

Aus der Universitäts-Nervenlinik Tübingen
(Direktor: Prof. Dr. Dr. h. c. E. KRETSCHMER).

Über den mehrdimensionalen Aufbau der Alterspsychosen*.

Von

JOHANNES HIRSCHMANN.

(Eingegangen am 20. Mai 1948.)

Die heute noch übliche Einteilung psychiatrischer Krankheitsbilder entstand in Fortentwicklung der Lehre KRAEPELINS von der Krankheitseinheit, die das einzelne Dominierende im klinischen Bilde herauszuheben und aus diesem die Bezeichnung für das Ganze zu schöpfen sucht. Diese Methode ist zwar als Ordnungsprinzip für den praktischen Gebrauch handlich, sie wird aber dem Verständnis für die Vielfalt der einzelnen, am Aufbau eines psychischen Krankheitsbildes beteiligten Faktoren nur unvollkommen gerecht. Ja, sie kann zu erheblichen diagnostischen Schwierigkeiten führen, wenn innerhalb eines Krankheitsbildes mehrere dominierende Merkmale gleichzeitig oder nacheinander die Szene beherrschen. Welchem ist der Vorrang einzuräumen? erinnert sei an die von TUCZEK unter der Bezeichnung Mischpsychosen beschriebene Krankheitszustände, bei denen Bestandteile des zirkulären und schizophrenen Formenkreises oft gleichwertig nebeneinander bestehen.

Vor nunmehr fast 30 Jahren hat KRETSCHMER eine neue Methode der psychiatrischen Diagnostik entwickelt, die eine entscheidende und fruchtbare Wandlung in der Beurteilung psychiatrischer Krankheitsbilder darstellt. Sie beleuchtet alle auffindbaren Kausalfäden, die an der Gestaltung der Symptomatik beteiligt sind, zeigt jeden selbständig und gleichberechtigt nebeneinander auf und erreicht dadurch ein umfassendes Bild, das allerdings nicht mit einem einzigen Ausdruck abgestempelt werden kann. Auf diese Weise erfolgte der entscheidende Schritt zur Überwindung der KRAEPELINSchen Lehre von der Krankheitseinheit, der Übergang von der eindimensionalen zur mehrdimensionalen Krankheitsbetrachtung. Alle an einem Krankheitsbild beteiligten Komponenten werden nach ihrer Herkunft, ihrer Wertigkeit, nach ihren eigenen Gesetzen gedeutet und am Schluß in einer Gesamtdiagnose zum Ausdruck gebracht.

Wir würden beispielsweise bei der Analyse einer charakterologischen Erlebnisreaktion auch den konstitutionellen Untergrund darstellen

* ERNST KRETSCHMER zur Vollendung seines 60. Lebensjahres gewidmet.

oder bei einer endogenen Erkrankung die spezifische charakterologische Färbung und würden diagnostizieren „Querulantenwahn auf konstitutionell-hypomanischer Grundlage“ oder „Schizophrenie bei zirkulärer Verlaufsform“. Die pathoplastischen Kausalfäden können, wie bei dem letzten Beispiel, ein und derselben seelischen Schicht oder wie bei dem ersten, verschiedenen Schichten entstammen. Bei subtiler Betrachtungsweise können sich 3—5fache Relationen innerhalb ein und desselben Zustandsbildes ergeben, z. B. konstitutionelle, charakterologische, lebensepisodische (Involution, Senium), infektiös-toxische, traumatische. Auf diese Weise gelingt eine wirklich ganzheitliche Betrachtung psychischer Krankheitsbilder, ohne daß man gezwungen ist, auch nur eine am Aufbau der Symptomatik beteiligten Komponenten zu abstrahieren.

Von besonderer Bedeutung für die Beurteilung wird dabei sein, welcher von den einzelnen Faktoren im augenblicklichen Symptombild mehr das aktive, mehr das ruhende Element ist. Es werden nicht immer gleichzeitig sämtliche krankheitserzeugenden Mechanismen in gleicher Stärke hervortreten, sondern im Verlauf einer Erkrankung können sich in zeitlicher Aufeinanderfolge die einzelnen Dimensionen einander ablösen oder Interferenzen bilden. Dafür folgendes Beispiel:

Eine sensitive, selbstunsichere kontaktschwache, 28jährige Patientin von leptosomem Körperbautyp gerät infolge Entwurzelung in einen depressiven Verstimmungszustand mit selbstquälerischer Note, der durch Hinzutreten starker situativer Belastungen in einen hysterischen Dämmerzustand ausmündete, in welchem die Kranke planlos von zu Hause weglief. Während anfangs ein demonstrativ-theatralisches Verhalten im Vordergrund stand, zeigten sich sehr bald Symptome, die einem katatonen Stupor täuschend ähnlich waren. Nach Aufhellung der Bewußtseinsstörung war die Patientin depressiv, gehemmt, mutlos und gab über ihre Entwicklung und situativen Schwierigkeiten geordnet und ausreichend Auskunft. Sehr bald aber gewann ein paranoides Bild die Oberhand mit Störung des affektiven Bezugs, sowie autistischen und negativistischen Tendenzen. Zeitweise verfiel die Patientin während dieser Krankheitsphase in einen katatonen Zustand, nahm Hockstellung ein, produzierte große, eckige, ausführende Bewegungen rhythmischer Art, war zweitweise völlig mutistisch, die Muskulatur zeigte charakteristische Spannungen. Auch dieses Zustandsbild bildete sich zurück und wich einem fast ausgeglichenem psychischen Verhalten, das durch die charakterologische Grundstruktur des Sensitiven bestimmt war.

