

Aus der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik Innsbruck
(Suppl. Vorstand: Doz. Dr. E. NIEDERMEYER)

Psychosen im Rahmen der Grippeepidemie 1957/58

Von
H. PROKOP

(Eingegangen am 11. Mai 1958)

Einleitung

Während der Grippeepidemie, die im Herbst 1957 auch Österreich heimsuchte und in Tirol in den Monaten Oktober und November einen steilen Höhepunkt aufwies, kam es nahezu explosionsartig binnen kurzer Frist zum Auftreten einer Reihe psychiatrischer Erkrankungen, die in Bild, Verlauf und Ansprechen auf Therapie einige Gemeinsamkeiten aufwiesen.

Neben diesen eigenen Beobachtungen war es auch von Interesse, die Manifestationen dieser psychiatrischen Grippeerkrankungen mit denen der größten Grippeepidemien der letzten Jahrzehnte, also derjenigen von 1890 und 1918/19 zu vergleichen. Die vergleichende Beurteilung lohnte sich aus zweierlei Gründen. 1. Der Psychiater verfügte damals noch nicht über die modernen therapeutischen Mittel wie Elektroschock und Insulinschock. Demgemäß konnten diese Psychosen noch nicht hinreichend kuptiert werden und boten daher dem Beschreiber noch ein wesentlich klareres und unverfälschteres Bild als es jetzt noch festzustellen möglich wäre. 2. Wenngleich auch in der Folgezeit immer wieder Grippeepidemien kleineren Ausmaßes auftraten, so boten die genannten in pandemischer Form verlaufenden großen Grippewellen das bei weitem umfangreichste Vergleichsmaterial zu den derzeitigen Manifestationen.

Grundsätzliches zu Infektionspsychosen und zur Diagnose „Psychose vom akuten exogenen Reaktionstyp bei Grippe“

Bei den psychiatrischen Erkrankungen während oder unmittelbar nach grippösen Infekt ist wohl die Diagnose „Psychose vom akuten exogenen Reaktionstyp bei Grippe“ diejenige, die neben der „durch Grippe ausgelöste Psychose“ am häufigsten zu stellen sein wird. Doch begegnet man in jedem einzelnen Fall den grundsätzlichen Schwierigkeiten und Bedenken, die der Erstellung dieser Diagnose im Wege stehen.

Hat doch die Diagnose symptomatische Psychose vom akuten exogenen Reaktionstyp in der letzten Zeit mancherlei Einschränkung erfahren. So gibt GRUHLE am Beispiel symptomatischer Schizophrenie 4 Möglichkeiten an, die in jedem Einzelfall zu überlegen wären.

1. Das exogene Leiden kombiniert sich mit einer Schizophrenie (z. B. ein Schizophrener kann eine Neurolues bekommen).

2. Offenbart eine bis dahin latente Schizophrenie (das wäre das Problem der Auslösung).

3. Bringt bei einem schizophren Belasteten, aber selbst nicht deutlich schizophrenen Individuum ein bereitliegendes, echt schizophrenes Syndrom zum Vorschein (so ließen sich allenfalls die Symptome deuten, bei denen wiederholte Infektionen schizophrene Symptome hervorrufen, ohne daß sich ein ausgelöster schizophrener Prozeß anschließt).

4. Erzeugt von sich aus schizophrene Symptome, ohne daß eine Schizophrenie vorliege. Nur der 4. und letzte Zusammenhang verdiene die Bezeichnung Schizophrenie.

Nach H. HOFF gehört zum exogenen Reaktionstyp heute eigentlich nur mehr das Bild der Amentia (MEYNERT), der sogenannten Verwirrtheit. SRECHT ging noch weiter und nahm an, daß ein grundsätzlicher Unterschied von endogenen und exogenen Krankheitsbildern überhaupt nicht möglich sei, er liege lediglich in der Intensität der einwirkenden Noxe begründet, indem erstere auf zartere, letztere auf grobe Schädigungen zurückzuführen sei.

Bei der Erstellung der Diagnose Psychose vom exogenen Reaktionstyp sei auch noch darauf hingewiesen, daß es z. B. kein einziges katatonies Symptom gibt, das sich nicht auch bei Infektionspsychosen findet (BONHOEFFER). Außerdem kann die Diagnose Psychose vom exogenen Reaktionstyp meist nicht aus dem Zustandsbild, sondern nur aus dem Verlauf gestellt werden, eine Feststellung, die auch bei unseren Fällen zutraf.

Neben dieser grundlegendsten Frage stand und steht wohl noch immer zur Diskussion, ob Infektionskrankheiten, also in unserem Falle Grippe, besondere auch von anderen Infektionskrankheiten unterschiedliche Bilder und Verläufe zeigen würden. Dabei vertrat bekanntlich BONHOEFFER und nach ihm ebenso SIEMERLING, MEYER, RICKE, STRANSKY die Ansicht, daß Infektionspsychosen sowie die der Entfieberungsperiode zugehörenden psychischen Störungen eine so enge Verwandtschaft der Symptombildung und Entwicklung zeigen, daß eine Trennung unmöglich sei. Die psychischen Reaktionsformen seien von den Noxen verhältnismäßig unabhängig.

Das differenzierende und die Ätiologie kennzeichnende Moment liege fast lediglich in somatischen bzw. neurologischen Befunden. Letzterer Meinung schließt sich neuerdings auch M. BLEULER an, indem er meint, es empfehle sich nicht mehr, wie in früheren Zeiten, verschiedene symptomatische Psychosen als psychiatrische „Krankheitseinheiten“ in einem Lehrbuch nebeneinander aufzuzählen, es sei zweckmäßiger, den akuten exogenen Reaktionstypus als Ganzes zu beschreiben. Im Gegensatz zu obiger Einstellung vertrat KRAEPELIN die Auffassung, daß es einmal gelingen werde aus verschiedenen Einzelheiten und Kombinationen von Symptomeigenschaften die besondere Art der zugrundeliegenden Infektion zu diagnostizieren. Auch er war jedoch der Ansicht, daß den körperlichen Grundzeichen der Erkrankung dabei eine hervorragende diagnostische Bedeutung zukäme.

Nach Voranstellung dieser grundsätzlichen Überlegungen möge auf die

Besonderheiten der Grippepsychosen

übergegangen werden.

Die Grippe nimmt unter den Psychosen vom exogenen Reaktionstyp, welche von Infektionskrankheiten ausgelöst werden, was Häufigkeit anbetrifft, einen bevorzugten Platz ein, wenngleich andere Infektionen noch wesentlich öfter Psychosen zu verursachen vermögen, wobei nur auf den Typhus verwiesen sei.

KIRN hatte während der großen Grippeepidemie 1890/91 73 Fälle zusammengestellt und damals die Meinung vertreten, daß die Grippepsychosen die absolut

häufigsten aller Psychosen im Gefolge akuter febriler Erkrankungen darstellen würden. Nach KLEIST war dieser von KIRN behauptete Einfluß von diesem überwertet worden. EWALD zufolge war diese frühere Behauptung der Häufigkeit der besonders postgrippös aufgetretenen Psychosen darauf zurückzuführen, daß damals in die durch Grippe ausgelösten Fälle solche von Delirium tremens und progressiver Paralyse einbezogen wurden.

Eine der ausführlichsten Publikationen über die Grippeepidemie von 1918/19 stellt wohl die von KLEIST dar. Es waren damals etwa 100 Fälle im deutschen Sprachraum bekannt geworden, von denen 19 in seiner Arbeit bearbeitet worden waren. Auffällig waren damals die lokalen Unterschiede in der Verteilung der Fälle, wobei die südlichen und nördlichen Randgebiete des deutschen Sprachraums besonders viele Krankheitsfälle zeigten, während im Zwischengebiet ungleich weniger Erkrankungen auftraten. Dabei ist von Interesse, daß Wien mit 45 Fällen bei weitem an erster Stelle stand. Berlin mit nur 7 Erkrankungen möge dabei als Vergleichszahl dienen. KLEIST teilte die Grippepsychosen in grippöse, also solche, die während der Grippe aufgetreten waren und in postgrippöse, die unmittelbar nach eventuell auch erst einige Zeit nach der Grippe zum Ausbruch kamen, ein. Schon vor diesem gab KRAEPELIN an, daß die Geistesstörungen des ersten Krankheitsabschnittes von den später entstehenden auseinanderzuhalten wären, und zwar nicht nur bei Grippe, sondern auch bei anderen Infektionskrankheiten. Sowohl bei KLEIST als auch bei den meisten anderen Autoren überwogen die postgrippösen bei weitem die grippösen Psychosen.

