

Aus der Landesheilanstalt Bonn
(Direktor: Ministerialrat a. D. Dr. LEWENSTEIN)

Atypische phasenhafte Familienpsychosen

Ein Beitrag zur Frage der Endo- und Psychogenese der atypischen
endogenen Psychosen

Von

G. ELSÄSSER und H.-J. COLMANT

(Eingegangen am 5. Februar 1958)

Die diagnostische und ätiologische Beurteilung der sogenannten endogenen Psychosen ist dadurch so erschwert, daß jede einzelne psychotische Erkrankung ihr besonderes, *persönliches* Gepräge hat. Dies trifft vor allem für die „Inhalte“ der Psychosen zu, also für etwa vorhandene Wahnideen und Sinnestäuschungen, aber auch für die Auswirkung der Psychose auf den Denkvorgang, die Affektivität, die Psychomotorik, die Antriebserlebnisse, die ethischen, religiösen, schöpferisch planenden Erlebnisse und Zielsetzungen, ja sogar für die Auswirkung der Psychose auf die mitmenschliche Umwelt der Kranken. Während man gleichartige körperliche Erkrankungen leidlich miteinander vergleichen und beispielsweise zu Erfolgsstatistiken zusammenwerfen kann, ist dies im Bereich der Psychosen eigentlich nicht möglich, da eben in jedem einzelnen Fall die ungeheure Differenziertheit des Psychischen mitwirkt und eine statistische Erfassung der wesentlichen Vorgänge letztlich verhindert.

Trotzdem gibt es psychotische Erkrankungen, die wir mit einiger Berechtigung als typisch bezeichnen können, da die krankhaften psychischen *Akte* in gleichartiger bzw. typischer Weise verlaufen. Dies scheint uns der Fall zu sein bei den chronisch und mit Defekt verlaufenden schizophrenen Psychosen und bei den reinen Fällen manisch-depressiver Erkrankungen. Sobald wir diese typischen Psychosen verlassen, treten aber sogleich erhebliche diagnostische Unsicherheiten auf. So ist z. B. die Frage offen, ob außer den chronischen, fortschreitenden Prozeßpsychosen auch solche, evtl. praktisch „ausheilende“ Psychosen zur Schizophreniegruppe gehören, die deutlich die von K. SCHNEIDER zusammengestellten schizophrenen Symptome 1. Ranges über mehr oder weniger lange Zeit gezeigt haben. Grundsätzlich muß diese Möglichkeit bejaht werden, da eineiige Zwillinge bekannt sind, deren einer Partner chronisch schizophren war, während der andere Partner nur ganz vorübergehend schizophrene Symptome bot (z. B. der Zwillingfall 1 von ESEN-MÖLLER).

Es soll im folgenden nun nicht von diesen mit typischer schizophrener Symptomatik (im Sinne K. SCHNEIDERS) einhergehenden passageren

Psychosen gesprochen werden, die unseres Erachtens wohl doch meist Schizophrenien sind, sondern von den nicht seltenen ungewöhnlichen, „*atypischen*“ endogenen Psychosen, deren Symptome zwar gelegentlich an Schizophrenien erinnern, die sich aber durch ihren oft ausgesprochen phasenhaften Verlauf, durch Freibleiben von Defekten trotz vielfacher Phasen, durch atypische Symptome manisch-depressiver Färbung als etwas Besonderes herausheben. Solche Psychosen werden höchst uneinheitlich diagnostiziert und wechseln oft sogar innerhalb der gleichen Krankheitsphase ihre Bezeichnung zwischen Schizophrenie, MDI, Degenerationspsychose, Mischpsychose oder wie die Bezeichnungen lauten mögen.

Um solche ungewöhnlichen Psychosen zu deuten, gibt es bisher keine beweisbaren Erklärungen, sondern nur verschiedene Arbeitshypothesen. Es könnte sich bei solchen Fällen zunächst einmal um *eigenständige Krankheitseinheiten* mit gleichartigem Wiederauftreten in der Blutsverwandtschaft handeln. Hier muß an den Begriff der „*Degenerationspsychosen*“ und die Namen SCHRÖDER und KLEIST erinnert werden. Die Kleistsche Schule bemüht sich sehr darum, eine große Zahl voneinander geschiedener psychotischer *Sonderformen* gerade auch durch den spezifischen Erblichkeitsnachweis zu sichern.

Eine andere Hypothese wäre, solche atypischen Psychosen durch *Mischung* schizophrener und manisch-depressiver Anlagen entstanden zu denken, wobei auch konstitutionelle und temperamentsmäßige Legierungen (im Sinne von E. KRETSCHMER) mitspielen könnten. Hier wäre allerdings zu fordern, daß man diese These jeweils durch den *Nachweis* der verschiedenen Anlagen erhärten kann, sei es am Zusammentreffen wirklich gegensätzlicher Psychosen in der Blutsverwandtschaft, sei es im Auseinanderfallen der Symptomatik beim Probanden während der einzelnen psychotischen Attacken oder während mehrerer aufeinander folgender Attacken. Es ist unseres Erachtens sicher, daß es solche *echten* Mischpsychosen gibt, aber sie sind offenbar selten, jedenfalls lange nicht so häufig wie die atypischen Syndrome überhaupt.

[Eine gewissermaßen experimentelle Überprüfung war dem einen von uns (E.) bei den Elternpaaren mit je einem manisch-depressiven und einem schizophrenen Elternteil möglich. Wenn Schizophrenie und MDI eine gewisse Neigung hätten, sich symptomatologisch zu verbinden, so hätten unter deren Nachkommen eine ganze Anzahl von Mischpsychosen auftreten müssen. Es waren jedoch bis auf ein oder zwei vielleicht tatsächlich als Mischpsychosen anzusprechende Erkrankungen sonst durchweg reine Schizophrenien oder manisch-depressive Psychosen.]

Eine mit der *Mischungstheorie* verwandte, aber zum Teil auch entgegengesetzte Deutungsmöglichkeit ergibt die *strukturanalytische* Betrachtungsweise, die die Abweichungen von den klassischen Krankheits-

bildern durch das Hineinspielen von Erlebniswirkungen, von körperlichen Erkrankungen, von persönlichen Begabungs- und Charakteranlagen usw. zu erklären sucht. Eine solche „mehrdimensionale“ (KRETSCHMER), im Grunde also umfassende *biographische* Ausdeutung (unter Beachtung der äußeren Lebensschicksale und inneren Konflikte, der ursprünglichen Wesensart, des Körperbaues usw.) ist eigentlich eine selbstverständliche Forderung an die psychiatrische Arbeit. Es erscheint uns aber fraglich, ob aus solchen strukturiographischen Zusammenhängen heraus gerade die atypischen Syndrome in ihrer oft gleichartigen Wiederkehr auch in entfernten Verwandtschaftsgraden erklärt werden können.

Dieselbe Frage taucht auf, wenn wir an die ausschließlich *psychogenetische* Betrachtungsweise herantreten. In dieser Arbeitsrichtung werden alle Psychosen und auch ihre Besonderheiten, ihre Ähnlichkeiten und Verschiedenheiten auf von früh an bestehende konflikthafte Erlebniswirkungen zurückgeführt, während die konstitutionellen oder erblichen Bedingungen bewußt und im ganzen abgelehnt werden. (Dies vor allem deshalb, weil man — irrtümlicherweise — annimmt, daß bei erblichen Leiden eine Therapie unmöglich ist.)

Es geht nun unseres Erachtens nicht an, die Ergebnisse der Erbforschung einfach zu negieren, ebenso wie es auch nicht mehr möglich ist, die umwälzenden Erkenntnisse der Tiefenpsychologie in ihren Bemühungen um die endogenen Psychosen zu übersehen. Beobachtungen und therapeutische Erfolge wie die von Madame SECHEHAYE, BENEDETTI, CHRISTIAN MÜLLER u. a. im Schizophreniekreis sind erstaunlich und faszinierend.

Die äußerst komplexen Beziehungen zwischen Anlage- und Umwelt-einflüssen habe ich (E.) in einigen hypothetischen Sätzen¹ umrissen, die hier zur Klärung der Situation wiederholt seien:

Nicht jeder, der unter psychosefördernden Konfliktspannungen lebt, wird psychotisch; vielmehr erkrankt vermutlich nur der an einer echten endogenen Psychose, der dazu spezifische erbliche Anlagen besitzt. Seine besonderen Anlagen konstellieren dabei auch zum Teil erst jene besonderen inneren und äußeren Konflikte. Psychosefördernde Konflikte sind nach allem, was wir wissen, gerade nicht die realen Sorgen, Entbehungen und Strapazen (obwohl auch diese nicht gleichgültig sind), sondern Konfliktspannungen tiefenpsychologischer Art wie etwa: Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle, nicht eingestandene und nicht durchlebte Aggressionen gegen zugleich auch geliebte Personen, Angst vor Triebentgleisungen, Angst vor Achtungs- und Liebesverlust (oft als Reaktion auf früh erlittene, reale Liebesenttäuschungen), Unentschlossenheit in äußeren Konfliktsituationen, Verharmlosung und Bemängelung objektiv schuldhaften Verhaltens usw.

¹ Nervenarzt 28, 533 (1957).

Vermutlich kommen aber auch (selten oder oft?) Psychosemanifestierungen *ohne* intrapsychische Konflikte vor. Wir müssen für solche Fälle annehmen, daß eine besondere Durchschlagskraft (Penetranz) der erblichen Anlagen besteht.

