

Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Westf. Landesuniversität
Münster/Westfalen (Direktor: Prof. Dr. med. F. A. KEHRER).

Über Generationspsychosen.

Von

JOHANNES SCHWINGENHEUER.

(Eingegangen am 7. November 1952.)

Die in Klinik und Praxis heute noch gebräuchlichen Bezeichnungen „Schwangerschafts-“, „Wochenbetts-“ und „Lactationspsychose“ ist vielfach eine Verlegenheitsdiagnose. Sie leitet sich lediglich her aus dem zeitlichen Zusammentreffen einer psychischen Erkrankung mit einer „Generationsphase“. Ätiologische Beziehungen werden dabei zunächst außer acht gelassen.

Eine Generationspsychose *sui generis* gibt es nicht. Eine große Anzahl der unter dieser Bezeichnung zusammengefaßten Psychosen gehört eindeutig zu den großen endogenen Krankheitsgruppen der Schizophrenie und des manisch-depressiven Irreseins. Ein anderer Teil der Fälle sind symptomatische Psychosen. Das jeweilige Zustandsbild einer während einer Generationsphase aufgetretenen psychischen Erkrankung gestattet nur selten eine endgültige Diagnose. Wo das Sippenbild im Stich läßt und die eigene Vorgeschichte keine eindeutigen Hinweise auf die Art der vorliegenden Geistesstörung gibt, läßt vielfach erst die Beobachtung des weiteren Verlaufs die richtige Diagnose erkennen. Der Wert katamnestischer Untersuchungen für psychische Erkrankungen ist allgemein bekannt. Die Beobachtung und Beschreibung eines Zustandsbildes gibt schlagartig einen Querschnitt des pathologischen Geschehens und der psychotischen Persönlichkeit. Den weitaus aufschlußreicheren Längsschnitt gewinnen wir bei möglichst langdauernder Beobachtung. Diese gestattet auch eine Überprüfung der Diagnose der akuten Erkrankung.

Dementsprechend haben wir den Versuch gemacht, über alle in den Jahren von 1932—1948 in die hiesige Klinik aufgenommenen Kranken mit psychischen Störungen während einer Generationsphase ausreichende Auskunft zu erhalten. Eine große Anzahl dieser ehemaligen Patientinnen wurde nachuntersucht. Über andere erhielten wir durch Angehörige, häufig auch durch Ärzte oder Anstaltsärkte, hinreichende Auskunft. Insgesamt ergab sich dabei eine Übersicht über 70 Fälle. Davon entfallen 6 auf Schwangerschafts-, 53 auf Wochenbetts- und 11 auf Lactationspsychosen.

Schwangerschaftspsychosen.

A priori liegt es nahe, in der Schwangerschaft häufiger mit psychotischen Erscheinungen zu rechnen, da in dieser Generationsphase die psychischen Belastungen und körperlichen Umstellungen groß sind. Dennoch sind Schwangerschaftspsychosen selten. Nach EWALD machen sie kaum ein Fünftel, in unserem Material 8,5%, aller Generationspsychosen aus. Daß die in der Schwangerschaft erhöhte Regulierung und Steuerung des endokrinen Nervensystems infolge toxischer Einflüsse

auch einmal versagen können, machen die Krankheitsfälle von Hyperemesis, Nierenaffektionen und Polyneuritiden offenkundig. Man wird also auch die Möglichkeit des Vorkommens endotoxischer, d. h. symptomatischer Psychosen in der Gravidität anerkennen müssen. Ebenso kann einmal eine endogene Psychose durch die Schwangerschaft ausgelöst werden oder in ihr rezidivieren. Zu berücksichtigen sind ferner noch psychogene Reaktionen leichter und schwerer Art. Die Bedingungen für psycho-reaktive Zustände in der Schwangerschaft sind mannigfache, z. B.: außereheliche Schwängerung, wirtschaftliche Notlage, Angst vor der Geburt, Befürchtung, durch die besonderen Umstände der Schwangerschaft oder die Sorge um das Kind die Zuneigung des Ehemannes zu verlieren, ferner bei älteren Frauen die Annahme, infolge zahlreicher oder später Geburten ins Gerede zu kommen. Bei unseren 6 Fällen handelte es sich im 1. um eine symptomatische Psychose bei Pneumonie, im 2. und 3. um depressive Phasen des manisch-depressiven Irreseins, im 4. und 5. um ein psycho-reaktives bzw. depressiv-hypochondrisches Zustandsbild und im 6. um eine verworrene Manie.

In der *Symptomatik* unterschieden sich unsere Fälle nicht von den entsprechenden Krankheitsbildern außerhalb einer Schwangerschaft. Im ersten Falle bestand die Möglichkeit, daß durch die Schwangerschaftsumstellung erst die Bedingung geschaffen wurde, unter der die Pneumonie psychotische Erscheinungen auslöste. Beweise dafür lassen sich jedoch schwerlich erbringen. Auch im 6. Falle läßt sich über die Zusammenhänge zwischen Gravidität und Psychose nichts Sicheres aussagen, zumal schon eine gleichgeartete Erkrankung außerhalb einer Gestation voraufging. Da ferner das Krankheitsbild eine überwiegend endogene Symptomatik zeigte und außerdem eine gleichgerichtete erbliche Belastung durch die Mutter angenommen werden kann, gehört der Fall wohl in den Formenkreis des M.d.I. Daß das Krankheitsbild auch mancherlei schizophrene Züge zeigt, braucht dieser Annahme nicht zu widersprechen, zumal auch manche dieser Symptome auf eine exogene Teilursache schließen lassen, auf die auch BOSTROEM bei „verworrenen Manien“ hinweist. Defektsymptome blieben nicht zurück. Eine weitere Schwangerschaft und Geburt wurden ohne psychische Auffälligkeiten überstanden.

