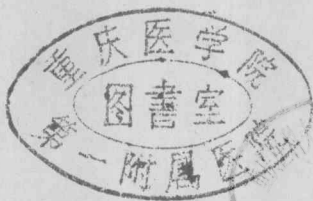


AUFTEILUNG DER ENDOGENEN PSYCHOSEN

von

KARL LEONHARD

o. Professor
und Direktor der Universitäts-Nervenlinik, Charité, Berlin



壹玖伍玖年 柒月 壹日

1957

AKADEMIE-VERLAG · BERLIN

Copyright 1957 by Akademie-Verlag GmbH

Alle Rechte vorbehalten



Erschienen im Akademie-Verlag GmbH, Berlin W 8, Mohrenstraße 39

Lizenz-Nr. 202 · 100/131/57

Satz und Druck: Druckhaus „Maxim Gorki“, Altenburg

Bestell- und Verlagsnummer: 5245

Printed in Germany

KARL LEONHARD

AUFTEILUNG DER ENDOGENEN PSYCHOSEN

Inhaltsübersicht

	Seite
Einleitung	1
A. Die phasischen Psychosen	4
I. Manisch-depressive Krankheit	6
II. Reine Melancholie und reine Manie	34
a) Reine Melancholie	34
b) Reine Manie	50
III. Reine Depressionen und reine Euphorien	55
a) Reine Depressionen	56
1. Gehetzte Depression	56
2. Hypochondrische Depression	67
3. Selbstquälerische Depression	77
4. Argwöhnische Depression	85
5. Teilnahmsarme Depression	96
b) Reine Euphorien	104
1. Unproduktive Euphorie	104
2. Hypochondrische Euphorie	106
3. Schwärmerische Euphorie	111
4. Konfabulatorische Euphorie	115
5. Teilnahmsarme Euphorie	119
B. Die zykliden Psychosen	120
I. Angst-Glücks-Psychose	121
II. Erregt-gehemmte Verwirrtheit	148
III. Hyperkinetisch-akinetische Motilitätspsychose	164
C. Die unsystematischen Schizophrenien	184
I. Affektvolle Paraphrenie	185
II. Schizophasie	218
III. Periodische Katatonie	243
D. Die systematischen Schizophrenien	273
I. Einfach-systematische Schizophrenien	275
a) Katatone Formen	276
1. Parakinetische Katatonie	276
2. Manierierte Katatonie	292
3. Proskinetische Katatonie	299

	Seite
4. Negativistische Katatonie	308
5. Sprechbereite Katatonie	315
6. Sprachträge Katatonie	324
b) Hebephrene Formen	334
1. Läppische Hebephrenie	335
2. Verschrobene Hebephrenie	340
3. Flache Hebephrenie	349
4. Autistische Hebephrenie	354
c) Paranoide Formen	359
1. Hypochondrische Paraphrenie	360
2. Phonemische Paraphrenie	367
3. Inkohärente Paraphrenie	376
4. Phantastische Paraphrenie	384
5. Konfabulatorische Paraphrenie	395
6. Expansive Paraphrenie	405
d) Abschlußbetrachtung über die einfach-systematischen Formen von Schizophrenie	415
II. Kombiniert-systematische Schizophrenien	416
a) Kombiniert-systematische Katatonien	417
b) Kombiniert-systematische Hebephrenien	448
c) Kombiniert-systematische Paraphrenien	453
E. Statistischer Teil	482
I. Erkrankungsalter, Verhältnis der Geschlechter und Zahl der Phasen bei den phasischen Psychosen (einschließlich der zykliden) . . .	482
II. Erbstatistische Befunde bei den phasischen (einschließlich der zy- kliden) Psychosen	498
III. Erkrankungsalter, Verhältnis der Geschlechter und Art des Verlaufs bei den Schizophrenien	506
IV. Erbstatistische Befunde bei den Schizophrenien	515

Einleitung

Die Psychiatrie befindet sich heute in bezug auf die endogenen Psychosen in einem Zustand völliger Verwirrung. War man sich bis vor einigen Jahren doch in einer Reihe von Grundauffassungen einig, so scheint heute alles auseinanderzufallen. Seit die Neuroselehre FREUDS in den Bereich der endogenen Psychosen übergegriffen hat, ist hier alles ins Wanken gekommen. Ja, es scheint nach manchen Auffassungen der Begriff der endogenen Psychose selbst überflüssig geworden zu sein. Weitgehend gilt das für den Bereich der anglo-amerikanischen Länder. Wenn ein Mensch dadurch schizophren wird, daß er in seiner Säuglingszeit die zunehmende Zerrüttung der elterlichen Ehe miterleben mußte, oder vielleicht schon dadurch, daß er in jener Zeit seine Muttermilch nicht pünktlich bekam, dann ist für diese Psychose der Begriff des Endogenen natürlich nicht mehr zutreffend. Da in der Entstehung der endogenen Psychosen neben der Erblichkeit noch andere wesentliche Faktoren eine Rolle spielen müssen, wäre an sich nichts dagegen einzuwenden, auch einmal an solche Möglichkeiten zu denken, wie sie FREUD für die Neurosen als ausschlaggebend ansah. Leider geht es hier aber nicht nur um die Genese, sondern über dieser Frage droht die gesamte Kenntnis psychiatrischer Krankheitsbilder mit all ihrer Mannigfaltigkeit verlorenzugehen. Man gewöhnt sich vielfach schon ab, eine Diagnose zu stellen, bemüht sich nicht mehr um das Zustandsbild, das nebensächlich erscheint. Man geht nur noch der Lebensgeschichte nach, vor allem der Lebensgeschichte der Kindheit und Säuglingszeit. Die Psychiatrie ist dadurch als Wissenschaft sehr verarmt. Die Schablone, die FREUD über die Neurosen gelegt hat, kehrt mit ermüdender Einförmigkeit nun bei den endogenen Psychosen wieder, und damit erschöpft sich das Interesse.

