

Aus der Klinik für Psychiatrie und Neurologie „Hans Berger“
der Friedrich Schiller-Universität Jena
(Direktor: Prof. Dr. v. KEYSERLINGK)

Zum Krankheitsbild der Wochenbettpsychosen

Von

H. v. KEYSERLINGK

(Eingegangen am 23. September 1962)

Die Puerperal- und Lactationspsychosen oder, wie wir besser sagen, die Wochenbettpsychosen (W. P.) haben seit der klassischen Arbeit von FÜRSTNER 1875 wiederholt eine mehr oder weniger ausführliche Darstellung erfahren. In den älteren Arbeiten werden die Infektionspsychosen auf dem Boden puerperaler Komplikationen mit den W. P. im engeren Sinne gemeinsam behandelt. Diese Fälle wird man aber ohne Bedenken den symptomatischen Psychosen zuordnen können. Sie sollen uns hier nicht weiter beschäftigen.

Schon FÜRSTNER beschrieb depressive und manische Bilder, von denen er zusammenfassend sagte: Den anfallenden Formen der Manie und Melancholie im Puerperium sei eine jede Spezifität abzusprechen, doch müsse bei den Psychosen eine besonders günstige Prognose gestellt werden. Hinzu kamen Fälle, die damals unter der Diagnose „Manie“ geführt wurden, und die durch heftigste motorische Erregung, Sinnestäuschungen und paranoide Gedanken auffielen bei ängstlich-depressiver Stimmung. Diese Zustände lebhafter Unruhe wurden von einem stuporösen Verhalten abgelöst. Schließlich wurden die Kranken ruhiger, die Sinnestäuschungen gingen zurück, und es kam zu einer weitgehenden Genesung. Diese Fälle meinte er auf Grund der das Krankheitsbild beherrschenden Halluzinationen nicht mehr den manischen zuordnen zu können, sondern bezeichnete sie als das „Halluzinatorische Irresein der Wöchnerinnen“. RUNGE, der sich 1911 ebenfalls eingehend mit den Generationspsychosen beschäftigt hatte, sprach von zwei Gruppen, den *symptomatischen*, auf Grund von Intoxikationen und Infektionen und den *idiopathischen*, deren Ursache letztlich unbekannt sei. Er rechnete dazu die Katatonien, die Melancholien und Manien sowie die Hysterie- und Epilepsiepsychosen. Auf letztere brauchen wir nicht einzugehen, denn Hysteriepsychosen diagnostizieren wir nicht mehr, und der Kreis der Epilepsiepsychosen würde den symptomatischen zuzurechnen sein. Es blieben die Melancholien und Manien sowie — seinerzeit 1911 — in Anlehnung an das Krankheitsbild der Dementia praecox die Katatonien, bei denen die katatone Gruppe die größte war. RUNGE unterschied eine stuporöse, katatone, erregte, paranoide und depressive Form. Von 33 Fällen dieser Gruppe wurden 14 gebessert und 14 ungebessert entlassen, 2 starben, und 3 Fälle blieben unbekannt. Faßte er alle Puerperal- und Lactationspsychosen zusammen, insgesamt 69, sah er 43 günstig und 26 ungünstig verlaufende. Bei den ungünstigen stellt die Katatonie den größten Teil. Als ungünstig sah er die Fälle an, die zu Hause oder in Anstalten keine oder nur noch geringe Arbeit leisten konnten.

Bevor wir auf die Zuordnung der W. P. zu den großen Gruppen psychischer Störungen eingehen, wollen wir uns erst dem klinischen Bild und der Symptomatologie derselben zuwenden. Von 1935—1959 wurde in Jena bei insgesamt 15104 psychiatrischen Frauenaufnahmen in 72 Fällen die Diagnose einer W. P. gestellt. Sechs Fälle, die ebenfalls unter dieser Diagnose geführt wurden, sollen nicht Berücksichtigung finden. Es waren symptomatische Psychosen bei Puerperalsepsis mit hohen Temperaturen, die verstarben. Demnach entspricht der prozentuale Anteil der W. P. 0,48% der Gesamtaufnahmen. ENGELHARDT fand unter 19910 Geburten 0,14% Wöchnerinnen, die psychotisch wurden.

Von unseren 72 Frauen verstarben vier. Bei zwei Fällen, die 1936 und 1938 in der Klinik lagen, wurde eine durch die Entbindung ausgelöste tödliche Katatonie mit schwerster Erregung, die nicht zu beherrschen war, angenommen. Eine 36jährige, die bisher nicht psychisch auffällig war, bot nach der 6. Entbindung, 1936, das Bild einer Motilitätspsychose, die während der Behandlung zum Abklingen kam. Wie die Nachforschungen ergaben, verstarb sie 1939. Ebenfalls verstarb 1 Jahr nach der Entlassung aus der Klinik eine 40jährige, die ein gehemmt-stuporös-halluzinatorisches Bild bot und bei der auch an eine Schizophrenie gedacht wurde. Über die Todesursache war bei beiden Fällen nichts zu erfahren.

Von den verbliebenen 68 Frauen lag es uns daran, durch *kata-mnestische Erhebungen* zu erfahren, wie sich deren Gesundheitszustand nach der Entlassung entwickelt hatte. Bis auf einen ganz geringen Teil konnten die Frauen gebessert entlassen werden. Vier Frauen wurden vorzeitig von ihren Angehörigen nach Hause genommen, ohne daß eine wesentliche Besserung bisher zu beobachten gewesen wäre. Im wesentlichen boten sie depressiv-stuporös-mutistische Bilder. Bei diesen Fällen wird man annehmen können, daß es im Laufe der Zeit doch wohl zu einer Rückbildung der psychotischen Erscheinungen kam. Einen eindeutigen Ausgang in eine Schizophrenie sahen wir nur in einem Fall.