Im 2. und 3. Falle besteht kaum ein Zweifel, daß es sich um in der Schwangerschaft aufgetretene Phasen einer manisch-depressiven Psychose gehandelt hat. Mit der gleichen Sicherheit kann man die im 4. und 5. Fall während einer Gravidität beobachteten psycho-reaktiven Zustände als psychogene Psychosen bezeichnen. Für die Auslösung müssen neben der Schwangerschaft an sich noch andere Bedingungen angenommen werden, da beide Frauen vor der Erkrankung mehrere Graviditäten und später erhebliche seelische und körperliche Belastungs-

proben anderer Art ohne psychische Auffälligkeiten überstanden. Diese Bedingungen können einmal in Besonderheiten der betreffenden Schwangerschaft zu suchen sein, zum anderen spielen sicherlich dabei auch nicht näher zu bestimmende äußere und innere Gegebenheiten eine Rolle.

Puerperalpsychosen.

Die im Wochenbett und in der Lactation auftretenden Psychosen werden meistens insgesamt als Puerperalpsychosen (abgekürzt P.-P.) bezeichnet. Dabei wird allgemein das Wochenbett bis zu 6 Wochen und die Lactation (auch bei nicht stillenden Frauen) bis zu 1 Jahr post partum gerechnet, da bis zu diesem Zeitpunkt endokrine Stoffwechselumstellungen vor sich gehen. Diese zeitliche Abgrenzung ist natürlich sehr schematisch und trifft für den Einzelfall nicht immer das Richtige. Nicht selten zieht sich ein schweres Wochenbett über die Dauer von 6 Wochen hin. Manchmal mögen sich schon während des Wochenbettes psychische Veränderungen leichter Art gezeigt haben, die von den Angehörigen nicht registriert oder als harmlose Eigenheiten der Wöchnerin aufgefaßt wurden. Erst die verstärkten Auffälligkeiten der sich weiter entwickelnden Psychose während der Lactation veranlassen dann eine psychiatrische Beobachtung.

Auch die Bedeutung des *Stillens* oder *Nichtstillens* für die Auslösung einer Psychose ist nicht geklärt. Auf der einen Seite wird auf die durch die Brustnahrung hervorgerufene Erschöpfung hingewiesen, andererseits soll bei Stillunfähigkeit die „Milchstauung“ die *causa nocens* sein. Beide Faktoren spielen jedoch wohl bei psychotischen Erscheinungen eine nur untergeordnete Rolle.

In unseren Zusammenstellungen finden sich unter 11 Frauen mit psychotischen Erscheinungen während der Lactation mehrere, die ihr Kind nach Auftreten der Psychose zunächst noch weiter stillten. Erst das Auftreten stärkerer Unruhe- und Verwirrheitszustände machte das weitere Stillen unmöglich. Nur bei einer Patientin ist ein zeitliches Zusammentreffen zwischen dem Abstillen und der Manifestation der Geistesstörung festzustellen. Allerdings enthalten einige Krankheitsblätter keine Notizen über die Stilltätigkeit. Auch bei der Nachuntersuchung, die ja erst längere Jahre nach der Psychose stattfand, waren keine entsprechenden Angaben mehr zu erlangen.

Eine andere Frage ist die, ob das *Wiedereintreten der Periode* für das Auftreten von Geistesstörungen in der Lactation von Bedeutung sei. Bei einer unserer Patientinnen kam es bereits 10 Wochen post partum wieder zur Menstruation; zu dieser Zeit stillte sie noch ihr Kind; einige Tage nach Einsetzen der Monatsblutung traten Erregungs- und Verwirrheitszustände auf, die Einweisung in die Klinik und damit Abstillen erforderlich machten. Bei den anderen Frauen mit psychischen

Störungen im Spätpuerperium stellten wir keinen zeitlichen Zusammenhang zwischen Wiederkehr der Menses und Psychose fest. Allgemeinere ätiologische Beziehungen lassen sich hier wohl kaum finden.

Das *klinische Zustandsbild* erlaubt ebenfalls keine klare Unterscheidung zwischen Wochenbett- und Lactationspsychosen. Deshalb erscheint auch uns eine Zusammenfassung unter der gemeinsamen Bezeichnung Puerperalpsychosen gerechtfertigt.

Es soll hier noch einmal betont werden, daß die Diagnose „Puerperalpsychose“ zunächst nur auf *zeitliche* Zusammenhänge hinweist und kein einheitliches Krankheitsbild *sui generis* vorwegnimmt. Ohne Kenntnis der Anamnese oder des gynäkologischen Befundes ist man in keinem Fall in der Lage, lediglich aus einzelnen oder mehreren Symptomen eine Wochenbettpsychose als solche zu diagnostizieren. Dabei soll nicht in Abrede gestellt werden, daß im Verlauf solcher auch einmal Besonderheiten kenntlich werden, die diese in einer Gesamtbetrachtung vieler Fälle und bei längerer Beobachtung des Verlaufs von Einzelfällen von außerhalb der Generationsphasen auftretenden Geistesstörungen abheben. So zeigen Psychosen bei fieberhaften Erkrankungen im Wochenbett meist ein amentiaartiges, weniger häufig delirantes Bild (MEGGENDORFER). Ferner ist bei den im Wochenbett psychisch Erkrankten ein eigenartig affektleerer, kindlich verwundelter Gesichtsausdruck auffällig. Wie weit man allerdings BECKMANN folgen kann, die bei ihrem Material einen „formalen Idealtyp des Ablaufes der P.-P.“ zu erkennen glaubt, bleibt dahingestellt. Die von ihr in der Mehrzahl ihrer Fälle festgestellte Reihenfolge verschiedener typischer Stadien („exogener Beginn“, „Übergangsstadium mit paranoiden und halluzinatorischen Symptomen“, „endogener Ausklang mit vorwiegend affektiver Beteiligung“) kann man ohne große Mühe auch bei einer Anzahl unserer Fälle finden. Jedoch werden ähnliche Verläufe auch bei exogenen Psychosen außerhalb des Puerperiums beobachtet — ob allerdings in gleicher Häufigkeit, können wir bei Fehlen entsprechender Untersuchungen nicht beurteilen.