An dieser Verarmung im Bereich der endogenen Psychosen ist aber nicht erst der Einbruch der Psychoanalyse schuld. Schon vorher war eine lebendige klinische Forschung in diesem Gebiet fast völlig erloschen. KRAEPELIN hatte die Psychosen mit ungeheurer Lebendigkeit und steter Aufgeschlossenheit beobachtet. Aber das wichtigste Ergebnis seiner Forschungen, die Zweiteilung der endogenen Psychosen in die grundsätzlich unheilbaren Schizophrenien und das heilbare manisch-depressive Irresein hat sich in der Folgezeit als unheilvoll herausgestellt. Die ganze Fülle der feinen Beobachtungen, die KRAEPELIN zur Symptomatologie und Systematik der endogenen Psychosen gemacht hat, vergaß man bald. Man griff nur seine grobe Zweiteilung auf. Da man zum Über-

1 Leonhard, Endogene Psychosen

fluß feststellen mußte, daß man viele Psychosen zwischen diesen beiden Formen fast willkürlich hin- und herschieben konnte, daß manche Psychosen, die man als sicher schizophren ansah, ausheilten, daß andere die manisch-depressiv zu sein schienen, in einen Defekt ausgingen, verlor man auch noch das Interesse daran, wenigstens diese beiden Formen streng zu unterscheiden. Die Diagnose wurde daher auch hier allmählich ziemlich gleichgültig. Das Bemühen um die Art des psychischen Bildes hörte weitgehend auf, noch viel mehr die wissenschaftliche Beschäftigung mit den einzelnen Gestaltungen. So war die klinische Psychiatrie zweifellos schon seit vielen Jahren verarmt und konnte nur deshalb heute von vielen so leicht verworfen werden.

Die Entwicklung wäre wohl anders gekommen, wenn WERNICKE, der große Gegenspieler KRAEPELINS, nicht so früh verstorben wäre. Er, der wie kein anderer aus der Vielfältigkeit der endogenen Psychosen charakteristische Einzelbilder herauszugreifen und zu schildern verstand, wäre zwar ohne die ätiologische Betrachtungsweise KRAEPELINS sicher sehr einseitig geblieben, aber er hätte wohl durch seine klassischen Beschreibungen erreicht, daß das Interesse an der klinischen Psychiatrie auch in bezug auf ihre vielen Einzelbilder lebhaft geblieben wäre. Es gibt heute sicher nur noch sehr wenige Psychiater, die sein Lehrbuch einmal gelesen haben. Wer sich dazu entschließt, bekommt eine Vorstellung davon, wie viel mehr ihm die Klinik der endogenen Psychosen bedeutet hat als den heutigen Autoren, die nur noch nach Schizophrenie und manisch-depressivem Irresein fragen oder nicht einmal mehr danach. Allerdings wird man sich nicht so sehr bei seinen theoretischen Auffassungen, die immer wieder auf die Sejunktionstheorie hinauslaufen, aufhalten, sondern die Krankheitsbeschreibungen lesen. WERNICKE, der auf dem Gebiet der Gehirnpathologie so viele Schüler hatte, besaß sie leider nicht auf dem Gebiet der Psychiatrie. Allein KLEIST hat seine Lehre aufgegriffen und weiter verfolgt. Mir war das Glück, dessen Schüler zu sein, nachdem mich eine gleichgerichtete Auffassung zu ihm geführt hatte. Sonst hat auch KLEIST auf dem Gebiet der endogenen Psychosen kaum einen Schüler. Vielleicht liegt das daran, daß er bisher nicht dazu gekommen ist, eine zusammenfassende Darstellung der endogenen Psychosen zu schreiben, wie er es immer vorhatte. Ich kann das Vorhaben nicht so ausführen, wie er es getan hätte, denn vieles hat in meinen Auffassungen seine eigene Gestalt angenommen. Vieles ist auch hinzugekommen. Aber man wird seinen Geist und den Geist WERNICKES in meiner Darstellung finden.

Ich möchte hoffen, daß meine Schrift zur rechten Zeit kommt. Man scheint doch heute auch in Amerika wieder mehr und mehr einzusehen, daß man mit FREUD keine Psychiatrie der endogenen Psychosen betreiben kann. Man weiß andererseits auch, daß die KRAEPELINSche Einteilung längst unfruchtbar geworden ist. Vielleicht entschließt man sich in dieser Situation doch, sich einer Psychiatrie zuzuwenden, die als eine lebendige Wissenschaft eine Fülle von Beobachtungen und Problemen aufweist, die man nachprüfen und über die man diskutieren kann. Das typische Bild des Einzelfalles gewinnt damit wieder sein Recht. Die psychischen Veränderungen müssen mit all ihren Feinheiten er-

