

Aus der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Universität Heidelberg
(Prof. Dr. KURT SCHNEIDER.)

Die Psychosen der Alten.

Von
HELMUT LECHLER.

(Eingegangen am 21. April 1950.)

Wir haben 355 Krankengeschichten von Patienten über 65 Jahren, die in den Jahren 1937—1948 in der Klinik waren, daraufhin angesehen, was sich diagnostisch in ihnen vorfindet. Von allen Patienten haben wir versucht, wenn sie schon in früheren Jahren in psychiatrischen Kliniken gelegen hatten, die Krankenberichte zu erhalten. Vor allem war es uns aber wichtig, die Geschichte der Patienten weiter zu verfolgen, die von unserer Klinik in die benachbarte Heil- und Pflegeanstalt W. verlegt wurden. So bekamen wir von einigen Patienten einen brauchbaren *Längsschnitt* vom Verlaufe der Psychose bis zum exitus letalis. Soweit histologische Hirnbefunde aus unserem Laboratorium vorlagen, wurden diese Ergebnisse mitverwertet. Die Angaben über genealogische Zusammenhänge, die infolge der Kriegsverhältnisse nur ungenügend festgehalten wurden, sind nur in *positiven* Fällen zu verwerten, zumal da besonders vor 1945, aber auch heute noch familiäre Belastungen mit Psychosen sehr häufig verschwiegen werden. Zweifellos ist also die Belastung mit Psychosen eine viel höhere, als sie in unserer Zusammenstellung wiedergegeben wird.

Bei der Durchsicht unseres großen Materials, aber auch der Krankenblätter anderer Kliniken und Anstalten fanden wir, daß zweifellos bei den Psychosen der Alten allzu oft und allzu schnell *kurzschlußartig* die Diagnosen „Cerebralsklerose“, „arteriosklerotische Verwirrtheit“, „senile Demenz“ gestellt werden.

Die *obligaten*, d. h. bei jedem Erkrankten im fortgeschrittenen Stadium auftretenden exogenen Reaktionstypen bei der Cerebralsklerose und bei der senilen Hirnatrophie teilen wir mit KURT SCHNEIDER ein in die *akuten* (Bewußtseinstörung) und *chronischen* (Persönlichkeitsabbau und Demenz) psychischen Veränderungen. Treten nun im Verlauf dieser Gehirnkrankheit *schizophrene*, *manische* oder *depressive* Symptomenkomplexe auf, wobei manchmal die Entscheidung schwierig ist, ob es sich nicht nur um eine *Zuspitzung* besonderer Charaktermerkmale eines hyperthymen oder depressiven Menschen handelt, so erhebt sich die Frage, ob es sich um *lokalisatorisch*-fakultative oder *individuell*-fakul-

tative Symptome handelt. Das heißt, es ist zu fragen, ob man diese Reaktionsformen auf die Erkrankung einer bestimmten Hirnregion zurückführen will, oder ob man sie sich entstanden denkt aus der individuellen Anlage. Da bei der allgemeinsten und verbreitetsten Erkrankung des Gehirns, nämlich der Alterserkrankung, so selten diese besonderen Reaktionsformen auftreten, obwohl sicher alle Hirnregionen immer wieder erkranken, ist nur der eine Schluß möglich, daß es sich um *individuelle Anlagen* zu schizophrenen, manischen oder depressiven Reaktionen handeln muß. Das heißt, diese Bilder müssen als *individuell-fakultativ* angesehen werden.

Wie stehen nun solche individuell-fakultativen Bilder im Verlauf der Alterserkrankungen des Gehirns zu den endogenen, schizophrenen oder cyclothymen Psychosen? Es ist bekannt, daß unter anderem durch Kopfverletzungen und durch Paralysen schizophrene oder cyclothyme Psychosen „ausgelöst“ werden. Zahlreicher sind die Fälle — weil die Zahl der Betroffenen viel größer — wo z. B. durch die physiologischen Erschütterungen der Pubertät, der Schwangerschaft und des Klimakteriums endogene Psychosen ausgelöst werden. In all diesen Fällen werden durch körperliche Erkrankungen, die einmal unmittelbar das Gehirn, in anderen Fällen ganz allgemein den Organismus betreffen, zustands- und verlaufsmäßig schizophrene oder cyclothyme Psychosen ausgelöst. Es scheint so zu sein, daß bei diesen Fällen die individuelle Anlage zur endogenen Psychose nicht so stark ist, daß es „ohne Anlaß“ zum Ausbruch der Psychose kommt. Die körperliche Erkrankung muß erst „den Weg dazu frei machen“. Einer unserer Patienten z. B. erkrankte im Alter von 69 Jahren einige Wochen vor seinem plötzlich einsetzenden Verfall in tiefe Demenz an einer psychopathologisch nur als Manie zu deutenden Psychose. Seine Mutter litt an einer wahrscheinlich schizophrenen Psychose, seine einzige Tochter erkrankte im Alter von etwa 30 Jahren an einer Schizophrenie und lag längere Zeit in unserer Klinik. Dieser und zahlreiche andere Fälle vor allem depressiver Psychosen, die erstmalig im Verlaufe der senilen Hirnerkrankung auftraten, scheinen uns nur so erklärbar, daß durch die Hirnerkrankung die individuelle Anlage zur Psychose freigemacht wurde. Die hemmende Funktion des Großhirns für psychische Vorgänge und Anlagen wird durch seine fortschreitende Erkrankung in zunehmendem Maße ausgeschaltet. Wir sind bei der Betrachtung der Alterspsychosen zu der Überzeugung gekommen, daß in ihrer Bedeutung für die Auslösung von *erstmalig* auftretenden endogenen Psychosen neben den körperlichen Krisenzeiten der Pubertät, der Schwangerschaft und des Klimakteriums die Periode der *senilen* körperlichen, vor allem aber *cerebralen* Abbauerscheinungen nicht übersehen werden darf. Auch hier kommt es in einer recht beträchtlichen Zahl von Fällen zum erstmaligen Auftreten von endogenen Psychosen. Nicht

nur einmalige manische, depressive oder schizophrene Phasen werden beobachtet, sondern es kommt auch zum erstmaligen Auftreten von cyclisch und phasisch verlaufenden endogenen Depressionen. In ihrer therapeutischen Beeinflußbarkeit durch E-Schockbehandlung unterscheiden sich diese Phasen nicht von jenen in früheren Lebensjahren.

Noch andere Erwägungen unterstützen den Schluß, daß es sich bei den durch den senilen Prozeß ausgelösten Psychosen wirklich um Schizophrenien und Cyclothymien handelt. Es heben sich ja seltsamerweise die *körperlich begründbaren* Psychosen in ihrer Symptomatik recht deutlich von denen ab, deren körperliches Wesen wir nicht kennen. Die senile Hirnerkrankung macht hier keine Ausnahme. Sie ist eine exogene Erkrankung in bezug auf die das Psychische unterbauende Konstitution. Für sie gilt genau wie für alle anderen exogenen Erkrankungen (das wird im folgenden die Kasuistik erweisen), daß sie kausal nur verantwortlich gemacht werden kann für die *exogenen* Reaktionsformen. Dort, wo wir im Verlauf des senilen Krankheitsprozesses *psychopathologisch eindeutig* die Symptome einer endogenen Psychose antreffen, müssen wir auch eine solche diagnostizieren. Wir sagen ganz allgemein: finden wir im Verlaufe einer exogenen Erkrankung, unter anderem der senilen Hirnerkrankung, der Paralyse, des hirnatrophiischen Prozesses, des Hirntumors usw., eindeutig die Symptome der Schizophrenie oder Cyclothymie, so zögern wir nicht, eine solche endogene Psychose zu diagnostizieren und diese unter Umständen auch als solche zu behandeln. Eine Schizophrenie bleibt für uns eine Schizophrenie, auch wenn das Encephalogramm eine Ventrikelerweiterung oder die Sektion die Befunde einer Cerebralsklerose oder einer senilen Demenz ergibt. Der mögliche Einwand, daß wir dann unter unseren Alterskranken zu viele endogene Psychosen diagnostizieren würden, wird schon dadurch entkräftet, daß nach der Statistik vom 31. 12. 1936 in den psychiatrischen Kliniken und Anstalten in Deutschland nur 11207 Kranke mit psychischen Alterskrankheiten untergebracht waren. Das war etwas mehr als $10/_{100}$ der Bevölkerung über 60 Jahren. Nach unseren Prinzipien vorgehend fanden wir unter unseren 355 Alterskranken 132 endogene Psychosen (= 37,2%). Wenn man diese Zahl unter der Voraussetzung, daß sich in anderen Anstalten ähnliche Zahlenverhältnisse vorfinden, auf die Gesamtbevölkerung umrechnet, so wären es weniger als $1/2_{100}$ der Bevölkerung über 60 Jahren, die mit endogenen Psychosen in psychiatrischen Kliniken und Anstalten liegen würden, ein Prozentsatz, der weit unter der durchschnittlichen Erkrankungsziffer der Bevölkerung an Psychosen ($1-1\frac{1}{2}\%$) liegt.

Die *psychopathologische Differenzierung* der endogenen Psychosen im Alter ist schwierig, da das psychische Zustandsbild des alten Menschen von verschiedenen Determinanten bestimmt wird. Die angeborene Charakter- und Triebstruktur und die Gestaltung des Menschen durch

den körperlichen und seelischen Reifungs- und Alterungsprozeß bestimmen ebenso wie das Lebensschicksal sein psychisches Verhalten. Die im Alter durch den Abbau und die mangelnden Kompensationsmöglichkeiten veränderten seelischen Reaktionen, das abnorme seelische Reagieren auf dem Boden der allgemeinen organischen Persönlichkeitsveränderungen und endlich die seelische Reaktion des Menschen auf das Erlebnis des Krankseins, der Leistungsminderung oder Leistungsunfähigkeit und des zunehmenden Ausgeschlossenwerdens aus der Gemeinschaft sind weitere Züge, die bis tief hinein in die Demenz psychologisch faßbar sind. Eine besondere Bedeutung für die Gestaltung des psychischen Zustandsbildes des Alterskranken hat ein Vorgang, den wir auch im Normalpsychologischen beim alternden Menschen finden und den wir als *Zuspitzung* (KURT SCHNEIDER, K. F. SCHEID) der Charakterzüge bezeichnen. Abnahme der Merkfähigkeit, der Leistungsfähigkeit, der Anpassungsmöglichkeit und Wendigkeit, Verarmung an Einfällen, Einengung des Blickfeldes und der geistigen Produktion, Abnahme der vitalen Spannkraft sind *allgemeine* Kennzeichen des Alterns. Auf der anderen Seite steht infolge des Wegfallens hemmender Kräfte eine zunehmende Reizbarkeit, die sich zunächst in einer besonderen Empfindlichkeit gegenüber äußeren Eindrücken, bei zunehmender Demenz z. B. in einer zur Geschwätzigkeit führenden Überempfindlichkeit des Sprechapparates und in zahlreichen iterativen Bewegungsautomatismen äußert. Mit zunehmendem Alter kommt es zu einer immer stärkeren Profilierung und Enthüllung der Charakterzüge. Eine syntone Persönlichkeit wird im Alter nach Schwächung der Triebe und des allgemeinen Biotonus noch ausgeglichener, während eine dystone Persönlichkeit immer weniger fähig ist, Beherrschung und Anpassung zu zeigen.

