abgeschlossene, besondere Psychoseform zu denken. Es besteht, wie gesagt, weder ein spezifisches Bild noch eine Spezifität der Erbllichkeit, die an sich in ihrer Bedeutung nach unseren Fällen anerkannt werden muß. Dabei ist es gleichgültig, ob dieselbe direkt oder indirekt wirkend eine Rolle spielt. In jedem Falle erscheint die Abhängigkeit von der letzteren die gleiche zu sein wie bei allen anderen Psychosen.

Bumke geht sogar soweit, die sog. exogen ausgelösten Psychosen in ihrer Pathogenese und ihrem Verlauf allen anderen Geisteskrankheiten gleichzusetzen; auch *Bonhoeffer* betont, daß fließende Übergänge von den endogenen Schizophrenien zu schizophrenen Erkrankungsformen anerkannt werden müssen, wo exogene Momente in ätiologischer Hinsicht die Hauptrolle spielen. Er hebt ferner hervor, daß der Nachweis beim heutigen Stand der Erbforschung nicht geführt werden kann, daß es sich in beiden Fällen um fraglos gleichartige Krankheitsbilder handelt. In unseren Krankheitsfällen war jedesmal da Erbllichkeit nachweisbar, wo es sich um ein ausgeprägtes, sog. endogenes Krankheitsbild im Sinne der Schizophrenie oder des manisch depressiven Irreseins (Gruppe III a und Gruppe IV b) handelte; doch war auch in Gruppe I bei den akuten psychotischen Zuständen ohne spezifische Färbung erbliche Belastung in 5 von 9 Fällen vorhanden. Gruppe II dagegen entbehrte fast der entsprechenden Heredität. Das stimmt mit der Ansicht *Bostroems* überein, der ein bestimmtes Kräfteverhältnis zwischen exogener Schädigung und endogener Anlageschwäche annehmen zu müssen glaubt, derart daß bei unter schweren infektiösen Noxen auftretenden Psychosen die „symptomatische Labilität“ dem Laienbeobachter nicht auffällig zu sein brauchte. Da alle derartigen Betrachtungen darauf hinauslaufen, daß eine bestimmte ererbte, mehr oder minder stark ausgeprägte Konstitution der Erkrankten selbst die Grundvoraussetzung für eine psychotische Erkrankung ist, müßten bestimmte Kriterien gefunden werden, die sog. prämorbidie Persönlichkeit zu charakterisieren. Wenn sich hier auch

die bekannten Schwierigkeiten ergeben, daß zunächst die Kranken vor ihrer Psychose nicht in ärztlicher Beobachtung standen, ihre Auffälligkeiten also sicher unter Umständen nicht genügend gewürdigt wurden, und daß es aber auch, wenn über die Zeit vor der Krankheit aus eigener oder fremder Beobachtung Angaben zur Verfügung stehen, bei dem Fehlen objektiver Kriterien dem subjektiven Urteil des einzelnen überlassen bleibt, eine Wesensart noch als normal oder schon als „symptomatisch labil“ aufzufassen, so ist doch die Annahme einer prämorbidem Persönlichkeit vielleicht am ehesten dann gerechtfertigt, wenn der Kranken vor ihrer Psychose schon dieselben Charakterzüge eigen waren, die später auch im Bild der Psychose als beherrschend hervortreten. Diese Voraussetzung wird restlos von Gruppe IV a erfüllt; alle 6 Kranken dieser Gruppe waren ihr Leben lang ängstlich und überempfindlich und zeigten eine geringe Widerstandskraft gegenüber exogenen Noxen. Wenn das Puerperium in diesen Fällen depressive Zustandsbilder mit ängstlichen Ideen hervorgerufen hat, erscheint diese Tatsache fast als Beweis, daß die Generationspsychosen überhaupt den gleichen Gesetzen wie die exogenen Reaktionsformen unterstehen. Auch in den 5 Fällen der Gruppe IV b ist es nicht zu bestreiten, daß die hier als exogen anzuspreekenden Generationsvorgänge an der Auslösung einer Psychose beteiligt waren, die wenigstens in Fall 1 und 2 dem psychologischen Zustandsbild nach den endogenen Geisteskrankheiten zugerechnet werden muß. Wenn auch in diesen beiden Fällen außerdem Erkrankungsphasen ohne nachweisbare auslösende Faktoren beobachtet wurden, so kann in beiden Fällen doch die Tatsache nicht als Zufall bezeichnet werden, daß bei beiden Kranken 2mal durch das Generationsgeschäft, in Fall 1 außerdem noch einmal im Verlauf einer Infektionskrankheit dieselbe „endogene“ Depression auftrat.