forscht werden; denn nur dann kann man zur richtigen Diagnose, Prognose und Therapie kommen. Wenn man an sich vielleicht die Mühe scheuen möchte, sich in die vielen Einzelheiten der psychiatrischen Bilder zu versenken, so darf man sich dem doch wohl in Anbetracht der Prognose nicht mehr entziehen. Wenn man den Angehörigen eines Kranken mit Motilitätspsychose, die man nach dem Zustandsbild von einer Katatonie getrennt hat, oder einer Eingebungspsychose, die man von einer paranoiden Schizophrenie getrennt hat, oder einer Angstpsychose oder einer Verwirrtheitspsychose usw., wenn man in all diesen Fällen den Angehörigen sagen kann, daß eine völlige Genesung eintreten wird, so sollte das doch eigentlich jeden veranlassen, diese Sonderbilder und ihre Unterscheidung voneinander kennenzulernen. Und wenn es endogene Psychosen gibt, bei denen eine Schockbehandlung jedweder Art völlig zwecklos ist, dann sollte man auch hier die Notwendigkeit einsehen, diese Sonderformen kennenzulernen, um die Kranken nicht mit einer eingreifenden Behandlung zu belasten, die nur erschwerend zu ihrem Krankheitszustand hinzukommen kann. Aber neben diesen praktischen Folgerungen, die sich für den Arzt und seine Aufgaben am Krankenbett ergeben, darf das wissenschaftlich Theoretische nicht vergessen werden. Der psychologischen Vertiefung in die Krankheitsbilder dient es außerordentlich, wenn man gezwungen ist, in jedem Einzelfall bis in die Feinheiten hinein das Zustandsbild zu erforschen, um zu einer Diagnose kommen zu können. Wenn die klinische Psychiatrie schwierig wird, so ist das nur ein Vorteil, denn auch die Schwierigkeit des Faches führt zu einer Vertiefung. Gerade die Leichtigkeit, mit der heute ein junger Psychiater seine Diagnose zu stellen vermag — er kann sie ja kaum verfehlen, wenn er von Schizophrenie und manisch-depressivem Irresein eine auswählt —, hat dazu geführt, daß viele überhaupt nicht mehr lernen, ein psychiatrisches Bild richtig zu sehen und zu beschreiben. Darüber hinaus vermögen manche nicht einmal mehr organische und symptomatische Psychosen von endogenen zu unterscheiden, sofern ihnen nicht neurologische oder serologische Befunde zu Hilfe kommen. Auch bei wissenschaftlichen Veröffentlichungen kann man das gelegentlich beobachten.

Wenn man den Nachweis erbringen will, daß ein charakteristisches psychisches Bild einer eigenen Krankheitsform entspricht, dann hat man zu zeigen, daß es immer wieder in der gleichen Form erscheint. Es kommt dabei nicht auf eine grobe Ähnlichkeit an, auch nicht auf eine Ähnlichkeit in manchen Einzelpunkten, da beides auch pathoplastisch sein könnte, sondern es muß in feineren psychologischen Besonderheiten eine Übereinstimmung bestehen, die pathoplastisch nicht zu erklären wäre. Besonders wichtig ist es, wenn das gleiche Bild mit den Zügen, auf die es ankommt, in einer Familie wiederholt auftritt. Daraus ergibt sich dann, daß die genetisch gleiche Krankheit tatsächlich das gleiche klinische Bild erzeugt. Zeigen andererseits aber die Psychosen der gleichen Familie deutliche Unterschiede, so kann man daraus auf die Spielbreite der Symptome bei gleichen Leiden schließen, sofern nicht — was ja selten ist — in der Familie zugleich mehrere Krankheitsanlagen eine Rolle spielen. Die Möglichkeiten, die sich so durch das Vorkommen mehrerer Krankheitsfälle in einer Familie ergeben,

habe ich sehr ausgenützt. Es fand sich, daß manche psychische Krankheiten getreu immer wieder in der gleichen Form auftraten, daß andere dagegen eine erhebliche Spielbreite der Symptome aufweisen. Um gerade hier die beweisenden Unterlagen vorzulegen, habe ich im folgenden alle die Krankheitsfälle angeführt, die mehrmals in der gleichen Familie vorkamen, damit sie alle miteinander verglichen werden können.

Da ich die Krankheitsfälle, auf die ich mich beziehe, auch statistisch auswerten wollte, konnte ich sie nicht nach Belieben sammeln, sondern mußte mich auf bestimmte beschränken. In bezug auf die phasischen Krankheiten nahm ich die Fälle, die 1938 und 1942 in der Frankfurter Nervenklinik aufgenommen wurden. Ich habe diese Fälle zusammen mit NEELE bearbeitet und später statistisch ergänzt. NEELE¹ hat einige Erkenntnisse, die sich dabei ergaben, bereits dargestellt. Bei den Schizophrenien mußte ich anders vorgehen, weil ich Fälle haben wollte, deren Krankheitsbeginn schon zehn Jahre zurück lag, die also verlaufsmäßig gut überblickt werden konnten. Ich gewann die Fälle dadurch, daß KLEIST² durch seine Mitarbeiter viele katamnestischen Untersuchungen vornehmen ließ und mich dabei häufig zuzog. Alle Fälle, die ich selbst mit ansah, bezog ich ein. Dazu kamen 55 Kranke, die in den Jahren 1937 bis 1940 in der Klinik waren und damals schon einen Krankheitsverlauf von zehn Jahren oder darüber hinter sich hatten. Ferner konnte ich durch die Freundlichkeit von Herrn Bruno Schulz eine größere Anzahl alter Schizophrener in Bayerischen Anstalten untersuchen. Im ganzen stellen 526 phasische Psychosen, worunter sowohl die zirkulären wie die zykliden Formen verstanden werden, und 324 Schizophrenien meine Ausgangsfälle dar. Die klinischen Erfahrungen wurden an einer viel größeren Zahl von Kranken gewonnen. Meine Gaberseeer Fälle von Schizophrenie, die ich nur klinisch erarbeitet habe³, betrugen allein schon 530. Mit welcher Häufigkeit die einzelnen Formen in den genannten Zahlen enthalten sind, wird sich im statistischen Teil ergeben.

A. Die phasischen Psychosen

Die manischen und melancholischen Krankheitsphasen gehören nach der Auffassung der meisten Psychiater alle in den Rahmen des manisch-depressiven Irreseins. KLEIST hat dagegen die Auffassung vertreten, daß es sich um zwei Krankheiten handle, die nur eine Affinität zueinander besäßen und sich daher häufig verbänden. Zusammen mit NEELE kam ich zu der Erkenntnis, daß sowohl die eine wie die andere Auffassung ihre Berechtigung besitzt. Es gibt zweifellos eine manisch-depressive Krankheit, bei der die Neigung zum Manischen und Melancholischen zugleich zum Wesen gehört. Es gibt daneben aber phasisch auftretende euphorische und depressive Zustände, die keinerlei Disposition nach der Gegenseite hin in sich tragen. Es ist also die grundsätzlich sehr wichtige

¹ Neele: Die phasischen Psychosen, Leipzig 1949.