Uns erscheint die Aufteilung der P.-P. nach Heredität, Zustandsbild und weiterem Verlauf in endogene und exogene Psychosen zweckmäßig und gerechtfertigt. Psychogene Reaktionen erfordern eine gesonderte Einordnung. In unserem Material fanden wir allerdings keine Fälle, die eindeutig dieser letzten Gruppe zugehören. Wo immer reaktive Depressionenzustände im Puerperium beobachtet wurden, fanden sich daneben auch Symptome, die auf eine endogene Erkrankung schließen ließen. Wir haben deshalb sämtliche Fälle depressiver Zustände in einer Gruppe zusammengefaßt.

Bei 14 unserer Kranken kam es bei der ersten stationären Beobachtung und Behandlung in unserer Klinik zum *Exitus letalis*. In der überwiegenden

Mehrzahl der Fälle handelte es sich um eine rein symptomatische Psychose infolge Komplikationen des Wochenbettes. In anderen Fällen sind außergenerative Erkrankungen für den tödlichen Ausgang, sowie auch, wenigstens zu einem bedeutenden Teil, für die psychotischen Erscheinungen verantwortlich zu machen. Da uns jedoch die Beobachtungszeit für eine endgültige Beurteilung zu kurz erschien, haben wir diese Fälle in einer Untergruppe zusammengefaßt. Wo es angängig erscheint, werden die einzelnen Krankheitsbilder bei der Besprechung der anderen Gruppen mit berücksichtigt.

Wir treffen dementsprechend für unsere in den Jahren 1932—1948 beobachteten Fälle von Puerperalpsychosen (insgesamt 64), über die Katamnesen erhoben werden konnten, folgende Einteilung:

1. Im Puerperium aufgetretene schizophrene Schübe (15 Fälle), 2. im Puerperium aufgetretene depressive Zustände (12 Fälle), 3. Puerperalpsychosen mit exogener Symptomatik a) ohne somatische Komplikationen des Wochenbettes (11 Fälle), b) mit somatischen Komplikationen des Wochenbettes (12 Fälle), c) mit tödlichem Ausgang (14 Fälle).

Gruppe 1: Schizophrene Zustandsbilder.

Auf Grund unserer Katamnesen ist bei 15 von 64 Fällen unserer P.-P. die Diagnose Schizophrenie als gesichert anzusehen. Das sind etwa 23% (bei RUNGE 30—40%, bei ROEMER rund $\frac{1}{3}$). Die Differentialdiagnose zwischen einer symptomatischen P.-P. und einer im Wochenbett beginnenden Schizophrenie ist im akuten Stadium oft schwierig. Denn die infektiös-toxische P.-P. kann ausgeprägte katatone Bilder und die Schizophrenie anfangs eine ausgesprochene exogene Symptomatik zeigen. Bei nicht nachgewiesener erblicher Belastung läßt meist erst eine länger dauernde Beobachtung eine endgültige Diagnosestellung zu. Und auch dieses nur mit annähernder Sicherheit. Es sind Schizophrenien mit Dezenien andauernden Remissionen beschrieben worden (KRAEPELIN, MEYER-GROSS). Eine weitere differentialdiagnostische Schwierigkeit liegt in der Tatsache des rezessiven Ausganges der Schizophrenie (LUXEMBURGER). Auch wenn Generationen hindurch keine erbliche Belastung festzustellen ist, muß mit der Möglichkeit einer latenten Anlage gerechnet werden. Erwähnt sei auch die Auffassung von LENZ, nach der der Erbgang der Schizophrenie dominant mit sehr geringer Manifestationswahrscheinlichkeit sein soll.

Zu fragen ist, welche Bedeutung das Puerperium für die Manifestation der Schizophrenie hat. Bei akuten Infektionskrankheiten kommt es selten, bei fieberhaften Erkrankungen im Wochenbett häufiger zum Ausbruch einer Schizophrenie. Die Erklärung dafür liegt weniger in einer schizophreniebegünstigenden Wirkung der Generationsphasen als vielmehr in dem zeitlichen Zusammentreffen von Puerperium und dem

Prädilektionsalter des Schizophrenieausbruches (SEELERT). Für die Annahme der Auslösung der Schizophrenie durch Generationsvorgänge gibt es ebensowenig schlüssige Beweise wie für eine andere exogene Provokation. Doch wird die Möglichkeit von fast allen Autoren zugegeben. Aus Zwillingsforschungen ergibt sich, daß die Manifestation einer schizophrenen Anlage zwar meist, aber doch nicht immer, ausschließlich inneren Gesetzen folgt (BONHOEFFER).

In diesem Zusammenhang sind 2 unserer Fälle bemerkenswert, deren Krankengeschichten im Auszug folgen.

M. Ed. (1336). Ein Bruder schizophren. Selbst früher immer still und zurückgezogen. Mit 21 Jahren Heirat. Im gleichen Jahr erster Partus. Am 8. Wochenbettstag zugleich mit Fieber Erregungszustand. Entwicklung eines schizophrenen Zustandsbildes. 5 Monate Anstaltsbehandlung. In den nächsten 3 Jahren 3mal wegen schizophrener Erregung jedesmal nach Abort Anstaltseinweisung. Dazwischen fast unauffälliges Verhalten. Mit 27 Jahren Sterilisation. Scheidung. Danach psycho-reaktiver Ver Stimmungszustand für einige Tage. Mit 30 Jahren erneuter schizophrener Schub. Nach 14 Monaten versuchsweise aus der Anstalt nach Hause entlassen, aber schon einige Wochen später erneut eingewiesen.

M. Sa. (1657). Großtante in Anstalt gestorben (Depression). Mit 26 Jahren nach Unterleibsoperation schizophrene Erregung mit depressiven Phasen. 7 Monate Anstaltsbehandlung. Mit 31 Jahren, im 2. Wochenbett „agitierte Depression“. Nach vorübergehender Beruhigung wurde doch noch 2 Monate nach dem Partus Anstaltsbehandlung für etwa 6 Wochen erforderlich. Auch nach den 3 folgenden Geburten immer 2—3 Monate dauernde schizophrene Zustände mit depressiven Zügen. Die letzte Psychose machte etwa 8monatigen Aufenthalt auf einer psychiatrischen Abteilung erforderlich. Die Katamnese 15½ Jahre nach der letzten stationären Behandlung ergab, daß die Pat. bis zu ihrem ½ Jahr vorher erfolgten Tod sonderlich gewesen sei und öfter wegen Erregungszuständen in Gewahrsam gehalten werden mußte.