Je weiter der Altersabbauprozeß und damit die Demenz fortschreitet, um so ärmer und einförmiger werden inhaltlich die psychopathologischen Tatbestände. Die Gedanken kreisen immer ausschließlicher um die *zentralen Lebenswerte*, die in einer Sicherung und Verteidigung der primitiven materiellen Lebensgrundlagen bestehen. Mißtrauen, die Furcht, bestohlen und vergiftet zu werden, die Angst, verhungern zu müssen, werden psychologisch verständlich. Ein weiterer wichtiger und zentraler Lebenswert, der häufig noch bis zuletzt trotz des völligen Zerfalles der Persönlichkeit festgehalten wird, ist die gesellschaftliche Umgangsform. Die „Dame der Gesellschaft“ will auch noch im fortgeschrittenen Stadium der senilen Demenz als solche beachtet und behandelt werden.

Diese Einengung auf die primitiven materiellen Lebensgrundlagen wird von geistig sehr hochstehenden und differenzierten Persönlichkeiten vorübergehend im Verlauf von schweren Altersdepressionen erlebt und als sehr schmerzlich und niederdrückend empfunden. So klagte z. B. ein Universitätsprofessor darüber, daß er keine Gedanken mehr fassen

könnte, und daß seine Vorstellungen sich nur noch mit seiner Verdauung beschäftigten. „Man ist nur noch wie ein Tier, für das Dinge wichtig sind, auf die man sonst nie achtete.“ Es ist verständlich, daß in dem Bild des alternden Menschen, wie es sich uns in unserem Krankenmaterial darstellt, die *positiven* Züge des Alterns weitgehend fehlen, die wir als Altersweisheit und Fähigkeit zu überschauender und schöpferischer Besinnung kennen.

1. Die *cyclothymen* Depressionen der Alten.

Wir stellten in 92 Fällen unserer 355 Patienten die Diagnose „endogene Depression“. Die Diagnosen in den Krankengeschichten lauteten: Cyclothymie, endogene Depression, Depression und Arteriosklerose oder arteriosklerotische Depression, senile Demenz, Arteriosklerose, produktive senile Psychose, Involutionmelancholie, Depression des höheren Lebensalters.

In 45 Fällen erkrankten die Patienten *erstmalig* im Alter von über 65 Jahren (die älteste Patientin war bei ihrer ersten Erkrankung 84 Jahre alt) an einer endogenen Depression. Bei 5 Patienten begann eine phasenhaft verlaufende endogene Depression erstmalig nach dem 65. Lebensjahr. Wir teilten die Depressionen in 3 Gruppen ein. Gruppe I: Depressionen, von denen nur eine Phase beobachtet wurde, die nach dem 65. Lebensjahr auftrat. Gruppe II: mehrphasige Depressionen, deren erste depressive Phase vor dem 65. Lebensjahr aufgetreten ist. Gruppe III: mehrphasige Depressionen, deren erste Phase nach dem 65. Lebensjahr beobachtet wurde. Psychopathologisch, verlaufsmäßig und auch in ihrer therapeutischen Beeinflussbarkeit durch die Elektroschockbehandlung bestand zwischen den 3 Gruppen von endogenen Depressionen *kein Unterschied*, wie die nachfolgende Kasuistik erweisen wird.

Gruppe I: (einphasige Depressionen, erstmalig nach dem 65. Lebensjahr aufgetreten). Es handelt sich um 45 Fälle (34 Frauen, 11 Männer). Eine erbliche Belastung mit endogenen Psychosen bestand in $33\frac{1}{3}\%$ der Fälle. Bei einem großen Teil fiel die Auslösung der endogenen Depression durch schwerwiegende Erlebnisse, bei anderen durch organische Hirnprozesse auf. Im Anschluß an einen reaktiven Verstimmungszustand über den Tod des Ehepartners, den Verlust des Sohnes, der sozialen Existenz oder im Zusammenhang mit einer akuten Verschlechterung einer Gehirnerkrankheit kam es zu einer immer tiefer werdenden, nach den Gesetzen einer endogenen Depression verlaufenden Verstimmung. Psychopathologisch sind die Bilder recht eintönig. Hypochondrisch nihilistischer Wahn, Schuld- und Versündigungswahn, quälende Selbstvorwürfe und Angstzustände, starkes triebhaftes Jammern kennzeichnen diese Altersdepressionen. Es fehlen die cyclothym weichen und schwingungsfähigen depressiven Verstimmungen, die wir in jüngeren Jahren finden.

Mürrische Gereiztheit, Starre, Versteinerung, Angst und Getriebenheit kennzeichnen den Einfluß des Alters auf die depressive Verstimmung.

B. A. Kg. (44/224) 65 Jahre alt, Diagnose: Depression des höheren Lebensalters.

Sie habe Schmerzen in den Beinen, im Hals und in den Augen. Das Auge falle herunter, die Zunge hänge bis zum Boden, das Bein werde abgesägt. Sie sei mit den Nerven ganz herabgekommen. Die Nerven würden davon geworfen wie ein Knäuel, sie würden sich wie ein Spinngewebe vom Körper lösen. Sie müsse schreien, so weh tue das. Der Kopf werde heruntergehoben, die Haut werde hochgezogen. Die Knochen der Arme und Beine würden herausstehen und abfallen. Sie gehe auf ihren Nerven und spüre alle ihre Nerven. Der Bauch sei zerschnitten, die Nerven seien zerplatzt. Diese Beschwerden spüre sie seit 14 Tagen, sie habe damals gesehen, wie ihrem Enkelkind von der Maschine der Arm abgerissen worden sei.

Die Patientin ist mißtrauisch, drängelnd, jammert ruhelos und hat Angst vor jeder neuen Situation. Sie ist bei keiner Arbeit zu fixieren, legt sich immer wieder ins Bett und läßt sich in jeder Hinsicht gehen. Bei Tisch ist sie sehr unordentlich. Sie sammelt Lumpen und Papierreste. Nach einer Behandlung mit Elektroschock ist Patientin guter Stimmung, sie hat von ihrem hypochondrischen Wahn Abstand genommen und lebt in gutem Kontakt mit den anderen Patientinnen.

K. R. Kg. (40/411), 67 Jahre alt, Diagnose: Arteriosklerose. Sie sei früher eine tüchtige, lebenskluge und allgemein beliebte Frau gewesen. Ein Bruder von ihr habe einmal vorübergehend eine Gemütskrankheit gehabt. Vor einem Jahr Quetschung des Armes in der Waschmaschine, seit dieser Zeit sei sie ängstlich und depressiv. Vor 4 Monaten sei der Sohn beim Militär in Untersuchungshaft gekommen. Seither quäle sie sich mit schweren Selbstvorwürfen. Sie sei an allem schuld, sie bringe die Familie ins Unglück. Sie könne nicht mehr schlafen, essen und auch nicht mehr beten. Sie habe alles Böse getan und führe seit der Kindheit ein Teufelsleben. Sie jammert ständig, läuft unruhig getrieben umher, sie erscheint weniger depressiv als leergebrannt.

Bei der Patientin ist ihre Einstellung zu ihrem Versündigungswahn besonders eindrucksvoll. Sie legt auf der einen Seite Wert darauf zu erklären, daß ihre Lebensführung immer sauber und ohne Tadel gewesen sei, während sie andererseits feststellt, daß sie von jeher ein teuflisches Leben geführt, alles verkehrt gemacht habe und an allem schuld sei. Es handelt sich bei ihr nicht um einen ständig bestehenden depressiven Wahn, innerhalb dessen ihr früher wirklich geführtes Leben eine wahnhafte Deutung erhält, sondern es liegt ihr vergangenes Leben in der Erinnerung heute noch so vor ihr, wie es damals wirklich geführt wurde. Daneben besteht ihr Versündigungswahn, der das Gegenteil zum Inhalt hat. Diese *schwankende* Krankheitseinsicht und das *zeitweise* Bemühen um die Korrektur wahnhafter Vorstellungen charakterisiert viele der depressiven und schizophrenen Alterspsychosen. Diese Korrektur scheint in einem geschützten und störungsfreien Milieu und bei gutem körperlichen Allgemeinzustand (nach Behandlung einer dekompensierten Kreislauf- oder Stoffwechselstörung) am ehesten zu gelingen und erklärt die verhältnismäßig gute Führbarkeit und Sozialisierung dieser Patienten im Klinikmilieu, während es außerhalb sehr oft und bald zu Rückfällen in die Psychose kommt.

K. K. Kg. (47/732), 67 Jahre. Diagnose: Arteriosklerotische Depression.

In der Familie seien Nerven- und Geisteskrankheiten unbekannt, und sie sei bisher nie auffällig gewesen. Nach der Entlassung aus der chirurgischen Klinik, wo sie zur Behandlung ihres gebrochenen Beines lag, sei sie erstmalig durch ihr Mißtrauen und durch Verweigerung der Nahrungsaufnahme aufgefallen. Sie sei seit dieser Zeit schlaflos und mache sich Vorwürfe, daß sie ihre Schwester habe verhungern lassen, die sie im vergangenen Jahr gepflegt habe. Sie sei zunehmend ängstlich und getrieben geworden, sei aber niemals verwirrt gewesen. Ihr Gesicht ist gramvoll, versteinert, die Motorik sperrig und marionettenhaft. Jammernd, ängstlich verzweifelt und dabei hilfessuchend läuft sie auf der Station umher. Sie äußert Verarmungsideen, Schuldgefühl und Vergiftungsfurcht. Der Zustand wechselt zwischen Versteinierung und Getriebenheit. Wegen eines dekompensierten Kreislaufes kann eine E-Schockbehandlung nicht durchgeführt werden. Eine Behandlung mit Digitalis und Opium ist ohne Einfluß auf ihren psychischen Zustand. 2 Monate nach der Aufnahme ist die Patientin völlig kontaktunfähig, verstummt und versteinert. Sie wird in die Heil- und Pflegeanstalt W. verlegt. Dort wird die Diagnose „arteriosklerotische Demenz“ gestellt. Patientin ist dort bei der Aufnahme einsilbig, verlangsamt, gleichgültig und uninteressiert. Sie bewegt sich kaum noch, ist ängstlich, gehemmt und antriebslos. Einige Wochen später ist sie getrieben und abweisend bei zunehmender Demenz. 6 Wochen nach der Aufnahme kommt Patientin dort ad exitum.