² Literatur s. Kleist: Nervenarzt, 1943, S. 1 und 1947, S. 481. Meine eigenen Mitteilungen finden sich in der Allg. Z. Psychiatr. 1942 bis 1944.

³ Leonhard: Die defektschizophrenen Krankheitsbilder. Leipzig 1936.

Unterscheidung zwischen *bipolaren* und *monopolaren* Psychosen zu treffen. Der naheliegende Einwand, daß der Ausschlag nach der Gegenseite in den gegebenen Fällen nur zufällig ausgeblieben sei, aber anlagemäßig doch immer drohe, wird im statistischen Teil durch die ganz verschieden hohe erbliche Belastung der bipolaren und monopolaren Formen widerlegt werden. Überdies erweisen sich beide auch sonst klinisch verschieden. Die bipolaren Krankheiten bieten in ihrem Gesamtbild eine wesentlich buntere Gestaltung, sie schwanken nicht nur zwischen zwei Polen, sondern sie bieten auch in jeder einzelnen Phase bald dieses, bald wieder ein etwas anderes Symptomenbild. Die monopolaren Formen dagegen kehren bei periodischem Verlauf immer genau mit der gleichen Symptomatologie wieder. Die Zustandsbilder selbst sind bei den monopolaren Formen scharf zu umschreiben. Jede einzelne Form ist durch ein Syndrom ausgezeichnet, das keiner anderen zukommt und auch durch keine Übergänge mit anderen verbunden ist. Bei den bipolaren Formen dagegen lassen sich keine scharfen Syndrome aufstellen, da hier viele Übergänge zwischen verschiedenen Gestaltungen bestehen und oft auch Verschiebungen des Bildes im Laufe der gleichen Phase erfolgen. Man erkennt daher die Zugehörigkeit zu einer bipolaren Form in der Regel schon in der ersten Phase. Dementsprechend ist man im allgemeinen auch in der Lage, die Fälle, die nur zufällig nach einem Pol hin ausschlagen, aber tatsächlich auch die Bereitschaft nach dem oberen Pol hin besitzen, zu erkennen und dem Wesen nach als zweipolig aufzufassen. Die Unterscheidung erfolgt nach all dem besser zwischen *vielgestaltigen* (vorwiegend bipolaren) und *reinen* (immer nur monopolaren) Fällen. Im statistischen Teil werden beide Möglichkeiten der Grenzziehung zur Darstellung kommen, damit nicht etwas vorweg genommen wird, was erst zu beweisen wäre. Im klinischen Teil jedoch kann die Grenze gleich an der richtigen Stelle gezogen werden, eben zwischen den vielgestaltigen und reinen Formen. Sehr groß ist die Anzahl der vielgestaltigen Krankheitsfälle, die die Neigung zur Gegenphase vermissen lassen, nicht, sofern man auch auf leichtere Hinweise achtet. Nicht selten deutet sich die Gegenphase nur an, aber doch so, daß sie nicht zu verkennen ist. Manische Kranke können stundenweise depressiv verstimmt sein, depressive Kranke können im Schwinden ihrer Verstimmung eine auffällige Angeregtheit mit Heiterkeit und Vielgeschäftigkeit zeigen, ängstliche Kranke sind nicht selten zwischendurch plötzlich kurz ekstatisch, umgekehrt haben ekstatische Kranke nicht selten kurze ängstliche Schwankungen, Hyperkinesen werden häufig von nur kurzen Zuständen deutlicher Antriebsarmut unterbrochen, in Akinesen andererseits können sich kurze Erregungen einschleichen, usw. All das mag in seinem flüchtigen Ablauf noch nicht als Ausdruck einer eigenen Phase gewertet werden, aber es läßt doch eindeutig die Erkrankungsbereitschaft nach dem anderen Pol hin erkennen. Bei den ihrem inneren Wesen nach monopolaren Formen kommt eine derartige Labilität nach dem Gegenpol hin nicht vor, eine monopolare Melancholie etwa zeigt, wie lange sie auch dauern mag und wie oft sie auch kommen mag, nie einen manischen Zug und eine monopolare Manie nie einen Zug von Depression. Lediglich mit reaktiven Verstimnungen

hat man zu rechnen, wenn ein manischer Kranker nach Ablauf seiner Psychose erkennt, welches Unheil er in seiner Krankheit gestiftet hat. Durch die normale Motivation sind solche Verstimmungen aber in der Regel ohne Schwierigkeit von depressiven Nachschwankungen manisch-depressiver Erkrankungen zu unterscheiden. Auch eine einfache Affektlabilität gab mir noch keinen Anlaß, schon eine Bipolarität anzunehmen, denn sie kann auch ein unspezifisches Symptom sein, wie die Affektlabilität bei Erschöpfungszuständen.

I. Manisch-depressive Krankheit

Das klinische Bild des von KREAPELIN beschriebenen manisch-depressiven Irreseins ist bekannt. Da man es aber immer nur von den Schizophrenien abzugrenzen versuchte und die anderen phasischen Psychosen, d. h. die reinen Formen und die zykliden Psychosen gar nicht in Rechnung zog, bedürfen die Auffassungen über die Spielbreite der Symptome, die ohnedies sehr auseinandergehen, einer Nachprüfung.