Um diese innige Verflechtung von Anlage- und Umweltwirkungen zu untersuchen, haben wir uns die Aufgabe gestellt, Familienpsychosen, bei denen also ein endogenetischer Anteil wahrscheinlich ist, auch gerade bezüglich ihrer Psychogenese zu erforschen. Für den Bereich der Schizophrenie läuft eine ähnliche Untersuchung (Katamnesen bei den Nachkommen der von E. zusammengestellten schizophrenen Elternpaare).

Die obengenannten hypothetischen Grundpositionen (endogene Krankheitseinheiten, Mischung von Schizophrenie und Cyclothymie, strukturanalytische Betrachtungsweise, reine Psychogenese) werden uns während unserer Ausführungen ohne voreilige Stellungnahme weiterhin vor- schweben.

Daß wir gerade *atypische* phasenhafte Familienpsychosen zur Untersuchung wählten, ist durch das besondere Interesse bedingt, das wir diesen ungewöhnlichen Syndromen seit langem entgegenbrachten.

Die Mehrzahl der heutigen deutschen Psychiater verhält sich jedenfalls solchen atypischen Psychosen gegenüber so, daß sie annehmen, es handle sich lediglich um zufällige Spielformen der klassischen Psychosen, bei denen gewisse pathoplastische Sonderwirkungen vorhanden seien. Diese Einstellung führt aber eben zu dem unbefriedigenden und auch sachlich sicher unrichtigen Hin- und Herschieben zwischen den Diagnosen Schizophrenie und Cyclothymie.

A. Atypische Depressionen

Welche Symptome oder Syndrome sind es denn überhaupt, die uns im Bereich der endogenen Psychosen ungewöhnlich und atypisch erscheinen? Gehen wir von den klassischen manisch-depressiven Formen aus, so haben wir etwa bei den *Depressionen* oft genug die Hemmung aller seelischen und körperlichen Abläufe, in anderen Fällen aber eine angstbedingte Gehetztheit (Agitiertheit) als durchaus übliche Färbung. *Extreme* Ausprägung dieser beiden Symptome aber empfinden wir als atypisch, z. B. eine Hemmung bis zum langdauernden depressiven *Stupor* oder eine Agitiertheit bis zur schwersten aggressiven *Erregung*. Ebenso empfinden wir im Bereich der depressiven Wahnideen *persektori- sche* Ideen als atypisch, aber auch *hypochondrische* Ideen, wenn sie in extremer Ausprägung vorhanden sind. Desgleichen im Bereich der Stimmung eine höchstgradige *Angst* und schließlich bezüglich der Verlaufsweise *chronische* bzw. chronisch gewordene Depressionen. Alle diese Atypien werden von manchen Beurteilern als zur Spielbreite der zyklotymen Depressionen einfach zugehörig bewertet, während etwa in der

Kleistschen Schule *jede* dieser Atypien den Anstoß gegeben hat, eine je eigene Unterform (mit Auftreten gleichartiger Psychosen in der Blutsverwandtschaft) anzunehmen

Im folgenden soll nun nicht für jede einzelne Atypie ein besonderes Krankheitsbild gezeichnet und demonstriert werden. Dies wäre viel zu schematisch und würde der lebendigen Wirklichkeit mit ihren vielgestaltigen Übergängen auch innerhalb einzelner Krankheitsphasen nicht gerecht.

Es soll aber doch versucht werden, die häufigsten und in sich charakteristischen atypischen Psychosen mit Beispielen darzustellen.

Die Atypien, die nach unseren Erfahrungen am häufigsten Anlaß zu Fehldeutungen nach der schizophrenen Seite hin geben, sind agitierte und paranoid gefärbte Depressionen sowie stuporöse und schließlich chronisch erstarrende Depressionen. Diese Zustandsbilder sind mit Überlegung so zusammenfassend und vereinfachend nebeneinandergestellt worden, da sich kaum einmal paranoide Depressionen ohne Angst bzw. Angstdepressionen ohne Wahnideen finden. Es handelt sich ja eben um *lebende* Krankheitsformen, deren psychische Phänomene sich wechselseitig durchdringen und beeinflussen. Daß der Herausarbeitung solcher Unterformen mehr als nur ein didaktischer bzw. Ordnungswert zukommt, ist im übrigen ohne weiteres einleuchtend, wenn man nur an die ständig zwischen Schizophrenie und Cyclothymie wechselnden Diagnosen dieser Fälle denkt. Für die Prognose und das Schicksal des Probanden, für die Beurteilung seiner Familie, für forensische Gutachten und die wissenschaftliche Auswertung überhaupt ist es aber sicher nicht gleichgültig, ob fälschlich eine Schizophrenie oder aber eine — wenn auch atypische — affektive Psychose angenommen wird.

I. Atypische paranoide bzw. agitierte Depressionen

Um zu zeigen, wie sehr sich derartige Krankheitsfälle von *reinen* Depressionen unterscheiden, soll zunächst eine Familie mit *paranoid gefärbten Depressionen* beschrieben werden. Da ja auch die Frage der Psychogenese geprüft werden soll, ist eine gewisse Breite der Darstellung nicht zu umgehen.

Familie D. (Mutter und 2 Töchter erkrankt):

Die Probandin Gertrud D. (geb. 1903) wuchs als jüngste von 7 Kindern eines Kleinbauern in bescheidenen, aber geordneten und freundlichen Verhältnissen auf. Der Vater war streng, die Mutter besonders liebevoll und gutmütig, als Hebamme sehr beliebt, alle Geschwister lebhaft, musikalisch und gesellig. Die Mutter, die im 1. Wochenbett psychotisch war (s. u.), hatte später nie mehr Gemütschwankungen, starb aber schon mit 56 Jahren, als die Probandin 17 Jahre alt war. Da kurz danach auch die einzige Schwester in einer Psychose starb, mußte die Probandin den großen heimatlichen Haushalt übernehmen und versuchen, es dem nach dem Tod der Mutter besonders strengen und oft mürrischen Vater recht zu machen. Vom 24. Lebensjahr ab arbeitete sie als Hausgehilfin in der Stadt und heiratete mit 31 Jahren einen verwitweten Arbeiter, der einen 6 jährigen Sohn besaß. Sie hatte eine gute Ehe, liebte den anhänglichen, gutartigen Stiefsohn herzlich wie ebenso die 3 Jahre später

geborene eigene Tochter. Sie war stets lebhaft-fröhlich, unternehmungslustig, fleißig, religiös. Im Krieg erlebte sie (1943), daß 16 Personen im Keller durch eine Bombe getötet wurden, darunter auch ihr Stiefsohn. Ihr Mann baute nun etwas außerhalb ein winziges Behelfsheim, wo sie recht einsam lebten. In der Nachkriegszeit (42-jährig) wurde sie ängstlich und mißtrauisch, da der Mann oft nachts abwesend sein mußte und sie Diebstähle an ihrem kleinen Viehbestand fürchtete. Mit 43 Jahren (1946) trat nun eine akute, ängstliche Erregung auf, bei der zahlreiche Selbstvorwürfe, aber auch deutliche *Vergiftungsideen* gegenüber dem Ehemann bestanden. Sie habe Mann und Tochter vernachlässigt, die ganze Welt verraten, man solle sie töten. Unter der Diagnose „Schizophrenie“ wurde sie über die Nervenklinik K. eingewiesen. In der Bonner Anstalt zwangsmäßiges Schreien, Nahrungsverweigerung, da sie von ihrem Mann vergiftet werden solle, schwerste ängstliche Unruhe bei gleichzeitigem Anlehnungsbedürfnis. Nach 3 (insgesamt 6) E-Schocks war sie völlig frei und einsichtig und korrigierte ihre Wahnideen. (Entlassung nach 26 Tagen.) — 2½ Jahre später (also 46 jährig) trat eine völlig gleiche Erkrankung auf, angeblich nachdem einige Tage zuvor ein Polizist in der Nachbarschaft wegen eines Hühnerdiebstahls nachgefragt hatte. Pat. wurde wieder als paranoide Schizophrenie eingewiesen, sie war ängstlich erregt und zum Teil aggressiv: „Vergiftet mich doch, hängt mich doch auf!“ „Alle Menschen hetzen mich, wo ich hinkomme. Auch im Draht am Bett war Strom. Alle verachten mich.“ Sie bezog Schimpferien von Mitkranken auf sich. „Mann, wir werden getötet, und ich bin an allem schuld.“ Später gestand sie, daß sie die 13jährige Tochter mit dem Brotmesser habe umbringen wollen, da diese sicher auch ihre Krankheit habe. Schon nach dem 1. E-Schock war die Kranke völlig geordnet und wurde nach 12 Tagen entlassen. Sie war danach wieder 3 Jahre gesund und erkrankte dann erneut (ohne besonderen Anlaß) mit ängstlicher Erregung und Selbstvorwürfen, aber auch Verfolgungsideen: Am Fenster stünden die Nachbarn, man solle nicht laut sprechen, da diese sonst alles verbreiten würden. Zur Nachschwester sagte sie: „Sie bringen doch meinen Mann und mein Kind nicht um?“ Sie fühlte sich als der schlimmste Verbrecher, da sie sich nicht genügend um alles gekümmert habe usw. Bei dieser 3. Psychose trat die Wiederherstellung (ohne Schockbehandlung) nach wechselvollem Verlauf in 3 Monaten ein. — Seitdem (also seit 4½ Jahren) ist Frau D. gesund zu Hause. Sie wurde wiederholt aufgesucht und zeigte nie irgendwelche psychischen Auffälligkeiten. Sie ist eine lebensfrohe, hilfsbereite, warmherzige, ausgesprochen pyknische, jetzt 54 Jahre alte Frau, die mit Mann und Tochter in gutem Einvernehmen lebt. Eingehende Besprechungen unter tiefenpsychologischen Gesichtspunkten ergaben auch für die frühere Lebensgeschichte keine Konfliktspannungen. (*Paranoide Angstdepressionen im 42., 45. und 48. Lebensjahr.*)