Sektionsbefund: Endokarditis mit Mitralklappenstenose, Embolie der rechten Arteria carotis interna, ältere Gehirnerweichungen im vorderen Teil des rechten Schläfenhirns.

Es handelt sich hier um eine endogene Depression, die nach dem Obduktionsbefund mit Wahrscheinlichkeit durch den Gehirnprozeß — embolischer Verschluß der rechten Arteria carotis interna und Erweichungen im rechten Schläfenhirn bei verrucöser Endokarditis — ausgelöst wurde. Mit dem Fortschreiten des Hirnprozesses tritt die Demenz immer mehr in den Vordergrund und das psychopathologische Bild wird immer einförmiger. Die ängstliche Gehemmtheit und Getriebenheit sind die letzten Symptome der endogenen Psychose, die auch noch in der tiefen Demenz kurz ante exitum sichtbar sind.

V. E. Kg. (42/530), 69 Jahre. Diagnose: Depression des höheren Lebensalters.

Die Patientin leide seit einigen Monaten an einem Verstimmungszustand, der im Anschluß an einen „Schlaganfall“, bei dem sie hingestürzt, aber nicht bewußtlos gewesen sei, aufgetreten sei. Ihr Zustand sei furchtbar und zum Verzweifeln. Sie sei unrein und schuldig. Sie müsse eine Jugendverfehlung begangen haben. Das merke sie daran, daß ein reines Hemd, das sie trage, am ersten Tage gleich schmutzig werde. Im Leib sitze ihr Unglück. Sie habe so starke Blähungen und einen so starken Geruch an sich, daß sie sich vor sich selber ekle. Niemand könne ihr helfen.

Bei der Patientin ist der WaR im Liquor positiv (0,2). In der Goldsol- und Matrixreaktion bestehen leichte Linksacken, die Eiweißwerte sind normal, 7/3 Zellen. Es bestehen spastische Reflexe li. und eine leichte Pupillendifferenz. Der Gang ist unsicher und stampfend. Tremor der Hände. Sie ist völlig orientiert, zeigt keine Störungen der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses. Sie ist ängstlich, gequält, manchmal gespannt und voll innerer Unruhe, mißmutig und voller Versündigungsideen. Nach einer Pneumonie nimmt die Verstimmung an Tiefe zu, sie ist völlig erstarrt, teilnahms- und interesselos, schwerst gehemmt, nachts

unruhig und voll nihilistischen Wahns. Stuhl und Urin werden zurückgehalten. Nach 8 Elektroschockbehandlungen wesentliche Besserung der Stimmung. Es besteht danach ein Korsakow mit Vergeßlichkeit, Orientierungsstörungen und Demenz. Einige Wochen später berichtet die Tochter, die Ärztin ist, daß es der Mutter überraschend gut gehe, und daß sie keine Gedächtnisstörungen mehr zeige.

Es handelt sich bei dieser Patientin um eine endogene Depression, die erstmalig im Alter von 69 Jahren durch eine leichte Apoplexie (bei Lues cerebri) ausgelöst wurde. Im Verlauf einer interkurrenten Pneumonie Vertiefung der Depression, die erst nach einer E-Schockbehandlung zu einer weitgehenden Remission gebracht wurde.

Gruppe II: (mehrphasige Depressionen, deren erste depressive Phase vor dem 65. Lebensjahr aufgetreten ist). Es handelt sich um 42 Fälle (31 Frauen und 11 Männer), deren erste depressive Phase zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr aufgetreten war. Der Verlauf, das psychopathologische Bild und die Dauer der depressiven Phase im Alter unterscheiden sich bei diesen Patienten in keiner Hinsicht von den oben geschilderten einphasigen Depressionen. Lediglich die erbliche Belastung mit Psychosen in der Familie ist hier etwas höher, sie besteht bei rund 45% der Fälle.

Gruppe III: (mehrphasige Depressionen, deren erste depressive Phase nach dem 65. Lebensjahr aufgetreten ist). Es handelt sich hier um 5 Fälle (4 Frauen und 1 Mann). Die ersten Phasen traten zwischen dem 65. und 73. Lebensjahr auf.

K. A. Kg. (45/97), 73 Jahre alt, Diagnose: Schizophrenie? Arteriosklerose? Depression?

Ein Bruder des Patienten sei absonderlich gewesen. Er selbst sei immer sehr eigentümlich und ängstlich gewesen und erstmals im Alter von 73 Jahren dadurch aufgefallen, daß er plötzlich behauptete, das Essen im Kloster würde nicht mehr langen. Er habe stundenlang im Garten vor den Salat- und Gemüsepflanzen gestanden und behauptet, das reiche nicht, und er müsse verhungern. Nachts sei er plötzlich nur mit Hemd und Unterhose bekleidet ohne Begründung aus dem Kloster fortgelaufen, er habe viel gejammert und nichts mehr gegessen.

Bei der Aufnahme ist er ängstlich, ratlos und stuporös. Er erfährt die Umgebung und versteht Fragen, bemüht sich aber vergeblich, diese zu beantworten. Er steht mit gespanntem Gesicht in der Ecke des Zimmers, retiniert Urin und läßt ihn dann auf den Boden laufen. Bei der Visite kniet er wie im Gebet versunken nieder, bewegt die Lippen, ohne daß ein Laut zu hören ist. Nach 7 Elektroschockbehandlungen etwas still, aber interessiert und unauffällig.

Der Patient wurde im Alter von 73—76 Jahren 5mal mit ganz ähnlich verlaufenden Phasen behandelt, jede Phase klang nach Elektroschockbehandlung mit völliger Remission ab.

Exkurs über die Elektroschockbehandlung bei den Altersdepressionen.

Von den 45 einphasigen Depressionen der Gruppe I wurden 23 Fälle einer Elektroschockbehandlung unterzogen. 16mal kam es zu einer vollständigen Heilung, 6mal wurden Besserungen erzielt. In einem Fall konnte nur eine einzige Schockbehandlung durchgeführt werden, dieser wurde unbeeinflusst entlassen. Von den 22 nicht mit Elektroschock behandelten Fällen konnten nur 3 mit voll-

ständiger Heilung entlassen werden, während 6 gebessert wurden und 13 unbeeinflusst blieben. 5 von diesen Patienten mußten in die Heil- und Pflegeanstalt verlegt werden. Ähnlich war die therapeutische Beeinflussbarkeit bei den mehrphasigen Depressionen. Hier wurde bei 25 Patienten eine Elektroschockbehandlung durchgeführt, die in 18 Fällen zu einer vollständigen Remission führte, während 5 gebessert wurden und nur 2 unbeeinflusst blieben. 17 Patienten wurden nicht mit Elektroschock behandelt. Bei diesen wurde 4mal eine vollständige Remission erzielt, bei 5 Patienten trat eine Besserung ein und in 7 Fällen blieb die Depression unbeeinflussbar. 2 von diesen Fällen wurden in die Anstalt verlegt.

Die nicht mit Elektroschock behandelten Patienten wurden in den Jahren 1938—42 in der Klinik beobachtet, während die depressiven Zustandsbilder nach 1943 im allgemeinen mit Elektroschock behandelt wurden, wenn keine besonderen Kontraindikationen bestanden.

Man kann deshalb beide Erfolgsstatistiken vergleichen, da sie übereinstimmende, nicht ausgewählte depressive Krankheitsbilder umfassen. Der älteste Patient, der mit gutem Erfolg und ohne Schädigung einer Elektroschockbehandlung unterzogen wurde, war 76 Jahre alt. Keiner unserer mit Elektroschock behandelten Fälle mußte in die Anstalt verlegt werden. Wir beobachteten keinen Fall einer „erstarrenden“ Rückbildungsdepression (MEDOW) mehr. Auffallend war, daß häufig schon der erste Elektroschock genügte, um eine wesentliche Beruhigung und Aufheiterung beim Patienten zu bewirken. Bei anderen Patienten blieben die ersten 4—5 Krämpfe erfolglos, während dann bei den folgenden eine plötzliche und anhaltende Remission einsetzte. Wiederholt kam es bei Patienten mit Cerebralsklerose im Anschluß an den Schock zu einem KORSAKOWSCHEN Syndrom, das sich in allen Fällen im Verlauf von mehreren Wochen zurückbildete. Die Wirksamkeit der Schocktherapie wurde uns an einem Fall besonders evident, bei dem eine schon 3 Jahre anhaltende typische Depression einer 65 Jahre alten Patientin mit einer Elektroschockbehandlung nach 3 Wochen zur vollständigen Heilung gebracht werden konnte.

2. Die Manien der Alten.

Bei 10 Patienten unter den 355 Fällen fanden wir Psychosen, die als Manien aufgefaßt werden müssen (6 Männer, 4 Frauen). Nur bei einem Patienten ließen sich mehrere manische Phasen im Lebenslängsschnitt nachweisen. Bei einigen Patienten fanden sich kurzdauernde depressive Verstimmungszustände vor Ausbruch der Manie oder nach Abklingen derselben. In 2 Fällen trat unmittelbar vor Verfall in tiefe Demenz und dem bald darauf eintretenden Exitus eine in ihrer Symptomatologie und Produktivität typische manische Psychose auf, in beiden Fällen wurde aber auf Grund des organischen Befundes eine Arteriosklerose diagnostiziert.