In einem Teil der Fälle beschränkt sich das Symptomenbild auf das manische und melancholische *Grundsyndrom*. Das eine besteht bekanntlich in Euphorie, die leicht in Gereiztheit übergeht, gehobenem Selbstbewußtsein, Ideenflucht, Rededrang und Vielgeschäftigkeit, das andere in depressiver Verstimmung mit Lebensüberdruß, Insuffizienzgefühlen, Denkhemmung, psychomotorischer Hemmung, Entschlußerschwerung und depressiver Ideenbildung, vor allem im Sinne der Selbstvorwürfe. Diese Syndrome werden wir auch bei der reinen Manie und reinen Melancholie wiederfinden, ja dort sind sie die notwendigen Erscheinungsbilder, während in der manisch-depressiven Krankheit diese Grundsymptome nur ausnahmsweise rein vorhanden sind. Wenn es der Fall ist, dann ist nur bei Vorliegen einer Bipolarität die richtige Diagnose möglich. Da sie bei der manisch-depressiven Krankheit in den allermeisten Fällen wenigstens angedeutet ist, kommt man in dieser Weise zur Unterscheidung. Wir werden jedoch bei den reinen Manien und reinen Melancholien noch sehen, daß man sich gelegentlich täuscht. Die grundsätzliche Verschiedenheit der Formen wird durch diese Ausnahmefälle nicht berührt.

Häufiger sind bei der manisch-depressiven Krankheit die Fälle, bei denen das Grundsyndrom in der Manie oder in der Melancholie oder auch in beiden Phasen abgewandelt ist. Wesentliche Einzelsymptome können fehlen. Eine Manie kann sich in euphorischer Stimmung erschöpfen, während Ideenflucht und Vielgeschäftigkeit fehlen. So entsteht eine „unproduktive Manie“. Fehlt nur die Vielgeschäftigkeit, denn entwickeln die Kranken auf Anregung noch einen ideenflüchtigen Rededrang, zeigen aber sonst keine Bewegungsunruhe. Es kann umgekehrt auch die euphorische Stimmung fehlen, während Ideenflucht und Vielgeschäftigkeit vorhanden sind. Von letzteren beiden Symptomen kann ferner wieder eines fehlen, vor allem im Anstieg und Abklingen von Manien, so daß nur Vielgeschäftigkeit oder nur Ideenflucht vorhanden ist. In der Melancholie

ist ebenfalls gelegentlich die depressive Verstimmung mit den daraus entspringenden Minderwertigkeitsideen allein gegeben, während Denkhemmung und psychomotorische Hemmung fehlen. Die Depression bekommt dann leicht einen etwas agitierten Charakter, ohne daß man schon an eine weitere Atypie zu denken braucht. Jedes depressive Gefühl sucht sich abzureagieren, da es quälend ist. Wenn ein echtes Abreagieren auch bei der pathologischen Depression nicht möglich ist, so wird doch häufig in Klagen und Bitten ein Ansatz dazu gemacht. Wie dem Depressiven, sofern er nicht in seinem Affekt völlig erstarrt ist, mit der Versicherung, daß er bestimmt gesund werde, ein gewisser Trost gegeben werden kann, so kann ihm auch sein Klagen, mit dem er den Arzt und andere auf sein Leid aufmerksam macht, einen gewissen Trost geben. Der depressive Affekt selbst bekommt bei Fehlen einer Hemmung leicht einen etwas ängstlichen Charakter. Wahrscheinlich ist aber eine gewisse Ängstlichkeit auch gehemmten Formen von Depression beigemischt, nur weniger erkennbar, weil sie sich infolge der Hemmung nicht nach außen wenden kann. Tritt die Angst reiner hervor, dann hat damit auch der Affekt eine für die manisch-depressive Krankheit atypische Gestaltung. Darauf komme ich noch zu sprechen. Fehlt in einer Depression andererseits die Verstimmung, so daß nur die Denkhemmung und psychomotorische Hemmung oder vielleicht wieder nur eines dieser beiden Symptome vorhanden ist, dann entstehen einfach gehemmte Zustände. Freilich fehlt der depressive Affekt dabei in der Regel nur vorübergehend, andernfalls sind leicht Verwechslungen mit antriebsarmen Zuständen anderer Genese möglich.

Die Unvollständigkeit der Manien und Melancholien — man könnte von manischen und melancholischen „Teilzuständen“ sprechen — kann aber noch weiter gehen. Bei den reinen Euphorien und Depressionen werden wir sehen, daß es verschiedene Formen von Affekt und dementsprechend verschiedene Formen affektiver Störung gibt. Gehetzte Depressionen, hypochondrische Depressionen, schwärmerische Euphorien, konfabulatorische Euphorien usw. scheinen dadurch zustande zu kommen, daß nur eine Gefühlsart krankhaft verändert ist. Es kommt hier also zu einer Dissoziation noch innerhalb der Gefühlssphäre. Ich komme an anderer Stelle vom psychologischen Standpunkt aus auf diese interessante Erscheinung zurück. Auch solche Dissoziationen werden von der manisch-depressiven Krankheit gelegentlich nachgeahmt, so daß seine Teilzustände einer gehetzten Depression, glücklichen Euphorie usw. gleichen können. In ausgeprägter Form sind sie zwar sehr selten, aber recht häufig beobachtet man doch, daß in einer Phase der manisch-depressiven Krankheit die eine oder andere Gefühlsart stärker betroffen ist als die anderen, so daß wenigstens Anklänge an eine der reinen Euphorien oder Depressionen entstehen.