In eindrucksvoller Weise lösten sich bei dieser Kranken charakterologische Erlebnisreaktionen und konstitutionell schizophrene Symptomatik einander ab. Bei eindimensionaler Betrachtungsweise würde es schwerlich gelingen, das Ganze in unser heute übliches diagnostisches Schema einzuschachteln. Es würde sich sofort die Frage erheben, ob eine Schizophrenie oder nur eine sog. „schizophrene Reaktion“ im Rahmen eines schweren psychogenen Ausnahmezustandes oder überhaupt nur ein psychogenes Zustandsbild angenommen werden muß.

Für alle drei Auffassungen ließen sich Gründe und Gegengründe finden. Dem Symptomenbild in seiner Mannigfaltigkeit würde man dann aber bei solch einseitiger Festlegung nicht gerecht werden. Charakterologische und endogen-konstitutionellen Komponenten sind hier gleichwertig beteiligt. Dies soll auch in der Diagnose zum Ausdruck gebracht werden. Im Hinblick auf den günstigen Krankheitsausgang würde man diese formulieren: „Charakterologische Erlebnisreaktion mit konstitutionell-schizophrener Symptomatik“.

Die symptomreichen psychischen Krankheitsbilder des *Präseniums* und *Seniums* lohnen den Versuch, den Kausalfäden ihrer mannigfachen Erscheinungsformen nachzuspüren. Erfahrungsgemäß treten Alterspsychosen namentlich im Beginn nicht nur unter Demenzsymptomen in Erscheinung, sondern häufig mit depressiven, manischen, paranoiden, katatonen, hysteriformen Bildern. Es würde eine Schematisierung bedeuten, wollte man die Vielheit von Erscheinungsformen eingleisig unter dem Leitgedanken der Demenz betrachten. Wesentlich an Verständnis gewinnen wir, wenn man die sehr verschiedenartigen Symptomenbilder der Alterspsychosen aus der Interferenz der an ihrem Zustandekommen beteiligten organischen, konstitutionellen, charakterologischen, reaktiven Komponenten zu erklären sucht.

An einigen prägnanten Beispielen¹ soll gezeigt werden, wie namentlich endogen-konstitutionelle Faktoren die Symptomatik der Alterspsychosen bestimmen können.

Frau E. W., eine tatkräftige, heiter vergnügte, lebhafte, gutmütige Frau von pyknischem Körperbautyp erlitt im 29., 40., 42. und 50. Lebensjahr typische phasenhaft verlaufende endogene Depressionen mit religiös gefärbten Versündigungsideen. 53jährig entwickelt sich erneut eine Depression, die wegen Suizidgefahr Anstaltsbehandlung erforderlich machte und die sich trotz Elektroschockbehandlung nur unwesentlich besserte. Die Diagnose der Heilanstalt lautete: Endogene Depression. Wegen des schleppenden Krankheitsverlaufs erfolgte 55jährig Aufnahme in die Klinik. Hier bot die Patientin teils das Bild einer einfach gehemmten, teils typischen Jammerdepression mit Selbstvorwürfen, die die Lebensführung betrafen, Schuldgefühlen und religiös gefärbten Versündigungsideen. Psychomotorik und Gedankenablauf waren in charakteristischer Weise gehemmt. Daneben war gelegentlich eine ziellose Unruhe der Hände zu beobachten; die in Fingern und Nesteln an Kleidung und Bettdecke zum Ausdruck kam. Obwohl Auskünfte klar und geordnet gegeben wurden, neigte die Patientin zum Perseverieren. Außerdem fand sich eine dem Alter nicht entsprechende Merkfähigkeitsstörung und eine verminderte Aufnahmefähigkeit für neue Eindrücke.

Die inneren Organe waren mit Ausnahme eines mäßigen Lungenemphysems ohne krankhaften Befund. Der Blutdruck betrug im Durchschnitt 135/80 mm Quecksilber. Neurologischer Befund und Liquor o. B.

Encephalogramm. Mittelständiges Ventrikelsystem mit sehr beträchtlicher Erweiterung der Seitenventrikel und des III. Ventrikels. Die Erweiterung war

¹ Aus Raumgründen werden die Krankengeschichten nur in wesentlichen, für die Fragestellung der Arbeit notwendigen Punkten wiedergegeben.

links etwas ausgesprochener als rechts. Die Unterhörner waren weniger an der Erweiterung beteiligt. Die Subarachnoidalfüllung gelangte nicht ausreichend zur Darstellung. Sie war links etwas spärlicher als rechts, aber deutlich vergrößert.

Während des 4monatigen Klinikaufenthaltes blieb das Krankheitsbild in einförmiger Weise bestehen. Eine Elektroschockbehandlung änderte nichts.