M. F. Kg. (45/133), 72 Jahre alt, Diagnose: Senile Demenz.

In der Familie seien Nerven- und Geisteskrankheiten nicht bekannt. Er selbst sei nie ernstlich krank gewesen. Er sei der Dr. von M. und sei auf dem Wege nach Holland, um dort Tee, Kaffee usw. zu holen. Außerdem wolle er Hitler mit seinem ganzen Stab aus Spanien zurückholen. Diese Herren müßten in 5 Std da sein. Er besäße 50 Milliarden Mark und müsse schnell wieder fort von hier, um mit einem Konzern einen Vertrag abzuschließen. Übermorgen sei er bei Hagenbeck und er wolle dem Ref. einen Bären mitbringen. Vor einigen Tagen habe er noch 98 Pfund gewogen, heute würde er 475 Pfund wiegen. Er könne 5 Sprachen

sprechen, die er über Nacht gelernt habe. Manchmal könne er es selbst nicht verstehen, vor ein paar Tagen sei er noch ein ganz unbedeutender Mensch gewesen, einer unter vielen und heute sei er der größte Mann im Staate. Heute sei auch der letzte Tag jeder ärztlichen Tätigkeit, es gebe nun keine Kranken mehr. Die Krankenhäuser werden alle zu Wohnungen für Obdachlose umgestaltet. Er sei deutscher Staatshalter, Fürst und Baron und sein hier behandelnder Arzt werde sofort sein Leibarzt werden und 1 Million Mark Gehalt bekommen. Er habe zahllose Erfindungen gemacht: ein Mittel gegen Schwindsucht, Maul- und Klauenseuche, gegen Zuckerkrankheit, Syphilis u. a. m. Er habe 200 Millionen Mark geerbt und für den Verkauf seiner Briefmarken habe er 250 000 Millionen bekommen. Er heile sämtliche Krankheiten nach der Methode Coué. Er fühle sich vollkommen gesund, seine Frau sei ganz verrückt nach ihm, sie küsse ihn den ganzen Tag ab.

Er ist zeitlich und örtlich orientiert, Gedächtnisstörungen bestehen nicht.

Liquor o. B.

Encephalographie: starke Luftansammlung in der Peripherie, besonders im Bereich des Stirnhirns. Leichte Vergrößerung des 3. Ventrikels.

Nach 5 Wochen sind die Größenideen deutlich abgebaut, eine volle Krankheitseinsicht ist aber noch nicht vorhanden. In der Stimmungslage ist er jetzt eher depressiv.

Es handelte sich bei dem Patienten um einen im Alter von 72 Jahren akut auftretenden manischen Verstimmungszustand, der in eine depressive Stimmungsschwankung ausklang. Somatisch bestand ein hirnatrophischer Prozeß, der vor allem das Stirnhirn betraf.

G. H. Kg. (47/243), 69 Jahre alt, Diagnose: Manie.

In der Familie seien Nerven- und Gemütskrankheiten nicht bekannt. Patientin selbst sei bis vor 5 Wochen immer unauffällig gewesen. Damals habe sie behauptet, daß der Bürgermeister des Ortes ermordet worden sei. Es sei ihr alles so sonderbar gewesen. Sie sei motorisch immer unruhiger und in ihrer Stimmung immer gereizter bei völliger Bewußtseinsklarheit geworden. In der Unterhaltung verliert Patientin ständig ihr Gedankenziel, sie prahlt mit einer ungeheuren Schaffenskraft. In der Kleidung ist sie auffällig, sie trägt meist ein Tuch um den Kopf; wenn sie keines hat, bindet sie sich ihr Hemd oder ihre Hose um. Auf der Station gesellt sie sich zu den unruhigen Patienten, erteilt ihnen sinnlose Ratschläge und berichtet von einer großen Erbschaft, von der sie eine Klinik bauen will. Die Grundstimmung ist meist gereizt, der Ton überlaut und rücksichtslos, die Ausdrucksweise häufig distanzlos und gemein. Es besteht eine anhaltende und schwere psychomotorische Unruhe. Patientin muß deshalb wiederholt reichlich Schlaf- und Beruhigungsmittel erhalten. Sie halluziniert dann stark, ist sehr ängstlich, sieht vor allem nachts Mord und Totschlag. Nach einer Beobachtungsdauer von 18 Monaten ist die Patientin völlig verändert, sie ist geistreich, witzig, sehr charmant, der Liebling der Krankenabteilung. Im Zusammenhang mit der Besserung des psychischen Befundes ist es zu einer Gewichtszunahme der Patientin gekommen.

Auch hier handelt es sich um eine Manie, die erstmalig im Alter von 69 Jahren aufgetreten ist. Am Beginn der Erkrankung standen einige wahnhafte Befürchtungen und Bedeutungserlebnisse. Zahlreiche interkurrent auftretende halluzinatorische Erlebnisse sind, wie häufig bei senilen Erregungszuständen, verursacht durch Intoxikationserscheinungen infolge Schlafmittelgebrauchs.

3. Die Schizophrenien der Alten.

Wir fanden unter unseren Alterspsychosen *in 30 Fällen Schizophrenien*. Diese Diagnose war *in den Krankenblättern nur 14 mal gestellt worden*, bei einzelnen Patienten war die Diagnose Schizophrenie von den Anstalten, in die der Patient verlegt wurde, abgelehnt worden mit der Begründung, daß die Psychose erstmalig im hohen Alter aufgetreten sei, daß frühere Auffälligkeiten nicht bekannt seien und daß demnach die Diagnose Schizophrenie jeder Berechtigung entbehre. Bei 12 von den 30 Fällen (3 Männer, 9 Frauen) — *Gruppe I* — lag der Beginn der Erkrankung vor dem 65. Lebensjahr. In den meisten Fällen kam es zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr zum ersten Schub der Psychose. Bei diesen Patienten der Gruppe I wurde die Diagnose Schizophrenie in 10 Fällen gestellt, nur 2 mal finden wir die Diagnose senile Demenz und Arteriosklerose. *Anders bei den 18 Fällen der Gruppe II, die erstmalig im 65. Lebensjahr oder später, erkrankten*. Hier wurde nur 4 mal die Diagnose Schizophrenie gestellt, dagegen finden sich folgende Diagnosen: Arteriosklerose, senile Demenz, Arteriosklerose mit Wahn, Demenz mit Halluzinationen, Psychose des Rückbildungsalters. Im psychopathologischen Bild unterscheiden sich beide Gruppen *nicht*. Eine Belastung mit Psychosen in der Aszendenz war bei den 18 Patienten der Gruppe II in 5 Fällen nachweisbar, während bei der Gruppe I eine Belastung sich nur in 2 Fällen nachweisen ließ. Obwohl die Diagnose senile oder arteriosklerotische Demenz sehr häufig gestellt wurde, bestand in fast allen Fällen, wenigstens bei Ausbruch der Psychose, nur ein „dem Alter entsprechender“ allgemeiner Intelligenzabbau. Auch die körperlichen Erscheinungen der Arteriosklerose waren meist nur dem Alter entsprechend. Obwohl also offensichtlich in den meisten Fällen noch nicht einmal ausgedehntere Hirnveränderungen zu erwarten waren und tatsächlich auch bei histologischen Untersuchungen nicht gefunden wurden, erklärte man sich mit dem geringen somatischen Befund den Ausbruch der Psychose. Ein Beispiel für diese kurzschlüssige Diagnostik ist folgender Fall:

H. W. Kg. (47/26), 69 Jahre alt. Diagnose: „unklar“, Cerebralsklerose.

Der bisher unauffällige, aus unbelasteter Familie stammende Landwirt sei seit wenigen Tagen „verwirrt“. Er erzähle, er wisse, wie es im Himmel aussehe und berichte viele andere „verworrene“ Dinge.

Das Gedächtnis ist gut. Er ist etwas umständlich, und es läßt sich eine geringe Störung der Merkfähigkeit nachweisen. Während der Beobachtung ist sein psychisches Verhalten sehr wechselnd, zeitweise ist er sehr erregt, schreit, redet sehr viel, tobt und ist dann wieder stuporös.

Wegen des katatonen Zustandsbildes wird eine Elektroschockbehandlung begonnen, die wegen einer beginnenden Pneumonie nach dem ersten Schock abgebrochen werden muß. Im tiefen Stupor kommt H. plötzlich ad exitum.

Zunächst wird die Diagnose „unklar“ gestellt.

Histologischer Gehirnbefund: An der Hirnbasis einzelne arteriosklerotische Knoten, sonst Arteriosklerose unwesentlich. Keine Erweiterung der großen Ge-

fäße, keine Erweichungen. Rinde ohne Drusen. Sehr gute Tangentialfasern. Im Hirnstamm keine Gliafaserveränderungen. Gehirnrinde: Amoeboideose. Beurteilung: Geringe Arteriosklerose, keine senilen Veränderungen.

Auf Grund dieses Befundes wurde die Diagnose der Krankengeschichte geändert in Cerebralsklerose.

Verlaufsmäßig bestand zwischen Gruppe I und II ein Unterschied: Von der Gruppe I konnten 7 Patienten wieder nach Hause entlassen werden, 3 kamen in eine Anstalt und 2 starben während der Beobachtung in der Klinik. Von der Gruppe II starben 7 Fälle = 50% in den ersten 9—12 Monaten nach Ausbruch der Psychose, 3 wurden in Anstalten verlegt, nur 2 Patienten konnten nach Hause entlassen werden. Bei den Patienten, die im ersten Jahr nach Ausbruch der Psychose verstarben, kam es regelmäßig vor dem exitus zu einem rasch zunehmenden Verfall der geistigen Kräfte. In den meisten Fällen handelte es sich um paranoide Symptomenkomplexe, es kamen aber auch katatone und schleichende, über Jahrzehnte verlaufende Formen vor, bei denen die Persönlichkeitsveränderung im Vordergrund stand, während Wahn, Beziehungsideen und Halluzinationen nur am Rande des Bildes auftraten. Zu einer vollen Remission und Korrektur der psychotischen Erlebnisse kam es bei keinem der Erkrankten, auch nicht nach Elektroschockbehandlung. Ein Rest von paranoischer Unsicherheit und Ungewißheit blieb bestehen. Der Erfolg der Therapie bestand regelmäßig nur in einer Sozialisierung, dem Patienten gelang es wenigstens zeitweise, die psychotischen Befürchtungen und Erlebnisse beiseite zu schieben und nicht zu beachten. Von den 30 Patienten wurden 6 mit Elektroschock behandelt.

Charakteristisch für den Verlauf der Altersschizophrenien ist der rasche Wechsel der Stimmungen und der Stärke der psychotischen Erlebnisse: die Patienten erscheinen einmal warm und kontaktfähig, dann wieder sind sie gereizt und mürrisch. Zeiten völliger Freiheit von psychotischen Erscheinungen wechseln mit Perioden ängstlicher Erregung, in denen sie lebhaft und plastische Halluzinationen erleben. Vor allem nachts kommt es häufig zu einer Exacerbation der psychotischen Erscheinungen. Auffallend ist auch die oft recht gute Beeinflussbarkeit und Beruhigung der Patienten im gleichmäßigen Krankenhausmilieu. Es kommt hier zu einer Milderung der Erregung und der Angst, und die Kranken können mit ihren paranoiden Befürchtungen leben.