Weniger eindrucksvoll erscheinen die Zusammenhänge zwischen dem Puerperium und der Psychose in einem weiteren Fall. Bemerkenswert ist hier aber der relativ späte Beginn und die Tatsache, daß die beiden schizophrenen Schübe, die zur Anstaltseinweisung führten, zeitlich mit erheblichem Umstellungen im endokrinen System zusammentrafen.

M. B. (6241). Ein Bruder geisteskrank (?). Mit 38 Jahren Heirat. Insgesamt 7 normale Geburten. Mit 43 Jahren im Anschluß an eine Frühgeburt schizophrene Erregung. 7 Wochen Anstaltsbehandlung. Letzte Geburt mit 46 Jahren. Menses trat wieder ein, setzte dann aber 7 Monate post partum aus. Zugleich Beginn des 2. schizophrenen Schubes. 3 Wochen Klinikbehandlung. Katamnese nach 9 Jahren: Noch mehrfach Erregungszustände, während derer sie von den Angehörigen in ein Zimmer eingesperrt wurde. Schizophrene Defektsymptome.

Das späte Manifestationsalter in diesem Fall legt die Annahme nahe, daß die psychotische Veranlagung relativ gering ist und es eines besonderen Anlasses bedurfte, um die Psychose überhaupt in Gang zu bringen. Den Anstoß in den endokrinen Umstellungen zur Zeit der Frühgeburt und des Beginns der Menopause zu sehen, erscheint nicht abwegig. In anderen 12 Fällen tritt die Schizophrenie jedesmal zuerst im

Anschluß an eine Geburt auf, um dann nach länger oder kürzer dauernden Remissionen ihren schicksalsmäßigen Verlauf zu nehmen. Einzelheiten können aus Raumgründen hier nicht mitgeteilt werden.

Gruppe 2: Manisch-depressive Phasen.

In unserer Zusammenstellung betragen die Fälle von manisch-depressiven Erkrankungen unter Einbeziehung auch der reaktiven Depressionen 19 % (RUNGE 25 %). Im allgemeinen wird die Frage, ob eine endogene Erkrankung durch die generativen Umstellungen und Belastungen ausgelöst werden kann, für die Depressionen eher bejaht als für die Schizophrenien. A. WESTPHAL meint, man könne nur dann von der Auslösung eines endogen-psychotischen Schubes sprechen, wenn schon eine endogene Phase vorausgegangen ist. Dieser Ansicht tritt FLECK entgegen mit dem Einwand, daß es auch durch entsprechende erbliche Belastung sichergestellte manisch-depressive Psychosen gibt, die nur einmal im Leben manifest werden.

Manien werden im Wochenbett selten beobachtet. Unter unseren Fällen fehlen sie ganz, wenn auch manche Kranke flüchtige Zustände mehr heiterer Verstimmung zeigten. Wirksame Zusammenhänge zwischen Puerperium und Depression im Sinne der Auslösung endogener Phasen lassen sich insbesondere in den 2 folgenden Fällen annehmen.

A. O. (5878). Familienanamnese: Vater Trinker, sonst o. B. Mit 22 Jahren Heirat. Nach den ersten 2 Geburten 1—2 Wochen anhaltende Verstimmungszustände, dabei oft übertrieben heiter. 3. Geburt mit 28 Jahren. Danach allmähliche Entwicklung einer Depression. 4 Wochen Klinikbehandlung. Einige Tage nach Entlassungsversuch Einweisung in eine Anstalt, in der sie 10 Wochen blieb. 3 Jahre später erneut mehrfache kurzdauernde depressive Verstimmungszustände, die zeitweise von manischen Phasen abgelöst wurden. Mit 38 Jahren erneut schwere Depression mit Suicidversuch. Kliniksbehandlung.

A. Sch. (9877). Familienanamnese o. B. Mit 30 Jahren Heirat. Am 2. Tage nach dem ersten Partus Beginn einer Depression mit Suicidgedanken. 6 Wochen Klinikbehandlung. Besserung nach Elektro-Schock-Therapie. Mit 33 Jahren im 7. Schwangerschaftsmonat kurzdauernder depressiver Verstimmungszustand. Am 6. Tag nach dem 2. Partus erneut depressiv. 3 Monate später Klinikaufnahme, da Depression anhält. Nach Elektro-Schock-Behandlung Besserung.

Bei den übrigen Patientinnen dieser Gruppe wurden keine wiederholten manisch-depressiven Erkrankungen im Wochenbett beobachtet. In einem Falle (M. Sch. 9342) ergab die Katamnese lediglich, daß bei der Kranken, die nach der 2. Geburt eine schwere Depression mit Suicidversuch durchmachte, im Wochenbett nach dem 3. Partus einige Tage lang ein Zustand psychischer Hemmung bestand.

Viele psychische Auffälligkeiten leichter und schwerer Art, die nach Geburten auftreten, kommen nicht in die psychiatrische Beobachtung, einmal weil die Schwere der seelischen Erkrankung oft nicht erkannt wird, und zum andern, weil aus bekannten Gründen von der

Patientin und deren Angehörigen vielfach noch eine nervenärztliche, insbesondere stationäre Behandlung abgelehnt wird. Wäre das nicht der Fall, würde sicherlich auch in unserem Material die Gruppe der an puerperalen Depressionen Erkrankten eine wesentliche Weiterung erfahren.

Nach Verlauf und Dauer zeigen die im Puerperium aufgetretenen manisch-depressiven Psychosen keine Besonderheiten gegenüber außerhalb der Generationsphasen zu beobachtenden gleichartigen psychischen Störungen. Hinsichtlich der Prognose gilt das gleiche. Lediglich eine auf die Besonderheiten des Wochenbettes bezogene inhaltliche Färbung läßt sich oft feststellen.

Gruppe 3: Symptomatische Psychosen im Wochenbett.