Eine 28jährige Erstgebärende (E.Sch., Kr. G. 33853) bekam etwa 10—14 Tage nach ihrer ersten Entbindung, am 2.5.1951, Schwindelgefühl und Angst, sie war unruhig und schlief schlecht, glaubte, an den „schwersten Krankheiten“ zu leiden, verlor den Appetit. 3 Monate später Zunahme der schon seit der Entbindung bestehenden depressiven Verstimmung. Um die Pat. abzulenken, wurde eine Reise nach Thüringen angetreten. Wegen völliger Schlaflosigkeit, akustischer Halluzinationen und Verfolgungsgedanken wurde sie uns eingewiesen. Bei der Aufnahme berichtete sie, sie höre dauernd über ihre Krankheit sprechen, fühle sich hypnotisiert und meinte, man gebe ihr Gift ein, Giftgase würden in ihr Zimmer eingeblasen, um sie zu töten. Es wurden zwei E.-Schocks vorgenommen und eine Insulinkur angefangen. Bei der Entlassung am 13. 9. 1951 hörte sie zwar noch Stimmen und war ängstlich. Die Stimmen kamen aber aus weiter Ferne, und die Pat. war im Wesen im ganzen ruhiger. Sie wirkte nicht gröber kontaktgestört, war warmherzig

und gemütlich gut ansprechbar, so daß gewisse Bedenken bestanden, die schizophren gefärbte Psychose, die sich im Anschluß an das Wochenbett entwickelte, schon als Schizophrenie zu bezeichnen. Bei den im Dezember 1959 angestellten Nachforschungen ergab es sich, daß sie in den Jahren 1953—1957 insgesamt fünfmal in demselben psychiatrischen Fachkrankenhaus, jedesmal mehrere Monate, gelegen hatte. Dort wurde eine seit 1951 bestehende schizophrene Erkrankung, die in mehreren Schüben auftrat, angenommen; sie hatte in immer stärkerem Maße zu bleibenden Veränderungen im Sinne eines Persönlichkeitsdefektes geführt. Zur Zeit der Nachfrage bestanden noch akute Krankheitserscheinungen von wechselnder Intensität.

Der Krieg und die nachfolgenden Jahre mit der starken Fluktation der Bevölkerung erschwerten die Nachforschungen erheblich. Von 23 Frauen erhielten wir keine Antwort. Werfen wir noch einen Blick auf diese Fälle. Unter ihnen befinden sich bereits die oben erwähnten 4 vorzeitig entlassenen Frauen. 19 waren bei der Entlassung deutlich gebessert, von diesen boten 10 der Symptomatik nach das Bild einer Misch- bzw. Motilitätspsychose. Sie zeigten im Wechsel ein ängstlich-gehemmt-depressiv-stuporöses Verhalten, dann wieder heftigste hyperkinetische Erregung mit einer gewissen affektiven Zuwendung zur Umwelt und gelegentlich halluzinatorische Phänomene, Bilder, die z.B. von RUNGE in die Gruppe der Katatonien eingeordnet wurden. Bei vier Frauen bestand eine rein ängstlich-gehemmte Depression, während bei 5 Fällen im Vordergrund ein depressives Bild stand, in das aber auch paranoide Züge und kurz dauernde halluzinatorische Erlebnisweisen hineinspielten. Diese Fälle zeigen bereits die bunte Vielfalt der Symptomatik der W.P., die FÜRSTNER in seiner klassischen Arbeit schon sehr schön herausgearbeitet hat und auf die wir noch später zu sprechen kommen werden.

Bei den katamnestischen Erhebungen gingen wir davon aus, nach Möglichkeit die Frauen noch einmal nachzuuntersuchen, mußten aber doch bei einem großen Teil darauf verzichten. Hierbei ist auch zu bedenken, daß die seinerzeit von RUNGE vor gut 50 Jahren angeführten Gründe, die sich für eine Befragung mit Hilfe eines Fragebogens aussprachen, heute noch Gültigkeit haben. Im einzelnen fragten wir nach ähnlichen Erkrankungen und eventuell nervenärztlicher Behandlung in der Zwischenzeit, nach weiteren Schwangerschaften und deren Verlauf, nach der Arbeitsfähigkeit mit näheren Einzelheiten und schließlich noch nach Verstimmungszuständen, Schwermut, Angst, Unruhe usw. In den 45 Fällen, von denen wir eine Antwort erhielten, schrieben die Frauen selbst, machten eingehende Angaben an Hand des Fragebogens, und ein großer Teil berichtete in einem beigefügten Brief oder in zugefügten längeren Ausführungen noch eingehend über sich und ihr Befinden. Anscheinend wurde die Anfrage nicht als unangenehm empfunden. In einigen Fällen war es uns auch möglich, auf Grund der Angaben über weitere Krankenhausaufenthalte die entsprechenden Unterlagen zu-

zuziehen. Bei den uns unklar erscheinenden Fällen bestellten wir die Frauen zu einer Nachuntersuchung in die Klinik. Auf diese Weise gewann man doch ein recht gutes Bild von dem jetzigen Befinden der früheren Patientinnen; denn wenn eine Frau selbst antwortet, zum Teil in einem ausführlichen Bericht, aus dem zu entnehmen ist, daß sie den Haushalt versorgen kann oder einer Arbeit nachgeht, ist unseres Erachtens der Schluß zulässig, daß man von einem günstigen Ausgang der Erkrankung sprechen kann, insbesondere, da wir ja bereits in den Krankenblättern und den Abschlußberichten einen guten Überblick über den Verlauf der Erkrankung und den Rückgang der psychotischen Erscheinungen hatten. Der weitaus größte Teil der Patientinnen wurde psychisch ausgeglichen und geordnet entlassen.

Von 45 Frauen, die auf die Anfrage geantwortet hatten, boten 22 das Bild einer meist ängstlich-gehemmten Depression, aber auch stuporös-mutistische, akinetische und ratlos-agitierte Züge ließen sich gelegentlich nachweisen, während eine hypochondrische Einstellung nur bei einer Patientin festzustellen war und eine Patientin kurz dauernde flüchtige Sinnestäuschungen bot. Die Suicidneigung war bei den Frauen sehr stark ausgeprägt. In 13 Fällen wurden Suicidgedanken zugegeben und zum Teil auch ein Suicidversuch unternommen, der dann letztlich den Grund zur Klinikaufnahme darstellte. Die depressiv-ängstlichen, bedrückenden Gedanken der Frauen kreisten in 10 Fällen, also fast der Hälfte, um das Kind, sie könnten es nicht stillen, es gedeihe nicht, sie kümmerten sich nicht genügend um dasselbe. Eine Frau, in deren Psychose anankastische Züge hineinspielten, fürchtete, sie könnte dem Kinde etwas antun. Eine andere litt unter dem Gefühl der Gleichgültigkeit dem Kinde gegenüber.