In dem vorliegenden Krankheitsbild lassen sich zwei Symptomgruppen herausheben, eine depressive und eine organische. Zu Beginn der Erkrankung konnte man geneigt sein, eine endogene Depression anzunehmen, denn die Symptomatik unterschied sich zunächst in nichts von den früher durchgemachten depressiven Phasen. Im weiteren Krankheitsverlauf stellten sich jedoch Erscheinungen ein, die neben dem zirkulären noch einen weiteren wirksamen krankheitserzeugenden Faktor erkennen ließen, einen Faktor, der mehr und mehr zu seinen Gunsten das Bild der endogenen Depression auflöste — den Hirnabbau. Sein Wirksamwerden ließ sich zunächst nur in dem schleppenden, chronischen Verlauf der Depression, der bei den früher stattgefundenen nicht beobachtet wurde, vermuten. Im psychopathologischen Befund konnte er aber erst nach Jahren nachgewiesen werden, als er unter dem Zeichen der Merkschwäche, des Perseverierens, der verminderten Aufnahmefähigkeit für neue Eindrücke und des an ein abortives Delir erinnernde Zupfen und Nesteln der Hände in Erscheinung trat. Die im Encephalogramm nachgewiesene Erweiterung der Hirnkammern ließ an seinem Vorhandensein keinen Zweifel mehr aufkommen.

In dem Krankheitsstadium, in dem die Patientin zur Beobachtung gelangte, lag der Akzent des psychopathologischen Bildes auf dem Zirkulär-Depressiven. Die psychischen Zeichen des Hirnabbaues durchsetzten nur schwach die Symptomatik. Beide krankheitserzeugenden Komponenten waren aber so deutlich ausgeprägt, daß die Einreihung der Erkrankung nach dem üblichen Diagnoseschema in den zirkulären Formenkreis oder in den Bereich der senilen und präsenilen Erkrankungen eine Vernachlässigung wesentlicher an der Gestaltung der Symptomatik beteiligter Faktoren bedeuten würde. Die Diagnose muß deshalb auf beide in diesem Krankheitsbild wirksamen pathogenetischen Vorgänge abgestimmt werden. Dies ist allerdings nicht mit einem einzigen Ausdruck möglich. Die beide Dimensionen berücksichtigende Formulierung der Diagnose: „Endogene Depression mit Weiterentwicklung in senile Demenz“ dürfte allen am Aufbau der Symptomatik beteiligten Faktoren, sowie deren zeitlicher Aufeinanderfolge ohne verstümmelnde Abstrahierung wesentlicher Bestandteile gerecht werden.

Die Weiterentwicklung endogener Depressionen des höheren Lebensalters in senile Demenzen sind in unserem schwäbischen Krankengut nicht selten zu beobachten. Differentialdiagnostische Schwierigkeiten ergeben sich nur, bevor der Nachweis von Demenzsymptomen

gelingt. Doch legen eine ausgesprochen chronische Verlaufsform und die Unbeeinflussbarkeit durch Schockbehandlung die Vermutung nahe, daß ein hirnatrophischer Prozeß sich anbahnt. Wir sind deshalb dazu übergegangen, Patienten im 5. und 6. Lebensjahrzent mit chronischen, therapieresistenten Depressionen zu encephalographieren. Gelingt im Encephalogramm der Nachweis des Hirnschwundes, der nach unseren Erfahrungen dem Manifestwerden der Demenzsymptome vorausgeht, so kann der Ausgang in sensile Demenz bereits in diesem Krankheitsstadium mit hoher Wahrscheinlichkeit vorausgesagt werden. Der weitere Krankheitsverlauf bestätigte in fast allen Fällen diese Vermutung. Überraschend war, daß Patienten mit ganz erheblicher hydrocephaler Erweiterung der liquorführenden Räume keine Demenzsymptome, sondern nur das Bild einer hartnäckigen Depression endogener Prägung boten. — Auf Grund dieser Erfahrungen halten wir es nicht für ausgeschlossen, daß die von MEDOW 1922 mitgeteilten Fälle von „erstarrenden Rückbildungsdepressionen“, bei denen der chronische Verlauf der Depression auffiel, aber keine Demenzerscheinungen nachgewiesen werden konnten, entgegen der Auffassung des Autors doch Krankheitszustände darstellten, die durch einen hirnatrophischen Prozeß beeinflußt waren.

In zahlreichen Fällen wird die senile Demenz von Depressionen zirkulären Typs eingeleitet, ohne daß früher depressive Phasen vorausgingen. Auch dieses seelische Verhalten stellt kein zufälliges Ereignis dar, sondern bedient sich konstitutionell präformierter Bahnen. Es entsteht zumeist auf dem Boden einer cyclothymen Konstitution und tritt uns unter den besonderen physiologischen Bedingungen des Hirnabbaues als psychotische Vergrößerung normalpsychologischer Schwingungen des Temperaments entgegen.

Entsprechend dem selteneren Auftreten der Manien innerhalb der zirkulären Erkrankungen werden auch manische Bilder in Verbindung mit senilen Gehirnprozessen weniger häufig angetroffen. Gelegentlich gelangen jedoch auch sie zur Beobachtung.

Der chronische Verlauf einer Manie eines 59jährigen Patienten von pyknischem Habitus und sthenisch-heiterer Temperamentslage, dessen Mutter mit 60 Jahren in einem manischem Erregungszustand gestorben war, erweckte den Verdacht auf das gleichzeitige Bestehen eines altersbedingten hirnatrophischen Prozesses. Klinisch waren Demenzsymptome zunächst nicht nachweisbar. Das Encephalogramm zeigte eine deutliche, erhebliche Erweiterung der inneren und äußeren Liquorräume. Nach einer Krankheitsdauer von etwa $\frac{3}{4}$ Jahren verlor der Affekt an Ursprünglichkeit und Frische, er wurde einförmiger und monotoner, es entwickelten sich Affektinkontinenz und ein deutlicher Abbau der intellektuellen Leistungsfähigkeit, sowie nächtliche delirante Unruhezustände. Im Stadium fortschreitenden seelisch-geistigen Verfalls schwanden die manischen Symptome mehr und mehr, flackerten jedoch immer wieder auf, allerdings schwächlich und kurzdauernd.