Was die Erblichkeit anbetrifft, stellte EWALD fest, daß die erbliche Belastung bei Grippepsychosen größeres Ausmaß habe als bei den eigentlichen Fieberpsychosen. Nach RUNGE fanden sich unter den Erkrankten 77%, die erblich belastet waren. Auch KLEIST gab an, daß bei der einer Grippe nachfolgenden Geistesstörung die persönliche Veranlagung eine größere Rolle spiele, eine Feststellung, die sich mit der KRAEPELINS deckte. Die Hälfte wäre sicher veranlagt gewesen, und zwar die postgrippösen mehr als die grippösen. Auch BONHOEFFER beobachtete bereits, daß die im Gefolge von Grippe auftretenden Melancholien starke hereditäre Disposition aufwiesen.

Das häufigste Prädispositionsalter stellte das dritte und vierte Lebensjahrzehnt dar. Hinsichtlich der Verteilung auf die Geschlechter fand HITZENBERGER, daß die febrilen Psychosen mehr bei Männern und die postfebrilen mehr bei Frauen vorkämen.

Über die Dauer wird von KLEIST angegeben, daß sie bei Grippepsychosen 3 Tage bis 6 Monate betragen würde, wobei langdauernde Erkrankungen überwiegen würden. Seine 19 Fälle teilte er in langdauernde, deren Krankheitsverlauf von 1—6 Monate reichte und in solche kurzer Dauer von 1—30 Tage betragender Krankheitszeit. Bei dieser Einteilung zeigten 11 einen langdauernden und 8 einen kurzdauernden Verlauf. Grippöse Erkrankungen waren gewöhnlich von kurzer, postgrippöse von langer Dauer.

Eine andere Frage war, ob die Grippepsychosen besondere Bilder häufiger böten als andere Infektionspsychosen oder nicht. Ziemlich übereinstimmend wird von den älteren Autoren bis 1930 ein Dominieren depressiver Symptome angegeben. KIRN spricht von einem hypochondrischen Gepräge der Grippedepression. LADAME sah monatelang depressive Grippekranken. Auch nach EWALD finden sich häufig hypochondrisch-depressive Krankheitszüge. Es werde nicht das Bild einer endogenen Depression geboten, sondern ein solches, das an der Grenze von Psychose und Neurose stünde, ähnlich den hyperästhetisch-emotionalen Schwächezuständen BONHOEFFERS. Nach RUNGE vermöge die Grippe relativ häufig endogene Depressionen auszulösen, seltener auch Manie, Katatonie und andere Psychosen der Schizophreniegruppe. Nach KLEIST machen homonome Krankheitsbilder der Grippe etwa

25% aus, obwohl allen Infektionskrankheiten eine heteronome Neigung eigen sei. Immerhin bevorzuge die Grippe zusätzlich eine depressive Färbung sämtlicher Krankheitsbilder. Die damals mehrfach erörterte Frage, ob auch Depressionen, in Sonderheit einfach melancholischer Zustände bei symptomatischen Psychosen vorkämen, bejahte er auf Grund der Erfahrungen bei Grippepsychosen, jedoch mit dem Zusatz, daß nur ein Teil der Depressionen dem Bild der einfachen Melancholie verwandt sind, vielmehr aber Züge hypochondrischer und paranoider Verstimmung zeigen. Die meisten dieser Fälle waren weder durch vorpsychotische depressive Erscheinungen noch durch Heredität ausgezeichnet. Was die heteronomen Krankheitsbilder anbetrifft, erkannte KLEIST und schon vorher BONHOEFFER, daß die Prognose aus dem Schweregrad der Bewußtseinstörung zu stellen war. Unter den heteronomen Krankheitsbildern sei besonders häufig die Amentia. Auch Dämmerzustände, Delirien (zum Teil abortiver Form), Verwirrheitszustände, weiters hyper- und akinetische Bilder seien öfters anzutreffen, während rein stuporöse Bilder seltener seien. Ebenso komme es, wie auch bei anderen Infektionspsychosen nur selten zu halluzinoseähnlichen Bildern. Delirien und Halluzinosen bestanden vorwiegend während der körperlichen Erkrankung, Dämmerzustände, Verwirrtheiten, Amentia-bilder, hyperkinetisch-akinetische Formen und Depressionen vorzugsweise nach Ablauf der körperlichen Krankheitserscheinungen. Stuporzustände verteilten sich gleichmäßig auf grippöse und nachgrippöse Zeit. Nach KRAEPELIN wurden Grippe-erkrankungen häufiger durch Delirien, gelegentlich auch in Form eines Initial-deliriums begleitet. Oft fänden sich Seelenstörungen der Amentia-gruppe.

Im Gegensatz zu vorherigen Autoren behauptete RIESE, daß die psychotischen Störungen bei Grippe nichts Spezifisches zeigen. Abgesehen davon beobachtete er auch, daß diese Psychosen häufig gerade nach verhältnismäßig leichten Grippe-fällen auftraten.

Über das Problem der Auslösung sprachen sich die Bearbeiter nicht völlig einhellig aus. Nach KLEIST waren besonders häufig endogene Depressionen ausgelöst worden, während die Auslösung von Schizophrenie zurücktrat. DEMOLE führte an (und seine Einstellung wurde von KLEIST unterstützt), daß die Grippeepidemie keine Zunahme der Erkrankungen an Schizophrenie bewirkt habe und stellte sich damit in Gegensatz zu LADAME und MEYER. Ja, MAGNUS publizierte sogar einen Fall von Schizophrenie bei Grippe, der sich während dieser Erkrankung besserte. Nach EWALD vermag die Grippe häufig endogene Erkrankungen auszulösen. Besonders vermag die Grippe häufig endogene Erkrankungen auszulösen. Besonders häufig Melancholien, seltener Manien, Katatonien und andere Psychosen der Schizophreniegruppe. KRAEPELIN äußerte sich über die Auslösung in folgender Weise: „Je geringer die Gewalt der ursächlichen Schädigung, desto bedeutsamer die persönliche Eigenart. Der Grenzfall ist dort gegeben, wo die Krankheit eine aus inneren Gründen vorbereitete seelische Störung nicht nur verursache, sondern nur noch auslöst wie bei der beobachteten Anknüpfung manisch-depressiver oder schizophrener Zustandsbilder an Grippe.“ Nach KRAEPELIN lasse sich eine scharfe Grenze zwischen exo- und endogenen Krankheitsfällen nicht ziehen, doch gebe es bestimmte Zustandsbilder, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit die Vermutung einer Krankheitsursache gestatte, z. B. delirante Wahnbildungen nach Grippe. Nach GRUHLE käme ein Übergang einer symptomatischen Psychose in einen schizophrenen Prozeß nicht vor. KLEIST nahm eine spezifische Disposition für Infektionspsychosen an, diese sei durch die „symptomatische Labilität“ gegeben.

Bezüglich der Auswirkung auf andere psychiatrische Krankheitsbilder finden sowohl KLEIST als auch EWALD, daß progressive Paralyse und senile Demenz beschleunigt werden können. Was weitere Folgezustände anbetrifft, sei vor allem auf die von BRUN beschriebene postgrippöse Neurasthenie hingewiesen.

Neben den rein psychiatrischen Syndromen wurden bei Grippe damals folgende somatische und neurologische Symptome beschrieben. KRAEPELIN: Fieber, Tachykardie, Atemnot, Cyanose, Gliederschmerzen. KLEIST: Polyneuritis, Lichtstarre der Pupillen, Meningismus, Lungenentzündung, Endokarditis, artikulatorische Störungen, vereinzelte cerebrale Herdsymptome, gestörter Schlaf. Der Liquor war in fast allen untersuchten Fällen regelrecht. GROSS u. PAPPENHEIM fanden in einigen Fällen bei Grippe meningitische bzw. neuritische Störungen.