Wenn man *Ewald* dahin folgen will, daß die Anlage zu psychischen Krankheiten auf Stoffwechselstörungen beruhe, so wäre es verständlich, wenn derartig disponierte Personen auf Umstellungen im Stoffwechsel, wie sie die Generationsvorgänge verursachen, derart reagieren, daß es in diesen Fällen zur Ausbildung einer Psychose kommt. Es wäre von diesem Gesichtspunkt aus erklärbar, da Infektionen und andere Komplikationen im Wochenbett weitere Verschiebungen im Stoffwechsel bedeuten, daß bei einer Summation von Stoffwechselstörungen, Puerperium und Infektion z. B., eine endogene Erkrankung selbst bei Personen ausgelöst werden könnte, bei denen an sich ausreichende Hemmungen für das Manifestwerden ihrer endogenen Anlage zur Psychose bestehen. Es wäre mit dieser Erklärung übereinstimmend, daß gerade in Gruppe II Hereditäts- und Konstitutionsforschung ein scheinbar negatives Resultat haben. Gruppe I hingegen, bei der die Geburt im wesentlichen ohne nennenswerte Komplikationen verlief, liefert schon mehr Anhaltspunkte für eine bestehende Krankheitsbereitschaft. In Fall 1 und 5 wurde,

obschon von Angehörigen die Kranke als früher völlig normal bezeichnet wurde, der Gegenbeweis durch die Wiederholung einer psychotischen Reaktion geliefert. Will man trotzdem in Fall 1 an einer spezifischen Wochenbettpsychose festhalten, so spricht bei Fall 5 die zweite gleichverlaufende, aber andersartig ausgelöste Psychose gegen eine solche Annahme.

Daß es eine spezifische Wochenbettpsychose selbst dann nicht gibt, wenn auch ein septischer Wochenbettsverlauf auf den Zusammenhang hinzuweisen scheint, zeigt auch Fall II, 5, wo die erstmalig beobachtete Psychose im Anschluß an Parotitis in genau der gleichen Form auftrat wie später bei puerperaler Sepsis; Erblichkeit und Konstitution wurden auch hier von den Angehörigen verneint. Nach *Sioli* scheint es ebenso eine spezifische Systematik der Eklampsiepsychose nicht zu geben; wir hatten nur Gelegenheit, einen einzigen Fall zu beobachten (Gruppe II a 1), der den übrigen akuten Psychosen dem Verlauf nach ähnlich war. Auch Choreapsychosen wurden in der hiesigen Klinik während der Gravidität nicht beobachtet; nachdem von *Kehrer* ein ursächlicher Zusammenhang dieser mit der Gravidität abgelehnt wurde, bieten solche Psychosen hier auch weniger Interesse. Zu dem gleichen Resultat, daß die Psychose in allen Fällen eine pathogenetisch gleichartige Erkrankung sei, ob nun eine endogene Anlage erwiesen ist oder nicht, daß nur die Stärke der Bereitschaft dazu variiert, kommt man, wenn man die Fälle der Gruppen III a und III b einander gegenüberstellt. Ebenso wie bei den 4 ersteren Fällen die Heredität anerkannt wird, wird sie bei den beiden letzteren Fällen verneint. Ganz abgesehen davon, daß die Zustandsbilder in beiden Gruppen wenig unterschiedlich waren, bewies Fall 1 der Gruppe III b durch mehrfaches Erkranken im Wochenbett, daß eine gleichartige Konstitution bestand. Außerdem ließen sich in beiden Fällen auch nach der Genesung schizoide Züge finden, die zum mindesten als endogen anzusehen waren, nachdem in Fall 2 z. B. nunmehr fast ein Jahr nach der Geburt verflossen ist. Viele der hier mitgeteilten Fälle bedürften noch längerer Beobachtung, wenn man ein abschließendes Urteil über sie gewinnen wollte. In Gruppe I sind es gerade die Erstgebärenden (Fall 7, 8 und 9), die der Annahme zu widersprechen scheinen, daß in jedem Fall eine Konstitution zur psychotischen Reaktion besteht. Bei diesen ist auch am ehesten die Möglichkeit gegeben, daß weitere auslösende Momente die latente Anlage deutlich hervorkehren.