Pf. H. Kg. (45/101). 68 Jahre alt. Diagnose: Arteriosklerose.

Familienanamnese: Ein Bruder des Vaters ist in der Irrenanstalt gestorben. Nach den Angaben der Ehefrau klagt Pf. schon seit seiner Kindheit viel über Kopfschmerzen. Seit einigen Wochen fühle er sich müde, seine geistige Regsamkeit sei aber immer noch gut gewesen. Einige Tage vor der Aufnahme sei plötzlich ein ängstlicher Erregungszustand ausgebrochen. Der Patient habe seine Frau mitten in der Nacht geweckt und ihr gesagt, daß es jetzt soweit sei, er müsse sterben. Dann habe er 2 Std lang Abschied genommen, bis er vor Müdigkeit wieder eingeschlafen sei. In den folgenden Nächten sei er sehr unruhig gewesen,

habe viel gegrübelt und ständig wiederholend vor sich hing gesprochen: „Ich bin gesund, körperlich und geistig gesund und du bist auch gesund und wir haben uns lieb“. Er habe seine Frau nicht mehr von seiner Seite gelassen und behauptet, er sei ein von Gott Gesandter und müsse seine Frau mitnehmen. Er habe nur noch Wasser und Brot essen wollen. In der Kirche habe er behauptet, daß der Pfarrer nur für sie gepredigt habe.

Bei der Aufnahme in der Klinik ist der Patient sehr erregt. Er schreit und weint, Fragen beantwortet er nicht und eine Exploration ist unmöglich. Nach einem Elektroschock ist der Patient wesentlich geordneter und ruhiger und kann jetzt genau über seine Familiengeschichte und seine Zustände Angaben machen.

In den folgenden Wochen wechselt sein Zustand, zeitweise ist er völlig geordnet, örtlich und zeitlich orientiert und in der Unterhaltung unauffällig, zeitweise ist er sehr unruhig, jammert und stöhnt vor sich hin und äußert Wahnideen. Nach einer Behandlungsdauer von 6 Wochen (Elektroschockbehandlung) wird er entlassen, er muß aber nach einer Woche schon wieder in einem hochgradigen Erregungszustand aufgenommen werden. Er redet unaufhörlich und zerfahren. Er ist gereizt, verkennt Personen, hält den Arzt für einen alten Bekannten, der ihn umbringen will, er vermutet Quecksilber in seinem Essen und ist der Überzeugung, daß seine Frau schon getötet worden sei. Er hört ständig bedrohende Stimmen, vor allem an seinem schwerhörigen Ohr, macht sich in hypochondrischer Weise Sorgen um seine Verdauung. Sein After sei verschlossen, er könne keinen Einlauf bekommen. Die ängstliche Erregung zeigt regelmäßig eine Zunahme in der Dunkelheit. Die Erregungszustände schlagen zeitweise unmittelbar um in eine läppische Euphorie. Er liest dann mit großem Interesse kleine Anzeigen in der Zeitung und freut sich kindlich darüber.

Nach einer mehrwöchentlichen Behandlung wird der Patient kaum gebessert entlassen und kommt kurze Zeit darauf zu Hause ad exitum.

D. B. Kg. (40/136), 67 Jahre alt, Diagnose: Schizophrenie.

Anamnese: Eine Tochter der Patientin liegt mit einer Schizophrenie in der Anstalt W., eine Tochter der Schwester ist geisteskrank und ein Sohn des Bruders hat sich erhängt. Seit einigen Wochen besteht bei der früher stets unauffälligen Frau ein nihilistischer Wahn. Sie glaubt, die Familie müsse verhungern, es sei nichts zum Essen, zum Anziehen da und sie befürchtet, vergiftet zu werden. Die Angehörigen bezeichnen sie als „verwirrt“ aber nicht bösartig. Den Urin lasse sie seit einigen Tagen spontan laufen und behauptet, daß er vergiftet sei.

Bei der Aufnahme kann sie noch genaue Angaben über ihre Familie und ihr eigenes Leben machen. Eine weitere Unterhaltung ist mit ihr aber nicht möglich, da sie behauptet, daß sie keine Antwort mehr geben könne. Sie wisse nicht, was mit ihr los sei und wo sie anfangen solle. Ihre Gedanken kämen nicht mit. Sie ist stark gehemmt und verlangsamt, sie sitzt ratlos auf dem Stuhl und sieht ängstlich um sich herum, und es ist nicht möglich, mit ihr in Kontakt zu kommen. Sie ist in allen Qualitäten orientiert, auf Befragen gibt sie an, daß ihr die Gedanken entzogen werden. Unter der Diagnose Schizophrenie wird sie in die Anstalt W. verlegt. In den folgenden 6 Monaten bis zu ihrem Tod wird das psychopathologische Bild zunehmend ärmer und eintöniger. Wegen ihrer getriebenen Unruhe muß sie auf die unruhige Abteilung verlegt werden. Allmählich verfällt sie in eine abweisende Schweigsamkeit und unbeeinflussbare Starre, in den letzten Monaten läßt sich kein Wort mehr aus ihr herausholen. Ihre einzige Tätigkeit besteht im Stricken. Sie kommt ad exitum, nachdem sie tagelang kein Wort mehr gesprochen und jede Nahrungsaufnahme verweigert hat.

H. M. Kg. (37/620), 67 Jahre alt. Diagnose: Wahnhaft verlaufende depressive Involutionspsychose? Spätschizophrenie? — Diagnose der Anstalt K: Arteriosklerose des Gehirns.

Angaben der Angehörigen: In der Familie seien Geisteskrankheiten unbekannt. Die Patientin sei bis vor einem halben Jahr unauffällig gewesen. Bis dahin habe sie die sehr schwere Krankenpflege ihres Mannes (Blasenkrebs) bis zu dessen Tod durchgeführt. Damals sei sie zum ersten Male psychisch auffällig geworden. Sie habe einen „Erschöpfungszustand“ und „Weinkrämpfe“ bekommen, und sie sei hypochondrisch geworden. Verschiedene Erholungsaufenthalte und Kuren waren zwecklos, sie befürchtete, Krebs zu bekommen und fühlte ihre Muskeln schwinden. Wenige Tage vor der Klinikaufnahme sei sie unruhig geworden, sie sei jammernd im Zimmer auf und ab gelaufen und habe Wahnideen geäußert (das Vermögen würde verschoben, sie würde von den Geschwistern bestohlen und betrogen, in der Medizin sei Gift und ein Mann sei gedungen, sie umzubringen). Sie sei früh in ängstlicher Erregung im Morgenrock aus dem Haus gelaufen. In der Klinik ist die Patientin zunächst besonders nachts sehr unruhig und schwierig. Sie läuft ständig auf den Korridor, um sich zu vergewissern, daß niemand draußen auf sie lauwere. Sie fürchtet, in den Keller gebracht und ermordet zu werden. Sie entnimmt aus belanglosen Reden ihrer Umgebung, daß sie mittellos und ihr gewaltsames Ende nahe sei. Sie wirkt affektiv versteift, unwirsch, mißtrauisch und abweisend. Allen ärztlichen Maßnahmen (z. B. Elektrisieren) begegnet sie mit einer wahrhaften Vernichtungsangst. Unter planmäßiger psychotherapeutischer Beeinflussung im Rahmen arbeitstherapeutischer Führung wird sie geordneter, zugänglicher und aufgeschlossener, so daß sie ohne Schwierigkeit auf der ruhigen Station gehalten werden kann. In besonnener, klarer Art vermag sie unter Zuhilfenahme eines außerordentlich guten Gedächtnisses über die früheren Ereignisse einschließlich der wahnhaften Entwicklung Auskunft zu geben. Es besteht auch eine gewisse Krankheitseinsicht und ein ausgesprochenes Bemühen um die Korrektur wahnhafter Vorurteile und Einstellungen. Patientin wird in die Anstalt K. verlegt.

Aus dem Krankenblatt der Anstalt K. (Diagnose: Arteriosklerose): Frau H. ist immer sehr umtriebig, lebhaft, meist gereizt und gespannt, sie schimpft und kommandiert das Personal und ist mißtrauisch. Sie bricht oft plötzlich in Weinen aus und deutet Reden und Vorkommnisse auf der Abteilung wahnhaft um. Sie beklagt sich öfters über nächtliches Poltern und rhythmisches Klopfen an ihrem Zimmer, sie glaubt, sie habe ein sehr schlechtes Herz und Krebs und hat Todesgedanken. In den letzten Wochen vor dem Tod ist sie öfters sehr erregt und ängstlich und schreit laut um Hilfe. Sie wird dauernd von Stimmen gequält und behauptet, man habe ihr den Kopf und die Arme abgehauen. Eine Stimme sage dauernd: morgen wird sie getötet. Sie bekomme den Befehl, ihre Sachen zu ordnen, da sie um 5 Uhr abgeholt werde. Alle diese Halluzinationen berichtet sie mit sehr viel Affekt und Temperament und mit erheblicher „hysterischer“ Färbung. Sie kommt plötzlich, wahrscheinlich an einer „Hirnblutung“, ad exitum.

Charakteristisch ist für diese Altersschizophrenien die depressive Verstimmung. Intelligenz und Gedächtnis zeigen keine oder nur geringe senile Veränderungen. Während bei Ausbruch der Psychose häufig hypochondrisch nihilistischer Wahn das Krankheitsbild bestimmt, kommt es gegen Lebensende bei einem Teil der Patienten zu einer Steigerung der Erregung und Angst bis zu einem wahrhaften Vernichtungsgefühl, begleitet von inhaltlich entsprechenden Halluzinationen und Wahneinfällen, während andere über Wochen und Monate in einen regungslosen

katatonen Stupor verfallen, bei dem allerdings auch meist ein schwerer ängstlicher Affekt den Ausdruck bestimmt. Im Anfang der Psychose ist häufig noch ein Wechsel der psychotischen Zustände (illusionäre Verkennungen, Vernichtungsangst, bedrohliche Halluzinationen und Wahneinfälle) mit Phasen relativer Besonnenheit und Selbstkritik festzustellen. Oft zeigt das psychopathologische Bild Züge, die als „hysterisch“ oder „psychogen“ gedeutet und verkannt werden. Ein eindrucksvolles Beispiel dafür ist die Krankengeschichte des 69jährigen G. J.