Neben diesen von älteren Autoren angegebenen Erfahrungen möge noch auf einige Ergebnisse der seltenen Grippeepidemien der letzten Jahre hingewiesen werden. PARELLADA, GUBRIO u. MORALES beschrieben 5 Fälle von Psychosen einer im Jahre 1952/53 in Spanien aufgetretenen größeren Grippeepidemie und führten an, daß Grippepsychosen in umschriebenen Abschnitten gehäuft und kaum vereinzelt auftreten und daß bei einzelnen Grippeepidemien ein unbekannter Faktor entweder grippale oder postgrippale Formen von Grippepsychosen zu verursachen scheint, wobei analog den schon vorher beschriebenen Verlaufsformen die während Grippe aufgetretenen Psychosen leichter, die postgrippalen Formen schwerer verlaufen und die Schwere der auslösenden Grippe keinen Einfluß auf Art und Ablauf der Grippepsychose hatte. Immer wurden Angst und hypochondrische Züge beobachtet. Vorwiegend war das mittlere und reifere Lebensalter betroffen. Eine Disposition zur Grippepsychose wurde aus familiärer Belastung und eigenen früheren Erkrankungen dieser Art abgeleitet. Aktiver Therapie seien die Grippepsychosen gut zugänglich, jedoch bestünde immer die Gefahr eines Rezidivs. Von den 5 Fällen hatten 2 typische depressive Syndrome, einer bot eine agitierte Melancholie und zwei litten an Schizophrenie. N. PERSIC teilte während einer Grippeepidemie aufgetretene Bilder in 3 Gruppen ein: 1. Schizophrene Zustandsbilder, 2. mit Amnesie und anderen Symptomen einhergehend, 3. Syndrome ohne encephalitische Zeichen. Die ersten beiden zeigten auch encephalitische Syndrome. Wichtig seien auch die Liquorbefunde, welche aber gewöhnlich bei Grippepsychosen recht dürftig wären.

Nach dieser Wiedergabe von Erfahrungen über Grippepsychosen in älterer und jüngerer Literatur möge auf die eigenen Ergebnisse übergeleitet werden.

Eigene Ergebnisse

Einleitung

Im Lande Tirol erreichte die Erkrankungsziffer an Grippe in den Monaten Oktober und November 1957 ihren Höhepunkt. Da die Anzahl der Grippeerkrankungen zu dieser Zeit außergewöhnliches Ausmaß hatte, war es nicht möglich, alle Krankheitsfälle auch nur einigermaßen exakt zu erfassen, so daß Angaben der Landessanitätsdirektion nur richtungsweise waren. Immerhin zeigte sich, daß in der zweiten bis vierten Oktoberwoche ein steiler Anstieg bis zum Maximum erfolgte, von wo binnen 8—14 Tagen ein ebenso rascher Abfall auf ein Zehntel der Höchstwerte stattfand. Mit diesem zahlenmäßigen Höhepunkt grippöser Erkrankungen nahezu genau übereinstimmend kam es zum Auftreten einer Anzahl von akuten Psychosen, die während oder in unmittelbaren Anschluß an den grippösen Infekt sich gezeigt hatten. Je 6 Psychosen traten davon in den Monaten Oktober und November, 2 erst im Dezember auf. Ähnlich geartete, die Grippe begleitende symptomatische oder durch

Grippe ausgelöste Psychosen vor oder nach dieser Zeit wurde nicht beobachtet. Fälle, bei denen die Bedeutung des Faktors Grippe nicht mit Sicherheit angenommen werden konnte, wurden von vornherein ausgeschlossen.

Auffallend war das *vorwiegend jugendliche Alter der Patienten*, von denen 5 dem zweiten Lebensjahrzehnt, 3 dem dritten und 3 dem vierten angehörten. Nur 1 Patient war 51 und ein weiterer 66 Jahre alt. Als weitere auffallende Feststellung mußte gewertet werden, daß es sich nahezu durchwegs, besonders bei den jüngeren Patienten, die laut obiger Statistik über 85% ausmachten, um auffallend gesunde, kräftige Menschen handelte. Die Intensität des Infektes war meistens nicht besonders ausgeprägt. Was die Verteilung auf die Geschlechter anbetrifft, fiel auf, daß die Frauen mit 11 Erkrankungen gegenüber 2 männlichen Patienten bei weitem überwogen.

Kasuistik

Fall 1. K. Rosa, 23a, Haushaltshilfe. Aufenthaltsdauer: 10. 10. 1957—7. 2. 1958.
F. A.: unauffällig.

E. A.: Dzt. psychiatrische Ersterkrankung. Im Anschluß an mehrtägigen grippeösen Infekt mit Fieber und Kopfschmerzen in erster Oktoberhälfte Auftreten eines ängstlich-amentiellen Verwirrtheitszustandes. Beging verkehrte Handlungen beim Kochen, versteckte sich im Kleiderkasten, verkannte in illusionärer Art die Personen. Von den Patienten meinte sie, es seien Chinesen, die in ihrem Blut liegen. Zeitweilig motorisch erregt, muß gesichert werden.

Somatisch: Leptosomer Habitus. Stärkere virile Behaarung an Oberlippe und Unterschenkel. Hier afebril.

Neurologisch: o. B.

Psychisch: Desorientiert, verwirrt, ratlos, Personenverkenennung, keine sicheren Halluzinationen, depressive Stimmungslage.

Befunde: Harn o. B. Senkung 38/49. Serum-Wa.R. neg.

Diagnose: Amentuell verwirrtes Zustandsbild im Rahmen einer durch Grippe ausgelösten akuten Psychose vom exogenen Reaktionstyp (postgrippöse Psychose).

Verlauf und Therapie: Erhält anfangs, in den ersten Tagen in Blockform, eine Serie von 13 E-Schockbehandlungen. Deutliche Remission (initiale Remission nach H. Hoff). Wirkt wesentlich kontaktgebessert, ist orientiert und angepaßt. Nach 6tägiger Unterbrechung der Behandlung schweres Rezidiv, neuerliches Einsetzen von Verwirrtheit. Nach einigen weiteren E-Schock Übergang auf Insulinschockbehandlung. Nach 30 Insulinvollschock volle Remission, die auch bei ambulanten Besuchen der Pat. in der Folgezeit sich von anhaltender Wirkung zeigt. Es besteht nur noch ein Bild, das am ehesten der postgrippösen Neurasthenie Bruns entspricht.

Fall 2. W. Frieda, 34a, Hausfrau. Aufenthaltsdauer: 7.11.—13. 12. 1957.

F. A.: 1 Bruder des Großvaters mtl. starb in der LHA Hall.

E. A.: Masern, Scharlach. 1953 vorübergehend behandelt wegen Schilddrüsenüberfunktion. 1945 Wurstvergiftung.

1942 im Anschluß an eine fragliche Grippe mit Fieber und stärkeren Kopfschmerzen amentuell verwirrtes Zustandsbild mit katatonen Zügen und auffällig sexuell betontem Verhalten. Diesmal Anfang November grippöser Infekt. Am 3. Tag desselben Auftreten eines Erregungszustandes, maniriertes Verhalten, verwirrt, olfaktorische Halluzinationen.

Somatisch: muskulär-pyknischer Mischtyp. Auffallend gerötete Wangen.

Neurologisch: o. B.

Psychisch: Zeitweilig desorientiert, ratlos, verwirrt, Personenverkenennung, olfaktorische Halluzinationen.

Befunde: Harn o. B. Senkung: 15/27. Wa.R.: neg.

Diagnose: Periodische Amentia (BONHOEFFER) im Rahmen einer durch Grippe ausgelösten Psychose vom akuten exogenen Reaktionstyp (grippöse Form).

Verlauf und Therapie: Nach einer ES-Serie von 15 Behandlungen nahezu voll remittiert, 2 katamnestiche Untersuchungen in mehrwöchigen Abständen bestätigen den guten Erfolg der Therapie, nur wirkt die ehemals äußerst lebhaft, agile Pat. noch immer etwas antriebsverarmt und verlangsamt.