Auch bei diesem Patienten waren früher nie zirkuläre Phasen vorausgegangen. Entsprechend der erblichen Disposition und des cyclothymen Temperaments, das vorwiegend von dem heiter-sthenischen Pol her bestimmt war, bewegte sich die habituelle Entgleisungslinie in Richtung des Manischen. Die durch den hirnatrophischen Prozeß hervorgerufene Erschütterung des endogenen Untergrundes bewirkte eine Vergrößerung von seelischen Verhaltensweisen, die sich streng an konstitutionelle Gegebenheiten hielten.

Der vorliegende Krankheitsfall zeigt besonders deutlich die Rolle der Wertigkeit der beiden krankheitserzeugenden Komponenten während des Verlaufs der Psychose. Da wir bestrebt sind, die Dominanz der pathogenetischen Kräfte auch in der Diagnose zum Ausdruck zu bringen, kann diese, ohne daß deshalb eine Änderung in der Beurteilung des Krankheitsbildes eingestanden werden müßte, in den verschiedenen Verlaufsstadien des Krankheitsprozesses nicht immer die gleiche sein. Im Beginn dominierte die Manie. Die Diagnose würde deshalb zu diesem Zeitpunkt lauten: „Manie mit Weiterentwicklung in senile Demenz.“ Später stand die Demenz im Vordergrund, wobei Reste des ursprünglichen manischen Bildes nur noch gelegentlich durchschimmerten. Nunmehr würde folgende Diagnose dem Krankheitsbild gerecht werden: „Senile Demenz mit konstitutionell manischer Symptomatik“. Das Krankheitsgeschehen spielte sich zu den verschiedenen Zeitpunkten in verschiedenen Ebenen ab. Diesem Tatbestand hat sich die Diagnose anzupassen, will sie dem Betrachter Auskunft geben über Herkunft und Wertigkeit der am augenblicklichen Krankheitsbild beteiligten Faktoren.

Eine ausgesprochen cyclothyme Patientin von pyknischem Körperbautyp machte im Klimakterium einen mehrere Wochen anhaltenden Depressionszustand durch, in welchem sie viel über religiöse Dinge grübelte. Mit 74 Jahren während eines Krankenhausaufenthaltes wegen einer schweren Arthrosis deformans des rechten Kniegelenkes traten nächtliche delirante Verwirrheitszustände auf und bald darauf massive Demenzsymptome in Form von Merkfähigkeitsstörung bei relativ gut erhaltenem Altgedächtnis, Einbuße der Aufnahmefähigkeit für neues Erfahrungsgut, weitgehender Verlust der Kritik- und Urteilsfähigkeit, Desorientiertheit über Ort und Zeit sowie Verknennung von Personen und der Situation. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus kaufte sich die Patientin eine Zither und begleitete sich auf diesem Instrument nächtelang singend ohne des Spiels kundig zu sein. Vor der Aufnahme in die Klinik veräußerte sie in freigeiebigster Weise ihre Kühe und landwirtschaftlichen Produkte. Neben den erwähnten Demenzsymptomen bot sie in der Klinik teils eine manisch heitere Grundstimmung mit Redseligkeit und Ideenflucht bei wohlabgewogenen flüssigen Ausdrucksbewegungen, teils tagelang anhaltende depressive Zustände mit monotonem Jammern, in denen sie hypochondrische Klagen über ein unheilbares Krebsleiden äußerte. Zeitweise war die heiter gehobene Stimmung depressiv unterschichtet. Infolge der Demenz wirkten die affektiven Äußerungen sowie die manischen Komponente im ganzen flach, einförmig und schwunglos.

In körperlicher Hinsicht fanden sich ein Blutdruck von 220/100 mm Quecksilber, eine Dekompensation des Kopfvasomotoriums beim Bückversuch, eine Aortensklerose, ein akzentuierter zweiter Aortenton und eine Verbreiterung des Herzens nach links. Subjektiv äußerte die Patientin Klagen über Kopfschmerzen, Schwindelerscheinungen, Ohrensausen und Schwerhörigkeit.

Die beiden symptomgestaltenden Komponenten — Hirnabbau und cyclothyme Konstitution — waren bei dieser Patientin während des Krankheitsverlaufes etwa gleich stark wirksam. Als neue Variante tritt hier die Polarität des cyclothymen Temperaments, krankhaft vergrößert in Form von manischen und depressiven Einsprengungen prägnant hervor. Die Diagnose würde in der Formulierung: „Arteriosklerotische Demenz mit konstitutionell manischer und depressiver Symptomatik“ den mehrdimensionalen Aufbau des psychischen Gesamtbildes anschaulich charakterisieren.

In den bisherigen Ausführungen glauben wir hinreichend dargelegt zu haben, daß sich die psychopathologischen Bilder altersbedingter Hirnabbauprozesse häufig an konstitutionell-temperamentsmäßiger Gegebenheit halten. Wie bei gesunden Individuen die normalpsychologischen Verhaltensweisen von der angeborenen Temperamentsskala bestimmt werden, so stehen auch den seelisch kranken Individuen spezifische psychopathologische Reaktionen zur Verfügung. Dies wird in dem zuletzt angeführten Fall besonders deutlich. Sowohl die endokrine Umstimmung des Klimakteriums, als auch der altersbedingte hirn-atrophische Prozeß bewirkten eine Entgleisung in präformierten Bahnen. Beide Vorgänge erschütterten das endogene Gefüge der Patientin, die nie zuvor spontan zirkuläre Phasen erlitten hatte und mobilisierte bereitliegende pathologische seelische Mechanismen.