In welcher Weise und in welchem Maße Einflüsse der Außenwelt bei sog. symptomatischer Labilität ihren Einfluß auf den Verlauf der Psychose ausüben, hängt sicher zum Teil von der Intensität des schädlichen Agens ab, dann aber wohl am meisten von der Art des Widerstandes, den der Kranke seiner Anlage nach diesem entgegenzusetzen vermag. Es ist vorstellbar, daß bei entsprechender Veranlagung ein psychisches Trauma von besonderer Wirksamkeit ist, im anderen Fall vielleicht ein Ansteigen der Fieberkurve. Es ist ebenso wahrscheinlich, daß der Kranke, der

seiner Anlage gemäß auf ein erlittenes Trauma mit einer Psychose antwortet, dies im Sinn seiner Anlage tut. So reagiert z. B. Fall IV b 2, immer in der gleichen Weise, ob nun körperliche Störungen oder finanzielle Sorgen in der Hauptsache auslösend auf die jeweilige Psychose wirken. Psychische Traumen scheinen, wie oben erwähnt, auch in ihrer auslösenden Rolle eine Beschränkung zu erfahren, indem sie offenbar nur bei manisch-depressiver Konstitution wirksam werden zu können scheinen. Es wäre sonst auch schwer erklärlich, warum so selten auf das psychische Erlebnis der Geburt hin der Ausbruch der Psychose erfolgte. Soziale Einflüsse scheinen nur insofern auslösend in Betracht zu kommen, als sie eine allgemeine Schwächung der Körperkräfte hervorgerufen haben. Vielleicht wirken auch psychische Traumen nur auf der Höhe einer solchen schon bestehenden Körperschwäche.

Ob es neben den nur auf bestimmte Konstitutionstypen wirkenden und rein auslösenden Faktoren noch Einwirkungen von außen gibt, die bei jeglicher Konstitution und stets in gleichem Sinne ihren Einfluß ausüben, etwa klimatische Verhältnisse, läßt sich nicht erweisen. Wie Gruppe II zeigt, ruft eine starke Infektion — das hat auch *Bonhoeffer* betont — unter anderem immer ganz bestimmte Symptome hervor: Angstgefühle, optische Halluzinationen, im ganzen ein delirantes Bild; trotzdem sind auch diese Symptome nicht Charakteristica von irgendwelchen Schädlichkeiten überhaupt, da sie auch bei den anderen Krankheitsgruppen gelegentlich zur Beobachtung kamen und da ferner auch in den Fällen der Gruppe II neben ihnen noch unterschiedliche Symptome in den einzelnen Zustandsbildern erkenntlich waren.