Fall 3. T. Roswitha, 16a, Kosmetiklehrling. Aufenthaltsdauer: 12. 11. 1957 bis 22. 2. 1958.

F. A.: Starke erbliche Belastung, mtl. mehrere Verwahrloste und Trinker. 1 Schwester 2mal wegen Hebephrenie aufgenommen.

E. A.: Keine nennenswerten früheren Erkrankungen. Derzeit psychiatrische Ersterkrankung. Am 9. 11. 1957 grippöser Infekt, Fieber bis 39,5°. Am 10. 11. Schweißausbrüche, Abfieberung. Am 11. 11. morgens nicht mehr gegessen, starke Selbstvorwürfe. Glaubt, sie käme in den Kerker, die Leute sehen sie für schlecht an, sie müsse in eine Besserungsanstalt, sie sei überhaupt schon gestorben. Suicid-äußerungen.

Somatisch: Pyknischer Konstitutionstyp, vergrößerte Tonsillen.

Neurologisch o. B.

Psychisch: Desorientiert, ratlos, verwirrt. Personenverwechslung. Fängt Sätze an und spricht sie nicht fertig. Depressive Beziehungsideen.

Befunde: Harn o. B. Senkung: 40/70. Serum- und Liquor-Wa.R. neg. Liquor: Zellzahl: 2/3, Pandy, Mastix neg.

Psychodiagnostik: Pfister, Wartegg; mangelnde Realitätskontrolle, Regression, schwere Affektstörung, Kontaktverlust, Neigung zu Stereotypen und Perseveration.

Diagnose: Amentielles Zustandsbild bei einer durch Grippe ausgelösten Psychose vom akuten exogenen Reaktionstyp (postgrippöse Form).

Verlauf und Therapie: Sofortige E-Schockbehandlung, in den ersten Tagen in Blockform. Nach der 10. Behandlung einige Tage ruhiger, dann wieder Verschlechterung (initiale Remission). Nach 15. Behandlung Übergang auf Insulinschock. Pat. bietet jetzt im Gegensatz zum anfänglichen eher ruhelos agitiertem Verhalten ein substuporöses Bild, zeitweilige Nahrungsverweigerung. Gleich geblieben ist die depressive Stimmungslage. Auffallende Amenorrhoe während des gesamten Aufenthaltes (Galli-Mainini 2mal neg., gynäkologisch o. B.).

Etwa nach dem 25. Insulinvollschock allmählich agiler, beginnt sich von den Wahnideen zu distanzieren, wirkt aber noch immer verlangsamt. Nach 40. Insulinvollschock Abbruch der Behandlung. Entlassung nach weiterer 8tägiger Beobachtungszeit. Katamnestiche wird von der Mutter 1 Monat später noch immer eine gewisse Verlangsamung und Antriebsarmut angegeben, während Wahnideen und sonstiges psychotisches Verhalten zur Gänze gewichen sind.

Fall 4. F. Regina, 14a, Küchengehilfin. Aufenthaltsdauer: 22. 11. 1957—22. 3. 1958.

F. A.: 1. Tante der Pat. im Klimakterium psychotisch (Form unbekannt). Schwester nach reaktiver Verstimmung vorübergehend an Nervenklinik.

E. A.: Masern. Pat. ist eineiiges Zwillingsschwester normal.

Mitte November grippöser Infekt, Temperaturen bis 39,5°, 2 Tage bettlägerig. Anschließend zur Erholung vom Dienstplatz nach Hause geschickt. Fühlt sich müde und abgeschlagen. Daheim rasch zunehmende Unruhe, erkennt Personen;

glaubt, die Mutter läge in einem gläsernen Sarg; hört den schon lange vorher verstorbenen Vater an der Türe klopfen; hält die neben ihr liegende Schwester für einen Buben.

Somatisch: Vorwiegend pyknischer Konstitutionstyp. Auffallend gerötete Wangen, Struma diffusa mittleren Grades, hier afebril.

Neurologisch o. B.

Psychisch: Desorientiert, ratlos, verwirrt, Gedankeninkohärenz, gehemmt, Personenverwechslung, katatone Stereotypen (atmet wie eine Lokomotive, läßt sich öfters unvermittelt zu Boden fallen). Leicht depressive Grundstimmung.

Befunde: Harn o. B. Senkung: 8/39. Serum- und Liquor-Wa.R. neg. Liquor: Zellzahl 1/3 (Lympho), Pandy neg. Mastix o. B.

Diagnose: Psychose vom akuten exogenen Reaktionstyp im unmittelbaren Anschluß an Grippe (postgrippöse Psychose) mit amentuell hyperkinetisch-katatonem Bild.

Verlauf und Therapie: Sofortige Einleitung einer E-Schockbehandlung, in den ersten Tagen in Blockform. Nach 13 Behandlungen, da ohne deutlichen Effekt, Überführung in die Insulinschockbehandlung. Das Bild hat sich jedoch geändert. Der anfänglich hyperkinetisch-amentuell verwirrte, motorisch erregte Zustand hat sich in ein substuporöses äußerst antriebsloses Syndrom verwandelt; die amentuell ratlosen Grundzüge sind noch vorhanden. Während der ersten 3 Monate des Aufenthaltes besteht eine Amenorrhoe. Nur sehr zögernde Besserung. Erst nach der 30. Behandlung langsame Auflockerung. Therapie kann nach dem 45. Insulinvollschock abgebrochen werden. Weitgehende Remission. Bei der Entlassung keine Wahnideen, Pat. ist geordnet, aber deutlich verlangsamt, antriebsarm, initiativlos.

Fall 5. K. Afra, 23 a, Schankmädchen. Aufenthaltsdauer: 22. 11.—24. 12. 1957.

F. A.: In der Familie des Vaters Schwermut.

E. A.: Masern, Schafblattern, Lungenentzündung, Appendektomie mit 14 Jahren.

1955 erster Schub einer Schizophrenie (katatones Bild). 3 Monate an Schweizer Nervenkl. Bis Ende Oktober 1957 beschwerdefrei. Zu dieser Zeit grippöser Infekt. Anschließend müde, lustlos, wurde nach Hause auf Krankenurlaub geschickt. Daheim sondert sich Pat. ab, versteckt sich vor den Leuten, spricht nichts, Schlaflosigkeit.

Somatisch: Muskulärer Konstitutionstyp. Auffallend gerötetes Gesicht.

Neurologisch o. B.

Psychisch: Voll orientiert, kontaktschwierig, substuporös, Mutismus, negativistische Züge, Beziehungs- und Beachtungsideen.

Befunde: Harn o. B. Senkung: 10/25. Serum-Wa.R. neg.

Psychodiagnostik: LSD-Provokation: Starke Vertiefung der Sperrung und des substupurösen Zustandes, hochgradige Angstmechanismen. Jungscher Assoziations-test und Rorschach: Introversion, eindeutige Zeichen von Hemmung und Depression, Angstsymptome, Koartierung.

Diagnose: 2. Schub einer Schizophrenie kataton-hypokinetischer Prägung, ausgelöst durch Grippe.

Verlauf und Therapie: Bei der Pat. wird sofort mit einer E-Schockserie begonnen. Bereits nach 4 E-Schock lebhafter, kontaktbereiter. Noch immer besteht aber Neigung zu Isolation, spricht wenig. Nach 10 E-Schock als Vollremission zu bezeichnender Erfolg. In Gruppen- und Arbeitstherapie unauffällig, mit den Mitpatienten in guter, aktiver Wechselbeziehung. Nach weiterer Beobachtungszeit auch ohne Therapie rezidivfrei. Wird auf Wunsch der Angehörigen gegen Revers vorzeitig entlassen.

Fall 6. P. Else, 51 a, Hausfrau. Aufenthaltsdauer: 10. 10.—20. 11. 1957.

F. A.: Vater trank, 1 Bruder hatte Anfälle unklarer Genese.

E. A.: Appendektomie, Cholecystektomie 1949, Gebärmutteroperation 1956 wegen Uterus myomatosus.

Derzeit psychiatrische Ersterkrankung. Im Anschluß an einen grippösen Infekt (Fieber bis 39,5°) Aufnahme im Privatsanatorium. Dort noch während des Fiebers Auftreten von ängstlich gefärbten Halluzinationen. Sieht Augen auf den Wangen der Besucher, an den Wänden rote Katzenköpfe und Schwestern. Ist verwirrt. In diesem Zustand Transferierung hierher.