G. J. Kg. (46/744), 69 Jahre alt. Diagnose: Cerebralsklerose, abnorme Reaktion.

Angaben der Schwester: In der Familie seien Geisteskrankheiten unbekannt. Der Bruder lebe seit etwa 25 Jahren allein, von seiner Frau geschieden. In den letzten Tagen vor der Erkrankung sei er von der Besatzungsmacht aus seiner Wohnung ausgewiesen worden. Das habe er sich sehr zu Herzen genommen. Er habe plötzlich erzählt, die Glocken würden läuten und man dürfe ihm gratulieren, weil er Frieden gemacht habe. Er habe den Leuten auf der Straße gratuliert und gesagt: Friede, Friede.

Bei der Aufnahme sitzt Pat. „dement lachend“ auf dem Stuhl und spricht dauernd ohne erkennbaren Sinn. Auf Fragen antwortet er: „Das geht dich nichts an.“ Soll er eine Zahl nachsprechen, sagt er: „Da wäre ich schön dumm.“ Dann lächelt er wieder läppisch. Er verlangt, daß der Arzt schnell fortfährt, um fertig zu werden, er habe gestern nur markiert, daß er verrückt sei, damit er nicht aus seiner Wohnung heraus müsse. Dann verlangt er nach einem kleinen Taschenspiegel, um nachzusehen, ob das Gesicht sauber sei. Im Bett zieht er sein Hemd aus und wirft Stück für Stück seines Bettzeugs auf den Boden. Dann wird er aggressiv. Während der Pat. am 1. Tag sich völlig ablehnend gegen jede Exploration verhält und ziellos drängelnd immer wieder aufsteht, um etwas zu suchen und in seinen Antworten völlig verwirrt ist, ist er am nächsten Tag völlig verändert. Er gibt klare Auskunft und zeigt sich völlig orientiert. Nach 2 Wochen wird er in die Anstalt W. verlegt. Hier wird er plötzlich verwirrt, weint und läuft unruhig jammern herum. „Sie wissen ja genau, was hier gespielt wird, ich weiß, was man mit mir macht! Wo habe ich das verdient!“ In der Nacht zeigt Pat. folgendes Zustandsbild: er liegt steif und unbeweglich im Bett, schwitzt stark, Salbengesicht, hat Urin unter sich gelassen und hält die Lider halb geschlossen. Etwa alle 20 sec wird das Atmen durch eine heftige, laut schnarchende Expiration unterbrochen. Anfangs liegt er steif wie ein Brett im Bett und läßt sich am Nacken in seiner ganzen Länge hochheben. Aufgesetzt behält er die Haltung, die man ihm erteilt. Er reagiert auf keine Reize und spricht nicht. In den folgenden Tagen ist Pat. sehr unruhig, redet dauernd laut und erregt vor sich hin, verweigert Medikamente und verfällt körperlich zunehmend, da er fast keine Nahrung zu sich nimmt. Einige Wochen später ist er wieder klarer und gibt geordnet Auskunft, wird aber plötzlich wieder völlig stuporös, erkennt den Arzt in wahnhafter Weise und zeigt ein wissendes und überlegenes Lächeln. Jede Nahrung wird verweigert mit der Begründung, daß sie nicht ganz sauber wäre. Mit vielsagendem Blick deutet er an, daß etwas hineingetan worden sei. Nach mehreren Wochen geht auch dieser Zustand vorüber, er ist wieder freundlich und zugänglich, die Schwester berichtet aber, daß er ihr gegenüber noch etwas verändert sei. Er spräche nur ganz leise mit ihr und ermahne sie dauernd, auch leise zu sprechen. Wenn jemand zufällig vorbeigehe, bräche er mitten im Satz ab, obgleich ganz belanglose Dinge besprochen worden seien. Nach etwa 13 Monaten Aufenthalt in der Anstalt wird er unauffällig entlassen.

Die oft zu beobachtende *Auslösung der Alterspsychosen durch schwere seelische Traumen*, der rasche Wechsel der Stimmungslage und das negativistische Vorbeireden — als pseudodementes Verhalten mißdeutet — und die oft übertrieben wirkende ängstliche Erregung sind offensichtlich häufig der Anlaß, daß hinter psychotischen Erlebnissen „hysterische“ oder psychogene Reaktionen vermutet werden.

Der erstmalige Ausbruch einer schizophrenen Psychose bei Mutter und Sohn im 8. Lebensjahrzehnt scheint mir, wie die später noch anzuführende Krankengeschichte der Familie H., ein besonders schwerwiegender Hinweis auf die Bedeutung des 7. und 8. Lebensjahrzehntes für das erstmalige Ausbrechen von Psychosen zu sein. Das psychopathologische Bild der Psychose war bei Mutter und Sohn sehr ähnlich, der wesentliche Inhalt war in beiden Fällen schwerste Todesangst, die einmal zum Suicid, im anderen Fall zum Suicidversuch führte.

E. P. Kg. (20/189), 70 Jahre alt. Diagnose: senile Demenz mit Wahn. Seit einigen Wochen klagt die Patientin darüber, daß sie von den Menschen dauernd beobachtet und verfolgt werde. Sie sei ruhelos geworden, bleibe nicht mehr in der Wohnung und schlafe jede Nacht aus Furcht bei einem anderen ihrer Bekannten. Sie jammere ständig, habe Gesichts- und Gehörstäuschungen und Wutanfälle. In der Klinik läuft sie unruhig und mit dem Ausdruck höchster Angst umher. Sie bittet Arzt und Schwestern flehentlich, sie doch nicht zu ermorden. Obwohl in hochgradiger Erregung, läßt sie sich doch durch eine Frage gelegentlich beruhigen und hört dann aufmerksam zu. Dann verfällt sie sofort aber wieder in schwere Erregung. Dieser Zustand hält Tage an. Sie behauptet, der Arzt habe sie ermordet, ihren Schädel aufgemacht und ein Stück herausgeschnitten. Bei jeder Injektion jammert sie fürchterlich, da sie die kommende Katastrophe fürchtet. Sie bezieht alles auf sich, alles hat seinen Grund, und sie fühlt sich von Feinden umgeben. Im Mittelpunkt ihres wahnhaften Denkens steht eine panische Operationsfurcht. Immer wenn ein Arzt den Saal betritt, glaubt sie, daß sie zugrunde gerichtet werde. Sie versteckt sich stundenlang unter ihrem Bett. Schon das Blutdruckmessen bringt sie in höchste Erregung: „Ach Gott, habt doch Erbarmen, macht es doch nicht bei lebendigem Leibe, wartet, bis ich schlafe. Ach Gott, was habe ich für eine entsetzliche Todesangst.“ Nach 10 Wochen wird sie unverändert in die Anstalt W. verlegt.

Aus der Krankengeschichte des Sohnes W. H. Kg. (46/173), 74 Jahre alt. Diagnose: Arteriosklerotische Demenz mit Wahn.

Der Pat. wird nach einem ernsthaften Suizidversuch (Erhängen) in die Klinik eingeliefert. Er war trotz seines hohen Alters bis zuletzt noch beim Fürsorgeamt angestellt. In den letzten Tagen fühlte er sich von der Polizei verfolgt, er meinte, weil er auf einem Formular sein Vermögen von 800—900 Mark nicht richtig angegeben hätte. Ferner befürchtete er, daß sein unehelicher Sohn ihn angezeigt hätte, weil er nicht richtig für ihn gesorgt hätte.

Er berichtet, daß man ihn im Krankenhaus in einen Keller gelegt habe, wo Medikamente ausgegossen worden seien, und Gas durch Ritzen eingedrungen sei, und er habe geglaubt, daß man ihn umbringen wolle. Er sei deshalb aus dem Krankenhaus durchgebrannt und habe sich in der Wohnung erhängen wollen. Pat. ist in allen Qualitäten voll orientiert. Das Denken ist formal nicht gestört, und es bestehen zahlreiche Wahnideen. Auf Station ist er äußerlich geordnet, ist aber zeitweise sehr gereizt und mißtrauisch und korrigiert nie seine Wahn-

vorstellungen. Er wird nach 2 Wochen Beobachtung in die Anstalt W. verlegt, wo er nach 8 Monaten unter zuletzt raschem körperlichen und geistigen Verfall verstirbt. Auch in der Anstalt ist W. zunächst noch örtlich und zeitlich sehr gut orientiert, er hat ein gutes Gedächtnis und komplizierte Kopfrechnungen werden noch richtig gelöst. Er erklärt, daß sein Leiden von der Onanie herkomme, die er früher getrieben habe. In Mannheim sei er nachts in eine Zelle gesperrt worden, und er habe fürchterlich mit Teufeln kämpfen müssen, die an ihn wollten. Dauernd seien Autos auf ihn zugefahren, und Leute seien in seiner Zelle herumgetrampelt. Am meisten habe ihm ein dauerndes Miauen von Katzen zu schaffen gemacht, das er auch jetzt noch fortwährend höre. Auch in der Anstalt fühlt er sich noch verfolgt, er hat viele Einfälle und zeigt einen ungeheuren Rededrang. Die Auffassung für die Umwelt ist zunächst einwandfrei. In den folgenden Monaten kommt es zu einem zunehmenden körperlichen Zerfall. An manchen Tagen ist der Pat. ruhig, an anderen zeigt er Erregung und Verwirrheitszustände mit starkem Rededrang. Er zerreißt Bettwäsche, Hemden und kratzt sich am ganzen Körper auf. Schließlich müssen ihm Lederhandschuhe angezogen werden, damit er sich, sein Bett und seine Bekleidung nicht zerstören kann. Sein Reden wird immer unsinniger, seine Grundstimmung ist euphorisch, er behauptet, daß ihm nichts fehle, und daß es ihm außerordentlich gut gehe. In den letzten Tagen vor seinem Tode ist er dagegen ablehnend, mürrisch und gereizt.

Diagnostische Schwierigkeiten bereiteten einige Patienten, deren schizophrene Erkrankung seit Jahrzehnten schleichend im Gang war, und die *ihr ganzes Leben als schrullige, absonderliche Menschen bekannt waren*, die aber erst im Alter so auffällig wurden, daß eine Krankenhaus- oder Anstaltsaufnahme notwendig wurde.

U. M. Kg. (38/616), 74 Jahre alt. Diagnose: zunächst senile Demenz, später Schizophrenie.

Anamnese: Die Mutter des Vaters habe nach einem Apoplex manchmal Erregungszustände gehabt.