Wir wollen uns jetzt den restlichen 23 Frauen zuwenden. Dabei soll auf die eine Kranke, bei der es zur Ausbildung des schizophrenen Defektzustandes kam, und die schon oben näher besprochen wurde, nicht eingegangen werden. Werfen wir einen Blick auf die bei den Klinikaufnahmen gestellten Diagnosen, so wurde in 10 Fällen eine W. P. diagnostiziert und bei einigen hinzugefügt, daß eine schizophrene Symptomatik bestünde. In 9 Fällen lautete die Diagnose katatone Schizophrenie, in 3 Fällen Motilitätspsychose bzw. verworrene Manie. Wir sahen hier Bilder, die etwa der klassischen Schilderung von FÜRSTNER entsprachen. Bei 7 Frauen kam es zu Beginn der Psychose zu ängstlich-depressiven Verstimmungszuständen mit Versündigungsgedanken, Schlaflosigkeit, der Angst, sterben zu müssen, Ratlosigkeit und substuporösem Verhalten. Der Beginn unterschied sich nicht wesentlich von den oben beschriebenen Depressionen, doch kam es nach kurzer Zeit, meist nach einigen Tagen, zu ängstlich-agitiertem Verhalten, wenn nicht zu hochgradiger, kaum zu beherrschender

Erregung, verbunden mit meist akustischen, selten optischen Halluzinationen und paranoider Einstellung. Die hochgradige Erregung machte oft in schnellem Wechsel stuporösen bzw. mutistischen Verhaltensweisen Platz. Bei den übrigen 15 Frauen kam das depressive Moment der Erkrankung in der Klinik nicht so zum Ausdruck, wie bei den vorhergehenden. Sie waren bei der Aufnahme erregt und boten vielfach ein Bild, wie wir es bei der Katatonie sehen. Es wurde aus diesem Grunde verhältnismäßig oft die Diagnose einer katatonen Schizophrenie gestellt. Man muß sich allerdings bei diesen Fällen fragen, ob sich nicht zu Hause schon eine, wenn auch flüchtige, ängstlich-depressive Verstimmung als einleitendes Symptom der W. P. gezeigt hatte. Auffallend ist es in dieser Gruppe, daß bei der Mehrzahl der 22 Frauen auch während der schweren Erregungszustände ein Rest von Zuwendung zu den Vorgängen der Umgebung erhalten blieb und sie durch Äußerungen ein, wenn auch manchmal nur andeutungsweise zum Ausdruck kommendes, Interesse an der Außenwelt bekundeten, wie wir es bei unseren manischen Kranken sehen. Es wurde deshalb auch wohl in 3 Fällen eine Motilitätspsychose bzw. verworrene Manie diagnostiziert. Sehen wir uns einige Verläufe an, die seinerzeit als katatone Schizophrenie oder als W. P. mit schizophrener Symptomatik bezeichnet wurden, so hat man jetzt fast gewisse Bedenken, sie ohne weiteres in die Schizophrenie zu subsummieren.

Eine 25jährige Erstgebärende (U.S., Kr. G. 35321) erkrankte 1953, 10 Tage nach normaler Entbindung, ohne daß Temperaturen aufgetreten waren, an einer Psychose. Sie sprach dauernd, schrie und versuchte, die Gardinen herunterzureißen. In der Klinik sofort an der Umgebung interessiert, sprach ständig, sehr schnell, ideenflüchtig, fast zerfahren, dabei eindringlich, leidenschaftlich, bestimmt. In den ersten Tagen zunehmend zerfahren, mit meist freundlichem Gesichtsausdruck, bizarren Bewegungen. Streckte die Arme in die Luft, machte eigenartige schlangenhafte Bewegungen mit lebhaftem Spiel der Finger, strich die Haare über das Gesicht und schob mit graziösen, vorsichtigen Bewegungen die Haare von den Augen wie einen Vorhang beiseite. Wurde dann ganz autistisch und war in der 3. Woche des Klinikaufenthaltes ausgesprochen depressiv mit abnormem Deutungsbewußtsein. Im Laufe der nächsten Wochen lockerte sich ihr Verhalten auf, so daß sie in den letzten 3 Wochen des Klinikaufenthaltes vergnügt und aufgeschlossen war und psychisch unauffällig entlassen werden konnte. Seit der Entlassung war sie bis Ende 1959 immer gesund und voll arbeitsfähig.

Damals wurde die Diagnose einer W. P. mit schizophrener Symptomatik gestellt. Vielleicht wäre bei dem Krankheitsbild, besonders wenn man den Verlauf in der Klinik übersieht, die Annahme einer Motilitätspsychose gerechtfertigter gewesen.

Bei einer 21jährigen Erstgebärenden (U.S., Kr. G. 30958) kam es 8 Tage nach der Entbindung, die ohne Komplikationen, besonders ohne Fieber verlief, zu Erregungszuständen. Bezeichnete den Ehemann als „Hexe“, sprach dauernd vor sich hin, war nicht zu fixieren, aß nicht, „Mäuse“ seien im Essen. Kratzte an der Wand, weil „Mäuse“ drin seien. In der Klinik zuerst hochgradig erregt, zerriß Decken und

Matratzen, ließ unter sich und schmierte mit Kot. Unruhe nur durch Elektroschock-Behandlung zu dämpfen. Trotz der hochgradigen Erregung schien sie die Umgebung zu erkennen und die Vorgänge um sich richtig zu erfassen. Im Verlauf sehr wechselnd. Nach Abklingen der schwersten Erregung gleichgültig, uninteressiert, depressiv auch dem Kinde gegenüber. Dann wieder strahlend, heiter, manchmal vielleicht leicht mißtrauisch die Umgebung beobachtend, versteckte ihr Essen. Wirkte bei der Entlassung etwas still und gedrückt. Katamnestic war Ende 1959 zu erfahren, daß sie 1955 6 Wochen wegen eines „nervösen Schwächeanfalles“ mit der Arbeit ausgesetzt hatte, sonst aber voll arbeitsfähig gewesen war. Sie hatte 1955 und 1957 noch zwei Entbindungen durchgemacht, die ohne Störungen verliefen.

Auch hier wurde eine W. P. angenommen, aber der Verdacht auf eine Schizophrenie ausgesprochen. Der Verlauf war recht ähnlich dem ersten Beispiel, nur nicht ganz so bunt in der Symptomatik. In diesem Falle ist ebenfalls die affektive Seite der Persönlichkeit bei der Färbung der Psychose im Vordergrund stehend, da schon der Verlauf des Klinikaufenthaltes gewisse Zweifel an der Diagnose einer Schizophrenie aufkommen ließ, die sozusagen in Klammern mit Fragezeichen neben der Hauptdiagnose „Wochenbettpsychose“ angeführt wurde. Der weitere Verlauf spricht auch hier mehr für eine cycloide Psychose im Sinne LEONHARDS.