Die Entgleisung in präformierten Bahnen unter der Wirkung eines altersbedingten hirn-atrophischen Prozesses zeigt folgender Fall aus der Schizophreniegruppe.

R. S. erkrankte 26jährig im abklingenden Anfall einer akuten Appendicitis an einem Verwirrheitszustand verbunden mit großer Gesprächigkeit, theatralischem Benehmen, Verkennung der Situation, Einförmigkeit des Affekts. Das Denken war auf die Idee, die Krankheit nicht richtig angegeben zu haben, wodurch der Blinddarm geplatzt sei, eingeengt. Nach 2tägiger Kliniksbeobachtung wurde die Patientin ungeheilt vom Ehemann nach Hause geholt.

60jährig erneute Klinikaufnahme. Der Ehemann gab an, daß die Patientin nach der Entlassung zunächst noch eine Zeitlang sehr erregt gewesen sei, habe mit Gewalt ins Auto und von da in die Wohnung gebracht werden müssen, dann sei sie wortkarg in stereotyper Haltung herumgesessen, habe nichts gearbeitet, nicht nach den Kindern gesehen, sei widerstrebend gewesen, habe oft große Angst und großes Mißtrauen geäußert, sich bedroht gefühlt. Nach 2 Jahren habe sie spontan die Arbeit in Haushalt und Landwirtschaft wieder aufgenommen. Für Außenstehende sei sie dann bisher nicht auffällig gewesen. Nur er — Ref. — habe feststellen müssen, daß sie nicht mehr so gewesen sei wie früher, habe beim Erzählen oft den Faden verloren, habe nicht mehr die innere Wärme des Gefühls besessen und manchmal gelacht, wo es nicht angebracht gewesen sei.

Etwa $\frac{1}{4}$ Jahr vor der jetzigen Aufnahme habe sie nichts mehr gearbeitet, sich durch die Familie bedroht gefühlt, habe immer das Gegenteil getan, nicht mehr gesprochen, Angst- und Vergiftungsideen geäußert. Oft habe sie gefragt: „Bist Du ich, oder bin ich Du?“, oder wenn man ihr Neuigkeiten erzählt habe: „Das hat mir die Johanna (alte Frau vom Ort) schon gesagt“. Die Einweisung in die Klinik erfolgte im Zustand angstvoller Erregung mit völliger Desorientierung über Ort und Zeit und Verkennung der Situation. Die Psychomotorik war ausfahrend, abrupt und eckig. Einige Tage später wurde die Patientin negativistisch, wehrte sich gegen die Untersuchung und Pflege, war kaum zu fixieren. Sich selbst überlassen stand sie steif, in stereotyper Haltung mit leerem Gesichtsausdruck herum. Die Situation wurde weiterhin verkannt. Später wurde sie zugänglicher und explorierbar. Es ergab sich folgender Befund: Gedächtnis- und Merkfähigkeitsstörungen, Teilnahmslosigkeit, Antriebsarmut, einförmiger Affekt, monotones Nachhausedrängen, Mißtrauen gegenüber der Umgebung.

Encephalogramm. Ventrikelsystem mittelständig, Seitenventrikel deutlich erweitert, links mehr als rechts. Dritter Ventrikel spindelförmig erweitert. Beiderseits sehr grobe Oberflächenzeichnungen besonders im Parietalbereich. Einzelne Luftschlingen erreichen Bleistiftdicke.

Neurologisch o. B., Liquor o. B. Körperbautyp: Leptosom mit einzelnen Dysplasien.

Im Anschluß an eine Blinddarmentzündung entwickelte sich bei der 26jährigen Patientin eine Psychose zunächst unter dem Bilde eines Verwirrheitszustandes mit psychogenen Zügen, die, wie sich aus späteren Angaben des Ehemannes rekonstruieren läßt, schizophrenes Gepräge annahm und mit einem Defekt abheilte, der in affektiven und Denkstörungen zum Ausdruck kam. 34 Jahre später setzte erneut eine Psychose ein, deren Symptome weitgehende Übereinstimmung mit den früheren zeigten, bei der aber gleichzeitig massive Zeichen eines Hirnabbaues nachweisbar waren. Letzterer konnte encephalographisch gesichert werden. Auch bei dieser Patientin bedurfte es des äußeren Anstoßes, damit bestimmte pathologische seelische Reaktionsweisen zum Durchbruch gelangen konnten. Dieser bestand einmal in einem fieberhaften Infekt, zum anderen in einem vorzeitigen altersbedingten Hirnabbau. Beide Male fanden sich neben spezifischen psychischen Symptomen des auslösenden organischen Leidens Angst, Mißtrauen, Negativismus, stereotype Körperhaltung, Mangel an affektivem Bezug und Spontaneität. Während bei den Patienten der cyclothymen und zirkulären Gruppe durch den hirnatrophischen Prozeß neben der Demenz vorwiegend nur depressive und manische Symptome zur Auslösung gelangten, sind es hier bei der schizophrenen Patientin wiederum nur schizophrene. Diese Beobachtungen liegen zu mindest der Schlußfolgerung sehr nahe, daß sich bei den einzelnen Individuen entsprechend der konstitutionellen Struktur bei Zustandekommen von geistigen Störungen streng individuelle psychopathologische Mechanismen ausbilden.