Von den 6 älteren Geschwistern ist die 1900 geborene Schwester *Elisabeth H.* psychotisch gewesen:

Sie soll als junges Mädchen immer lebhaft, jungenhaft, fröhlich, gesellig, der besondere Liebling ihrer Mutter gewesen sein. Mit 19 Jahren, 2 Tage nach dem Tode der Mutter, erkrankte sie mit einem ängstlichen Erregungszustand und fürchtete, sterben zu müssen. Nach vorübergehender Besserung traten 6 Wochen später erneut schwere Angstzustände auf. Man solle die Sterbekerze anzünden, sie werde vom Teufel verfolgt. Die Kranke betete laut und äußerte Selbstvorwürfe; sie wollte zum Fenster hinausspringen und war so unruhig und ängstlich, daß sie gefesselt werden mußte. Sie hielt sich die rechte Seite fest, weil da die Seele herauswolle. In der Anstalt A. erschien sie verwirrt und sehr ängstlich. Sie verweigerte die Nahrung bei schon stark reduziertem Allgemeinzustand. Wenige Tage nach der Aufnahme wurde sie zunehmend stuporös und starb schon nach 10 Tagen an Erschöpfung. (*Paranoide Angstdepression im 19. Lebensjahr.*)

Die Mutter dieser beiden erkrankten Schwestern (Maria-Katharina H.) war 1863 geboren. Sie war immer gutmütig und lebhaft, in der Schule besonders begabt, später als Hebamme auf dem Lande tätig. Sie heiratete mit 31 Jahren einen Bauern, mit dem sie in glücklicher Ehe lebte. 4 Wochen nach der 1. (normalen) Entbindung im 32. Lebensjahr trat eine eitrige Mastitis ein, der ein ängstlicher Erregungszustand folgte. Die Kranke war schlaflos, „verwirrt“ und erregt, sie drohte, ihrem Kinde und ihrem Manne den Hals abzuschneiden, und weinte viel. Nach 14 tägiger Beruhigung erneute Verschlimmerung mit Weinen und Jammern (sie müsse sterben) und Strangulationsversuchen. In der Anstalt A. verhielt sie sich ängstlich und jammernd, da sie ermordet zu werden fürchtete. Trotz Opiumkur hielt das Jammern und die ängstliche Erregung etwa 4 Wochen an (sie müsse sich schämen, sie habe die Ärzte beleidigt — sie müsse sterben — sie habe solche Angst usw.). In den folgenden Wochen war sie eher gehemmt, fast erstarrt („im Garten wie eine Bildsäule umherstehend“ — „hält manchmal die Hand minutenlang vor sich hingestreckt“), um dann von der 8. Woche ab allmählich wieder zuversichtlicher zu werden. Nach insgesamt 4 Monaten wurde sie nach Hause beurlaubt („genesen von Melancholie“). Sie hatte später keine Psychosen und keine Gemütschwankungen mehr, machte noch 6 komplikationslose Geburten durch und starb 56jährig an einem Herzleiden. Als Hebamme war sie besonders beliebt und soll noch heute in ihrer Heimat wegen ihrer Gutherzigkeit und Gebefreudigkeit bei vielen armen Leuten in besonderer Erinnerung stehen. (*Angstdepression im 32. Lebensjahr.*)

Die in dieser Familie erkrankten 3 Frauen (Mutter und 2 Töchter) haben sehr ähnliche, dabei aber höchst *atypische* phasenhafte Psychosen durchgemacht, bei denen symptomatologisch im Vordergrund die *Angst* steht. Bei allen sind aber auch paranoide Ideen nachweisbar, welche in den 3 Psychosen der Probandin so ausgeprägt vorhanden sind, daß von der überweisenden Klinik mehrfach die Diagnose einer „paranoiden Schizophrenie“ gestellt wurde. Dabei ist besonders interessant, daß diese atypischen Psychosen in ganz *verschiedenen Lebensaltern* auftreten. Es ist also nicht möglich, die auffällig *paranoide* Färbung dieser Depressionen etwa mit dem höheren Lebensalter in ursächlichen Zusammenhang zu bringen. Alle Psychosen in dieser Familie sind diagnostisch am besten als *atypische paranoide bzw. agitierte Depressionen* zu kennzeichnen.

Gegenüber der Frage der *Psychogenese* dieser Psychosen sind wir in einer schwierigen Lage, da ja Mutter und ältere Tochter längst verstorben sind. Auffällig ist jedoch gerade bei der älteren Tochter der unmittelbare zeitliche Zusammenhang mit dem Tod der besonders geliebten und sie besonders liebenden Mutter. Ob hier neben der „normalen“ Trauer etwa tiefenpsychologisch zu deutende Konflikte (Lebensangst infolge der Mutterbindung, Schuldgefühle) mitgewirkt haben mögen, ließe sich höchstens als Spekulation andeuten. — Die Psychose der Mutter ist nach einer körperlichen Erkrankung (Mastitis) ausgebrochen. Bei dieser tätigen, heiteren herzensguten und beliebten, in glücklicher Ehe lebenden Frau Konfliktspannungen als Ursache oder Teilursache der Psychose zu vermuten, scheint uns eigentlich gezwungen. Dasselbe trifft — nun bis zu einem gewissen Grade beweisbar — auch für die jüngere Tochter, die

Probandin zu. Wir haben diese warmherzige, heitere, geselligkeitsliebende Frau ausführlich zu diesem Fragenkreis sprechen lassen und keine tiefenpsychologisch relevanten Beziehungen aufdecken können. Vordergrundspsychologische Kümmernisse (wie Wohnen im engen Behelfsheim nach Verlust der Wohnung, Angst vor Einbrüchen bei nächtlicher Abwesenheit des Mannes) könnten für die erste Psychose mitgewirkt haben, geben uns aber keinen Anhalt dafür, warum diese und die folgenden psychotischen Phasen gerade zu diesem Zeitpunkt und in dieser Form auftraten.

Derartige atypische paranoide bzw. agitierte Depressionen sind unter allen phasenhaften Psychosen unseres Erachtens relativ häufig, wenn auch sicherlich seltener als die *reinen* Depressionen. Und auch *familiäre* Häufungen mit gleichen oder ähnlichen Symptombildern kommen nicht selten vor und könnten hier noch an einer Reihe von Beispielen aufgezeigt werden.

Es darf dabei aber nicht übersehen werden, daß in seltenen Fällen auch andersartige Psychosen in der Blutsverwandtschaft derartiger atypischer Depressionen vorhanden sind. So ist uns z. B. eine Familie bekannt, wo der Proband paranoide Angstdepressionen im 40., 47. und 50. Lebensjahr durchmachte, dessen einzige Schwester und einziger Sohn schizophren erkrankten. (Die Schwester im 25. Lebensjahr an einem mehrmonatlichen paranoiden Zustand ohne sichere, spätere Resterscheinungen abgesessen von einer gewissen Unselbständigkeit, der Sohn vom 19. Lebensjahr ab in einer schwer destruierenden, ohne Remissionen fortschreitenden Prozeßpsychose, die jetzt 6 Jahre besteht. Die Psychose der Schwester könnte auch als atypische Psychose [im Sinne der unten zu erörternden phasenhaften paranoiden Psychosen] aufgefaßt werden.) Solch eandersartigen Erkrankungen in der Blutsverwandtschaft atypischer Psychosen erscheinen uns jedoch *selten* gegenüber gleichartigen Psychosen.

II. Atypische stuporöse Depressionen

Atypische Depressionen sind wie gesagt am häufigsten paranoid und agitiert gefärbt. Es gibt aber auch gelegentlich extrem gehemmte, geradezu erstarrte *stuporöse* Depressionen, die ebenfalls gegen Schizophrenie schwer abzugrenzen sind. Ob mit solchen Abgrenzungen nach dem äußeren Erscheinungsbild wesentliche Unterscheidungen getroffen werden, ist natürlich zweifelhaft. Psychologisch ist ja nicht schwer einzufühlen, daß eine äußerste Agitiertheit gleichsam in eine *Lähmung* infolge Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung übergehen kann. (Dies ist ja sogar in den Psychosen der oben dargestellten Familie D. mehrfach eingetreten.) Immerhin sind ausschließlich stuporös verlaufende Depressionen selten und nicht leicht als Depressionen erkennbar. Als Beispiel sei hier eine Familie mit ähnlichen Erkrankungen in 3 Generationen beschrieben.