Als letztes Beispiel sei der Fall einer 27jährigen Zweitgebärenden (G.B., Kr. G. 13813) genannt. Die Pat. war ein geselliger, lebenslustiger Mensch, nicht empfindlich oder erregbar. 1925 erfolgte die Geburt des ersten Kindes, die normal verlief. Am 22. 1. 1927 zweite Entbindung ohne Komplikationen oder Fieber. Etwa 6—8 Wochen p. P. glaubte sie sich beobachtet und belauscht. 4 Tage vor der Klinikaufnahme, am 28. 1. 1928, nach einem Streit plötzlich starkes Herzklopfen, wollte vor das Haus laufen, meinte, es stürze ein (3 Tage vorher war im Ort ein Hauseinsturz), fürchtete, das Haus der Eltern brenne ab. Nach einer Injektion war sie am nächsten Morgen ganz vernünftig. Mittags wieder unruhig, rief nach dem Vater, beruhigte sich aber bald, war dann den ganzen nächsten Tag ausgeglichen und geordnet. Am Abend plötzlich wieder erregt, schlug um sich, schrie: „Vater, es brennt“. Hörte ihr Kind schreien (dieses war aber ganz ruhig). Rief: „Ich bin nicht verrückt!“ Am nächsten Tage machte sie mit dem Munde Sprechbewegungen, sagte nichts oder nur die Anfangssilben der Worte. In der Klinik unruhig, bettflüchtig, mußte mit der Sonde gefüttert werden, redete dauernd wirr und zusammenhanglos, aber mitunter an die Vorgänge der Umgebung anknüpfend. In den ersten Tagen sehr unruhig, nahm alle möglichen Stellungen im Bett ein, hängte sich z. B. mit dem Kopf nach unten über den Rand des Kastenbettes, sprach aber nur selten. Weinte dann wieder einige Tage, war unzugänglich, meinte, sie wisse gar nicht, was mit ihr geschehen sei, verstehe gar nicht, daß sie schwer krank sei. Dann plötzlich wieder schwer erregt, außer Bett, weinte und tanzte im Wechsel im Zimmer umher, war unsauber mit Stuhl und Urin, zog sich nackt aus, wälzte sich auf dem Fußboden, nahm die grotesksten Stellungen ein, streckte die Zunge lang heraus, riß an ihr, emaniert an ihren Brüsten, ließ sich aus dem Kastenbett fallen, verkannte Arzt und Schwester. Diese schwere Unruhe hielt etwa 4 Wochen an. Die Pat. wurde dann ruhiger, wirkte aber ratlos, gleichgültig, fast substuporös. Wurde vom Ehemann abgeholt. Die damalige Diagnose lautete „Katatonie“. 1938 erfolgte eine Begutachtung für das Erbgesundheitsobergericht. Wie der Ehemann angab, hatte sich der Zustand langsam gebessert. 1—2 Monate nach der Entlassung

hatte sie mit Hausarbeiten angefangen und war in der folgenden Zeit immer gesund und leistungsfähig. Sie war genauso lebenslustig wie seinerzeit vor der Psychose. Gegenüber der damaligen Erkrankung zeigte sie sich einsichtig, wußte sich an Einzelheiten zu erinnern, erkannte den Arzt. Im Wesen wirkte sie natürlich, ungehemmt mit entsprechendem Affekt. Die Annahme einer endogenen Psychose im Sinne des schizophrenen Formenkreises wurde abgelehnt. Katamnestic gab sie im Dezember 1959 an, sie sei in den folgenden Jahren immer leistungsfähig und lebenslustig gewesen.

Hier kam es bei der vorher gesunden, lebenslustigen Frau im Anschluß an eine Entbindung zu einer schweren, etwa 4 Monate dauernden, Psychose mit hochgradiger Erregung und zeitweiser Verknennung der Umgebung. Hinzu kamen lebhaft motorische Äußerungen, die in ihrer Art kataton wirkten und bei der Diagnose in diesem Sinne gedeutet wurden. Es fielen aber auch zahlreiche Züge auf, die hier mehr an eine Motilitätspsychose denken ließen. In dieser Richtung wäre die motorische Unruhe, verbunden mit zeitweise sehr sparsamem Sprechen, zu deuten, denn während des größten Teiles des Klinikaufenthaltes beschränkte sie sich auf wenige Sätze, so daß eine Unterhaltung nicht zu führen war. Eine Ausnahme bildeten die ersten Tage sowie eine kurze Zeitspanne nach der ersten schweren motorischen Erregung, in der sie sich in einer gewissen depressiven Grundstimmung, verbunden mit deutlicher Ratlosigkeit, mit ihrem Zustand zumindest innerlich auseinanderzusetzen versuchte. Beachtenswert war eine zeitweise Zuwendung zur Umwelt auch in der schwersten Erregung, wie wir es bei den anderen Frauen ebenfalls zum Teil beobachten konnten und die an manische Zustände erinnerten. Nicht ganz unbeachtet sollte man die Verknüpfung des Hauseinsturzes in ihrem Heimatort mit den psychotischen Gedankeninhalten lassen. Schließlich kamen hier noch Personenverknennungen auf dem Höhepunkt der Erregung vor, die wohl auf das völlige Hingegenommensein durch das psychomotorische Geschehen zu beziehen sind. Ferner wäre auch noch der starke Wechsel in der Symptomatik bei dieser Psychose zu unterstreichen.

Wenn hier die Bezeichnung „Motilitätspsychose“ für das psychische Zustandsbild der Hälfte unserer Fälle von W. P. verwendet wurde, sei ein kurzes Wort zu dem Begriff der Motilitätspsychose gestattet. WERNICKE prägte ihn als erster. KLEIST wies der Motilitätspsychose eine selbständige Stellung unter den endogenen Psychosen zu, indem er sie wegen des cyclischen Verlaufes, ihrer Heilbarkeit und durch das Nebenher gewisser emotionaler Symptome mehr zu den Psychosen des manisch-depressiven Kreises rechnete (EWALD), während damals mehr die Neigung bestand, sie den katatonen Schizophrenien zuzuordnen. LEONHARD behandelt sie mit der Angst-Glücks-Psychose und der erregt-gehemmten Verwirrtheit in seiner systematischen Einteilung unter den cycloiden Psychosen. Auch KLUGE wies auf Beziehungen zum manisch-

depressiven Kreis hin, und in ähnlichem Sinne äußerte sich BECKMANN. Indem wir diese Besonderheiten im Erscheinungsbild der W. P. unterstreichen, wollen wir gewisse Bedenken anmelden, die W. P. in den katatonen Schizophrenien aufgehen zu lassen, wie es vielfach auch früher an unserer Klinik geschah. Schon LEONHARD äußerte 1935 ähnliche Vorbehalte. Den W. P. scheinen gewisse Züge eigen zu sein, auf die oben bereits hingewiesen wurde und die in einem vorwiegend depressiven aber auch erregt-stuporös-halluzinatorischen und paranoiden

Tabelle 1. *Alter der Frauen zur Zeit der Erkrankung*

Alter (Jahre)	Katamnese erhalten	Keine Katamnese erhalten	Verstorben	Gesamtzahl	FÜRSTNER
—19	2	—	—	2	3
20—24	10	8	1	19	13
25—29	19	9	1	29	
30—34	10	5	—	15	15
35—39	3	1	1	5	
40—44	1	—	1	2	
Gesamtzahl	45	23	4	72	31

Verhalten bestehen, wenn wir eine bereits mit systematisch-klassifizierenden Gehalten belastete Bezeichnung, wie z. B. Motilitätspsychose, vermeiden wollen.