Die Patientin sei seit ihrem 37. Lebensjahr auffällig. Sie ging — sie stammt aus sehr guter Familie — Beeren lesen in die Wälder, zeigte eine zunehmende Verwahrlosung und führte ein Sonderlingsdasein. Ihre Wohnung und ihre Kleidung verwahrlosten zunehmend, und sie wurde, da sie tagelang barfuß ging, „Barfüßle“ genannt. Bei der 1. Aufnahme in der Klinik im Alter von 66 Jahren ist Patientin völlig verwahrlost, schimpft dauernd vor sich hin, schlägt öfters das Kreuzzeichen und erkennt die Umgebung. Sie ist eigensinnig, rechthaberisch und verschroben und zeigt in der Unterhaltung einen „bissigen“ Humor.

Bei der 2. Klinikaufnahme ist Patientin 74 Jahre alt. Sie wird völlig verwahrlost und verwirrt von der Polizei auf der Straße aufgegriffen. Bei der Aufnahme ist sie zunächst stuporös, sie zeigt sich aber nach Lösung genau orientiert. Außer wahnhaften Personenverkennungen bestehen keine manifesten psychotischen Symptome. Diesmal wird die Diagnose „schleichend verlaufender schizophrener Prozeß“ gestellt, und Patientin wird in die Anstalt W. verlegt, wo sie an Stärke zunehmende Erregungszustände zeigt.

4. Verhältnis der manischen und depressiven Alterspsychosen zur Schizophrenie und Cyclothymie.

Während in den mittleren Lebensjahren zumindest die anstaltsbedürftigen Schizophrenien viel zahlreicher sind als die Cyclothymien,

haben wir in unserem Material *ein Verhältnis der cyclothymen Psychosen zu den schizophrenen von 3:1 gefunden*. Das könnte einmal so gedacht werden, daß die depressiven Erkrankungen ihr Manifestationsoptimum später haben als die schizophrenen. Auf Grund von Längsschnittbetrachtungen und bei der Berücksichtigung der genealogischen Zusammenhänge, soweit faßbar, sind wir zu der Überzeugung gekommen, *daß viele unserer depressiven und manischen Erkrankungen zum schizophrenen Erbkreis gehören*. Als Beispiel für den Wandel des psychopathologischen Bildes der Psychose im Laufe des Lebens geben wir die Krankengeschichte einer Patientin wieder, die mit 23 Jahren erstmalig an einer Psychose erkrankte, die eindeutig als Schizophrenie aufzufassen ist. Mit 68 Jahren war dieselbe Patientin zweimal in unserer Klinik zur Beobachtung und wurde jetzt als Cyclothymie aufgefaßt.

W. G. Kg. (47/381), 68 Jahre alt. Diagnose: Cyclothymie.

Patientin erkrankte mit 23 Jahren erstmals an einer Psychose und war damals in der Anstalt E. (Auszug aus der alten Krankengeschichte.) Seit Mai erregt, verwirrt, Personenverkennungen, glaubt sich im Paradies, kindlich exaltiert, absurde Handlungen, zwischendurch stuporös. Auf der Fahrt in die Anstalt unruhig, steigt auf die Bank, wirft ein Taschentuch zum Fenster hinaus. In der Anstalt wechselnder Zustand, zeitweise unruhig, wirft die Kissen zu Boden, entkleidet sich völlig, läuft hinaus. Dann starrt sie wieder vor sich hin, flüstert, lächelt, kichert. Schrullige Handlungen. Nach 5 Wochen wieder ruhig, geordnet, klar, krankheitseinsichtig. „Ganz normal“ nach Hause entlassen.

Es handelt sich psychopathologisch um eine Schizophrenie (Katatonie). Nach diesem Schub war Patientin unauffällig bis zum 68. Lebensjahr. Sie war eine fleißige Bauersfrau und brachte 3 gesunde Kinder zur Welt. Aus der Krankengeschichte: Seit dem Frühjahr gehe es ihr nicht mehr gut. Sie glaube, sie sei vom Teufel besessen, und sie habe nicht mehr richtig für ihre Familie gesorgt (warum?), weil ihr nichts mehr gelinge. Sie sei immer so geplagt. Sie habe sich umbringen wollen, weil sie kein gutes Gewissen mehr gehabt habe. Es habe keinen Wert, daß sie noch auf der Welt herumlaufe. Sie habe einen schweren Druck auf der Brust. — Sie läuft ständig getrieben auf der Station umher, so daß sie auf die unruhige Abteilung verlegt werden muß. Hier ist sie besonders nachts sehr ängstlich und störend. Sie erklärt, sie sei der schlechteste Mensch, sie sei ein Tier. Es gebe keinen Gott. Das Gewissen klage sie an, ihr Kind müsse verhungern, sie sei schuld, daß alle verhungern müßten. Nach 7 Elektroschockbehandlungen klingt der sehr tiefe Verstimmungszustand ab, so daß sie völlig unauffällig nach Hause entlassen werden kann.

Bei der 2. Aufnahme erklärt die Tochter, daß die Mutter nach der Entlassung unauffällig wie früher gewesen sei. Nach 6 Monaten seien wieder leichte Stimmungsschwankungen aufgetreten, nach weiteren 4 Monaten sei sie zunehmend verstimmt und reizbar, manchmal auch aggressiv geworden. Appetit und Schlaf seien schlecht gewesen, und sie habe stark an Gewicht abgenommen. Sie habe unter schweren Schuldgefühlen gelitten und habe sich wiederholt nachts aus dem Fenster stürzen wollen.

Psychischer Befund: Patientin ist in allen Qualitäten orientiert, die Sprache ist langsam, stockend, fast flüsternd, oft kaum verständlich. Die Grundstimmung ist depressiv, die innere Unruhe und Getriebenheit scheint einer übergroßen Angst zu entspringen. Sie fürchtet, die Welt werde untergehen, und sie sei an

allem schuld. Im Vordergrund allen Denkens stehen ausgesprochen depressive Wahnideen. Über Halluzinationen kann nichts Sicheres eruiert werden. Patientin wirkt in ihrer Traurigkeit recht warm.

Nach 8 Elektroschockbehandlungen ist sie ruhig, geordnet, die Stimmung ist ausgeglichen, alle wahnhaften Inhalte werden von der Patientin vollkommen einsichtig als krankhaft erkannt.

Die familiäre Belastung mit schizophrenen Erkrankungen und Psychopathien überwog vor allem bei den *erstmalig* im Alter auftretenden Depressionen. In 11 Fällen fanden sich Schizophrenien oder Psychopathien in der Aszendenz und nur einmal eine depressive Psychose. Bei den depressiven Alterspsychosen, die schon in früheren Lebensjahren einen Verstimmungszustand gehabt hatten, fand sich 20mal eine Belastung mit Schizophrenien oder Psychopathien und 8mal eine Belastung mit Depressionen. Dies scheint dafür zu sprechen, daß vor allem bei den erstmalig im hohen Alter auftretenden Depressionen Beziehungen zum schizophrenen Formenkreis bestehen.

Bei 2 Patienten, die zum schizophrenen Erbkreis gehörten, trat im Alter erstmalig eine Psychose auf, die psychopathologisch unter dem Bild einer Manie verlief.

H. M. Kg. (37/5), 71 Jahre alt. Diagnose: Manie.

Patientin erkrankte erstmals mit 24 Jahren an einer Schizophrenie (Katonie). (Auszug aus der Krankengeschichte) Patientin hat Halluzinationen, religiös schwärmerische Wahnideen, sie ist sehr wenig zugänglich und in sich gekehrt. 2 Tage später sehr aufgeregt, zertrümmert Fensterscheiben und zerreißt ihre Kleider. Tag und Nacht sehr unruhig, völlig verwirrt. Sie sieht Gestalten, besonders Kinder und den Kaplan F. und spricht mit ihnen, als ob sie anwesend seien. Sie erkennt zeitweise ihre Umgebung nicht und hält sich für den Pfarrer und den Arzt für den Bruder. Nach der Entlassung immer unauffällig und arbeitsfähig bis zu ihrer 2. Erkrankung mit 71 Jahren. Auszug aus der Krankengeschichte: Die Kranke redet auf der Abteilung sehr laut und andauernd, sie nimmt jede von außen kommende Anregung als Gesprächsthema auf und kommt dann mit ihren Gedankengängen in ideenflüchtiger Weise immer wieder auf andere Inhalte. Bei der Arbeit ist sie infolge ihres Rededranges und ihrer Unruhe nur schwer zu halten. Sie ist völlig orientiert und zeigt auch keine groben Gedächtnisausfälle. Das ganze Benehmen der Kranken wirkt unwillkürlich erheiternd und das gewinnende Lachen der Patientin, oft mitten im Schimpfen anfangend, wirkt ansteckend. Daneben bestehen aber auch — gleichsam nur am Rande des Bildes — Wahneinfälle und Halluzinationen. In wahnhafter Weise werden Personen und der Ort verkannt, sie fürchtet, vergiftet zu werden und schmeckt bitteres Gift im Essen.

Patientin wird nach 3 Wochen ungebessert in die Anstalt W. verlegt, wo sie nach 10 Tagen verstirbt (Herztod).

Bei einem 69jährigen Mann, der immer ein Sonderling gewesen war, dessen Mutter wahrscheinlich eine schizophrene Psychose hatte und dessen Tochter mit einer Schizophrenie längere Zeit in unserer Klinik lag, kam es erstmalig in diesem Alter zu einem manischen Erregungszustand, der nach wenigen Tagen körperlicher Schwäche akut ausbrach, und der

im Verlauf von 10 Wochen unter Verfall in tiefe Demenz, begleitet von schwerer verwirrter Erregung, zum Exitus führte.

K. E. Kg (45/124), 69 Jahre. Diagnose: Arteriosklerose.

Nach den eigenen Angaben des Pat. war die Mutter schon nervenkrank und hatte an ähnlichen Angstzuständen gelitten wie seine Tochter, die im Alter von 29 Jahren an einer Schizophrenie erkrankte. Auszug aus der Krankengeschichte der Tochter K. A. Kg. (39/420): Patientin ist in einer sehr starken Erregung und besonders neuen Situationen gegenüber sehr ängstlich. Sie fürchtet, daß die Medizin Gift sei und glaubt, die Personen ihrer Umgebung, Arzt und Angehörige stehen mit der Gestapo in Verbindung. Zahlreiche Bedeutungserlebnisse, primäre Angst und Getriebenheit. Sie fühlt ein Komplott gegen sich im Gang, alles ist „so komisch“. Nach Insulinbehandlung gebessert, aber immer noch sprunghaft, zerfahren, läppisch hebephren.