Somatisch: Leptosom. Ausgedehnte Varicen an beiden Beinen.

Neurologisch: Auffallend motorische Schwäche aller Extremitäten. Sehnenreflexe der oberen Extremitäten abgeschwächt. GGR re. fehlend. Kann weder stehen noch gehen.

Psychisch: Mangelhaft orientiert, verwirrt, inkohärenter Gedankengang, visuelle und haptische Halluzinationen, affektilabil mit Überwiegen der depressiv-ängstlichen Stimmung, doch auch gelegentliches Umschlagen in Euphorie.

Befunde: Harn: Albumen anfangs pos., später neg. Senkung: 5/14. Serum- und Liquor-Wa.R. negativ. Liquor: Zellzahl 4/3 (Lympho), Pandy neg. Mastix o. B. Fundi o. B. Pneumencephalographie: mittelgradige Erweiterung des inneren und äußeren Liquorsystems ohne Herdhinweis. EEG: mittelgradig diffus pathologisch im Sinne langsamer Dysrhythmie.

Psychodiagnostik: Im Rorschach organische Zeichen, Perseverationen, Angstsymptome, hypochondrische Einstellung.

Diagnose: Delirant-halluzinatorische Psychose vom akuten exogenen Reaktionstyp bei grippösem Infekt (grippöse Psychose). Grippöse Polyneuritis.

Verlauf und Therapie: Wegen des Auftretens einer ausgedehnten Thrombophlebitis des re. Unterschenkels ist eine Schocktherapie jeder Form nicht durchführbar. Pat. ist nach den ersten Tagen afebril. Halluzinationen oben bezeichneter Art lassen sich nur in der ersten Woche nachweisen. Daraufhin fällt nur noch eine außerordentliche Affektilabilität und reizbare Schwäche (postgrippöse Neurasthenie BRUNS) auf, während Wahnideen und Halluzinationen zur Gänze geschwunden sind. Pat. kann, ohne daß eine wesentliche Therapie erfolgt (mit Ausnahme einer Biobamatkur), in psychisch nahezu gesundem Zustand (mit Ausnahme der obig erwähnten neurasthenischen Beschwerden) zur Weiterbehandlung in ein Sanatorium entlassen werden.

Fall 7. W. Helene, 18 a, Haushalt. Aufenthaltsdauer: 2. 1.—18. 2. 1958.

F. A.: 1 Schwester der Großmutter vtls. litt an Schwermut.

E. A.: Wiederholte Anginen. Psychiatrische Ersterkrankung. Im Oktober 1957 grippöser Infekt, durch einige Tage Fieber bis 39,5°, Kopfschmerzen, Müdigkeit, seither nicht mehr in Ordnung. Pat. besucht eine Haushaltsschule und klagt, daß sie von den Mitschülerinnen ausgelacht würde, man halte sie für blöde usw. Glaubt, in der Nacht von Männern überfallen worden zu sein, glaubt an eine Schwangerschaft, obwohl (virgo intacta) keinerlei Anhaltspunkte dafür vorhanden sind.

Somatisch: Pyknischer Habitus.

Neurologisch o. B.

Psychisch: Voll orientiert, aber verlangsamt, substuporös, kontaktschwierig, gute Intelligenz, Beziehungs-, Beachtungs-, Beeinflussungsideen, fragliche visuelle Halluzinationen.

Befunde: Harn o. B. Senkung: 8/16. Liquor- und Serum-Wa.R. negativ. Liquor: Zellzahl 2/3 (Lympho), Pandy neg. Mastix o. B.

Psychodiagnostik: Beim LSD-Versuch massive Angsterlebnisse bedrohlichen Charakters (sie sei in der Hölle, die Eltern liegen im Sterben), visuelle Halluzina-

tionen und Illusionen. Bero-Test: Verdacht auf Schizophrenie mit paranoiden Zügen. TAT: paranoide Zeichen.

Diagnose: Ob es sich um paranoide Reaktionen symptomatischer Art nach Grippe oder um eine durch Grippe ausgelöste Schizophrenie handelt, läßt sich nicht mit Sicherheit beantworten, doch ist dem Verlauf zufolge letzteres anzunehmen.

Verlauf und Therapie: Die anfangs gesperrte Pat. erzählt nach 14 Tagen spontan, wird zunehmend kontaktverbessert, hat aber noch immer bezüglich früher geäußelter Wahnideen mangelhafte Krankheitseinsicht. Es wird eine Insulinbehandlung mit Subshockdosen in Verbindung mit Miltaun durchgeführt. Bei der Entlassung nahezu voll remittierter Eindruck, die Wahnideen wurden korrigiert, Pat. ist auch wesentlich agiler geworden, doch nach Ansicht der Mutter noch nicht so wie vor der Krankheit.

Fall 8. Sch. Hedwig, 35 a, Hausgehilfin. Aufenthaltsdauer: 20. 12. 1957—15. 1. 1958.

F. A.: 1 Bruder taubstumm, in Familie des Vaters einige Trinker.

E. A.: Masern, Keuchhusten, Mumps, Schafblattern, Strumektomie 1955.

Psychiatrische Ersterkrankung. Im Dez. 1957 mehrtägiger grippöser Infekt mit Temperaturen bis 39°. Während desselben Auftreten eines Verwirrtheits- und Erregungszustandes. Schlag um sich. Sah den Teufel neben sich sitzen.

Somatisch: Leptosom-asthenischer Typ. Anfangs subfebrile Temperaturen.

Neurologisch o. B.

Psychisch: Desorientiert, verwirrt, erregt, Personenverkenning, ängstliche Grundstimmung, visuelle Halluzinationen. Läßt sich auf den Boden fallen, schnalzt, spuckt die Schwestern an, sieht ihr Kind beim Fenster stehen, glaubt im Himmel zu sein.

Diagnose: Psychose vom akuten exogenen Reaktionstyp bei Grippe (grippöse Form) mit delirant halluzinatorischem Bild.

Verlauf und Therapie: Es wird sofort mit einer E-Schockbehandlung begonnen. Bereits nach dem 3. E-Schock nahezu volle Remission. Für die Zeit des Verwirrtheitszustandes besteht eine volle Amnesie. Nach insgesamt 8 Behandlungen aktive Teilnahme an Arbeits- und Gruppentherapie. Kontaktfreudig. Volle Remission. Entlassung nach einigen weiteren Tagen der Beobachtung.

Fall 9. Dr. K. Edith, 37 a, Reiseleiterin. Aufenthaltsdauer: 28. 10.—21. 12. 1957.

F. A.: 1 Schwester der Mutter hatte Schizophrenie.

E. A.: Masern, Angina, Fraisen. Gelenksentzündung 1952.

Psychiatrische Ersterkrankung. Im unmittelbaren Anschluß an einen während einer Reise aufgetretenen grippösen Infekt mit Temperaturen bis 39° Verwirrtheitszustand mit heftiger motorischer Unruhe, schreit laut, gebärdet sich sexuell zügellos, sieht die Umgebung verzerrt, stereotype Redewendungen, auffallend paranoide Verhaltensweise zur Umgebung.

Somatisch: Pyknisch-leptosomer Mischtyp.

Neurologisch o. B.

Psychisch: Zeitlich, örtlich mangelhaft orientiert, ratlos. Akustische Halluzinationen, Beziehungs-, Beachtungs- und Verfolgungsideen, Vergiftungsideen.

Befunde: Harn o. B. Senkung: 5/14. Serum- und Liquor-Wa.R. neg. Liquor: Zellzahl 3/3 (Lympho), Pandy neg., Mastix: III, IV, IV, II, I, I, I, . . .

Diagnose: Durch grippösen Infekt ausgelöster erster Schub paranoider Schizophrenie (verwirrt-halluzinatorisches Bild mit stark paranoiden Zügen).