E. B., 53 Jahre alt, wurde der Klinik wegen Schizophrenie überwiesen. Prämorbid soll die Patientin still, in sich zurückgezogen, ohne das Bedürfnis

nach Umgang mit anderen Menschen, sehr an die Mutter gebunden, etwas nervös und reizbar, kühl und empfindlich zugleich, sehr pünktlich und genau gewesen sein.

In der Klinik bot die Patientin folgendes Zustandsbild: Sie glaubt sich von zwei ihr übelgesinnten Männern fortgesetzt beobachtet, die ihre Gedanken und Handlungen mit obszönen, höhnischen, ihren eigenen Absichten stets entgegengesetzten Bemerkungen begleiteten. Diese seien dauernd hinter ihr her, sie könne sie nur hören aber nicht sehen. Man rufe ihr zu, sie sei ein Idiot, man soll sie nur totschießen, zum Fenster hinauswerfen. Sie bekomme nichts mehr zu essen; der Teller sei schmutzig, die Speise voll Fliegen, es würde ihr mit einem Sieb voll Kot aus dem Klosett ins Gesicht geschlagen, sie sei eine Hure, sie würde onanieren, sie hätte die Geschlechtskrankheit usw., Patientin gab weiter an, die Männer hätten einen Spiegel, durch den sie alles beobachten und in den Ohren Stöpsel, mit denen sie alles hören könnten. Die affektive Resonanz der Patientin auf die halluzinatorischen Erlebnisse war auffallend gering. Sie war kaum zu bewegen das Bett zu verlassen, in welchem sie in stereotyper sitzender Haltung mit einfürmigem steifem Gesichtsausdruck, den Mund zu einem leeren Lächeln verzogen, mit leicht angezogenem Kinn den Tag verbrachte. Die Ausdrucksbewegungen waren spärlich, eckig und hart. Sprach man sie an, so wandte sie den Kopf und Blick etwas zur Seite und bedeckte scheuklappenartig mit einer Hand die Augen. Bett und Nachttisch hielt sie in peinlichster Ordnung. Selten nahm sie Kontakt mit der Umwelt auf.

Die Patientin war von grazilem leptosomem Körperbau. Neurologisch fanden sich an den unteren Extremitäten gesteigerte Sehnenreflexe, ein beiderseitig positiver Oppenheim und Gordon. Bauchdeckenreflexe schwer auslösbar und erschöpflich. — Das Encephalogramm zeigte eine Deformierung beider Vorderhörner bei gleichzeitiger Erweiterung. Die Subarachnoidalfüllung war über beiden Hemisphären, dem Alter der Patientin nicht entsprechend, vergrößert.

Der geschilderte Krankheitszustand war während des gesamten Klinikaufenthaltes in einfürmiger Weise vorhanden. Im Verlaufe einer Elektroschockbehandlung traten die psychischen Erlebnisse vorübergehend in den Hintergrund, ohne daß sich aber an der Affektivität, am Umweltbezug und an der Psychomotorik etwas änderte. Die Denkinhalte waren scharf zentriert um die halluzinatorischen Erlebnisse, die in einfürmiger Weise stets mit den selben Worten geschildert wurden. Die Patientin erstarrte schließlich in ihrer Psychose. Im formalen Gedankenablauf traten schließlich Merkfähigkeitsstörungen, Perseverationen auf.

Die von Haus aus schizoide Patientin bot im 54. Lebensjahr eine vorwiegend halluzinatorische Psychose, die zwar für sich allein betrachtet, nicht ohne weiteres einer bestimmten psychiatrischen Krankheitsgruppe zugeordnet werden kann, die aber, eingebettet in eine charakteristisch katatone Motorik bei gleichzeitigem Mangel an affektivem Bezug und bei autistischer Umwelteinstellung deutliche schizophrene Züge bietet. Gleichzeitig bestand ein Hirnabbau, der neurologisch, psychisch und encephalographisch zum Ausdruck kam, der sich zunächst nur schwach abzeichnete, später aber stärker hervortrat. In der Symptomatologie ließen sich konstitutionell schizoide Züge der affektiven Kühle, des Einzelgängertums, und der Verslossenheit, der Spärlichkeit und Eckigkeit der Ausdrucksbewegungen in krankhaft vergrößerter Form als affektive Leere, Autismus und katatone Psychomotorik wiedererkennen. Dies sind Erscheinungen, die auch

bei reinen schizophrenen Psychosen angetroffen werden. In dem vorliegenden Falle haben wir aber keinen Grund eine Schizophrenie *sui generis* anzunehmen, da das Krankheitsbild mit organischen Demenzsymptomen durchsetzt war und das Encephalogramm einen hirn-atrophischen Prozeß aufzeigte. Unter den besonderen physiologischen Bedingungen des hirn-atrophischen Prozesses wurden bereitliegende, im endogenen Untergrund wurzelnde seelische Reaktionsweisen mobilisiert. Die Diagnose hat in diesem Falle wiederum zwei Dimensionen gerecht zu werden, der lebenszeitlichen — dem organischen präsenilen Hirnabbau und der konstitutionellen — dem Schizoid. Sie lautet: „Organischer Hirnabbau im Präsenium mit konstitutionell schizophrener Symptomatik“.