Untersuchen wir das Alter der Frauen, die an einer W. P. erkrankten, so können wir die beiden von uns getrennt besprochenen Gruppen gemeinsam behandeln, da sich die vorwiegend depressiven Verläufe von den im wesentlichen lebhaft bewegten der anderen Gruppe in bezug auf die altersmäßige Verteilung nicht wesentlich unterscheiden. Die folgende Tabelle gibt hierüber Aufschluß (Tab. 1).

Aus unserer Aufstellung ist zu ersehen, daß der weitaus größte Teil der Frauen vor dem 35. Lebensjahr an einer W. P. erkrankte. Dieses entspricht der Beteiligung der 20—35 Jahre alten Frauen an den Geburten überhaupt. Sehen wir uns noch an, nach welchen Schwangerschaften sich eine Psychose entwickelte, so fällt die starke Beteiligung der Erst- und Zweitgebärenden auf, auf die bereits FÜRSTNER und RUNGE hinwiesen. Es fanden sich unter unseren W. P. 45 Erstgebärende und 16 Zweitgebärende, damit können wir auch an unseren Fällen diese Erfahrung bestätigen. Bei zwei Frauen kam es nach der ersten und zweiten Entbindung zu einer Psychose, beide Frauen fühlten sich jetzt, 10 und 19 Jahre nach dem Klinikaufenthalt, arbeits- und leistungsfähig, nur eine machte sich noch gelegentlich Gedanken über ihre Gesundheit.

Schwieriger ist es, den Beginn der Psychose zu errechnen. Der Zeitpunkt der Klinikaufnahme kann nicht unbedingt herangezogen werden. Bei einem nicht geringen Teil wurde recht lange mit der Klinik-einweisung gezögert, besonders während des depressiven Stadiums, das von den Angehörigen und den Wöchnerinnen selbst als eine verständliche Reaktion auf die Anstrengung und Belastung durch die Schwangerschaft und Entbindung angesehen wurde. Auch hier können wir beide Gruppen gemeinsam besprechen. Dabei sei noch einmal hervorgehoben, daß wir mit dieser Einteilung keine verschiedenen Erkrankungen meinen, die durch die Schwangerschaft ausgelöst wurden, sondern nur die verschiedene psychopathologische Symptomatik hervorheben wollen. Im allgemeinen entwickelte sich die Psychose einige Tage bis zu 2 bis 3 Monaten p. P., am häufigsten in der 2.—4. Woche. Im 2.—3. Monat nach der Entbindung sahen wir insgesamt nur sechs Fälle. Ganz selten sind aber die Fälle, bei denen der Beginn der Erkrankung länger zurücklag. Unter unseren Fällen sahen wir nur eine 28jährige Erstgebärende (A.-M. F. Kr. G. 31556), die erst etwa 4 Monate nach der Entbindung mit den Erscheinungen einer Depression erkrankte und weitere 4 Monate später in unsere Behandlung kam. Sie bot ein deutlich depressives Bild, war ängstlich und machte sich Gedanken über das Kind. Sinnes-täuschungen, Beziehungsideen oder Erregungszustände bestanden nicht. Die Entlassung erfolgte in deutlich gebessertem Zustand. 11 Jahre später berichtete sie, sie sei nach der Entlassung noch 2 Jahre bedrückt gewesen, besonders vor und nach der Periode litt sie unter Verstimmungszuständen und Schwermütigkeit. Eine zweite Schwangerschaft machte sie nicht mehr durch. Ihr sei es sonst gut gegangen. Dieser Fall läßt verschiedene Deutungen zu. Man kann ihn als eine unabhängig von der Schwangerschaft aufgetretene endogene Depression deuten, deshalb hat SCHRÖDER (1936) Fälle, die später als 3 Monate p. P. erkrankten, in seinen Untersuchungen nicht berücksichtigt. Andererseits wiesen wir schon darauf hin, daß gerade depressive Verstimmungen von den Angehörigen und auch den Kranken vielfach nicht in ihren Anfängen als Krankheit gewertet werden, möglicherweise ist der Beginn erst sehr spät erkannt worden. Wir erwähnen ihn, da sich die Erkrankungszeit doch sehr der 3-Monatsgrenze nähert. Beachtenswert ist auch noch die zweijährige Rekonvaleszenz bis zur völligen Wiederherstellung. Sie legt in diesem Falle eine recht starke konstitutionell-anlagemäßige Komponente nahe mit einem Hineingleiten in eine endogene Depression von einer ausgesprochen depressiv gefärbten W. P. aus.

Von größerer Bedeutung als der Zeitpunkt des Auftretens der Psychose sind wohl die Länge der klinischen Behandlung und die Ergebnisse bei der Entlassung. Wenn es auch nicht möglich ist, die Dauer der W. P. festzustellen, da der Zeitpunkt der Einweisung nicht mit dem

Beginn gleichzusetzen ist und die anamnestischen Angaben nicht immer sicher gewertet werden können, so gibt uns doch die Dauer des Klinikaufenthaltes ein annäherndes Bild von der Schwere der Erkrankung. Wir wollen hier beide Gruppen getrennt betrachten. Bei den vorwiegend depressiven Bildern betrug durchschnittlich die Verweildauer $6\frac{1}{2}$ Wochen, dabei lagen vier Frauen länger als 10 Wochen in der Klinik, davon eine Patientin $4\frac{1}{2}$ Monate. Bei der zweiten Gruppe betrug der Klinikaufenthalt im Durchschnitt $9\frac{1}{2}$ Wochen, also doch länger als bei den zuerst besprochenen Fällen, hier lagen neun Fälle über 10 Wochen in der Klinik, davon fünf 3—4 Monate. Wenn man auch aus den kleinen Zahlen keine weitgehenden Folgerungen ziehen kann, so hat man doch bei aller Zurückhaltung den Eindruck, daß man bei den Fällen, die mit dem Bild einer Motilitätspsychose verlaufen, mit einer längeren Behandlungsdauer rechnen können als bei den Depressionen.