Familie Gr. (Tochter, Mutter und Mutter der Mutter erkrankt):

Die Mutter (Therese Gr., geb. 1905) wuchs als 2. von 6 Kindern auf einem kleinen Bauernhof heran. Als ältestes Mädchen half sie schon von früh an. Man mußte sparsam leben und hatte doch geordnete und sogar fröhliche Lebensverhältnisse. Der Vater war in verschiedenen dörflichen Vereinen, Therese selbst im Theaterverein. Nach der Schulentlassung arbeitete sie in der Landwirtschaft, bis sie im 25. Lebensjahr ihren Mann kennen lernte, welcher in ihrer Heimat einen Urlaub verbrachte. Sie folgte ihm ins Rheinland und lebte nun als Frau eines Fabrikarbeiters auch hier in einfachen, geordneten, wenn auch wirtschaftlich begrenzten Verhältnissen. Beide Eheleute wurden vom Katholischen Fürsorgeverein als weiche, etwas passive, religiös eingestellte Menschen geschildert, die mit eintretenden Schwierigkeiten schwer fertig würden. Aus der Ehe gingen 4 Töchter hervor, von denen die älteste Ordensschwester geworden ist. 1952 erkrankte der Mann mit einem Bandscheibenvorfall, wurde operiert, lag lange im Krankenhaus und hat bis jetzt (1957) die Arbeit nicht wieder aufgenommen, andererseits aber auch keine Rente erhalten. Die Krankheit des Mannes brachte wirtschaftliche Einschränkungen und Sorgen mit sich, gleichzeitig erlitt die 2. Tochter (Gertrud) einen Sturz vom Motorrad mit Gesichtsverletzungen und war seitdem klagsam und depressiv. Unter diesen Erlebnisschwierigkeiten wurde Therese G. im September 1952 zunehmend ratlos und apathisch, ließ den Haushalt verkommen, daß nichts und konnte nicht mehr schlafen. In der Nervenklinik K. war sie fast völlig stuporös und mutistisch. Blutdruck 130/80, Luftencephalogramm, Liquor, Schädel röntgenologisch o. B. In Narkoanalyse mit Evipan gab sie an, sie habe sich wegen der Erkrankung des Mannes schwere Sorgen gemacht und zu nichts mehr aufraffen können. Nach 3 E-Schocks (Block) nur vorübergehend agitiert, dann wieder mutistisch, „fast wie ein organischer Stupor“. Die Klinik überwies sie nach 10 Tagen wegen Verdachts auf zyklothyme Depression in die Anstalt G. Auch hier versteinerter Gesichtsausdruck und nur spärliche Äußerungen. Eine Pantoponkur und 2 Subschocks mit Cardiazol brachten nur eine geringe Besserung, so daß schon nach 10tägigem Aufenthalt zu Hause erneute Einweisung in die Anstalt Bonn erfolgen mußte (am 3. 1. 53). Wieder bestand ein stuporöses Zustandsbild mit nur ganz vereinzelten, mühsam vorgebrachten, depressiv gefärbten sprachlichen Mitteilungen. Nach 4 E-Schocks war die Kranke zunächst völlig ausgänglichen und zuversichtlich, fiel aber allmählich in ihre depressive Stimmungslage wieder zurück. Nach einer Opiumbehandlung wurde sie dann in noch leicht depressivem Zustand am 30. 3. 1953 nach Hause entlassen. Sie ist seitdem gesund geblieben, wie bei wiederholten Hausbesuchen festgestellt wurde. Die jetzt (1957) 51jährige, vorwiegend pyknische Frau versorgt zusätzlich noch den Haushalt des Kaplans und trägt die Arbeitsunfähigkeit ihres recht wehleidigen Mannes mit Geduld. Sie freut sich an einem 2jährigen Enkel und nimmt an den kleinen dörflichen Festen teil. Ihre Erkrankung bezieht sie selbst auf die Wechseljahre und die gleichzeitigen seelischen Belastungen durch die Krankheiten von Mann und Tochter. (Atypische stuporöse Depression im 47. Lebensjahr.)

Von den 4 Töchtern, die alle als ernst und wenig aktiv geschildert werden, erkrankte die 2. Tochter Gertrud (geb. 1933) mit 19 Jahren an einem stuporös-depressiven Zustand, bei dem längere Zeit sogar an eine Katatonie gedacht wurde. Sie hatte in der Volksschule durchschnittlich gelernt und war dann Haushilfe in einer Gastwirtschaft, wo man sie wegen ihres zuverlässigen und bescheidenen, freundlichen Wesens besonders schätzte. Im Mai 1952 Sturz bei einer Motorradfahrt, Gesichtsverletzungen, aber keine Bewußtlosigkeit. Seitdem viele Klagen über Kopfschmerzen und zunehmend apathisches Wesen (etwa gleichzeitig mit der Erkrankung des Vaters und später auch der Mutter). Wegen Verdachts auf Katatonie wurde sie im September 1952 für einige Tage in der Nervenklinik K. beobachtet, dann vom

10. November bis 29. November 1952 in der Nervenklinik Bonn untersucht, wo vasmotorische Kopfschmerzen und Hypotonie (105/65) nach Commotio angenommen wurden. Anschließend Tonsillektomie. Da Gertrud danach zu Hause wieder interesselos und apathisch umher saß, wurde sie der Klinik erneut vom 20. Februar bis 30. März 1953 zugeführt. Wegen Verdachts auf Hebephrenie erhielt sie hier insgesamt 7 E-Schocks und war schon nach den ersten Behandlungen völlig verwandelt, frisch und mitteilsam und fühlte sich auch subjektiv „wie neugeboren“. Seit der Entlassung befindet sie sich gesund zu Hause, bei verschiedenen Nachuntersuchungen sicher ohne schizophrene Defektsymptome. Sie hat in verschiedenen Haushaltstellen zuverlässig geholfen und ist mit ihrem früheren Freund verlobt. Sie selbst bezieht ihre Erkrankung auf die Folgen nach dem Motorradunfall und besonders auf die Sorgen wegen der gleichzeitigen Erkrankung beider Eltern. (*Atypische stuporöse Depression im 19. Lebensjahr.*)

Über die *Mutter der Mutter* (geb. 1870) wurde bekannt, daß sie 1931, $1\frac{1}{2}$ Jahr nach der Heirat ihrer Tochter Therese, interesselos und apathisch geworden sei, obwohl sie mit ihren 61 Jahren geistig noch rüstig gewesen sei. Sie habe viel über Schwäche und Müdigkeit geklagt und meist zu Bett gelegen. Die letzten beiden Jahre ihres Lebens (von 1940 bis 1942) habe sie ständig das Bett gehütet, eigentlich ohne geistige Abbauerscheinungen zu zeigen. Es sei wohl ein Schwermutszustand gewesen. (Genaue Diagnose nicht zu stellen.)

Die uns gut bekannten depressiven Psychosen von Mutter und Tochter sind mit extremer Gehemmtheit unter dem Bild des *Stupors* verlaufen. Die beiden Frauen sind auch in ihren gesunden Tagen immer etwas weich, antriebsarm und bei eintretenden Schwierigkeiten hilflos gewesen. Die Tochter erkrankt einige Monate vor der Mutter. Eine eigentliche „Induktion“ (im Sinne eines suggestiv bedingten gegenseitigen Übernehmens von gleichartigen Krankheitserscheinungen) ist zum mindesten unwahrscheinlich, wobei freilich gesagt werden muß, daß die verschiedenen Krankheiten und die Notlage in der Familie beide Depressionen relativ sicher beeinflußt haben. Tiefergehende Konfliktspannungen sind von beiden Frauen bei ausführlichen, ungestörten Besprechungen nicht mitgeteilt worden, was freilich gerade bei diesen schlichten und etwas schwerfälligen Naturen nicht deren sicheres Fehlen beweist.

Interessanterweise hat nun auch noch die Mutter der Mutter ihre letzten 10 Lebensjahre ganz passiv und klaglos meist im Bett verbracht, ohne daß nach der Zustandsschilderung an eine Altersdemenz gedacht werden muß. Wir sehen hier also eine merkwürdige familiäre Häufung von stuporösen Depressionszuständen, wobei besonders bei der 19-jährigen Tochter der — sicher unbegründete — Verdacht auf Schizophrenie bestanden hat.

Solche atypische stuporöse Depressionen sind offensichtlich selten und können tatsächlich leicht mit Schizophrenien verwechselt werden. Daselbe trifft noch eher für

III. chronische oder chronisch gewordene Depressionen

zu, wenn der depressive Affekt in monatelangem Verlauf mehr und mehr abnimmt. Bei älteren Patienten wird man dann daran denken müssen,

daß vielleicht hirnatriphische Prozesse mitwirken, während sich bei jüngeren Patienten immer wieder der Schizophrenieverdacht aufdrängt. Aber auch bei solchen Fällen sollte man den Mut haben, atypische Depressionen anzunehmen und nicht ohne weiteres Schizophrenie zu diagnostizieren, falls nicht wirklich sichere Anzeichen dafür vorhanden sind. Manchmal gelingt es, solche Chronifizierungen bis zu einem gewissen Grad psychologisch zu verstehen, wenn sich die Psychose etwa bei ausweglos gewordener Lebenssituation abspielt.

B. Atypische Manien

I. Verwirrtheits- und Motilitätspsychosen

Im Bereich der manischen Psychosen erscheint uns die Beurteilung atypischer Krankheitsbilder eigentlich noch schwieriger als in dem der Depressionen. Das liegt wohl vor allem daran, daß die einzelnen psychotischen Symptome hier besonders leicht zum Extrem gesteigert auftreten und damit atypische Bilder hervorrufen, deren Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Formenkreis immer wieder zweifelhaft ist. So kann etwa die manische Ideenflucht bis zur Verwirrtheit, zur Inkohärenz gesteigert sein oder der manische Bewegungsdrang bis zur schwersten *Hyperkinese* oder die manischen Größenideen bis zu ekstatischen und Eingebungsideen. Aber auch das *Fehlen* der charakteristischen Symptome mutet uns auffällig, atypisch an, so die fehlende manische Stimmungslage, der fehlende Ideenreichtum, ein fehlender Bewegungsdrang. Und besonders zweifelt man an der Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Formenkreis, wenn ausgeprägte Halluzinationen und persecutorische Wahnideen auftreten oder wenn der Verlauf chronisch wird. Aus den vielen möglichen und auch tatsächlich vorkommenden Atypien heben sich als besonders häufige atypische Syndrome *Inkohärenz* und *Hyperkinese* hervor, die auch durchaus ohne manische Stimmungslage oder mit flüchtigen halluzinatorischen und wahnhaften Erlebnissen einhergehen können, ohne daß damit schon eine Zugehörigkeit zum schizophrenen Formenkreis bewiesen würde. Dabei gehen Inkohärenz und Hyperkinese so vielfältig ineinander über, wechseln miteinander etwa ab oder kombinieren sich, daß uns eine Trennung in „Verwirrtheitspsychosen“ und „hyperkinetische Motilitätspsychosen“ kaum möglich erscheint. Wir halten es für durchaus richtig, hier zusammenfassend von „Verwirrtheits- und Motilitätspsychosen“ zu sprechen. Damit wird einerseits das Atypische genügend hervorgehoben, andererseits vermieden, vorübergehend vorhandene Zustandsbilder gleich zum Rang von Diagnosen zu erheben.