Im vorstehenden wurden nur Fälle angeführt, die unter der Wirkung eines altersbedingten hirn-atrophischen Prozesses in großer Mannigfaltigkeit und nahezu reiner Ausprägung Symptome boten, die in der spezifischen Temperamentslage des Einzelindividuums fundiert sind, so daß die Krankheitsbilder in gewissen Verlaufsstadien weitgehend Psychosen des zirkulären und schizophrenen Formenkreises glichen. Es wurden nur solche Patienten ausgewählt, bei denen infolge stattgehabter endogener Psychosen oder einer spezifischen Konstitution die psychische Entgleisung in streng individuellen präformierten Bahnen evident gemacht werden konnten. Oft bilden sich aber bei senilen Hirnprozessen nur konstitutionelle Teilsymptome aus. So kann beispielsweise der senile Beeinträchtigungswahn eines cyclothymen und eines schizothymen Patienten inhaltlich weitgehende Übereinstimmung zeigen, während allein Zuwendung und Psychomotorik temperamentsmäßig gefärbt sein können. Im ersteren Falle finden sich weiche, voll abgerundete Ausdrucksbewegungen bei guter Rapportfähigkeit, bei letzterem eine steife, abrupte, geradezu versteinerte Psychomotorik, anstatt Zuwendung Abwendung und kühle Distanz. Abgesehen von den gewiß nicht seltenen Bildern reiner Demenzen infolge raschen organischen Verfalls, schimmert bei vielen Alterspsychosen in irgend einem Sektor psychopathologischen Verhaltens die spezifische Temperamentslage durch.

Diese Art des alternden Organismus zu reagieren trifft nicht nur für die cyclothymen und schizothymen Temperamente zu, sondern auch, wie K. F. SCHELD gezeigt hat, für abnorme psychopathische Persönlichkeiten. Bei solchen fand er im Senium eine quantitative Verschiebung von Charaktereigentümlichkeiten im Sinne eines Deutlicherwerdens abnormer Züge, Strebungen und Triebregungen, einer dauernden Einnahme einer bestimmten Charakterhaltung, die in früheren Jahren nur gelegentlich eine Rolle gespielt hatte. SCHELD nennt diesen Vorgang senile Charakterentwicklung.

Die Ähnlichkeit der Symptomatologie mancher Alterserkrankungen mit solchen endogener Psychosen rief im Laufe der Jahre eine Diskussion über die Zuordnung derartig spezifisch gefärbten Krankheitsbilder in die heute übliche psychiatrische Systematik hervor. Es zeigte sich sehr bald, daß für die Vielgestaltigkeit dieser Symptomatologie unser diagnostisches Einteilungsprinzip zu eng und unelastisch ist und daß mit der KRAEPELINSchen Einheitsdiagnose nur ein Teil solcher Krankheitsbilder erfaßt werden kann unter Abstrahierung wesentlicher pathoplastischer Bestandteile. Eine Reihe von Forschern hat sich, ausgehend von der aufgezeigten Problematik, mit dem Aufbau seniler Erkrankungen befaßt, deren oft zu beobachtende zirkuläre oder schizophrene Symptomatik die Frage nahelegte, ob diese Krankheitsbilder nicht als endogene Psychosen des höheren Lebensalters aufgefaßt werden müßten. MEGGENDORFER erklärte die schizophrene Symptomatik bei manchen senilen Demenzen mit einer nervösen, reizbaren, haltlosen, vielleicht auch schizoiden Veranlagung und teilte Fälle mit, die er als Spätschizophrenie mit Ausgang in senile Demenz bezeichnete. BERZE sieht in manchen senilen Demenzen nichts weiter als ein spätes Manifestwerden einer Praecoxanlage. BLEULER schilderte Fälle von langsam verlaufendem Altersblödsinn mit deutlich katatonen Symptomen und folgerte, daß manche Formen von Altersblödsinn latente Schizophrenien seien, die erst durch die Hirnatrophie ihre Manifestation erfahren hätten. Diese Art der Symptomerklärung ist von der eindimensionalen KRAEPELINSchen Betrachtung psychiatrischer Krankheitsbilder bestimmt, die das Ganze nach dem Leitbegriff des Dominierenden zu rubrizieren sucht, die aber noch nicht die krankheitsgestaltende Wirkung verschiedener Kausalfaktoren berücksichtigte.

Allein BOSTROEM sah bei der Klärung der am längsten bekannten Unterform der senilen Demenz, der Presbyophrenie, den mehrdimensionalen Aufbau dieser Erkrankung. Nachdem RUNGE und KEHRER bereits bei diesem Krankheitsbild das Wirksamsein konstitutioneller Faktoren erwogen hatten, wies BOSTROEM in überzeugender Weise die auffällige Bevorzugung des pyknischen Habitus und des hypomanischen Temperaments mit besonders sthenischen Eigenschaften und seelischer Robustheit nach.

Wir glauben, an einigen prägnanten Beispielen gezeigt zu haben, daß durch den altersbedingten hirnatrophischen Prozeß bald mehr latente, bald mehr manifeste Züge des Temperaments und der Charakterqualitäten deutlicher werden, daß Symptome früher stattgefundenen Psychosen des zirkulären und des schizophrenen Formenkreises erneut in Erscheinung treten und mit den psychischen Abbau-symptomen Interferenzen bilden können oder daß cyclothyme und schizothyme Züge in psychotischer Vergrößerung erscheinen.