Das gemeinsame aller Fälle dieser Gruppe ist die, wenigstens zeitweise bestehende, überwiegend „exogene *Symptomatik*“. Insbesondere interessiert hier die Untergruppe a, da bei diesen P.-P. die für symptomatischen Psychosen gestellte Forderung nach einer greifbaren körperlichen Erkrankung erhebliche Schwierigkeiten ergibt. Bei den 11 Fällen dieser Untergruppe ließ sich eine somatische Störung als auslösende Ursache nicht feststellen. Das Wochenbett als solches kann nicht ohne weiteres zur Klärung der Ätiologie herangezogen werden, da es sich ja dabei um einen physiologischen Vorgang handelt. Jedoch sei der Hinweis auf die nicht seltenen psychischen Störungen während des menstruellen Zyklus gestattet, ohne auf die hier zu beobachtenden hormonalen und zentral-nervösen Zusammenhänge näher einzugehen. Die innersekretorische Umstellung und ihre Rückwirkungen auf das Zentral-Nervensystem sind sicher in der Zeit nach der Geburt viel eingreifender und umfassender als während der Menstruation. Also wird man auch im Puerperium mit einer größeren Wahrscheinlichkeit mit häufigeren und schwereren Psychosen rechnen müssen als während des menstruellen Zyklus. Ihre Entstehung darf man sich allerdings nicht einfach und allein aus einer erregenden oder vergiftenden Wirkung endokriner Stoffe auf das Gehirn vorstellen. Sonst müßten weit mehr Frauen im Wochenbett psychotisch werden. Auch hier spielt die Anlage und Disposition eine erhebliche Rolle, worauf F. A. KEHRER schon 1924 hinwies. Er betont, daß bei den meisten der in den Generationsphasen auftretenden Psychosen die Veranlagung mit der zu endogenen und reaktiven Psychosen gleichzusetzen ist. Lediglich die Wechselwirkungen von körperlichen und seelischen Faktoren, die normalerweise bei den Generationsvorgängen auftreten, bedingen ein häufigeres Auftreten psychischer Störungen als in anderen Lebensabschnitten der Frau. Wenn SCHRÖDER (und vor ihm schon BUMKE) meinte, das Wochenbett als solches mache ohne infektiöse Komplikationen keine psychotischen Bilder von der Art exogener

Reaktionstypen, so widersprechen dem unsere Beobachtungen, von denen hier aus Raumgründen nur 3 in Stichworten mitgeteilt werden.

R. B. (3367). Familienanamnese: 2 Schwestern leiden zeitweilig an Erregungs- und Verwirrheitszuständen. Bei der Pat. selbst begann nach der 1. Geburt, am 8. Wochenbettstag, ohne nachweisbare körperliche Störungen eine Psychose. Klinikaufnahme 14 Tage post partum. Verwirrheitszustand, Rededrang, manische Grundhaltung. Dauer der Psychose 2 Monate. Katamnese nach 13 Jahren: Keinerlei psychische Erkrankung mehr durchgemacht. Keine Defektsymptome.

A. J. (2714). Familienanamnese: Mutter macht nach der 4. Geburt eine Psychose durch. Pat. wurde am 5. Wochenbettstag nach dem ersten Partus plötzlich erregt und verwirrt. Wegen anhaltender Unruhe und zunehmender Verwahrlosung erfolgte 6 Wochen nach der Geburt Klinikaufnahme. Internistisch und neurologisch o. B. Starke psychomotorische Erregung mit Rededrang, aggressivem und negativistischem Verhalten, völlige Verwirrtheit. Dauer der Kliniksbehandlung 5 Monate. Entlassung gegen Revers. Katamnese nach 14 Jahren: Damals nur allmähliche Beruhigung. Dann nie mehr psychisch krank. Keine weiteren Geburten.

M. B. (1974). Familienanamnese: o. B. Mit 27 Jahren Heirat. 1 Jahr später Zangengeburt ohne weitere Komplikationen. In der 2. Woche post partum Beginn einer Psychose. Klinikseinweisung. Verwirrheitszustand, halluzinatorisches Delir. Nach 4 Monaten Abklingen der Psychose mit leicht depressivem Zustand. Entlassung gegen Revers. Katamnese 15 Jahre später: Die damalige Psychose klang zu Hause nach 4 Wochen nach Wiedereintritt der Regel erst völlig ab. Keine weiteren psychischen Erkrankungen mehr. Keine 2. Schwangerschaft.

Wie bei diesen 3 Fällen, so ließen sich auch bei den übrigen 8 dieser Untergruppe keine somatischen Erkrankungen nachweisen, die als hinreichender Grund für die Auslösung der Psychose exogenen Gepräges gelten könnten. Bei der Beantwortung der Frage nach der Ursache kommt man hier über Vermutungen nicht hinaus.

Dagegen weisen die 12 Fälle der Untergruppe b körperliche Störungen auf, die, in mehr oder minder deutlichem Zusammenhang mit Anlage oder Konstitution, für den Ausbruch der Psychose verantwortlich zu machen sind, zumal die nach vielen Jahren erhobenen Katamnesen keine Hinweise für das Vorliegen einer endogenen Erkrankung geben. Zumeist handelt es sich um Komplikationen wie Puerperalinfection, Mastitis, Mammaabsceß, Venenthrombose, Eiterung der Kaiserschnittsnarbe, Nieren- und Blasenerkrankung, Verschlimmerung einer schon vorher bestandenen Herzerkrankung und Pneumonie.

Noch deutlicher erscheint der Zusammenhang zwischen körperlicher und psychischer Erkrankung in den 14 Fällen der Untergruppe c. Auch hier sind es zumeist wieder durch die Generationsvorgänge bedingte somatische Störungen der vorhin erwähnten Art, die die Psychose in Gang setzten und im Verlauf von Tagen bis Monaten zum laetalen Ausgang führten. Daneben gibt es in dieser Untergruppe auch wieder einige wenige Fälle, in denen andere schon vorher bestehende körperliche Erkrankungen (Mitralinsuffizienz, Coronarsklerose, Lungen-Tbc.) infolge Verschlimmerung im Wochenbett ursächlich für die Psychose und den

tödlichen Verlauf in Frage kommen. In einem Falle (I. T. 1989) aber läßt sich weder für die Psychose, noch für den 2 Monate nach dem Auftreten der ersten geistigen Störungen und 5 Monate nach dem 2. Partus erfolgten Exitus letalis eine somatische Grundlage finden. Die Unmöglichkeit einer Katamnesierung läßt in allen 14 Fällen dieser Untergruppe natürlich die Frage offen, ob sich nicht bei der einen oder anderen Kranken doch noch im weiteren Verlauf eine endogene Erkrankung herausgestellt hätte.