Seltener als Teilzustände sind Mischzustände, bei denen sich an die Stelle des fehlenden Symptoms das Symptom des Gegenpols hinzugesellt. KRAEPELIN hat sie eingehend geschildert. Euphorie kann sich mit psychomotorischer Hemmung verbinden, letztere kann sogar hochgradig sein, dann entsteht der *manische Stupor*. *Unproduktive Manien*, die als manische Teilzustände schon genannt

wurden, können auch Mischzustände sein. Wenn zu euphorischer Stimmung und Vielgeschäftigkeit eine Denkhemmung kommt, dann tritt an die Stelle der manischen Ideenflucht eine Unproduktivität im Denken und Sprechen. Zu einer Depression kann sich umgekehrt die manische Denkstörung gesellen, so daß eine *ideenflüchtige Depression* entsteht, die mit Rededrang einhergeht. Sonst braucht keine Erregung zu bestehen; denn die Erregung im Denken führt erfahrungsgemäß an sich schon zu Rededrang. Tritt dagegen eine psychomotorische Erregung zur Depression, dann ist meist die Entscheidung schwierig, ob sich der Unlustaffekt lediglich zu entladen sucht und zu ängstlichen oder gereizten Erregungen führt, oder ob in der Erregung eine manische Komponente gegeben ist. Letzteres ist dann gesichert, wenn eine Vielgeschäftigkeit auch ohne Zusammenhang mit der depressiven Verstimmung zu erkennen ist.

Weitere Atypien der manisch-depressiven Krankheit entstehen dadurch, daß das Krankheitsgeschehen den üblichen Rahmen überschreitet und Symptome erzeugt, wie sie sonst den zykliden, d. h. ebenfalls bipolaren Krankheitsformen eigen sind. Am bekanntesten ist die *verworrene Manie*, bei der die Denkstörung den Charakter hat, der sonst der Verwirrtheitspsychose eigen ist. Eine Bewußtseinsstörung braucht dabei nicht zu bestehen. Bei *hyperkinetischen* Erscheinungen treten Züge der Motilitätspsychose, bei *ekstatischen* Erscheinungen Züge der Eingebungspsychose zum sonst manischen Bild hinzu. Bei den Melancholien stellt die bekannteste graduelle Übersteigerung die *stuporöse Depression* dar, bei der die Hemmung Grade annimmt wie im Mutismus der Verwirrtheitspsychose oder Akinese der Motilitätspsychose. Heftige *Angst* andererseits entspricht der schweren affektiven Störung der Angstpsychose. Ob bei der manisch-depressiven Krankheit auch eine Beteiligung der *Bewußtseinslage* vorkommt, wie öfter bei den zykliden Psychosen, ist fraglich. Bei schwer erregten und verworrenen Manien ist oft daran zu denken, doch ist die Beurteilung meist schwierig, weil solche Kranke regelmäßig Schlafmittel bekommen.

Das Gesamtbild der manisch-depressiven Krankheit mit der Spielbreite der Symptome wird anschaulich hervortreten, wenn ich die Einzelfälle anführe. Am lehrreichsten sind die Fälle, bei denen ein weiterer, klinisch beschriebener Krankheitsfall in der Familie vorgekommen ist, da man hier die Spielbreite in der gleichen Sippe beobachten kann. Die so belasteten Kranken sind in meinem Krankengut so zahlreich, daß sie mit ihren Sippen bereits ein recht vollständiges Bild von der manisch-depressiven Krankheit ergeben. Nur wenig unbelastete Fälle, die eine Besonderheit sehr anschaulich beleuchten, führe ich zur Ergänzung an. Von den belasteten Fällen nehme ich nur diejenigen aus, bei denen die Verwandtenpsychose nicht beschrieben ist. Durch Bevorzugung der belasteten Fälle kommt keine einseitige Beleuchtung des klinischen Bildes zustande, da sich belastete und unbelastete Fälle, wie ich vergleichend feststellen konnte, klinisch nicht unterscheiden. Angeführt werden auch alle Fälle, bei denen Verdacht auf schizophrene Weiterentwicklung besteht. Bei der manisch-depressiven Krankheit fallen diese Fälle nicht ins Gewicht, bei den übrigen bipolaren Psychosen sind sie häufiger. Die geringe Zahl der fortschreitenden

Fälle bestätigt, daß bei der manisch-depressiven Krankheit an keine Beziehung zu einer Schizophrenie gedacht werden kann. Die Fälle werden in der Zusammenstellung als letzte angeführt. Zunächst nenne ich die Kranken, die selbst und in ihrer Sippe nur die typischen Syndrome der manisch-depressiven Krankheit zeigen. In einem Teil dieser Fälle schienen atypische Züge deshalb zu fehlen, weil die Phasen besonders milde verliefen. Das rührt, wie wir noch sehen werden, davon her, daß eine größere Intensität des Krankheitsvorgangs besonders geeignet ist, atypische Züge im Sinne der zykliden Psychosen zu erzeugen.

Fall 1. Elisabeth Hein, geboren 1903, war mit 17 Jahren zum erstenmal verstimmt, weinte viel und sprach fast nichts. Seitdem hatte sie alle paar Jahre für Wochen bis Monate solche Verstimmungen, die sie alle zu Hause durchmachte. Im Wechsel dazu war sie immer wieder erregt, redete viel, fuhr planlos mit dem Rad umher, wurde leicht gereizt, war aber sonst fröhlich. Diese heiteren Phasen waren weniger deutlich abgrenzbar, weil schon die Grundstimmung hypomanisch war. In die Klinik kam Hein lediglich zur Begutachtung in einem hypomanischen Zustand. Die *Mutters-Mutter* erkrankte im mittleren Lebensalter an einer Depression mit schweren Selbstvorwürfen und Insuffizienzgefühlen. Sie starb durch Suicid.