Ob etwa in den einzelnen Generationsphasen, Gravidität, Puerperium und Lactation, eine spezifische Färbung der Psychose durch besondere innersekretorische Vorgänge gegeben sein kann, läßt sich nach den hier beschriebenen Fällen nicht entscheiden. Es wurden hier nur 4 Graviditätspsychosen beobachtet unter dem Bild einer Depression; bei dreien dieser Fälle traten jedoch während einer zweiten psychotischen Erkrankung die gleichen Depressionszustände im Puerperium auf. Es wäre ja möglich anzunehmen, daß die Umbauvorgänge des Körpers während der Gravidität gerade dort wirksam würden, wo bei manisch-depressiver Konstitution schon eine Labilität im Stoffwechsel besteht. Wenn überhaupt die innere Sekretion als verantwortlich für die Konstitution angesehen werden soll, so ist immerhin auffällig, daß deren Beeinflussung durch Gravidität und Puerperium wenigstens insofern eine verschiedenartige ist, als während der Gravidität Psychosen seltener zum Ausbruch kommen, während die Umbauvorgänge im Stoffwechsel hier doch sicher zum mindesten ebenso umfangreich sind wie im Puerperium. Zwischen den Zustandsbildern von Puerperium und Lactation ließen sich hinsichtlich der Belastung und des Verlaufs keine Unterschiede auffinden. Es scheinen hier nur zeitlich fließende Übergänge zu bestehen.

Zusammenfassend ist hervorzuheben, daß in den Geburtsvorgängen niemals die direkte, vor allem nicht die Hauptursache der sog. Generationspsychosen zu suchen ist. Die Ursache zur Puerperalpsychose liegt mit Wahrscheinlichkeit in jedem Fall in der erblichen Disposition und Konstitution; die Generationsvorgänge wirken wie alle körperlichen Schädigungen nur auslösend. Die Form des psychischen Zustandsbildes hängt in erster Linie von der Art der Veranlagung ab, doch kann es durch besondere Ereignisse (septisches Fieber, psychische Traumen usw.) — aber auch hier nur bei entsprechender Konstitution — dem Grad der Ausprägung nach, aber auch qualitativ beeinflußt werden. Von den durch das Wochenbett ausgelösten Schizophrenien bis zu den akuten, sog. fieberhaften Psychosen sind fließende Übergänge vorhanden. Die Heredität bzw. die Konstitution ist in allen Fällen ausschlaggebend, wenn auch graduell verschieden stark wirksam; ebenso zeigen die psychischen Zustandsbilder, dem Grad der Vererbung entsprechend, Anklänge an die sog. endogenen Erkrankungen in mehr oder minder ausgeprägtem Maße. Exogene Faktoren wirken auf die Krankheitssymptome verstärkend und modifizierend. Die Prognose ist abhängig von der Stärke der Belastung, da eine Psychose bei geringgradiger symptomatischer Labilität mit dem Abklingen der zu ihrem Ausbruch notwendigen exogenen Faktoren die Tendenz hat, wieder in das latente Stadium überzugehen. In allen unseren Fällen mit angeblich negativer hereditärer Belastung wurde Heilung beobachtet; die Latenz der Anlage zur Psychose erscheint durch ihren günstigen und raschen Verlauf hier erwiesen.

Die Frage, wie weit man nun im Puerperium praktisch endogene Krankheitsbilder von reaktiv ausgelösten unterscheiden soll, hat durch das Erbgesetz Bedeutung gewonnen. Da jedoch das Wiedereintreten einer Schwangerschaft schon durch die Gefahr einer erneut auftretenden Psychose kontraindiziert ist, wird man die Puerperalpsychosen in Zweifelsfällen den endogenen Krankheitsbildern zurechnen müssen.

Literaturverzeichnis.