Wenden wir uns dem Befinden der Frauen zum Zeitpunkt der Entlassung zu, so war der bei weitem überwiegende Teil deutlich gebessert. Nur bei einigen, bei denen die Angehörigen vorzeitig auf Entlassung drängten, erfuhren wir, daß sie noch einige Wochen oder Monate benötigten, um stimmungsmäßig wieder ausgeglichen zu werden. Dieses entspricht im wesentlichen den Erfahrungen der anderen Autoren von FÜRSTNER bis in unsere Tage. Allgemein wird die günstige Prognose der W.P. hervorgehoben, so von FÜRSTNER, RUNGE, SCHRÖDER, LEONHARD,

Tabelle 2. Zeitpunkt der Katamnesen

Zeitpunkt der Katamnese	Zahl der Frauen
unter 1 Jahr	3
1 — 5 Jahre	6
6 — 10 Jahre	13
11 — 15 Jahre	6
16 — 20 Jahre	5
21 und länger	12

KLUGE, BECKMANN, um nur einige zu nennen. Von unseren Fällen war sogar die Patientin, bei der sich später eine Prozeßpsychose des schizophrenen Formenkreises entwickelte und deren Krankengeschichte wir bereits kurz wiedergegeben haben, bei der Entlassung deutlich gebessert, so daß von diesen 45 Kranken alle nach dem Abschluß der klinischen Behandlung als gebessert entlassen werden konnten. Für unsere Beurteilung des Krankheitsbildes ist aber, so günstig und erfreulich das Entlassungsergebnis ist, die katamnestische Überprüfung der Behandlungsergebnisse wichtiger. Aus der folgenden Tabelle ist die Zeit zu ersehen, die zwischen dem Klinikaufenthalt und der katamnestischen Erfassung im Dezember 1959 lag (Tab. 2).

Danach lag bei 36 Frauen der Klinikaufenthalt 6 und mehr Jahre zurück und von diesen bei 17 Frauen sogar mehr als 15 Jahre. Diese Zeiten ermöglichen es, uns schon recht gut ein Bild über das weitere Schicksal der damals behandelten Frauen zu machen. Die 24 Patientinnen mit denen wir bei unseren Nachforschungen keine Verbindung erhalten

hatten, boten anamnestisch und klinisch etwa dasselbe Bild, wie die 45 katamnestisch erfaßten, so daß doch wohl der Schluß erlaubt ist, daß sich unter diesen 24 Fällen nicht die ungebesserten verbergen. Doch zu dem Ergebnis unserer Untersuchungen. Bis auf die eine Patientin, bei der sich eine sichere Schizophrenie entwickelte, kann man die Prognose als ausgesprochen günstig bezeichnen. Es fanden sich nur leichtere Störungen, so war bei sechs Frauen der Schlaf gelegentlich schlecht, sie litten zeitweise unter leichter Unruhe und unter Angstzuständen oder machten sich in hypochondrischer Weise Gedanken über ihre Gesundheit. Es waren Frauen, bei denen die W. P. ein vorwiegend depressives Bild zeigte und bei denen eine gewisse Neigung zu depressiv gefärbten Stimmungsschwankungen bestand, die aber nicht so ausgeprägt waren, daß sich eine ärztliche Behandlung nach der Entlassung aus der Klinik notwendig gemacht hätte oder ihre Leistungsfähigkeit in Haushalt oder Beruf so beeinträchtigt gewesen wäre, daß sie zeitweise aussetzen mußten. Man wird hier vielleicht am besten von leichten dysrhythmischen Schwankungen sprechen, denen aber noch kein Krankheitswert beizumessen ist. Bei 5 Frauen von den 45 kam es in den auf die W. P. folgenden Jahren zu Depressionen, die unabhängig von einer Gravidität auftraten und eine klinische Behandlung erforderlich machten. Es handelte sich um zwei 24jährige Erstgebärende, bei denen sich 10 und 13 Jahre nach der W. P. eine schwere gehemmte Depression entwickelte, die auf die Behandlung gut abklang, ferner um eine vorwiegend hypochondrische Depression bei einer 29jährigen Erstgebärenden, die erstmalig 12 Jahre nach der W. P. im Anschluß an ein belastendes Erlebnis, also vorwiegend reaktiv ausgelöst, und 7 Jahre später wohl durch das Klimakterium erneut mit einer hypochondrischen Depression erkrankte. Hier hat man den Eindruck, daß eine gewisse endogene Bereitschaft vorliegt, auf die verschiedensten somatischen und psychischen Anlässe hin mit einem hypochondrisch-depressiven Bild zu reagieren. Bei der dritten Patientin, einer 28jährigen Erstgebärenden, war es bereits $\frac{1}{2}$ Jahr nach Abklingen der W. P. zu einer ängstlich-gehemmten Depression gekommen, die sich nach 2 Monaten klinischer Behandlung gut zurückbildete. 1 Jahr später wurde die Patientin erneut depressiv und war in fachärztlicher Behandlung. Die Depression, die allerdings nicht so schwer war wie die erste, zog sich fast 2 Jahre hin, erst danach wurde die Patientin wieder arbeits- und voll leistungsfähig. Sie leidet jetzt noch zeitweise unter Schwermut, Unruhe und Befürchtungen über ihren Gesundheitszustand. In diesem Falle ist die Familienanamnese beachtenswert, der Vater suicidierte sich, die Mutter war schwermütig, und sie selbst neigte schon immer zum Depressiven. Hier kommt die endogene Komponente noch stärker zum Ausdruck als bei den vorhergehenden. Bei der letzten Patientin, einer 26jährigen, war

es 1 Jahr nach dem Abklingen der W. P. zu einer erneuten Schwangerschaft gekommen, die aber ohne Komplikationen und ohne psychische Auffälligkeiten verlief. Nach weiteren 7 Jahren machte sie erneut eine Schwangerschaft, die dritte, durch und war im Anschluß an diese wieder unruhig, ängstlich, schlaflos und depressiv, sie wurde hier behandelt und gebessert entlassen. Im Jahre 1948 erfolgte eine erneute Schwangerschaft, bei der sie bereits in den ersten Monaten depressiv wurde. Man nahm eine Interruptio vor. 1954 sahen wir sie ambulant. Es bestand wieder ein Depressionszustand, diesmal ohne Verbindung mit einer Schwangerschaft. Auch hier steht wohl das endogene Moment stark im Vordergrund. Bei zwei Patientinnen, die bei uns das Bild einer Motilitätspsychose boten, war es nach der W. P. in den folgenden Jahren noch zu kurz dauernden hochgradigen Erregungszuständen mit motorischer Unruhe gekommen, die am ehesten den cycloiden Psychosen LEONHARDS zugeordnet werden können. Sie klangen jedesmal nach 2—6 Wochen ab. Anschließend waren die Frauen nicht verändert, gingen ihrer Arbeit nach und zeigten sich kontaktfähig und aufgeschlossen. Wenn auch bei einem Teil unserer Frauen in den folgenden Jahren gewisse psychische Auffälligkeiten, vorwiegend der emotional-gemütlichen Sphäre, festzustellen waren, so möchten wir aber doch hervorheben, daß sich Wesenszüge, die auf eine Schizophrenie hingewiesen hätten, insbesondere in bezug auf einen „Defekt“, nicht nachweisen ließen.