Fall 2. Philipp Saff, geboren 1889, war nach dem ersten Weltkrieg sehr unternehmend, aber unkonzentriert. Er wollte Gesellschaften gründen. Anschließend wurde er depressiv, grübelte viel, klagte, glaubte sich verarmt. Von da ab traten immer wieder Schwankungen nach der einen oder anderen Seite hin auf, vorwiegend aber nach der depressiven. 1940 war Saff in der Klinik, er zeigte eine mäßige Verstimmung, war etwas gehemmt, sprach monoton und neigte zu Selbstbemitleidung. Nach Besserung der Stimmung wurde er wieder entlassen. Die *Vaters-Mutter* wechselte in ihrem Leben häufig zwischen heiteren und traurigen Zuständen. Die eine Zeit lachte, sang und tanzte sie, wurde auch leicht gereizt, die andere weinte sie, sprach wenig und wollte nichts essen.

Fall 3. Elisabeth Kol, geboren 1908, wurde im September 1937 depressiv, machte sich Vorwürfe, hielt sich für unfähig; fürchtete, der Vater werde sterben, sprach fast nichts mehr. Januar bis März 1938 war sie unauffällig, dann setzte eine Erregung ein mit Rede- und Tatendrang. So kam sie in die Klinik und war hier ideenflüchtig und teils heiterer, teils gereizter Stimmung. Nach Beruhigung wurde sie entlassen. Die *Mutters-Schwester* war 1921 zehn Tage in der Anstalt T. wegen depressiver Verstimmung. Sie mußte immer über religiöse Dinge nachgrübeln, machte sich Vorwürfe und klagte über Gefühlsverarmung ihren Kindern gegenüber. Später erkrankte sie nie wieder.

Fall 4. Ernst Höh, geboren 1886, hat bisher neun Phasen durchgemacht, die als Depressionen mit Hemmung, Entschlußlosigkeit, Insuffizienzgefühlen oder als Manien mit gehobenem Selbstbewußtsein, Vielgeschäftigkeit, Rededrang, Ideenflucht und oft etwas querulatorischem Verhalten einhergingen. In der Klinik war er typisch manisch mit gewisser Reizbarkeit. Der *Vater* hatte von Jugend auf depressive Verstimmungen, die nicht genauer beschrieben werden, und starb an Arteriosklerose in der Heilanstalt K.

Fall 5. Heinrich Schwar, geboren 1873, machte eine leicht gehemmte Depression mit Grübelzwang und Befürchtungen und vier typische Manien durch. Eine *Vaters-Schwester* kam wegen Schwerkraft in eine Heilanstalt und starb dort. Die Anstalt war nicht zu ermitteln.

Fall 6. Ilse May, geboren 1912, machte eine depressive Phase reaktiver Auslösung mit Ängstlichkeit, Lebensüberdruß und Hemmung und eine flotte Manie, die zu großen Geldausgaben führte, durch. Die *Mutter* (ebenfalls Probandin) hatte wiederholt Depressionen, die hysterisch überlagert waren. Im Vordergrund stand die Klage über Gefühlsentfremdung und eigene Unzulänglichkeit, dazu kamen deutlich ängstliche Züge.

Fall 7. Sybille Mag, geboren 1883, hatte früher wiederholt Depressionen, die nicht genauer beschrieben sind. 1939 machte sie in der Klinik eine typische Manie durch, die nur einen etwas querulatorischen Zug hatte. Eine *Schwester* war im Klimakterium gemütskrank und machte sich viel Selbstvorwürfe.

Die bisher angeführten Fälle zeigen nichts greifbar Atypisches. Soweit die Beschreibung ausreichte, war immer das manische bzw. melancholische Grundsyndrom erkennbar. Wären im klinischen Bild nicht beide Pole zur Ausbildung gekommen, dann hätte man reine Manien bzw. reine Melancholien annehmen können. Häufig ist das nicht, die vielen Fälle, die später folgen, stellen sich anders dar. — In seltenen Fällen könnte es vorkommen, daß eine manisch-depressive Krankheit dadurch vorgetäuscht wird, daß zufällig eine reine Manie und eine reine Melancholie in einer Person zusammentreffen und eine rein äußerliche Verbindung eingehen. In zwei meiner Fälle spricht das Sippenbild in diesem Sinne.

Fall 8. Stefan Stud, geboren 1900, der lediglich zur Begutachtung in der Klinik war, machte wiederholt leichte Manien mit gehobenem Selbstbewußtsein, Ideenreichtum, Betriebsamkeit und leichte Melancholien mit Energielosigkeit, etwas Selbstvorwürfen und leichter Hemmung durch. Er hat keine Psychose in der Familie, zählt also nicht zu den belasteten Fällen, doch ergibt sich über die Eltern folgendes: Der *Vater* war immer sehr betriebsam, Mitgründer von mehreren Gesellschaften, Verwalter vieler Ehrenämter und zehnmal Ehrenmitglied. Die *Mutter* ist still, feinführend, religiös. Sie machte bald nach der Eheschließung eine Verstimmung durch, die nach einer Wasserkur wieder abklang.

Fall 9. Anna Peis, geboren 1904, machte mehrere Depressionen durch, die mit Selbstmordneigung, Selbstvorwürfen, Entschlußlosigkeit und einem körperlichen Schweregefühl einhergingen, dazu Manien, die leichter Natur waren, aber alle typischen Symptome enthielten. Eine Belastung durch eine Psychose besteht auch hier nicht, doch wieder eine deutliche Auffälligkeit der Temperamente in der Familie. Ein *Bruder* ist leicht verstimmt, ein *anderer Bruder* hypomanisch. Die *Mutter* ist sehr schwernehmend, gewissenhaft, fleißig. Der *Vater* dagegen lebenslustig, humorvoll; er hat immer viel gesungen.

In diesen beiden Fällen könnte man daran denken, daß die Väter die Anlage zu reiner Manie, die Mütter die Anlage zu reiner Melancholie auf die Probanden vererbt haben. Andererseits ist aber natürlich auch möglich, daß die Temperamenteigenheiten aus der manisch-depressiven Krankheit stammen, die eben nicht immer beide Pole betont. In den allermeisten Fällen manisch-depressiver Psychose zeigt schon die atypische Symptomatologie, daß es sich nicht um eine Verbindung reiner Manie und reiner Melancholie handeln kann. Das wird durch die weiteren Fälle immer deutlicher werden.