Daß hier tatsächlich Krankheitsbilder vorliegen, die sich erheblich von klassischen Manien abheben, mag wiederum ein genauer beschriebenes Beispiel mit ähnlichen Sekundärfällen in der Familie zeigen.

Familie Ka. (Probandin und 2 Schwestern der Mutter erkrankt):

Die Probandin Anna Ka. (geb. 1914) wuchs bei den Eltern der Mutter und dort in besonderer Betreuung einer Schwester der Mutter auf, da ihr Vater als ausländischer Offizier bei Kriegsausbruch 1914 ausgewiesen wurde und ihre Mutter berufstätig sein mußte. Die Eltern lebten 1920—25 ohne die Probandin außerhalb zusammen, bis sich der Vater aus nicht näher geklärten Gründen erschoß. (Eine Psychose scheint nicht vorgelegen zu haben.) Ihre Mutter wohnte nun zwar wieder mit Anna zusammen, mußte aber weiter berufstätig sein. Anna fühlte sich im übrigen bei Großeltern und Tante recht wohl, war immer heiter und unternehmungslustig, aber auch sehr sensibel und mitfühlend. Sie lernte in der Volksschule gut und machte dann die Schneiderlehre mit sehr guter Abschlußprüfung durch. Mit 22 Jahren heiratete sie erstmals und bekam eine Tochter. Die erste Ehe war wegen Jähzorns des Mannes schlecht. Der Mann starb schon nach 2 Jahren an einem durchgebrochenen Magengeschwür. Mit 29 Jahren schloß Anna eine 2., besonders glückliche Ehe mit einem Kraftfahrer. Während und nach dem Kriege hatte sie viele Aufregungen und Sorgen, die sie tapfer, aber doch mit größerer innerer Anspannung durchhielt. 1948 (also mit 34 Jahren) versuchte sie, ihre Verwandtschaftsbeziehungen zum Ausland auszunutzen und dort Wohnung zu finden. Beim Grenzübertritt wurde sie jedoch (ohne gültigen Paß) verhaftet und mit zahlreichen anderen, hungernden und verehelodeten Menschen, darunter vielen Kindern, in ein Gefängnis gesetzt. Bei der Entlassung nach 2-tägiger Haft begann sie dauernd zu würgen, da sie so viel Ekelhaftes gesehen habe. Sie sprach dann in ungeheurem Rededrang ständig von den armen Kindern, die im Gefängnis säßen, konnte nicht mehr schlafen und essen, bezeichnete bestimmte Personen als ihre Verräter, die sie umbringen wollten. In der Nervenklinik K. am 25. Juni 1948 (8 Tage nach Beginn der Psychose) orientiert, sehr unruhig, ideenflüchtig, „offenbar unter dem Eindruck massenhafter halluzinatorischer Erlebnisse“. Sie spüre Strom am ganzen Körper, eine Stimme rufe, sie solle um Hilfe flehen, im Saal lägen lauter Männer. Diagnose: „Akute Halluzinose mit manischen Zügen“. Bei der Verlegung in die Anstalt Bonn am 26. Juni 1948 äußerst unruhig und inkohärent redend, ihr Bett stehe unter Strom, an der Wand sehe sie Filme, um sie kaputt zu machen, sie sei nicht in Bonn, sondern im Konzentrationslager. „Ich will auch nichts mehr mit den elektrischen Sachen zu tun haben; ich kann doch nicht aus Barmherzigkeit die ganze Welt erretten.“ Neben solchen ekstatisch klingenden Äußerungen kamen aber auch ideenflüchtig vorgebrachte drastische Bemerkungen, Verfolgungsideen und querulatorische Beschwerden vor. Bereits nach 3 Tagen, in denen 2 E-Schocks gegeben wurden, war die Kranke weitgehend geordnet und korrigierte zunehmend ihre wahnhaften Verkennungen. Jedoch war ihre Stimmungslage noch sehr wechselnd, meist zu euphorisch. Nach 2 verfrühten Entlassungsversuchen (am 22. 7. und 16. 8. 48) kamen nach ganz kurzen Aufenthalten zu Hause ähnliche psychotische Erregungen wieder, beim 1. Rückfall wieder mit flüchtigen paranoiden Ideen, aber jetzt bei deutlich gehobener Stimmung, beim 2. Rückfall mit auffallend *wechselnder* Stimmungslage, hochgradigem Rededrang und sexueller Triebhaftigkeit. („Auffallende innere Unruhe, kann nirgends mehr still sitzen, kann auch nicht bei einem Gesprächsthema bleiben, auch in der Stimmung sehr wechselnd, teils übermütig, teils heulerisch, teils blitzig“.) Auch diese Psychosen dauerten jeweils nur 2—3 Wochen und ließen sich mit E-Schocks gut beeinflussen. Seit der Entlassung am 27. September 1948 ist Anna Ka. gesund zu Hause, hat guten Kontakt mit Angehörigen und Bekannten, beschäftigt sich noch außerhalb des Haushalts mit allerlei verantwortlichen Arbeiten, versucht aber (nach ihrer eigenen Schilderung), nicht mehr alles so „tragisch“ zu nehmen, da sie ja nun ihre zu leicht mit-schwingende Gemütslage kenne. Bei wiederholten Hausbesuchen (zuletzt 1957) wirkte sie völlig ausgeglichen, gemütswarm, auch bei der Besprechung ihrer

Beziehungen zu Mutter und Tante in der Kindheit ohne neurotische Züge, gibt aber selbst an, daß sie bei allen Erlebnissen besonders lebhaft und intensiv mitfühle. Körperbau: metromorph, wohlproportioniert. (*Atypische phasenhafte Psychose [Verwirrtheits- und Motilitätspsychose] im 33. Lebensjahr.*)

In der Geschwisterreihe ihrer Mutter sind nun 2 ähnliche ungewöhnliche Psychosen aufgetreten:

Die jüngste *Schwester der Mutter* (Henriette D., geb. 1896) wuchs als 7. Kind eines Werkmeisters in geordneten, glücklichen, etwas strengen Verhältnissen auf; sie besuchte eine Klosterschule, lernte nähen und leitet seit vielen Jahren eine Nähklasse. Von ihrem 18. Lebensjahr ab betreute sie wie eine Mutter ihre Nichte Anna Ka. (s. o.). Den Werbungen einiger ihr nicht zusagender Männer ging sie wegen ihrer religiösen Einstellung aus dem Wege. 1948 (also mit 51 Jahren) pflegte sie tagelang ihre akut psychotische Nichte Anna Ka. bis zu deren Anstaltsverbringung. Die Erkrankung der Nichte, an der sie mit größter Liebe hing, habe sie ungeheuer erregt, meinte sie nachträglich. Zunächst scheint sie aber sehr eigenartig reagiert zu haben: sie blieb nämlich im Bett liegen, schimpfte über ihre Verwandten, sie sei ihnen nicht mehr gut genug, und verständigte sich schließlich mit diesen nur noch schriftlich. Einige Tage darauf verschickte man sie zusammen mit der 11 jährigen Tochter der erkrankten Nichte zur Erholung in ein ländliches Kloster, wo sich nun nach und nach eine zunehmende Unrast und Erregung mit schließlich inkohärentem Rededrang einstellte. Sie aß sehr viel und gab zuletzt ihrer kleinen Begleiterin eine ganze Nacht hindurch englischen Sprachunterricht. Am 13. Juli 1948 (also 17 Tage nach Einlieferung der Nichte) wurde sie ebenfalls in schwerer Erregung in die Anstalt Bonn eingewiesen. Sie wälzte sich in den ersten Tagen, ruckartig sich aufbäumend, im Bett herum und redete oder schrie pausenlos in voller Inkohärenz, z. B.: „Weil sie nicht wollen, wie sie sollen, Gott, Gott, Gott. In diesen letzten 3 Nächten, das wäre richtig, was ich machte, aber Vater!! Herr Doktor, das ist alles gut gegangen“ usw. Auch eintöniges Zählen und Buchstabieren. Pat. läßt sich vorübergehend dabei fixieren, weiß, wo sie ist, verkennt aber den Arzt als einen verstorbenen Bekannten, spricht andeutungsweise von Verfolgungen und Verleumdungen. (Man sage, sie sei eine Hure.) Auf die Frage, warum sie so laut sei, antwortete sie: „Ich möchte nur etwas lustig sein.“ Nach 3 E-Schocks aus vitaler Indikation (am 15., 16. u. 17.) war sie vom 18. 7. ab völlig ruhig und geordnet. Sie konnte sich an ihre Erregung nicht mehr erinnern, wußte aber noch, daß sie in dem Arzt ihren verstorbenen Bekannten vermutet hatte. Nachts fiel sie noch als redselig auf und zeigte etwas unausgeglichene, zeitweise gespannte Stimmungslage. Am 5. 8. 48 wurde sie (nach insgesamt 7 E-Schocks) in gutem Zustand nach Hause entlassen und hielt sich dort völlig unauffällig bis 1. 9. 48. Dann setzte eine erneute schwerste Erregung ein, in der sie am 3. 9. in die Anstalt zurückkehrte. Wieder lautes, inkohärentes Reden, in dem die kranke Nichte wieder eine große Rolle spielte. Sondenfütterung wegen Nahrungsverweigerung. Ab 8. 9. 48 benommen und erschöpft, Temperaturen um 38° (Bronchopneumonie und Pyelitis). Nach intensiver internistischer Behandlung vom 16. 9. ab zunehmende körperliche und psychische Erholung. Entlassung am 11. 10. 48. Seitdem ist sie gesund und leistungsfähig in ihrer alten Berufssarbeit. Bei mehreren Hausbesuchen (zuletzt 1957, also $6\frac{1}{2}$ Jahre nach der Psychose) war die jetzt 59 jährige Frau freundlich, aufgeschlossen und dankbar. Körperbau metromorph. Für die Ursache der Psychose hält sie immer wieder die große Aufregung um die Erkrankung der wie eine Tochter geliebten Nichte. (*Verwirrtheits- und Motilitätspsychose im 51. Lebensjahr.*)