Dagegen konnte an Hand der Katamnesen für die anderen 50 Fälle von P.-P. die Unterscheidung zwischen endogen und exogen mit ziemlicher Sicherheit getroffen werden. Es handelt sich dabei in 27 Fällen (= 54 %) um endogene (davon 15 Fälle = 30 % Schizophrenien) und in 23 Fällen (= 46 %) um exogene Psychosen. Diese Zahlen stehen im Gegensatz zu denen, die HESS an 180 P.-P. einer Anstalt erhielt. Sie kommt zu dem Schluß, daß man die defektlos abgeheilten Psychosen, die als P.-P. zu bezeichnen seien, auf einige wenige Fälle einengen könne. Über 50 % der Fälle rechnet HESS der Schizophrenie zu. 22 Fälle, bei denen im Wochenbett Komplikationen bestanden, werden als gewöhnliche symptomatische Psychosen bezeichnet. Der Unterschied der Ergebnisse kann da durch erklärt werden, daß HESS Anstaltspatientinnen untersuchte, während es sich bei uns um klinisch beobachtete Fälle handelt.

Soweit es sich nicht um ausgelöste endogene Phasen oder Schübe handelt, ist die Prognose der P.-P. relativ günstig, wie aus den folgenden 2 Tabellen ersichtlich ist.

Tabelle 1. *Bei der Entlassung aus der ersten Beobachtung.*

Gruppe	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben
1	—	10	5	—
2	3	9	—	—
3a	1	8	2	—
3b	3	8	1	—
3c	—	—	—	14
Zusammen	7	35	8	14

In Tab. 1 ist die Zahl der Geheilten mit 7 relativ gering. Dagegen wurden 35 Gebesserte errechnet. Von diesen stellt sich ein großer Teil bei längerer Beobachtung als dauernd geheilt heraus, während einige Fälle später rezidierten und einen eindeutigen Ausgang in eine endogene Dauererkrankung zeigten. Von den 15 Fällen der Gruppe 1 starben 5 Kranke später während der Psychose in einer Anstalt oder einem Krankenhaus. In Tab. 2 können die rezidivierenden Fälle der Gruppe 3b als zu den Dauerheilungen gezählt werden, da sie später längere Jahre

ohne psychotische Erscheinungen und frei von Defektsymptomen waren. Zusammengefaßt ergeben sich so nach den Katamnesen, daß von insgesamt 64 P.-P. 31 geheilt wurden, 14 ungeheilt blieben und 19 starben.

Tabelle 2. Bei der Nachuntersuchung.

Gruppe	Dauerheilung	Rezidive		Ungeheilt		Gestorben
		endogene Psychose	exogene Psychose	häusliche Pflege	dauernde oder vorübergehende Anstaltsbehandlung	
1	—	7	—	4	6	5
2	8	4	—	3	1	—
3a	11	—	—	—	—	—
3b	10	—	2	—	—	—
3c	—	—	—	—	—	14
Zus.:	29	11	2	7	7	19

HOPPE meinte einen Einfluß des Lebensalters der Patientinnen und der Anzahl der Wochenbetten auf die Art der Psychose feststellen zu können: Bei den Jüngeren und Erstgebärenden trete häufiger eine akute Verwirrung (Amentia) auf, während bei den Mehrgebärenden zumeist eine Melancholie angetroffen werde. In der folgenden Zusammenstellung haben wir die 64 Fälle von P.-P. nach dem Lebensalter und der Anzahl der Wochenbetten tabellarisch geordnet.

Tabelle 3.

Gruppe	Lebensalter bei der 1. Kliniksbehandlung wegen Wochenbettspsychose				Nach der wievielten Geburt trat die Psychose auf?				
	20—24 Jahre	25—29 Jahre	30—35 Jahre	älter als 35 Jahre	1.	2.	3.	4. od. 5.	nach einer spät. Geburt
1	—	6	5	4	3	2	4	3	3
2	—	5	6	1	7	2	3	—	—
3a	3	1	6	1	7	2	—	1	1
3b	2	2	6	2	5	4	2	—	1
3c	2	5	5	2	7	3	2	1	1
Zus.:	7	19	28	10	29	13	11	5	6
%:	11%	30%	44%	15%	45%	20%	17%	8%	10%

In der Gruppe 3c ist in der Rubrik der 20—24jährigen auch ein Fall aufgeführt, bei dem die Psychose im 16. Lebensjahr auftrat.

Auffallend erscheint, daß in den Gruppen der endogenen Psychosen kein einziger Fall in der Altersstufe 20—24 Jahre beobachtet wurde. Symptomatische Psychosen finden sich dagegen in diesem Lebensabschnitt unter 37 Fällen 7 mal (=19%). Der Hauptanteil sowohl der endogenen wie auch der exogenen Psychosen entfällt auf die Jahre

25—35, und zwar etwa 70—80%. Diese Tatsache ist leicht erklärt dadurch, daß in diesen Zeitabschnitt auch zumeist die ersten Geburten fallen, in denen eine Häufung des Psychoseausbruches beobachtet wird.

In unserem Material betreffen 45% aller Fälle *Primiparae*. Auch das 2. und 3. Wochenbett zeigt noch eine relativ große Häufigkeit hinsichtlich des Auftretens einer Psychose (20 und 17%). In der Gruppe der im Wochenbett ausgelösten schizophrenen Schübe trat die Erkrankung in 9 Fällen nach einer der ersten 3 Geburten, in 6 Fällen dagegen nach späteren Geburten auf. In der Gruppe 2 (Depressionen) wurde die Psychose in allen Fällen bei einer der ersten 3 Geburten beobachtet, in 7 Fällen bei *Primiparae*. Unsere Beobachtungen widersprechen also denen HOPPEs.