Schon BECKMANN wendet sich gegen eine zu weitgehende Annahme eines „schizophrenen Defektzustandes“ und bringt recht anschaulich Beispiele, in denen gewisse etwas eigenartige Persönlichkeitszüge bei der Entlassung nach der stationären Behandlung bereits als schizophrene Defekte gedeutet werden. Sie fordert bei den W. P. langfristige Verlaufsbeobachtungen, dabei kam sie dann zu dem Ergebnis, daß der weitaus überwiegende Anteil, der als defekt entlassenen Fälle, bei denen seinerzeit eine ungünstige Prognose gestellt wurde, in kürzerer oder längerer Zeit in jeder Hinsicht unauffällig wurden. Auch LEONHARD wies darauf hin, daß ihm kein Fall einer W. P. bekannt sei, der in eine „unheilbare Schizophrenie“ übergegangen wäre. In demselben Sinne äußerte sich SCHRÖDER und wies dabei auf den von MAYER-GROSS im Schizophrenieband des Handbuches angeführten Fall hin, bei dem sich aus einer symptomatischen bewußtseinsgetrübten Verwirrtheit im fieberhaften Wochenbett eine Schizophrenie entwickelt haben sollte. Bei der Nachuntersuchung durch SCHRÖDER ergab es sich nun, daß der Ehemann die Patientin damals nicht in die Anstalt gebracht hatte und sie in den folgenden Jahren unauffällig und ausgeglichen geworden war. Irgendein Hinweis für eine Schizophrenie ergab sich nicht. In diesem Zusammenhang ist es vielleicht interessant zu untersuchen, wie oft es noch zu

Entbindungen bei unseren 45 Frauen kam und wie diese verliefen. Die Frauen mit einer vorwiegend depressiven W. P. hatten in 9 Fällen noch einen zweiten Partus. Eine machte noch zwei Entbindungen durch und eine weitere noch drei. Alle verliefen normal. Es kam auch bei den Frauen nicht mehr zu psychischen Auffälligkeiten. Bei den unter dem Bild einer Motilitätspsychose verlaufenden W. P. kam es bei zwei Frauen zu einer Entbindung und bei 3 Frauen zu zwei Entbindungen, dabei war es bei einer die vierte und fünfte. Auch alle diese verliefen ohne Komplikationen. Somit hatten die 45 Frauen, nachdem sie eine W. P. durchgemacht hatten, noch insgesamt 22 normale Geburten, die ohne psychische Auffälligkeiten verliefen, dieses spricht ebenfalls für die günstige Prognose der W. P. Wir können, auf diese Erfahrungen gestützt, die Frauen nach überstandener W. P. dahingehend beraten, daß mit großer Wahrscheinlichkeit eine nochmalige Schwangerschaft ohne eine psychische Erkrankung verlaufen würde. Diesen günstigen Verläufen steht der oben zitierte Fall gegenüber, bei dem die Patientin bei der zweiten Entbindung wiederum eine depressive Verstimmung durchmachte.

Nachdem wir das klinische Bild, den Verlauf mit den Ergebnissen der katamnestischen Erhebungen sowie schließlich die Prognose erörtert haben, wollen wir auf die schon anfangs angeschnittene Frage der Zuordnung der W. P. eingehen. EWALD hat in seinem Handbuchbeitrag Zweifel, an welcher Stelle die Generationspsychosen der Frau zu besprechen seien. Der ätiologische Faktor war nach seiner Meinung vor 1928 überschätzt worden. Er entschloß sich aber doch, die W. P. bei den symptomatischen Psychosen als Anhang abzuhandeln, betonte aber, er habe gewisse Bedenken, da die Generationspsychosen eigentlich nicht zu den symptomatischen Psychosen im engeren Sinne gehörten. Es handele sich mit Ausnahme der Infektionspsychosen um endogene Psychosen, die während des Puerperiums auftreten.

In diesem Zusammenhange wollen wir einen kurzen Blick auf die Entwicklung des Schizophreniebegriffes werfen, da vielfach die Meinung besteht, die Schizophrenie sei die häufigste Psychose des Wochenbettes. Während im allgemeinen in der deutschen Psychiatrie an der Kraepelinschen Einteilung der Psychosen in das Zweier-System (WEITBRECHT) der manisch-depressiven Erkrankungen und der schizophrenen festgehalten wird, deutete BUMKE bereits 1924 an, ob es sich bei den schizophrenen Symptomen nicht auch um exogene Reaktionsformen handeln könnte. KAHN beschäftigte sich mit diesen Gedankengängen und schlug als ein mögliches Schema vor,

1. idiopathische oder genuine Schizophrenien,
2. schizoide Reaktionsformen (idiotypisch unterlegt),
3. schizoforme Reaktionsweisen (exogen).

zu unterscheiden. Auch LEONHARD sprach sich 1935 etwa in diesem Sinne aus. Diese Auffassungen fanden aber, wie MAYER-GROSS im Handbuch 1932 ausführte, wenig Anklang. In jüngster Zeit setzte sich CONRAD bei der Besprechung der symptomatischen Psychosen in der „Psychiatrie der Gegenwart“ mit diesen Fragen auseinander. Er knüpfte an die Gedanken von SPECHT an, der bereits 1913 gewisse Bedenken äußerte, ob endogene und exogene Symptomatik wirklich scharf zu trennen seien und fragte, ob nicht endogene Bilder exogen verursacht werden können. SPECHT stellte dabei die quantitative und zeitliche Einwirkung der Schädigung in den Vordergrund. CONRAD vertrat den Standpunkt, daß die ganze Vielfalt der psychopathologischen Symptome, wie katatone, depressive, manische, paranoide, halluzinatorische und andere, bei den symptomatischen Psychosen vorkommen könne. Sie werde durch das schädigende Agens letztlich verursacht, doch spiele dabei die konstitutionell bedingte biochemische Ausgangslage eine bestimmende Rolle. Man könnte an „Komplexe chemische Prozesse“ (CONRAD) denken, die in komplizierten voneinander abhängigen Reaktionen verlaufen und schließlich die Psychose auslösen. Dabei sei die Reaktionsweise unspezifisch, es komme vorwiegend, wie schon SPECHT meint, auf die quantitative und zeitliche Einwirkung an. Während schwere Störungen zu den bekannten exogenen Reaktionsformen BONHOEFFERS führen, verursachen leichtere Störungen Bilder, die den endogenen Psychosen ähnlich sind.

Diese Gedankengänge erscheinen uns auch bei der Beurteilung der W. P. beachtenswert. Wir betonten schon, daß uns das akute Krankheitsbild der W. P. in seiner Symptomatik nicht so sehr an eine katatone, sondern eher an eine atypische cyclothyme Psychose denken ließ. Seine Buntheit, der Wechsel von Stupor und Erregung, verbunden mit Sinnes-täuschungen und die festzustellende gemütlich-affektive Zuwendung zur Umwelt veranlaßten uns, von einer „Motilitätspsychose“ zu sprechen, ohne dabei eine selbständige Krankheitseinheit im Sinne von KLEIST-LEONHARD vorauszusetzen.