- Bamford, B.*: J. ment. Sci. 80 (1934). Ref. Zbl. Neur. 73, 613. — *Beck, E.*: Mschr. Psychiatr. 77, 38 (1930). — *Binswanger-Siemering*: Lehrbuch der Psychiatrie, S. 196. — *Birnbaum*: Der Aufbau der Psychose. Berlin: Julius Springer 1923. — *Bloch, R.*: Bull. Soc. nat. Chir. Paris 59 (1933). Ref. Zbl. Neur. 68, 242. — *Bonhoeffer*: Arch. f. Psychiatr. 58, 58 (1917). — Mschr. Psychiatr. 88, 201 (1934). — *Bourne, A. W.*: J. Obstetr. 31 (1924). Ref. Zbl. Neur. 39, 81 (1925). — *Brugnatello, E.*: Fol. gynaec. (Genova) 21 (1925). Ref. Zbl. Neur. 1926, 719. — *Codet, H.* et *M. Badonnel*: J. med. franç. 13 (1924). Ref. Zbl. Neur. 38, 404. — *Courtois, A.* et *L. Marchand*: Ann. méd.-psychol. 90 II (1932). Ref. Zbl. Neur. 65, 403. — *Ewald*: Bumkes Handbuch, Bd. 8, S. 118. 1928. — *Ewald*: Psychische Störungen des Weibes. Sonderabdruck. — *Frumkes, G.*: J. nerv. Dis. 79 (1934). Ref. Zbl. Neur. 73, 614. — *Gobjan, M.*: Amer. J. Obstetr. 25 (1933). Ref. Zbl. Neur. 69, 785. — *Heidema, S. T.*:

Psychiatr. Bl. (holl.) **36** (1932). Ref. Zbl. Neur. **67**, 90 (1933). — *Hoche, A.*: Arch. f. Psychiatr. **24**, 612 (1892). — *Hoppe*: Arch. f. Psychiatr. **25**, 137 (1893). — *Jolly*: Arch. f. Psychiatr. **48**, 792 (1911). — *Kehrer*: Monographien Neur. H. 40; **50**, 37. *Knauer*: Jb. Psychiatr. **1897**, 1272. — *Kogerer* u. *Pawlicki*: Psychiatr.-neur. Wschr. **1934 I**, 253. — *Krisch*: Abh. Neur. usw. H. 9. — *Magakowa, A.*: Rev. neuropsychopath. (tschech.) **22**, Nr 6 (1925). Ref. Zbl. Neur. **43**, 229 (1926). — *Masieri, N.*: Riv. ital. Ginec. **4** (1926). Ref. Zbl. Neur. **43**, 469 (1926). — *Mayer-Groß*: Körperliche Auslösung der Schizophrenie. Bumkes Handbuch, Bd. 3, S. 123. — *Meyer, E.*: Arch. f. Psychiatr. **48**, H. 2. — *Mitkus, W.*: Polska Gaz. lek. **6**, 30/31. Ref. Zbl. Neur. **48**, 597. — *Parfitt, D. N.*: Ref. Zbl. Neur. **73**, 614 (1934). — *Perez, M.* u. *J. Gyniroy*: Semana méd. **1932 I**. Ref. Zbl. Neur. **64**, 810. — *Popa, R.*: Ref. Zbl. Neur. **44** (1926). — *Rio, L.*: Riv. ital. Ginec. **6**, H. 2 (1927). Ref. Zbl. Neur. **48**, 105. — *Rizzetti, E.*: Riv. Ostetr. **13** (1931). Ref. Zbl. Neur. **62**, 212. — *Runge*: Arch. f. Psychiatr. **48**, 545 (1911). — *Salomons, B.*: J. ment. Sci. **77** (1931). Ref. Zbl. Neur. **64**, 810 (1932). — *Saunders, C.*: Amer. J. Psychiatr. **8** (1929). Ref. Zbl. Neur. **53**, 632. — *Sellheim, H.*: Gemütsverstimungen der Frau, 1930. — *Siemerling*: Psychosen und Neurosen in der Gravidität und ihre Anzeichen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft, 1917. — *Sioli, F.*: Eklamptische und posteklamptische Psychosen, 1924. — *Strecker, E.* u. *Franklin*: Arch. of Neur. **15** (1926). Ref. Zbl. Neur. **43** (1926). — *Wright, H.*: California State J. Med. **21**, 4 (1923). Ref. Zbl. Neur. **33**, 453 (1923). — *Zilboorg, G.*: Amer. J. Obstetr. **15**. Ref. Zbl. Neur. **50**, 829.