Läßt man bei der folgenden Überlegung die 14 tödlich verlaufenen Fälle weg, so ergibt sich, daß von insgesamt 50 Patientinnen 11 nach dem ersten, je 2 nach dem zweiten oder dritten psychotisch verlaufenen Wochenbett weitere Geburten durchmachten, bei denen nur in 2 Fällen Rezidive auftraten. Es scheinen also in der Tat die ersten Wochenbetten den Psychoseausbruch mehr zu begünstigen als die folgenden. Eine weitere Zusammenstellung soll über den Beginn post partum und über die Dauer der Psychose unterrichten.

Tabelle 4.

Gruppe	Beginn der Psychose post partum				Dauer der Psychose			
	in der 1. Woch.	bis zu 4 Woch.	bis zu 3 Mon.	später als 3 Monate	bis zu 4 Woch.	bis zu 3 Mon.	bis zu 6 Mon.	länger als 6 Monate
1	4	8	2	1	2	3	4	6
2	3	4	4	1	3	4	4	1
3a	6	2	3	—	2	3	3	4
3b	4	8	—	—	2	5	3	1
3c	5	7	2	—	10	4	—	—
Zus.:	22	29	11	2	19	19	14	12

In allen Gruppen trat die Psychose zumeist in den ersten Wochen nach der Geburt auf. Exogene Reaktionstypen begannen in keinem Fall später als 3 Monate post partum. Jedoch haben wir nicht den Eindruck, daß sich bestimmte Gesetzmäßigkeiten aus dem Beginn der Psychose ableiten lassen, insbesondere nicht in der Weise, daß endogene Psychosen erst relativ spät, exogene dagegen in den ersten Tagen oder Wochen post partum zum Ausbruch kommen. Die *Dauer* der Psychose ist sehr unterschiedlich: in allen Gruppen kommen Fälle mit mehrwöchiger bis vielmonatiger Dauer vor. Von den symptomatischen Psychosen dauerten nur einige wenige länger als 6 Monate. Auch in diesen seltenen Fällen trat später völlige Heilung ein.

In der folgenden Tabelle ist die erbliche Belastung für die einzelnen Gruppen getrennt aufgeführt. Die Schwangerschaftspsychosen sind unter A mit angegeben. Vereinzelt kommen Überschneidungen dadurch vor, daß in manchen Fällen eine erbliche Belastung mit verschiedenen Psychosen nachzuweisen ist.

Tabelle 5. (*Erbliche Belastung.*)

Gruppe	Zahl der Fälle	Schizophrenie	M. d. I.	Puerperalpsychosen	Geistesstörung unklarer Art	Psychopathie	Nicht nachgewiesen
A	6	—	3	—	—	—	3
1	15	4	2	—	2	4	3
2	12	1	1	—	3	4	3
3a	11	3	—	2	2	—	6
3b	12	1	2	1	3	—	6
3c	14	—	1	1	1	1	10
Zus.:	70	9	9	4	11	9	31

Irgendwelche deutliche Gesetzmäßigkeiten lassen sich aus dieser Tabelle nicht ersehen. Auffällig erscheint nur, daß in den Gruppen mit vorwiegend exogener Symptomatik in 4 Fällen in der Familienanamnese Puerperalpsychosen angegeben wurden, dagegen in den anderen Fällen keinmal. Allerdings ist das Vorkommen endogener Erkrankungen in der Familie der Fälle von symptomatischen Psychosen nicht weniger häufig als in denen mit endogener Symptomatik und Verlaufsform. Eine auffallend geringe erbliche Belastung zeigen die Kranken, bei denen die Psychose letal endete.

Faßt man die Fälle mit nachgewiesener erblicher Belastung der symptomatischen Psychosen zusammen und stellt sie denen der andern Gruppen gegenüber, so ergibt sich ein Verhältnis von 16:23. Dagegen ist das absolute Zahlenverhältnis dieser Gruppe 38:32.

In einer anderen Zusammenstellung, die aus Raumgründen hier nicht ausführlich wiedergegeben werden kann, haben wir die Frage der mehrfachen psychotischen Erkrankung und der psychopathischen Konstitution unserer Patientinnen untersucht. Dabei ergab sich, daß mehrfache psychische Erkrankungen oder psychopathische Reaktionen bei den exogenen Psychosen in 24 Fällen, bei den andern Fällen nur 5 mal *nicht* nachzuweisen waren.

Es soll zugegeben werden, daß die Tabelle der erblichen Belastung nicht ganz den tatsächlichen Gegebenheiten entspricht. Bei einer sicherlich nicht geringen Anzahl der Kranken sind die Angaben über das Vorkommen von Geistesstörungen in der Familie teils ungenau, teils lückenhaft. Immerhin lassen unsere Zusammenstellungen den Schluß zu, daß

die erbliche Belastung und die angeborene Veranlagung bei den symptomatischen Psychosen von geringerer Bedeutung ist als bei den endogenen Geisteskrankheiten.

Schließlich sollen noch in einer Zusammenstellung die bei der Erst-erkrankung gestellten Diagnosen denjenigen gegenübergestellt werden, die sich nach der Katamnese ergeben. Aus Raumgründen werden nur deutlich differierende Fälle aufgeführt. In der weitaus größten Mehrzahl der Fälle konnte nach Erhebung der Katamnese die Erstdiagnose bestätigt werden. Zu beachten ist noch, daß mehrfach bei der Ersterkrankung lediglich eine Zustandsdiagnose gestellt wurde.

Tabelle 6.