Wir folgen SPECHT, wenn wir mit aller Zurückhaltung meinen, daß leichtere Schädigungen zu den depressiven Bildern führen. Wird der Einfluß des schädigenden Agens stärker oder der Ablauf der biochemischen Reaktionen in ungünstiger Weise im Organismus wirksam, so kommt es zu den schizophrenen gefärbten Bildern. Für diese Auffassung spricht auch die längere Behandlungszeit dieser Fälle, auf die oben hingewiesen wurde. Bei leichteren Schädigungen wird man also depressive, bei schwereren hyperkinetisch-stuporöse sowie halluzinatorische und paranoide Bilder erwarten dürfen. Es wäre vielleicht in diesem Zusammenhang klarer, wenn man Bezeichnungen, wie katatone, schizophrene, cycloide Psychose oder auch Motilitätspsychose, vermeiden

würde, da dieselben an Beziehungen zu den endogenen Psychosen denken lassen. Man sollte sich auf die nähere Erläuterung der Form der W. P. beschränken. Zweifellos spielt, wie schon CONRAD betont, nicht nur die Noxe eine Rolle. Konstitutionelle persönlichkeitsbedingte Züge färben die Psychose. So erfuhren wir von einigen Frauen, daß sie noch Jahre nach der W. P., auch ohne erneute Schwangerschaften, an Depressionen erkrankten, die zum Teil reaktiv aber auch ohne ersichtlichen Anlaß aufgetreten waren. Hier spielten endogene Momente bei dem Zustandekommen der W. P. wohl in beträchtlichem Maße eine Rolle. Die schweren Formen der symptomatischen Psychosen, wie sie BONHOEFFER als exogene Reaktionstypen beschrieben hat, treten zurück, wenn man die Infektionspsychosen im Wochenbett nicht berücksichtigt. Die Auffassung von RÖMER, daß die Schizophrenie die häufigste Erkrankung des Wochenbettes sei, können wir daher auf Grund unserer Untersuchungen nicht teilen. Auch die Meinung SCHWINGENHEUERS, man sei über den Ausgang der W. P. immer wieder überrascht, da exogen anmutende in endogene ausliefen oder umgekehrt, können wir nicht recht bestätigen. Wir möchten vielmehr die W. P. auf Grund unserer katamnestischen Erhebungen und der Untersuchungen anderer Autoren (BECKMANN; SCHRÖDER; LEONHARD) als eine relativ „milde“ verlaufende symptomatische Psychose mit recht guter Prognose bezeichnen.

Zusammenfassung

In 25 Jahren wurde in 72 Fällen die Diagnose einer Wochenbettpsychose gestellt. Katamnestisch konnten 45 Frauen erfaßt werden. 22 boten klinisch das Bild einer ängstlich-gehemmten Depression, aber auch akinetische, ratlos-agitierte Züge ließen sich gelegentlich nachweisen, während 23 Frauen Bilder boten, die der klassischen Schilderung von FÜRSTNER entsprechen. Schon dem psychopathologischen Erscheinungsbild nach hätte man Bedenken, sie als Schizophrenie zu diagnostizieren, man würde eher an eine „Motilitätspsychose“ denken. Es wird dann kurz auf das Alter der Frauen, die Zahl der Entbindungen sowie die Dauer der Erkrankungen eingegangen. Die Fälle mit einer depressiven Symptomatik hatten eine durchschnittliche Verweildauer von $6\frac{1}{2}$ Wochen, in der zweiten Gruppe dagegen bis $9\frac{1}{2}$ Wochen. Danach benötigen die unter dem Bilde einer Motilitätspsychose verlaufenden doch eine längere Behandlungszeit. Bei 36 Frauen lag der Krankenhausaufenthalt 6 und mehr, bei 17 von diesen sogar mehr als 15 Jahre zurück. Bis auf eine Patientin, bei der sich eine sichere Schizophrenie entwickelte, war die Prognose günstig. Man sollte daher mit der Diagnose einer im Wochenbett ausgelösten Schizophrenie sehr zurückhaltend sein. Es wird dann auf die Zuordnung der W. P. ein-

gegangen unter besonderer Berücksichtigung der Gedanken von SPECHT und CONRAD. Die W. P. ist als eine relativ „milde“ verlaufende symptomatische Psychose mit recht guter Prognose anzusehen.

Literatur

- BECKMANN, E.: Über Zustandsbilder und Verläufe von Puerperal-Psychosen. *Z. Psych.* **113**, 239 (1939).
- CONRAD, K.: Die symptomatischen Psychosen. *Psychiatrie der Gegenwart* II, 369—436. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960.
- ENGELHARDT, J. L. B.: zit. nach EWALD.
- EWALD, G.: Psychosen bei akuten Infektionen bei Allgemeinleiden und bei Erkrankung innerer Organe. Mit Anhang: Die Generationspsychosen des Weibes. *Handbuch der Geisteskrankheiten*, hsg. von O. BUMKE, Bd. 7, S. 14—150. Berlin: Springer 1928.
- FÜRSTNER, C.: Über Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **5**, 505 (1875).
- KAHN, E.: Versuch einer einheitlichen Gruppierung aller schizophrenen Äußerungsformen des Irreseins. *Z. Psych.* **84**, 268 (1926).
- KLUGE, E.: Über die Entwicklung puerperaler und klimakterischer Geistesstörungen. *Z. Psych.* **120**, 246 (1942).
- LEONHARD, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen. Berlin 1957.
- Exogene Schizophrenien und die symptomatischen Bestandteile bei den genuinen (idiopathischen) Schizophrenien. *Mschr. Psychiat. Neurol.* **91**, 249 (1935).
- MAYER-GROSS, W.: Die Schizophrenie. II., IV., V. *Handbuch der Geisteskrankheiten*, hsg. von O. BUMKE, Bd. 9, S. 31, 112, 293, 579, 595. Berlin: Springer 1932.
- RÖMER, H.: Zur Diagnose und Therapie der Puerperalpsychosen. *Med. Klin.* **37**, 601 (1941).
- RUNGE, W.: Die Generationspsychosen des Weibes. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **48**, 545 (1911).
- SPECHT, G.: Zur Frage der exogenen Schädigungstypen. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **19**, 104 (1913).
- SCHRÖDER, P.: Über Wochenbettpsychosen und unsere heutige Diagnostik. *Z. Psych.* **104**, 177 (1936).
- SCHWINGENHEUER, J.: Über Generationspsychosen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **190**, 150 (1953).
- WEITBRECHT, H. J.: Depressive und manische endogene Psychosen. *Psychiatrie der Gegenwart* II., S. 73—118. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960.

Prof. Dr. H. v. KEYSERLINGK,
Jena, Klinik für Psychiatrie und Neurologie „Hans Berger“