Verlauf und Therapie: Es wird bei der Pat. bereits nach wenigen Tagen mit einer Insulinschockbehandlung begonnen. Pat. spricht auf diese sehr gut und rasch an. Bei längeren Explorationen noch immer eigenartiger Gedankenablauf, deutliche Neigung zu paranoider Verarbeitung der Umgebung. Nach 30. Insulinvollshock

wegen sehr schönem Erfolg Beendigung der Behandlung. Pat. kommt in etwa monatlichen Abständen zu ambulanten Kontrollen, dabei zeigt sich noch immer eine paranoide Einstellung und eine Neigung zu eigenartiger Beschäftigung mit Problemen am Rande, so daß auch katamnestic die gestellte Diagnose berechtigt erscheint.

Fall 10. P. Manfred, 17 a, Lehrling. Aufenthaltsdauer: 22. 1.—11. 2. 1958.

F. A.: o. B.

E. A.: Commotio cerebri 1954. Bis zum 12. Lebensjahr Bettnässer.

Psychiatrische Ersterkrankung. Mitte Oktober Grippe mit Fieber. Ging trotzdem nach 2 Tagen wieder zur Arbeit. Seither verändert, hat plötzlich große Pläne. Früher sanftmütig, jetzt leicht aufbrausend. Zeitweise deprimiert, dann wieder optimistisch-euphorische Stimmung. Rededrang, Bewegungsdrang, zunehmende Konzentrationsschwierigkeiten, auffallende Müdigkeit, alles verdrießt ihn. Auch visionäre Erscheinungen werden angegeben.

Somatisch: Pyknisch-muskulärer Mischtyp.

Neurologisch: o. B.

Psychisch: Durchschnittliche Intelligenz, verschlossen, ernst, depressive Stimmungslage, auffallende Beziehungs-, Beeinflussungs- und Beobachtungs-ideen.

Befunde: Harn o. B. Senkung: 5/11. Serum- und Liquor-Wa.R. neg. Liquor: Zellzahl 7/3 (Lympho), Pandy neg. Mastix o. B.

Psychodiagnostik: Z-Test: affektiv unbeherrscht, Fehlen der mentalen Kontrolle, gestörte Realitätsbeziehung, Angstmechanismen, paranoide Tendenzen.

Diagnose: Depressiv-paranoid neurasthenisches Bild bei durch Grippe ausgelösten ersten Schub einer Schizophrenie.

Verlauf und Therapie: Es wurde zunächst mit einer Suavitilkur begonnen, später Übergang auf Insulinkur. Eine gewisse affektive Nivellierung konnte erzielt werden. Leider mußte der Pat. gegen Revers auf Wunsch des Vaters vorzeitig entlassen werden, so daß eine weitere Beobachtung des Verlaufes nicht möglich war.

Fall 11. St. Alois, 18 a, Landarbeiter. Aufenthaltsdauer: 22. 1.—7. 2. 1958.

F. A.: o. B.

E. A.: Scharlach, Masern, Keuchhusten.

Psychiatrische Ersterkrankung. Mitte November 1957 mehrtägiger grippöser Infekt. Gleichzeitig Beginn von erschwertem Denken, schlechter Schlaf, traurig-depressiv. Spontane Besserung nach Abklingen der Grippe, jedoch bleibt weiterhin Angstgefühl, Atemnot, Herzklopfen und Stimmungs labilität.

Somatisch: Leptosom-muskulärer Mischtyp. Vegetativ labil. Hand- und Fußschweiß, Dermographismus, Tremor. Fokalverdächtige Zähne und Tonsillen.

Neurologisch o. B.

Psychisch: Voll orientiert, keine Wahnideen oder Halluzinationen. Depressive Stimmungslage, auffallende Stimmungs labilität, durchschnittliche Intelligenz.

Befunde: Harn o. B. Senkung: 2/5. Serum- und Liquor-Wa.R. neg. Liquor: Zellzahl 13/3 (Lympho), Pandy neg. Mastix o. B.

Psychodiagnostik: Z-Test: Affektstörung, Angstmomente, leichte organische Komponente.

Diagnose: Depressiv-neurasthenisches Syndrom nach grippösem Infekt.

Verlauf und Therapie: Es wurde beim Pat. eine Largactil-Suavitilkur eingeleitet. Ein deutlicher Rückgang der depressiven Symptome, der Antriebsverminderung und der Schlafstörung ließ sich feststellen, doch war auch noch zum Schluß eine gewisse Affekt labilität vorhanden.

Fall 12. W. Therese, 29 a, Landarbeiterin. Aufenthaltsdauer: 28. 11. 1957 bis 5. 4. 1958.

F. A.: 1 Tante mtl. war geisteskrank.

E. A.: 1942 Otitis media bilateralis.

Psychiatrische Ersterkrankung. Anfang November grippöser Infekt, einige Tage Fieber, Kopfschmerzen und Bettruhe. 14 Tage später rasch zunehmender Verwirrheitszustand mit visuellen und akustischen Halluzinationen, angenehmes Glücksgefühl, hört Glocken läuten, sieht ein Kreuz an der Wand näher kommen, jodelt zwischendurch.

Somatisch: Pyknisch-muskulärer Mischtyp.

Neurologisch o. B.

Psychisch: Desorientiert, verwirrt, somnolent, zeitweilig motorisch erregt, akustische und visuelle Halluzinationen.

Befunde: Harn: Albumen anfangs pos., später neg. Senkung: 9/20. Fundi o. B. Serum- und Liquor-Wa.R. neg. Liquor: Zellzahl 1/3 (Lympho), Pandy neg., Mastix o. B. EEG: Im wesentlichen unauffälliger Befund. Grundumsatz: + 9⁰/₀. Rest-N.: 31 mg.⁰/₀. Pneumencephalographie o. B.

Diagnose: Amentuell verwirrt-halluzinatorisches Bild einer Psychose vom akuten exogenen Reaktionstyp im Anschluß an grippösen Infekt (postgrippöse Psychose).

Verlauf und Therapie: Nach Beginn einer E-Schockbehandlung relativ rasche Besserung, wird voll orientiert (initiale Remission). Vom 6.—9. Tag nach Aufnahme massives Recidiv. Pat. wirkt verloren, spricht vom Teufel, singt Kirchenlieder, macht segnende Bewegungen, wirkt geistesabwesend. Anschließend langsame Besserung. Nach 11 E-Schock 14tägige Behandlungspause. In den letzten 7 Tagen derselben rasch zunehmende Verlangsamung bis zur Benommenheit. Auffallend träge, langsame Sprache, zunehmend depressive Grundstimmung. Um zu vermeiden, daß Pat. in einen Stupor sinkt, zweite E-Schockserie mit weiteren 9 Behandlungen. Nach diesmal 3wöchigem Intervall wieder allmähliches Eintreten des verlangsamten leicht benommenen Zustandes, aber nicht mehr in früherer Intensität. In den letzten 4 Wochen kombinierte Behandlung von kleinen Insulindosen mit Miltaun. Entlassung in wesentlich gebessertem, aber noch immer antriebsverarmtem, verlangsamtem Zustand.

Fall 13. Sch. Therese, 62 a, Gastwirtsgattin. Aufenthaltsdauer: 9. 4.—18. 4. 1958, anschließend Weiterleitung in LHA Hall.

F. A.: Vater im Senium vorübergehend depressiv verstimmt.

E. A.: Diphtherie, Masern. Mit 46 a gynäkologische Totalexstirpation wegen Uterus myomatosus.

1946, 1951 zwei Phasen endogener Depression. Im November 1957 grippöser Infekt mit anschließender Lungenentzündung. Unmittelbar daran depressive Verstimmung, Suicidideen, Arbeitsunlust, schwermütig, unbeholfen, Angstgefühle.

Somatisch: Leptosomer Habitus, reduzierter A.Z. und E.Z.

Neurologisch: Anisokorie re. weiter als li.

Psychisch: Voll orientiert, depressive Stimmungslage, verarmte Mimik, Bewegungsantrieb verlangsamt, hypochondrisch gefärbte Schilderung verschiedenartigster Beschwerden.

Befunde: Harn o. B. Senkung: 11/28. Liquor: Zellzahl 4/3 (Lympho), Pandy neg. Mastix o. B.

Diagnose: Durch grippösen Infekt ausgelöste 3. Phase endogener klimakterischer Depression.