Bei dem Zustand der geschilderten senilen Krankheitsbilder ist die Art des Gehirnprozesses nicht von ausschlaggebender Bedeutung. BOSTROEM zeigte bereits, daß die Presbyophrenie in charakteristischer Ausprägung sowohl auf dem Boden einer altersbedingten Hirnatrophie, als auch dem einer Cerebralsklerose entstehen kann. Auch wir müssen bei unseren Beobachtungen feststellen, daß der Hirnabbau als solcher genügt, um präformierte seelische Reaktionsweisen in Gang zu setzen. KEHRER und KRETSCHMER konnten sogar ein ähnliches psychisches Verhalten bei der progressiven Paralyse feststellen. MALLISON machte neuerdings auf die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten bei der Erkennung der beginnenden PICKschen Erkrankung aufmerksam, wobei im Anfang die Demenz nicht sofort sinnfällig in Erscheinung zu treten braucht. Wir selbst sahen eine Patientin mit encephalographisch gesichertem Pick und schizophrener Belastung, die in den ersten Monaten ihrer Erkrankung vorwiegend katatone Symptome zeigte, die zunächst zu mannigfachen Verwechslungen Anlaß gaben.

Nicht immer werden bei Alterspsychosen gleichzeitig sämtliche krankheitserzeugende Mechanismen in gleicher Stärke hervortreten. Sie können einander ablösen oder Interferenzen bilden. Es ist deshalb für die diagnostische Beurteilung von besonderer Bedeutung, welcher von den einzelnen Faktoren im augenblicklichen Symptombild mehr das ruhende Element ist. Häufig treten bei den Alterspsychosen im Beginn mehr konstitutionell und charakterologisch bedingte, im weiteren Verlauf mehr Demenzsymptome hervor, wobei aber bis in die Stadien tiefster Verblödung konstitutionelle Einsprengungen das Bild spezifisch färben können.

Soll die psychiatrische Analyse einer Alterspsychose vollständig sein, so kann sie sich nicht allein damit begnügen, die Symptome der Demenz in ihren verschiedenen Formen und Abwandlungen herauszuheben. Sie muß alle am Aufbau des Symptomenbildes beteiligten Kausalfäden darstellen und ihre Wertigkeit in den einzelnen Stadien des Krankheitsprozesses bestimmen. Die dadurch hervorgerufene Sprengung der von KRAEPELIN eingeführten diagnostischen Systematik ist nur eine scheinbare. Das in der Abhandlung aufgezeigte Ordnungsprinzip sucht den Aufbau der Symptomatik aus der Wechselwirkung von altersbedingtem Hirnabbau mit den verschiedenen konstitutionellen und charakterologischen Typen zu erklären.

Zusammenfassung.

Wollte man die mannigfaltigen Bilder, unter denen uns die Alterspsychosen entgegentreten, nur unter dem Leitbegriff der Demenz rubrizieren, so würde das eine Verstümmelung ihrer Ätiologie und Symptomatik bedeuten. Allein dadurch ist es möglich, ihre Vielgestaltigkeit

plastisch darzustellen, indem man alle an der Gestaltung der Symptomatik beteiligten Kausalfäden, die sich aus konstitutionellen, charakterologischen und organischen Ursachen ableiten lassen, beleuchtet, diese selbständig und gleichberechtigt nebeneinander aufzeigt und nach ihrer Herkunft, ihrer Wertigkeit, ihren eigenen Gesetzen deutet. Wir gelangen damit von der KRAEPELINSchen eindimensionalen zur mehrdimensionalen Diagnostik, die KRETSCHMER bereits vor rund 30 Jahren entwickelt hat und die eine Fortentwicklung unserer psychiatrischen Diagnostik darstellt. Für die Beurteilung ist es von besonderer Bedeutung, welcher von den einzelnen Faktoren im augenblicklichen Symptombild mehr das aktive oder mehr das ruhende Element ist. Wie in den Krisenzeiten der Pubertät, kann unter den besonderen physiologischen Bedingungen des Seniums — dort infolge der endokrinen Umstimmung, hier unter der Wirkung des Hirnabbaues — eine Erschütterung des endogenen Untergrundes des Persönlichkeitsaufbaues erfolgen, die eine Entgleisung psychischer Funktionen in konstitutionell und charakterologisch präformierten Bahnen zur Folge hat. Diese Vorgänge nur an einer einzigen diagnostischen Skala zu messen, würde eine willkürliche Abstrahierung wesentlicher, am Aufbau der Symptomatik beteiligter Ursachen bedeuten.

Literatur.

BERZE: Die hereditären Beziehungen der Dementia praecox. Leipzig 1910. — BLEULER: Lehrbuch der Psychiatrie, 5. Aufl. Berlin 1930. — BÖSTROEM: Arch. Psychiatr. (D.) **99**, 609 (1937). — KEHRER: Zbl. Neur. **25**, 1 (1921). — KEHRER u. KRETSCHMER: Die Veranlagung zu seelischen Störungen. Berlin 1924. — KRAEPELIN: Psychiatrie. Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1909. — KRETSCHMER: Z. Neurol. **45**, 272 (1919); **48**, 370 (1919). — MALLISON: Nervenarzt **1947**, 247. — MEDOW: Arch. Psychiatr. (D.) **64**, 480 (1922). — MEGGENDORFER: Z. Neur. **101**, 387 (1926). — RUNGE: Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. VIII, spez. Teil IV. Berlin: Springer 1930. — SCHEID, K. F.: Z. Neur. **148**, 437 (1933).

Dozent Dr. med. habil. J. HIRSCHMANN, 14b Tübingen, Osianderstr. 24.