Ihre *Schwester* Josefine D. (geb. 1895) war Verkäuferin und Filialleiterin. 1924 (also 29 jährig) zunehmende Schlaflosigkeit und Erregung, befand sich für 2 Monate in der unruhigen Abteilung der Anstalt Bonn (Krankenblatt nicht mehr vorhanden).

Seitdem psychisch gesund, leitete noch einige Jahre ihre Filiale und ist seitdem als Haushälterin in einem herrschaftlichen Haushalt. Sie berichtet über ihre Psychose, daß sie in der Inflationszeit große Sorgen und Anstrengungen im Geschäft gehabt habe, da sie von den Eltern her an äußerste Genauigkeit gewöhnt gewesen sei. Sie habe sich zuletzt in den ständig wechselnden Geldkursen nicht mehr zurechtgefunden. Verfolgungsideen habe sie nicht gehabt, sie wisse aber, daß sie sehr unruhig gewesen sei.

Objektiv. Keinerlei Defektsymptome. Körperbau metromorph. Zugewandtes, lebhaftes Wesen. (Atypische phasenhafte Psychose; Diagnose nicht genau zu stellen.)

Die höchst ungewöhnlichen Psychosen der Probandin und ihrer Tante zeigen in wechselvollem Verlauf vor allem Inkohärenz und Hyperkinese, daneben flüchtige halluzinatorische und wahnhaft Erlebnisse, und klingen nach relativ kurzer Zeit ohne jeglichen Defekt ab. Daß hier weder schizophrene noch — im klassischen Sinne — manische Psychosen vorliegen, ist evident. — Die Frage der *Psychogenese* ist wohl dahin zu beantworten, daß dem Ausbruch der Psychosen sehr belastende akute Erlebnisse vorausgingen (bei der Probandin jene Verhaftung, bei der Tante das Erlebnis, daß die wie eine Tochter geliebte Nichte psychotisch wurde). Für eigentliche Konfliktspannungen im tiefenpsychologischen Sinne fand sich jedoch kein sicherer Anhalt. — Auch in dieser Familie sind die aufgetretenen Psychosen in *ähnlicher Weise atypisch*; es handelt sich wohl in allen 3 Fällen um Verwirrtheits- und Motilitätspsychosen, wobei sich die beiden symptomatologischen Hauptbestandteile (Inkohärenz und Hyperkinese) verschiedenartig kombinierten und gegenseitig beeinflußten.

Solche Verwirrtheits- und Motilitätspsychosen sind in sich schon sehr vielgestaltig und kommen auch in den Familien öfters neben vielgestaltigen anderen affektiven Psychosen, dagegen selten neben Schizophrenien vor. E. NEELE, die die „phasischen Psychosen“ nach Kleistschen Einteilungsprinzipien zusammengestellt hat, weist ebenfalls auf die Vielgestaltigkeit dieser Gruppe hin.

In einigen seltenen Beobachtungen kommen sie aber in nächster Blutsverwandtschaft von reinen manisch-depressiven Erkrankungen vor. Da sich hier die verwandtschaftlichen Beziehungen zur Cyclothymie im engen Sinne besonders gut erkennen lassen, seien 2 solche Beobachtungen kurz mitgeteilt:

Familie Ge.: Der Vater unserer Probandin machte 4 klassisch reine Depressionen durch, die Probandin mit 24 und 31 Jahren monatelang dauernde schwerste Verwirrtheits- und Motilitätspsychosen mit ekstatischen Ideen und reichlichen halluzinatorischen Erlebnissen, weswegen wiederholt (aber sicher fälschlicherweise) an Schizophrenie gedacht wurde. Tiefenpsychologisch zu interpretierende Triebkonflikte sind hier sehr deutlich vorhanden.

Familie Ke.: Erkrankt sind 2 Schwestern. Die eine hat 2 Depressionen, und 2 gereizte Manien durchgemacht, die andere 7 (!) halluzinatorisch-hyperkinetische Verwirrtheitspsychosen, die zweimal aus manischen

Vorstadien hervorgehen, sonst aber ganz akut mit schwersten, an Katatonie erinnernden Erregungszuständen beginnen. Hier wachsen also die atypischen Syndrome teilweise geradezu aus manisch-depressiven Zuständen hervor. Trotzdem ist es unseres Erachtens nicht angängig, solche höchst atypischen Psychosen, die oft genug als schizophrene beurteilt wurden, einfach im manisch-depressiven Formenkreis aufgehen zu lassen.

II. Andere atypische manische Psychosen, insbesondere chronische Manien

Neben diesen recht häufigen Verwirrtheits- und Motilitätspsychosen gibt es andere, seltene Syndrome, auf die hier nur hingewiesen werden soll. Bisweilen führt die Steigerung der manischen Größenideen zu *ekstatischen* Zustandsbildern mit Eingebungsideen oder das Hervortreten von querulatorischen Zügen, von persecutorischen Wahnideen und Sinnestäuschungen zu ausgesprochen *paranoiden* Syndromen. Noch schwieriger wird die Abgrenzung gegen schizophrene Erkrankungen, wenn die Charakteristica der Manie (manische Stimmung, Ideenreichtum, Bewegungsdrang usw.) teilweise oder vorübergehend *fehlen*. Schwierig ist aber gewöhnlich auch die Beurteilung bei chronischen oder chronisch gewordenen Manien, wie sie besonders im höheren Alter gelegentlich vorkommen. Bei allen diesen seltenen Syndromen ist es notwendig, würde unseres Erachtens aber auch genügen, von „atypischen manischen Psychosen“ zu sprechen und die Charakteristica des Zustandsbildes gegebenenfalls in Klammer hinzuzufügen.

C. Phasenhafte paranoide und halluzinatorische Psychosen

Die meisten atypischen endogenen Psychosen schließen sich offensichtlich in ihrer Symptomatologie an depressive und manische Psychosen an. Damit soll aber nicht gesagt sein, daß sie einfach zum Bereich der Cyclothymie hinzugehören. Es ergibt sich vielmehr gerade aus den Familienbeobachtungen mit ihren in den gleichen Familien oft wieder auftretenden atypischen Syndromen, daß sie etwas Besonderes darstellen. Bei der Bearbeitung solcher Familienpsychosen zeigt sich aber, daß es auch seltene atypische endogene Psychosen gibt, die keine sicheren symptomatologischen und erbiologischen Beziehungen zur Cyclothymie erkennen lassen. Gemeint sind hier vor allem *paranoide Psychosen*, die keine Veränderung der Stimmungslage im manisch-depressiven Sinne, aber doch phasen- oder attackenweisen Verlauf ohne Defekt aufweisen. Was sich letzten Endes hinter derartigen Erkrankungen verbirgt, ist für unsere heutige Beurteilung recht ungewiß. Es muß jedenfalls immer daran gedacht werden, daß es sich dabei vielleicht um gut remittierende schizophrene Psychosen handelt. Wir haben solche Fälle, um nichts zu präjudizieren, als abgesetzte oder *phasenhafte paranoide und halluzinatorische Psychosen* bezeichnet. Bezeichnungen der Kleistschen Schule, die sich

auf etwa hierhergehörige Erkrankungen beziehen, lauten u. a.: „ratlose Bedeutungspsychose“, „akute Beziehungspsychose“, „akute Halluzinose“, früher auch: „akute Paranoia“. Auch der „sensitive Beziehungs-wahn“ E. KRETSCHMERS muß in diesem Zusammenhang erwähnt werden. Um ein eigenes Beispiel für solche Erkrankungen zu geben, wird auf die in der Monographie „Nachkommen geisteskranker Elternpaare“ auf S. 272 f. veröffentlichte Familie A 1 hingewiesen, in der die Mutter, der Sohn 5 und die Enkelin 1,1 in ähnlicher Weise erkrankten. Trotz sehr verschiedener Lebensschicksale und auch verschiedenartiger Körperbau-formen sind die wiederholten Psychosen der 3 betroffenen Familienglieder in ähnlicher Weise gutartig und atypisch verlaufen. Diese 3 Personen sind alle in besonderem Maße feinfühlig und empfindsam gewesen, so daß die Angehörigen immer versucht haben, sie vor belastenden Lebens-situationen möglichst zu bewahren.