Verlauf und Therapie: Es wurde mit einer kombinierten Largactil-Biobamatbehandlung begonnen, da die Pat. infolge ausgeprägtester Varicen und Neigung zu

Thrombophlebitiden einer E-Schockbehandlung nicht zugeführt werden konnte. Eine greifbare Besserung ließ sich während des Aufenthaltes nicht erkennen. Pat. mußte anschließend wegen Platzmangel in die zuständige Landesheilanstalt überstellt werden.

Um alle durch Grippe verursachten Störungen erwähnt zu haben, seien der Vollständigkeit halber in aller Kürze noch 2 weitere Fälle angeführt.

1. 19jährige Pat., bei welcher es 14 Tage nach Auftreten eines grippösen Infektes zu einem hochgradigen Verwirrheitszustand mit motorischer Unruhe kam. Bei uns bot diese Pat. ein ausgesprochenes nahezu als Musterbeispiel zu bezeichnendes amentielles und später amentiell-halluzinatorisches Bild. Familienanamnestisch war eine Belastung nachweisbar. Es handelte sich um eine Zweiterkrankung. Die erste psychiatrische Erkrankung war 1 Jahr vorher. Im Intervall aber psychisch unauffällig. Bei dieser Pat. wurde später doch eine Grippeencephalitis festgestellt, weswegen eine genaue Publikation anderwärts erfolgt.

2. 43jährige Pat., bei der durch einen grippösen Infekt in der ersten Novemberhälfte ein Delirium tremens ausgelöst wurde. Bemerkenswert war bei dieser Pat. der protrahierte Verlauf des Deliriums mit Übergang in Alkoholkorsakoff. Ein Ausgang der in Übereinstimmung mit den anderen Verlaufsformen zumindest zum Teil dem grippösen Infekt angelastet werden dürfte.

Ergebnisse

Die oben angeführten während der Grippe aufgetretenen Psychosen hatten, wie schon eingangs erwähnt, alle in dem relativ kurzen Zeitraum von kaum 2 Monaten (Mitte Oktober bis Anfang Dezember) ihren Beginn.

Bei den meisten Fällen war es unmöglich, die Differentialdiagnose vor allem hinsichtlich der Frage, ob es sich um eine Psychose vom akuten exogenen Reaktionstyp oder um eine ausgelöste Schizophrenie handelt, sofort zu stellen. Es war dies in der Mehrzahl der Fälle erst nach Beobachtung des Verlaufs möglich (siehe auch KOLLE). Ganz allgemein war es auffallend, daß im Gegensatz zu früheren Epidemien, wo nach Angabe der Autoren gewöhnlich depressive Bilder im Vordergrund standen, nach unserem Krankenmaterial diese bei weitem zugunsten amentieller und schizophrenieartiger Syndrome zurücktrat, wenngleich fast alle Psychosen von einer depressiven Grundstimmung begleitet waren.

Auf Grund des Verlaufs konnten 7 Fälle als *Psychosen vom akuten exogenen Reaktionstyp* bezeichnet werden. Das Kriterium, das dabei für diese Diagnosestellung maßgebend war, bildete, was die postgrippösen Bilder anbetraf, ein im Vordergrund stehendes, meist amentiell verwirrt-ratloses Zustandsbild, ein delirant-halluzinatorisches, was die grippösen Psychosen betraf. Echten Schizophreniesymptomen wie Halluzinationen und Wahnideen kam dagegen nur eine zweitrangige Bedeutung zu. Bei den 4 postgrippösen Psychosen handelte es sich durchwegs um psychiatrische Ersterkrankungen, bei denen 3 grippösen Psychosen mit Ausnahme einer Zweiterkrankung ebenso. Bezüglich der familiären Belastung waren keine sicheren Unterschiede zu denen von echten oder ausgelösten Psychosen nachweisbar.

Bei zwei weiteren Fällen handelte es sich um eindeutig *durch die Grippe ausgelöste Schizophrenien*. Die für diese Diagnose gestellten maßgeblichen Gesichtspunkte waren einerseits auffällige Züge in der Vorgeschichte und das Vorwiegen primär schizophrener Symptome wie Wahnideen und Halluzinationen bei sonst eher besonnenem, orientiertem Verhalten. Bei zwei weiteren Fällen war die Diagnose Psychose vom akuten exogenen Reaktionstyp oder ausgelöste Schizophrenie nicht mit Sicherheit zu stellen, wenngleich in beiden Fällen letzteres auf Grund von klinischem Verlauf und Katamnese angenommen werden mußte. Auffallend war auch bei dieser Gruppe, daß es sich mit Ausnahme eines einzigen Patienten (Zweiterkrankung) bei sämtlichen Patienten um Ersterkrankungen handelte. Gemeinsam mit anderen Autoren sind wir der Ansicht, daß bei der Differential-Diagnose zwischen symptomatischer oder ausgelöster Psychose eine scharfe Grenze kaum zu ziehen ist. Eine anlagemäßige Belastung liegt bei beiden Erkrankungen vor (siehe fehlende Unterschiede im Ausmaß der familiären Belastung), doch ist sie bei den symptomatischen Psychosen so gering, daß sie nur bei toxischen bzw. infektiösen oder anderen Ursachen zutage tritt, während bei ausgelösten Psychosen die Belastung so erheblich ist, daß bei entsprechenden Reizen eine längerdauernde tiefgreifende und unter Umständen bleibende Störung resultieren kann. Daß das Ausmaß der auslösenden Noxe recht geringfügig sein kann, bewiesen unsere Fälle und es ist wohl gemeinsam mit NELSON PIRES zu betonen, daß nicht der Umfang des exogenen Faktors so bedeutungsvoll sei wie vielleicht angenommen werden könnte, sondern es müsse der prämorbidem Persönlichkeit viel größere Bedeutung zugemessen werden.

Den bei früheren Epidemien geäußerten Ansichten, daß es während Grippezeiten zu keiner Vermehrung schizophrener Psychosen komme, können wir, obwohl wir nur über ein relativ kleines Material von Fällen verfügen, nicht ganz beipflichten. Die Grippe scheint ganz im Gegenteil eine recht schwerwiegende und wirksame Noxe als auslösender Faktor darzustellen, worauf auch die Tatsache, daß nicht weniger als 3 der ausgelösten 4 Psychosen Ersterkrankungen waren, hinweist.

Neben symptomatischen Psychosen und ausgelösten Schizophrenien fand sich nur *1 Fall von ausgelöster endogener Depression*, weiter ein schweres *depressiv-asthenisches Bild*. Wenngleich die bei früheren Epidemien behauptete Häufigkeit ausgelöster endogener Depressionen damit nicht bestätigt werden konnte, so doch die früheren Feststellungen, daß es sich bei den depressiven Bildern nicht um rein endogene Verstimmungen, sondern vielmehr um solche mit hypochondrischer Färbung und depressiv-asthenischen Zügen handelt. Von sämtlichen Fällen ließ sich im übrigen bei 3 als Folgezustand der Psychose ein Syndrom, das der postgrippösen Neurasthenie BRUNS entspricht, feststellen.

Bei genauer Aufteilung der Syndromatik zeigten sich folgende Bilder:

<i>Bei Psychosen von akutem exogenen Reaktionstyp</i>	2mal amentuell verwirrt
	1mal amentuell verwirrt halluzinatorisch
	1mal periodische Amentia
	1mal amentuell hypokinetisch-kataton
	2mal delirant-halluzinatorisch
<i>Bei ausgelösten Schizophrenien</i>	1mal kataton-hypokinetisch
	1mal paranoid-hypokinetisch-kataton
	1mal depressiv-paranoid-neurasthenisch
	1mal verwirrt-halluzinatorisch
<i>Bei Depressionen</i>	1mal depressiv-hypochondrisch
	1mal depressiv-neurasthenisch.