Fall 10. Maria Ma, geboren 1901, machte etwa seit dem 25. Lebensjahr Verstimmungen durch. 1942 war sie zwei Tage depressiv verzweifelt, dann zeigte sie einen Rededrang unter teils depressiver, teils heiterer Stimmung. In der Klinik hielt dieser Zustand noch einige Tage an, dann folgte eine schwere Hemmung mit fast völligem Mutismus. Schon nach wenigen Tagen war wieder ein herausforderndes Scherzen zu beobachten. Gereizte, weinerliche, erregte, stuporöse Tage folgten. Dann schloß sich ein schöner Mischzustand an, in dem die Kranke den ganzen Tag antriebsarm im Bett lag, aber in ihren abgerissen erfolgenden sprachlichen Äußerungen Ideenflucht oder Inkohärenz zeigte. Unter weiterem Wechsel klang die Phase etwa vier Monate nach ihrem Beginn ab. Einen weiteren Fall gab es in der Sippe nicht.

Fall 11. Elise Jun, geboren 1893, war bei ihrer ersten Erkrankung 1930 ängstlich und ratlos gehemmt, lief aber zwischendurch planlos im Zimmer umher. 1940 wurde sie wieder ängstlich, entwickelte gleichzeitig aber einen Bewegungsdrang, sprach, schrie, zerriß Sachen. In der Klinik bestand die Ängstlichkeit fort, war aber jetzt von einer ratlosen Hemmung begleitet. Ein *Bruder* bekam 1917 im Feld einen Stupor, der als psychogen aufgefaßt wurde. Nach Aufnahme in die Anstalt W. folgte aber eine Manie, an der nur die etwas überschwängliche Affektlage auffiel.

Bei der letztgenannten Kranken scheint sich zu Hause eine depressive Stimmung mit einem manischen Bewegungsdrang verbunden zu haben. Bei Fall 10 ist in besonders ausgesprochenem Maße ein ständiges Wechseln und Sichvermischen der Symptome erkennbar.

In den folgenden Fällen ist die Atypie vor allem im Affekt gelegen. Das Gefühl ist mehrschichtig aufgebaut, kann daher auch in mehrfacher Weise gestört sein. Bei den manischen und melancholischen Grundsyndromen ist es in seiner Gesamtheit nach der einen oder anderen Seite hin verschoben, bei atypischen Gestaltungen kann aber bald diese, bald jene Gefühlsart stärker als die anderen betroffen sein. Dann entstehen im Erscheinungsbild Anklänge an die reinen Formen, wie schon erwähnt.

Fall 12. Dorothea Drus, geboren 1890, machte 1926/27 eine „Nervenerschöpfung“ durch, 1938 war sie vier Wochen in der Nervenlinik G. wegen eines neurasthenisch-depressiven Zustands mit Klagsamkeit. 1940 bot sie in der Frankfurter Klinik zunächst ein ähnliches Bild, sie war mehr stimmungslabil als depressiv. Selbstmordversuche, die sie unternahm, hatten etwas demonstrativen Charakter. Dann trat aber an die Stelle der bisherigen Stimmungs labilität eine starke Angst, die noch stärker in der Anstalt G., wohin Drus 1941 verlegt wurde, zum Vorschein kam. Die Kranke weinte, jammerte, flehte, war voller Verzweiflung und suchte sich mit ihrer Bettjacke den Hals zuzuziehen. Nach Rückgang der Angst fragte sie einförmig drängend nach ihrer Entlassung. Im Mai genas sie rasch und wurde in freudiger Stimmung entlassen. Der *Vater* machte 1918 eine Manie durch, die öfter von einer weinerlichen Stimmung unterbrochen war, sonst aber nichts Atypisches bot.

Hätte man diese Kranke nur in ihrer Erregung beobachtet, dann hätte man bei ihren einförmigen Angstäußerungen wohl eine gehetzte Depression, wie sie später genauer beschrieben wird, angenommen. Durch die sehr andersartige Gestaltung im übrigen Verlauf wird diese Auffassung aber widerlegt. Das sehr wechselnde Bild läßt die Zugehörigkeit zur manisch-depressiven Krankheit erkennen und die Manie des Vaters bestätigt die Richtigkeit dieser Auffassung.

Fall 13. Anna Hell, geboren 1914, war 1931 erst ängstlich erregt, halluzinierte („die Wände sagen, ich wäre ein Gauner“), war schwer zu fixieren. Dann wurde sie zunehmend stuporös und war schließlich völlig bewegungslos mit Andeutung von Salbengesicht. Ein depressiver Affekt war nicht mehr zu erkennen, gelegentlich lächelte die Kranke sogar. Nach einem Vierteljahr wurde sie gesund. 1937 zeigte sie sich in der Klinik und war jetzt hypomanisch, etwas vorlaut und distanzlos. 1939 wurde sie wieder depressiv und klagte in der Klinik vor allem über eine Gefühlsentfremdung: Sie habe kein Herz und kein Gefühl mehr, das Grünen und Blühen der Natur bedeute ihr nichts mehr, alles sei so farblos. Ihr Kind komme ihr fremd vor und ihr Mann auch. Sie fühle sich innerlich verändert, sei eine andere. Dazu kam ein Gefühl der Leistungsunfähigkeit. Nach etwa sechs Wochen klang die Depression ab. Hell war dann eher wieder hypomanisch. Eine *Mutters-Schwesters-Tochter* machte mehrere hyperkinetische und stuporöse Phasen durch, soll aber später stumpf geworden sein.