Es erscheint uns notwendig, darauf hinzuweisen, daß solche phasen-haften paranoiden Psychosen nicht ohne weiteres zur Schizophrenie-gruppe hinzugehören, wenn auch ihre Abgrenzung nach dieser Seite praktisch ganz besonders schwierig erscheint.

Dies trifft nun für eine weitere diagnostische Gruppe ebenso zu, die in ihrer Zuordnung und Einheitlichkeit von jeher besonders umstritten ist, nämlich

D. Paranoide und depressive Psychosen des höheren und hohen Lebensalters

Es ist sicher keine Frage, daß unter diesen Erkrankungen nicht selten spät ausbrechende *endogene* Psychosen vorkommen und daß es sich bei ihnen keinesfalls nur um Cerebralsklerosen, Hirnatrophien oder senile Demenzen „mit Wahn“ handelt. Dies wird besonders deutlich bei den Fällen, die in früheren Lebensjahren schon endogene Psychosen durch-gemacht haben oder in deren Familien weitere endogene Psychosen nach-weisbar sind. Dabei ist nicht zu übersehen, daß die Alterspsychosen besonders oft *atypische* Syndrome darstellen. Was sich genisch hinter solchen langdauernden, depressiv gefärbten Wahnsyndromen oder para-noid-halluzinatorischen Zuständen verbirgt, ist natürlich nur schwer festzulegen. Den endogenen Psychosen in früheren Lebensjahren kann man sie auch nicht einfach *gleichsetzen*, da sie — abgesehen von der oft atypischen Gestaltung — auch in der Blutsverwandtschaft viel weniger Psychosen aufweisen wie diese (nach den Untersuchungen von B. SCHULZ, BISCHOF, BROCKHAUSEN, SCHNITZENBERGER, MAJER). In den Familien kommen neben den paranoiden Alterspsychosen wieder relativ oft para-noiden Alterspsychosen und vereinzelt Schizophrenien vor, während neben den Altersdepressionen in mäßigem Grade wieder Altersdepressionen oder zirkuläre Psychosen auftreten. Auch bei den Alterspsychosen scheinen also die atypischen Gestaltungen in den Familien relativ oft wiederzukehren.

Diese letzte Gruppe sollte hier nur andeutend erwähnt werden, da ihre Bearbeitung eine eigene besondere Darstellung erfordern würde. Wenn sie einmal bearbeitet wird, so müßten neben den verschiedenen organischen Störungsfaktoren auch die psychogenetischen Bedingungen mitberücksichtigt werden, die gerade bei Alterspsychosen in dem Erlebnis der körperlichen und psychischen Insuffizienz, der Einsamkeit und des bevorstehenden Todes bedeutungsvoll erscheinen.

Besprechung der Ergebnisse

Um die nicht seltenen *atypischen endogenen Psychosen* genauer zu erforschen, wurden eine Reihe atypischer phasenhafter *Familienpsychosen* zusammengestellt. Als besonders häufige atypische Syndrome, die auch in entfernten Graden der Blutsverwandtschaft oft in gleicher Form wieder auftreten, erschienen unter der Gruppe der *atypischen Depressionen*

- a) atypische paranoide bzw. agitierte Depressionen,
- b) atypische stuporöse Depressionen,
- c) chronische oder chronisch gewordene Depressionen.

Beispiele für die paranoiden bzw. agitierten Depressionen sowie für stuporöse Depressionen wurden aus Familien mit gleichartigen Sekundärfällen beigebracht. Für die erstgenannte Gruppe schien es uns nicht gerechtfertigt, zwischen paranoid gefärbten Depressionen einerseits und Angstdepressionen andererseits zu unterscheiden, da sich die beiden Symptomreihen im lebendigen Krankheitsgeschehen sehr häufig kombinieren oder abwechseln.

In der Gruppe der *atypischen Manien* sind am häufigsten Erkrankungsfälle, die als „*Verwirrtheits- und Motilitätspsychosen*“ bezeichnet wurden. Auch hier erschien es uns nicht möglich, „*Verwirrtheitspsychosen*“ (bei denen also die Inkohärenz des Denkens im Vordergrund steht) von „*hyperkinetischen Motilitätspsychosen*“ (bei denen die Hyperkinese das führende Symptom ist) zu trennen, da beide Symptomreihen fast immer gemeinschaftlich vorkommen. Wesentlich seltener als diese recht häufigen Psychosen sind atypische Manien mit *ekstatischen* und ausgesprochen *paranoiden* Syndromen sowie schließlich auch *chronische Manien*. In der Gruppe der „*Verwirrtheits- und Motilitätspsychosen*“ wurde eine Familie Ka. mit gleichartigen Sekundärfällen genauer beschrieben, 2 andere Familien kurz erwähnt, bei denen in der nahen Blutsverwandtschaft auch typische manisch-depressive Erkrankungen auftraten.

Eine 3. Gruppe atypischer endogener Psychosen, die hier als „*phasenhafte paranoide und halluzinatorische Psychosen*“ bezeichnet wurden, zeigt keine sicheren symptomatologischen oder erblichen Beziehungen zur Cyclothymie. Es handelt sich hierbei um phasenhafte oder attackenweise auftretende *paranoide* Psychosen, die ohne Veränderung der

Stimmungslage im manisch-depressiven Sinne ablaufen und ohne Defekt abklingen. Die Mehrzahl der Beobachter wird solche Psychosen, auch wenn sie kurzdauernd und ohne schizophrene Symptome 1. Ranges (nach K. SCHNEIDER) verlaufen, gewiß der Gruppe der Schizophrenien zuordnen. Ob dies allerdings mit Recht geschieht, ist eine völlig offene Frage und sollte jeweils ernstlich erwogen werden.

Besonders schwierig ist die Differentialdiagnose schließlich auch für eine 4. Gruppe atypischer Psychosen, die hier nur erwähnt wurde, nämlich für die „*paranoiden und depressiven Psychosen im höheren und hohen Lebensalter*“. Einerseits handelt es sich hier gewiß nicht ausschließlich um organische Hirnerkrankungen „mit Wahn“, andererseits auch nicht nur um spät manifestierte endogene Psychosen. Jeder einzelne Krankheitsfall muß hier sorgfältig „mehrdimensional“ ausgedeutet werden, wobei es uns wichtig erscheint, frühere Psychosen des Kranken selbst, aber auch sonstige Psychosen in seiner Blutsverwandtschaft zu berücksichtigen.

Es ist zweifellos möglich (und auch tatsächlich z. B. bei E. NEELE mit den dort angegebenen 23 Sonderformen der phasischen Psychosen geschehen), noch weitere atypische Syndrome gegeneinander abzugrenzen. Es muß aber sehr davor gewarnt werden, jedes einzelne Symptom, das oft nur vorübergehend oder überhaupt nur im Zusammenhang mit anderen Symptomen vorhanden ist, gleich zum Rang einer Diagnose zu erheben.

Im Bereich der verschiedenen hier angeführten atypischen Psychosen halten wir es für wahrscheinlich, daß *psychogenetische* Faktoren eine besondere Rolle gerade für die bestimmte Färbung und Gestaltung dieser Psychosen, vielleicht aber auch für ihre Manifestierung spielen. In den von uns untersuchten Familien waren allerdings meistens nur relativ vordergründige Erlebnisschwierigkeiten nachweisbar. Gerade bei Familienuntersuchungen in verschiedenen Generationen sind freilich die psychologischen Zusammenhänge oft nur lückenhaft festzustellen. Weitere Untersuchungen mit dieser Fragestellung erscheinen uns daher notwendig.

Im Anfang der Arbeit wurden einige hypothetische Vermutungen aufgeführt, die seit langem zur Erklärung solcher atypischer endogener Psychosen herangezogen werden. Sichere Feststellungen, die die eine oder andere dieser Hypothesen als generell zutreffend beweisen würden, gibt es allerdings bis heute nicht und wird es wahrscheinlich auch nicht geben. Da in manchen Familien völlig gleichartige atypische Syndrome in entfernten Blutsverwandtschaftsgraden wieder auftreten, muß man hier wohl an eigenständige, besondere Krankheiten denken. Bei den paranoiden und depressiven Psychosen des höheren Lebensalters wird man andererseits nicht um eine strukturanalytische Betrachtungsweise herumkommen, die gerade die organischen, aber auch die psychogenetischen

Störungsfaktoren berücksichtigt. Im übrigen darf auch bei offenbar erblichen Familienpsychosen die Psychogenese nicht unbeachtet bleiben, da Manifestierung und besondere Gestaltung der atypischen Psychosen gerade hiervon entscheidend beeinflußt sein können. Schließlich wird es sicher einzelne Fälle von atypischen Psychosen geben, wo man nachweisen kann, daß nach dem Familienbefund eine Mischung aus schizophrenen und manisch-depressiven Anlagen vorliegt. Es wird also durchaus nicht möglich sein, nur die eine oder die andere Hypothese zu vertreten. Ein vertieftes Verständnis für solche atypische Psychoseformen wird vielmehr erst dadurch erreicht, daß die verschiedenen genetischen Teilbedingungen in einer ausgewogenen, vorurteilsfreien Zusammenschau berücksichtigt werden.

Zusammenfassung

Eine Reihe *atypischer phasenhafter Psychosen* wurde sowohl unter dem Gesichtspunkt der *Endogenese* wie unter dem der *Psychogenese* untersucht. Für die gewählte Fragestellung erschienen *Familienpsychosen* besonders aufschlußreich.