Die schon in der alten Literatur (KRAEPELIN, KLEIST, EWALD) berichteten *Unterschiede in der Verlaufsform grippöser und postgrippöser Formen* konnten wir neuerdings bestätigen. Es konnten dabei nur die einwandfreien symptomatischen Psychosen betrachtet werden. Von unseren 7 Fällen waren 4 postgrippöse (vorwiegend amentuell) und 3 grippöse Formen (vorwiegend delirant-halluzinatorisch). Ein Unterschied bestand vor allem in der Verlaufsform und Dauer, aber auch im Ansprechen auf Therapie. Während die postgrippösen Bilder eine Durchschnittserkrankungsdauer von 4 Monaten hatten, betrug diese bei den grippösen Psychosen lediglich 5 Wochen. Die postgrippösen wiesen ein durchwegs jugendliches Alter (14a, 16a, 23a, 29a) auf, während die grippösen Psychosen sämtliche über 30 Jahre alt waren (34a, 35a, 51a). Was die Verteilung der Körpertypen anbetrifft, zeigten sich insofern besondere Verhältnisse, daß die postgrippösen Formen überwiegend pyknische Typen waren, während bei den grippösen Formen eine leptosome Grundkonstitution vorherrschte. Wenn dieses Ergebnis auch bei der kleinen Anzahl der Patienten nur mit Vorsicht zu verwerten ist, so möge doch auf das von ELFRIEDE ALBERT beobachtete Überwiegen von Pyknikern bei amentuell verwirrten Zuständen hingewiesen werden.

Die *grippösen Psychosen* sprachen fast durchwegs auf E-Schocktherapie allein an, zeigten aber im nachhinein oft das Brunsche Syndrom. Die *postgrippösen Psychosen* benötigten sämtliche nach ein oder zwei E-Schockserien noch eine Insulinschockbehandlung. Erst unter letzterer kam es gewöhnlich nach etwa 30 Behandlungen zu einer merkbaren Besserung, die dann auch anhielt. Bei 3 Kranken konnte deutlich die initiale Remission, die auch bei anderen Infektionspsychosen beschrieben wird, beobachtet werden. Sie trat aber in Einzelfällen schon früher als wie nach Ablauf der gewöhnlich beschriebenen 14 Tage auf. Beim Rezidiv das nach dem Ablauf der vorübergehenden Remission eintrat, kam es gewöhnlich zu einem Wechsel des Bildes. Dabei fiel auf, daß sämtliche Patienten, die eingangs ein agitiertes, unruhiges, hyperkinetisches Bild boten, in einen antriebsarmen stuporösen Zustand versanken, der sich

nur allmählich besserte. Allerdings war die dann auftretende Besserung von Bestand und es zeigten sich keine Rückfälle mehr. Bei sämtlichen dieser postgrippösen Psychosen bestand bei der Entlassung bei sonst symptomlosen Bild noch immer ein recht kennzeichnender Zustand von Verlangsamung.

Die im Gefolge oder als Begleiterscheinung der Grippe beschriebene Polyneuritis konnte nur in einem einzigen Fall in sehr geringem Maße gefunden werden. Bei sämtlichen Patienten, bei denen Liquoruntersuchungen durchgeführt wurden, fanden sich, sowohl was Zellzahl als auch Eiweißgehalt und Mastixkurve anbetrifft, normale Verhältnisse. Bei einigen durchgeführten EEG-Untersuchungen zeigten sich mit Ausnahme von geringer diffuser pathologischer Dysrhythmie keine wesentlichen Auffälligkeiten.

Der therapeutische Erfolg war bei sämtlichen Patienten, die bis zum Abschluß der Behandlung hier weilten, sehr zufriedenstellend. Bei 4 Patienten war dieser als Vollremission zu bezeichnen. Bei den anderen Patienten hielt die sich im Begriff befindliche Remission noch nach der Entlassung an, wie bei ambulanten Nachuntersuchungen festgestellt werden konnte.

Zusammenfassung

Es werden Beobachtungen an 13 Fällen von Grippepsychosen, die während der Grippeepidemie in Tirol in den Monaten Oktober bis November 1957 auftraten, beschrieben. Auf Grund der dabei erhaltenen Ergebnisse wird angenommen, daß im Gegensatz zu vielen früheren Publikationen die Grippe nicht nur Psychosen vom akuten exogenen Reaktionstyp verursachen kann, sondern auch echte Psychosen schizophrener Art auszulösen vermag. Die Auslösung endogener Depressionen trat ebenfalls im Gegensatz zu früheren Beobachtungen bei weitem zurück. Die Erfahrungen von gesonderten Bildern und Verlaufsformen postgrippöser und grippöser Art konnten bestätigt werden. Bei beiden Formen überwogen außerdem jeweils andere Altersstufen und bestimmte Körperbautypen. Die postgrippalen Formen waren von wesentlich längerer Verlaufsauer. Ausgang und Verlauf zeigten einige typische Merkmale. Die postgrippalen Formen sprachen sämtliche auf Elektroschocktherapie allein nicht an und erforderten längere Insulinkuren.

Literatur

ALBERT, E.: Die Prognose der symptomatischen Psychosen nach ihrem Zustandsbild. Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) 2, 97—104 (1950). — BONHOEFFER, K.: Die symptomatischen Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen und inneren Erkrankungen. Leipzig und Wien: Franz Deuticke 1910. — BLEULER, M.: Lehrbuch der Psychiatrie. 9. Auflage. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer. — BRUN, R.: Neurosenlehre. Basel: Benno Schwabe & Co. 1954. — DEMOLE, H.: De la symptomatologie des psychoses postgrippales. Korresp. Bl. Schweiz. Ärz.

39, 1919. — EWALD, G.: Handbuch der Geisteskrankheiten. Siebenter Band, spezieller Teil III. Die exogenen Reaktionsformen und die organischen Psychosen. Berlin: Springer 1928. — GRUTHLE, H. W.: Handbuch der inneren Medizin. 4. Aufl. Band 5, Teil 3. Symptomatische Psychosen. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1953. — GROSS u. PAPPENHEIM: Zur Frage der durch die Grippe verursachten Nervenschädigungen mit Berücksichtigung des Liquorbefundes. Wien. klin. Wschr. **1919**, 538. — HOFF, H.: Lehrbuch der Psychiatrie. Bd. 1. Wien: Brüder Hollinek 1956. — HITZENBERGER, A.: Psychosen nach Grippe. Mschr. Psychiat. Neurol. **46**, Heft 5. (1919). — KRAEPELIN, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, klinische Psychiatrie, 9. Aufl. 1. Teil. Leipzig: Johann Ambrosius Bartsch 1927. — KIRN: Die nervösen und psychischen Störungen der Influenza. Sammlung klinischer Vorträge, herausgegeben von R. v. Volkmann. Innere Medizin **5**, Leipzig 1890—1893. — KLEIST, K.: Die Influenzapsychosen und die Anlage zu Infektionspsychosen. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurologie und Psychiatrie. Heft 21. Berlin: Springer 1920. — KOLLE, K.: Lehrbuch der Psychiatrie. München und Berlin: Urban & Schwarzenberg 1955. — LADAME, R.: La grippe et ses complications mentales. Korresp. Bl.-schweiz. Ärz. **20**, 1919. — MEYER, L.: Psychosen und Neurosen bei und nach Grippe. Arch. Psychiat. Nervenkr. **62**, 347 (1920). — MEYNERT, TH.: Amentia-Verwirrtheit. Jahrbuch d. Psych. Bd. 9 (1890). — PARELLADA, D., M. GURRIO y M. MORALES: Nueva aportacion a las psicosis gripales. Gac. méd. esp. **28**, 457—458 (1954). — PERSIC, N.: Über Psychosen im Verlaufe einer Grippeepidemie. Neuripsyhijatrija Zagreb **1**, 221—232 (1953). — PRES, N.: Exopsychogene Reaktionen. Asq. Neur. Psychiatr. **5**, 370—390 (1947). — RIESE, W. F.: Psychische Störungen nach spanischer Grippe. Neur. Zentralblatt, Bd. 37 (1918). — RUNGE, W.: Über Psychosen bei Grippe. Ein Beitrag zur Pathogene und nosologischen Stellung der Infektionspsychosen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **62**, 1 (1920). — SPECHT, G.: Influenza in der Erlanger Anstalt. Münch. med. Wschr. **1890**, 11. — SIEMERLING, E.: Über Grippepsychosen. Vortr. Berl. klin. Wschr. **22** (1919).

Dr. H. PROKOP, Psychiatrisch-Neurologische Universitätsklinik,
Innsbruck/Österreich