Fall	Erstdiagnose	Katamnese n.	Ergebnis der Katamnese
1. E. B. (2004)	Schizophrene Psychose im Wochenbett	15 Jahren	nicht wieder psychisch krank
2. Ä. K. (2288)	Symptomatische Psychose	26 Jahren	Schizophrenie
3. J. W. (3162)	Lactationspsychose (Schizophrenie)	13 Jahren	nicht wieder psychisch erkrankt
4. M. D. (3855)	Puerperale Schizophrenie	12 Jahren	nicht wieder psychisch erkrankt
5. A. S. (4650)	Postpuerale Psychose (paranoide Reaktion)	11 Jahren	Schizophrenie
6. A. H. (5056)	Postpuerperaler Angstzustand	11 Jahren	Schizophrenie
7. A. O. (5878)	Rezidiv. schizoforme Reaktion auf Wochenbett	10 Jahren	Manisch-depressives Irresein
8. M. B. (6241)	Rezidivierende Generationspsychose	9 Jahren	Schizophrenie
9. I. S. (7983)	Puerperalpsychose. Schizophrenia incipiens	6 Jahren	nicht wieder psychisch erkrankt

Zusammenfassung.

In der vorliegenden Arbeit werden Katamnesen über 6 Fälle von Schwangerschafts- und 64 von Puerperal- und Lactationspsychosen besprochen. Mit der Bezeichnung „Generationspsychose“ wird keine Erkrankung sui generis vorweggenommen, sondern sie betont nur den zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Ausbruch einer Psychose und einer Generationsphase.

Bei den Schwangerschaftspsychosen handelt es sich in einem Fall um eine symptomatische Psychose bei Pneumonie, in 2 Fällen um

depressive Phasen, in 2 Fällen um psycho-reaktive, depressiv-hypochondrische Zustandsbilder und in einem weiteren Fall um eine verworrene Manie.

Die im Wochenbett und in der Lactation aufgetretenen Psychosen wurden unter der Bezeichnung „Puerperalpsychosen“ zusammengefaßt, da für sie die gleichen klinischen und ätiologischen Gegebenheiten gelten. Bei den Puerperalpsychosen handelt es sich in 15 Fällen um ausgelöste oder rezidivierende schizophrene Schübe und in 12 Fällen um manisch-depressive Phasen oder Verstimmungszustände. Bei den übrigen 37 Fällen trat die Psychose, die hier eine überwiegend exogene Symptomatik hatte, 11 mal ohne eine Komplikation des Wochenbettes auf. Von den 26 Kranken mit Komplikationen im Puerperium starben 14 während der Psychose, die andern 12 Patientinnen wurden geheilt.

Die im Wochenbett oder in der Lactation auftretenden endogenen und exogenen Psychosen unterscheiden sich nicht wesentlich von den außerhalb der Generationsphasen zu beobachtenden Geistesstörungen gleicher Art. Für sie gelten auch die gleichen Erblichkeitsbedingungen.

Das relativ häufige Auftreten von Wochenbettpsychosen wird dadurch erklärt, daß in dem allgemein psychosegefährdeten Lebensabschnitt zwischen dem 25. und 35. Lebensjahr auch die meisten Geburten stattfinden.

Es wird besprochen, wie weit den Generationsvorgängen mit ihren hormonalen Umstellungen und den körperlichen und seelischen Belastungen ein begünstigender Einfluß auf die Auslösung endogener Psychosen und eine ursächliche Bedeutung für das Auftreten exogener Psychosen zuerkannt werden kann.

Die Nachprüfung nach längeren Jahren (Katamnese) ergab, wenn auch in relativ wenigen Fällen, daß die Erkrankung einen anderen Verlauf nahm, als nach dem bei der ersten klinischen Beobachtung gebotenen psychotischen Bild vermutet wurde, sei es, daß eine angenommene symptomatische Psychose später sich als eindeutig endogen erwies oder daß bei zunächst als schizophren angenommenen Psychosen auch über lange Jahre hin kein weiterer Schub oder Defektsymptome beobachtet wurden. Die Prognose der Puerperalpsychosen ist relativ günstig. Todesfälle sind aber infolge des Zusammentreffens schwerer psychischer Störungen mit eingreifenden körperlichen Erkrankungen nicht selten.

Literatur.

- BECKMANN, E.: Allg. Z. Psychiatr. 113, 239 (1939). — BONHOEFFER, K.: Mschr. Psychiatr. 88, 201 (1934). — BOSTROEM: Arch. f. Psychiatr. 76, 671 (1928). — EWALD, G.: Generationspsychosen. In Bumkes Hdb. der Geisteskrankheiten, Bd. VII, S. 118. — Psychosen bei akuten Infektionen. Im Hdb. der Geisteskrankheiten von Bumke. Erg.Bd. 1. Teil, 1939. — HESS, M.: Inaug.-Diss. München 1938. Ref. bei U. FLECK, Symptomatische Psychosen, Fortschr. der Neurol. u.

Psychiatrie 1942. — HOPPE, H.: Arch. f. Psychiatr. **25**, 137 (1893). — KEHRER, F. A.: Die Veranlagung zu den sog. Generationspsychosen. In der Monographie: Die Veranlagung zu seelischen Störungen. Berlin: Springer 1924. — KRISCH: Abhdlg. a. d. Neurologie, Psychiatrie usw. H. 9. Berlin: Karger 1920. — LUXEMBURGER, H.: Die Vererbung der psychischen Störungen. Im Hdb. der Geisteskrankheiten von Bumke. Erg. Bd. 1. Teil, 1939. — MEGGENDORFER, F.: Erbpathologie der Psychosen. Im Hdb. der Erbbiologie des Menschen. 2. Teil, 1939. — MEYER, E.: Arch. f. Psychiatr. **48**, 159 (1911). — ROEMER, H. jun.: Z. Neurol. **155**, 555 (1936). — SCHEID, K. F.: Z. Neur. **162**, 564 (1938). — SCHNEIDER, K.: Beiträge zur Psychiatrie. Im Kapitel: Der Aufbau der körperlich begründeten Psychosen. Stuttgart: Thieme 1948. — Z. Neur. **127**, 725 (1930). — SCHRÖDER, P.: Allg. Z. Psychiatr. **104**, 177 (1936). — WESTPHAL, K.: Z. Neur. **164**, 417 (1939).

Dr. J. SCHWINGENHEUER, (21a) Münster/Westf., Universitäts-Nervenlinik.