Am häufigsten sind unter den *atypischen Depressionen* Psychosen, die als *atypische paranoide bzw. agitierte Depressionen* bezeichnet wurden. Zwischen paranoid gefärbten Depressionen und Angstdepressionen kann nicht generell unterschieden werden, da sich die beiden Symptomreihen zu oft kombinieren. Seltener als diese Formen sind *atypische stuporöse Depressionen* und schließlich *chronische oder chronisch gewordene Depressionen*.

In der Gruppe der *atypischen Manien* sind am häufigsten Erkrankungsfälle, die als „*Verwirrtheits- und Motilitätspsychosen*“ bezeichnet wurden. Auch hier erschien es nicht möglich, „*Verwirrtheitspsychosen*“ (bei denen die Inkohärenz des Denkens im Vordergrund steht) von „*hyperkinetischen Motilitätspsychosen*“ (bei denen die Hyperkinese das führende Symptom ist) zu trennen, da beide Symptomreihen fast immer gemeinschaftlich vorkommen. Wesentlich seltener als diese recht häufigen Psychosen sind *atypische Manien mit ekstatischen und ausgesprochen paranoiden Syndromen* sowie schließlich auch *chronische Manien*.

In einer 3. Gruppe wurden relativ seltene atypische Psychosen als *phasenhafte paranoide und halluzinatorische Psychosen* zusammengefaßt, die keine sicheren symptomatologischen oder erblichen Beziehungen zur Cyclothymie aufweisen. Sie können gegenüber schizophrenen Psychosen oft nur mit einiger Wahrscheinlichkeit abgegrenzt werden.

Besonders schwierig ist schließlich die differentialdiagnostische Bewertung in einer 4. Gruppe atypischer Psychosen, der „*paranoiden und depressiven Psychosen im höheren und hohen Lebensalter*“, die jeweils sorgfältig „*mehrdimensional*“ ausgedeutet werden müssen.

Über der genetischen Grundlage, die gerade bei Familienpsychosen gesichert erscheint, haben psychogenetische Faktoren wahrscheinlich eine besondere Bedeutung für die bestimmte Färbung und Gestaltung sowie vielleicht auch für die Manifestation solcher atypischer Psychosen. In den von uns untersuchten Familien waren allerdings zumeist nur relativ vordergründige Erlebnisschwierigkeiten nachweisbar.

Literatur

- BACH, W.: Das Symptom der Ratlosigkeit bei akuten endogenen Psychosen. Nervenarzt **21**, 245 (1950). — BAUMER, L.: Über geheilte Schizophrenien. Z. Neur. **164**, 162 (1939). — BENEDETTI, G.: Psychotherapie einer Schizophrenen. Psyche (Heidelberg) **8**, 1 (1954). — BINSWANGER, O.: Die klinische Stellung der Degenerationspsychosen, zugleich ein Versuch ihrer Gliederung. Arch. Psychiat. Nervenkr. **83**, 299 (1928). — BIRNBAUM, K.: Grundgedanken zur klinischen Systematik. Z. Neur. **74**, 103 (1922). — Der Aufbau der Psychose. Berlin 1923. — Die Klassifikation der Psychosen. Dtsch. med. Wschr. **1928**, 2089. — BISCHOF, G.: Die erblichen Beziehungen der Psychosen des Rückbildungsalters. Z. Neur. **167**, 105 (1939). — BOOR, W. DE: Psychiatrische Systematik. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1954. — BROCKHAUSEN, K.: Erbbiologische Untersuchungen über depressive Psychosen des Rückbildungsalters. Allg. Z. Psychiat. **112**, 179 (1939). — ELSÄSSER, G.: Über „atypische“ endogene Psychosen. Nervenarzt **21**, 194 (1950). — Die Nachkommen geisteskranker Elternpaare. Stuttgart: Thieme 1952. — Über „affektive“ Psychosen (unter besonderer Berücksichtigung der atypischen Gestaltungen). Zbl. Neur. **128**, 348 (1954). — Grundsätzliches zur Frage der Psycho- und Endogenese der endogenen Psychosen. Nervenarzt **28**, 533 (1957). — ESSEN-MÖLLER, E.: Psychiatrische Untersuchungen an einer Serie von Zwillingen. Kopenhagen 1941. — EWALD, G.: Über die Motilitätspsychosen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **76**, 233 (1926). — Mischpsychose, Degenerationspsychose, Aufbau. Mschr. Psychiat. Neurol. **68**, 157 (1928). — FÜNGELD, E.: Die Motilitätspsychosen und Verwirrtheiten. Berlin 1936. — GAUPP, R.: Zur Frage der kombinierten Psychosen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **76**, 73 (1926). — GAUPP, R., u. F. MAUZ: Krankheitseinheit und Mischpsychosen. Z. Neur. **101**, 1 (1926). — HÄFNER, H., u. St. WIESER: Faktorenanalytische Studien zur Formalgenese bestimmter Formen von Schizophrenie. Arch. Psychiat. Nervenkr. **190**, 394 (1953). — HERZ, E.: Zur Frage der sog. Mischpsychosen. Z. Neur. **116**, 251 (1928). — KANT, O.: Zur Strukturanalyse der klimakterischen Psychosen. Z. Neur. **104**, 174 (1926). — KLEIST, K.: Die Streitfrage der akuten Paranoia. Z. Neur. **5**, 366 (1911). — Die klinische Stellung der Motilitätspsychosen. Allg. Z. Psychiat. **69**, 109 (1912). — Autochthone Degenerationspsychosen. Z. Neur. **69**, 1 (1921). — Die Gliederung der neuropsychischen Erkrankungen. Mschr. Psychiat. **125**, 526 (1953). — KLEIST, K., u. W. DRIEST: Die Katatonie auf Grund kataraktischer Untersuchungen. Z. Neur. **157**, 479 (1937). — KOLLE, K.: Die endogenen Psychosen — das delphische Orakel der Psychiatrie. München 1955. — Zur Klinik und Vererbung der Degenerationspsychosen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **78**, 731 (1926). — KRETSCHMER, E.: Wahnbildung und manisch-depressiver Symptomenkomplex. Allg. Z. Psychiat. **71**, 397 (1914). — Psychotherapie der Schizophrenie und ihrer Grenzzustände. Z. Neur. **121**, 211 (1929). — Der sensitive Beziehungswahn. 3. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1950. — LECHLER, H.: Die Psychosen der Alten. Arch. Psychiat. Nervenkr. **185**, 440 (1950). — LEONHARD, K.: Atypische endogene Psychosen im Lichte der Familienforschung. Z. Neur. **149**, 520 (1934). — Involutive und idiopathische Angstdepression. Leipzig 1937. — MAJER, O.: Beitrag zur Erbbiologie involutiver, klimakterischer und reaktiver Depressionen. Z. Neur. **172**, 737

(1941). — MAUZ, F.: Der konstitutionsbiologische Aufbau der Psychosen als Grundlage einer klinischen Systematik und Prognostik. *Zbl. Neur.* **42**, 595 (1926). — MEDOW, W.: Atypische Psychosen bei Oligophrenie. *Msch. Psychiat.* **58**, 222, 289 (1925). — MEYER, H. H.: Zyklothyme Wellen in schizophrenen Psychosen. *Zbl. Neur.* **108**, 314 (1950). — MÜLLER, Ch.: Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen. *Psyche (Heidelberg)* **9**, 329 (1955). — NEELE, E.: Die phasischen Psychosen nach ihrem Erscheinungs- und Erbbild. Leipzig: J. A. Barth 1949. — PAULEIKHOFF, B.: Atypische Psychosen. Basel: Karger 1957. — POHLISCH, K.: Der hyperkinetische Symptomenkomplex und seine nosologische Stellung. Berlin 1925. — RITTER, M. R., u. K. KLEIST: Psychosen der Ratlosigkeit. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **195**, 163 (1956). — SCHEID, W.: Der Zeiger der Schuld in seiner Bedeutung für die Prognose involutiver Psychosen. *Z. Neur.* **150**, 528 (1934). — SCHNEIDER, K.: Beiträge zur Psychiatrie. Wiesbaden: Thieme 1946. — SCHNITZENBERGER, H.: Die Erblage in der nächsten Verwandtschaft von 30 Fällen klimakterischer bzw. involutiver Melancholie. *Z. Neur.* **159**, 11 (1937). — SCHRÖDER, P.: Die Spielbreite der Symptome beim manisch-depressiven Irresein und bei den Degenerationspsychosen. Berlin: Karger 1920. — Die Degenerationspsychosen und Dementia praecox. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **66**, 1 (1922). — Über Degenerationspsychosen (metabolische Erkrankungen). *Z. Neur.* **105**, 539 (1926). — SCHULZ, B.: Über die hereditären Beziehungen paranoid gefärbter Alterspsychosen. *Z. Neur.* **129**, 147 (1930). — SECHEHAYE, M.-A.: Die symbolische Wunscherfüllung. Bern und Stuttgart 1955. — STENBERG, G.: Zur Frage der kombinierten Psychosen. *Z. Neur.* **129**, 724 (1930). — WEITBRECHT, H. J.: Zyklothymie. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **17**, 437 (1949). — Zur Typologie depressiver Psychosen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **20**, 247 (1952). — Offene Probleme bei affektiven Psychosen. *Nervenarzt* **24**, 489 (1953). — WYRSCH, J.: Über Mischpsychosen. *Z. Neur.* **159**, 668 (1937). — ZEH, W.: Altersfärbung cyclothymer Phasen. *Nervenarzt* **28**, 542 (1957).

Med.-Rat Professor Dr. G. ELSÄSSER, Bonn/Rh., Kölnstr. 208a,
Dr. H. J. COLMANT, Bonn, Kaufmannstr. 73