Bei der Aufnahme des Vaters in der Klinik gibt die Tochter an, daß er schon immer als Sonderling und Spinnender bekannt gewesen sei. Er sei in übertriebener Weise Kaiseranhänger und frömmelnd. In den letzten Tagen vor der Erkrankung habe er über Schwäche und Müdigkeit geklagt.

Bei der Aufnahme ist Patient sehr erregt und zeigt einen nicht stillbaren Rededrang. Er entwickelt absonderliche, aber geordnete Gedankengänge religiöser und politischer Art. Er verliert dabei aber immer wieder in ideenflüchtiger Weise sein Thema. Er ist gehobener, gereizter Stimmung, sehr anspruchsvoll und entwickelt Größenideen. Er will Milliardär werden, indem er alle Millionäre zusammenruft, um sämtliche Deutsche kostenlos mit Nahrungsmitteln zu versorgen. Er behauptet, sein Befinden sei zur Zeit glänzend, und er könne besser denken als je zuvor. Senile psychische Veränderungen lassen sich nicht nachweisen. Auf eine Intelligenzprüfung läßt er sich nicht einstellen, und als er im Kopfrechnen die Aufgabe 12×13 lösen soll, sagt er, dazu habe er seinen Rechenschieber. „Das ist gerade (er meint das Kopfrechnen), als wenn einer eine Handsäge hat und beißt das Holz mit dem Mund ab.“ Nach 3 Wochen wird er unverändert in die Heil- und Pflegeanstalt W. verlegt. Er ist dort bei der Aufnahme sehr erregt, desorientiert, vergeßlich und äußert zahlreiche Wünsche. 10 Tage später (20. 8. 1945) findet sich folgender Eintrag in der Krankengeschichte: Pat. zerreißt Kleider, Hemden, Bettdecken und schlägt eine Fensterscheibe ein. Pat. ist völlig desorientiert und verwirrt, faßt nicht auf, schmiert mit Kot, lärmt und schimpft. Er beschwert sich darüber, daß er jede Nacht von Männern geschlagen werde, die zu ihm ins Zimmer kämen. In den folgenden Tagen bildet sich an den Zehen eine übelriechende Gangrän. Der Kranke reißt alle Verbände ab und schmiert furchtbar. Nach 10 Tagen: exitus letalis. Todesursache: allgemeine Arteriosklerose.

Die Bedeutung, die das 7. Lebensjahrzehnt für das erstmalige Manifestwerden von Psychosen hat, wird evident durch Beobachtungen, die wir über den Zeitpunkt des Ausbruches von Psychosen bei den Geschwistern H. machten.

In der Familie sind angeblich Nerven- und Geisteskrankheiten nicht bekannt. Der Vater war Landwirt, starb 74-jährig an einer Pneumonie. Er war ein strenger, etwas pedantischer Pflichtmensch, der gegen sich und andere hart und streng war. Er war sehr gerecht, immer guter Stimmung, umgänglich, beliebt. Die Mutter starb mit 56 Jahren an einem Herzschlag. Sie war eine sehr weiche, fromme, streng katholische, sehr gütige und hilfsbereite Frau, die still und zurückgezogen lebte. Erstmals traten Psychosen in der Familie bei 3 von ihren 5 Kindern auf. Sie

wurden alle hier in der Klinik beobachtet. Die 5 Kinder — 3 Schwestern, 2 Brüder — lebten unverheiratet im gemeinsamen Haushalt. 1 Bruder (Rechtsanwalt) erkrankte im Alter von 28 und 34 Jahren je einmal an einer Katatonie. Er war später immer gesund, ließ sich als Rechtsanwalt nieder, war sehr tätig und hatte eine große Praxis und verwendete einen großen Teil seines Einkommens für gute Zwecke. Eine weitere Schwester war immer — nicht periodisch — etwas schwermütig, gedrückt, starb an Diabetes. Eine andere Schwester erkrankte erstmalig mit 65 Jahren an einer Psychose (Diagnose der Anstalt K.: Paranoider Ver Stimmungszustand im Senium). Der 2. Bruder erkrankte mit 60 Jahren erstmalig an einem „triebhaft-ängstlichen (katatoniformen) Erregungszustand“. Die Diagnose der Krankengeschichte (26/126) „unklarer“ Fall. 14 Tage nach Ausbruch der Psychose verstarb er in der Klinik. Die 3. Schwester war unauffällig.

H. J. Kg. (26/126), Alter 60 Jahre. Diagnose: unklar.

Bis zum 13. 2. 1926 war Patient noch unauffällig. Am Abend dieses Tages war er verändert: Er sah blaß aus und hatte einen starren Blick. Bei der Unterhaltung nichts Auffälliges. 14. 2. 1926: Wieder wie früher. In den folgenden zwei Tagen kümmert er sich wieder um seine Pferde und seine Gärtnerei. 17. 2. 1926: ... abends nach seiner Schwester gerufen, war ängstlich, sagte, sein Hals zöge sich zusammen, er bekäme keine Luft mehr, seine Brust wäre zu eng. Fühlte sich sehr schwach, klagte über Herzklopfen. Erkannte seine Umgebung richtig, sah zeitweise blaß und verfallen aus. Nach etwa 1½ Std beruhigte sich der Pat. wieder und schlief dann gut. 18. 2. 1926: Tagsüber unauffällig. Nachts wieder der gleiche Zustand. Nichts Delirantes. Schlief auf Veronal. 19. 2. 1926: Nicht mehr ganz klar im Kopf, drehte unzähligemale das elektrische Licht auf und zu, lief dazu von einem Zimmer ins andere. Zog an einer Standuhr das Gewicht immer wieder herauf und herunter. Behauptete, seine Schwester habe gesagt, er würde an diesem Tag sterben. Als man ihm das ausreden wollte, wurde er böse. Er war orientiert über Ort und Person, fühlte sich sehr schwach, klagte über Schwindel. Nachts sehr unruhig, war nicht ins Bett zu bringen, wollte auf dem Sofa schlafen, gab keinen Grund dafür an. Schlief dort 2 Std, lief dann unruhig hin und her, duldete nicht, daß man das Licht in der Wohnung löschte. Fürchtete sich vor der Dunkelheit. Keine Gestalten gesehen. Betete viel, sagte, seine Geschwister hätten nie für ihn gebetet, deshalb wäre er krank. Er war früher nicht fromm. Als seine Schwester bei ihm saß, holte er plötzlich zum Schlag aus und sagte: „Es wäre kein Wunder“, schlug aber nicht zu. Fürchtete sich, nachts allein zu bleiben. 20. 2. 1926: Kommt ängstlich, fahrig, zitternd in die Klinik und fängt sofort an, faselig-ängstlich zu erzählen. Sein Onkel habe einen Wapppfropfen mit Ohrschmalz im Ohr gehabt und er auch, und der wäre nun in den Hals gerutscht, und die Watte wäre im ganzen Körper rumgezogen und säße nun in der Stirnhöhle. Auch in der Seite, in der Hüftgegend, habe er es schon gespürt. Und da sei die Watte nun in die Höhe gezogen. Er bekäme jetzt dadurch schlecht Luft. Er ist örtlich gut, zeitlich schlecht orientiert. Während der Exploration ängstlicher Affekt von wechselnder Stärke. Zeitweise ist er kaum auf dem Stuhl zu halten, zittert mit rotem Kopf und schweißbedeckt. Dann wieder ruhiger und die Angst nur durch scheues Umherblicken verratend.

Körperlich und neurologisch kein krankhafter Befund. 21. 2. 1926: H. bietet das Bild hochgradiger, ängstlich-zappelnder Erregung, läuft zitternd, unruhig, mit ängstlich gespanntem Gesicht im Saal herum, jammert laut vor sich hin, schreit nach seiner Schwester und schwatzt auch oft vor sich hin. Die Inhalte sind dabei immer die gleichen. Er schimpft entweder über seine Schwestern, daß sie ihn Lumpen geheiß hätten. Dann wieder stehen erotisch-obszöne Geschichten, die er kurz und stoßweise hervorbringt, im Vordergrund. Später liegt er in hoch-

gradiger, sinnloser, triebhafter Unruhe im Bett, greift brutal an seinen Genitalien herum, schwatzt und schreit mit ängstlich gespanntem Gesicht, weit aufgerissenen Augen, hochrotem, schweißbedecktem Gesicht vor sich hin. Die Annäherung eines anderen verstärkt seine Unruhe. Er ist kaum ansprechbar, scheint über seine Umgebung völlig im klaren und redet den Arzt als Doktor an. 23. 2. 1926: Die Unruhe des Patienten ist immer einförmiger, triebhafter geworden. Er liegt im Bett, macht fast ununterbrochen zappelnde rhythmische Bewegungen besonders mit den Armen. Er ist nicht im Bad zu halten, da er keine Rücksicht auf sein eigenes Wohl nimmt, sich ganz steif macht und ertrunken wäre, wenn man ihn nicht sofort wieder herausgenommen hätte. Er ist orientiert. Er stößt die Antworten in ängstlicher Erregung hervor: „(Wie alt?) 66, 2 Pferde, 2 Küh . . . Gaul . . . alles. — Ich gelogen hab — viel gelogen — viel gelogen — die Schwester Mina hat gesagt, daß ich ins Narrenhaus käm — ich gute Freunde hab — Schwester gut — Jesus gut — alle gut. Ich Angst hab — Hund — Hund — Hund, Angst hab vor Hund. (Wie lange hier?) 3 Tage (stimmt!) Schon lange hier, schon lange hier.“ Ab und zu werden einfache Aufforderungen befolgt. 27. 2. 1926: Unverändert einförmig triebhafte Erregung, spricht fast nicht mehr, schreit dauernd vor sich hin. Nicht mehr ansprechbar, liegt steif im Bett. Er starrt angstvoll gespannt an die Decke. Er hat abends öfter leichte Temperaturschübe, das Aussehen wechselt, er sieht zeitweise bei gutem Puls blaß und verfallen aus. Dann wieder hochrotes, schweißbedecktes Gesicht. 28. 2. 1926: Nachmittags ganz unvermittelt Kollaps, einige Stunden später exitus letalis.

Obduktionsbefund: Ganz leichte Arteriosklerose des Aortenanfangsteils und der Carotis interna beiderseits. Todesursache: schlaffe Pneumonie.

Es handelte sich um eine Schizophrenie (Katatonie), die akut mit zunächst nächtlichen und schnell an Stärke zunehmenden schweren ängstlichen Erregungszuständen und hypochondrisch-nihilistischem Wahn einsetzte. Der organische Befund (Arteriosklerose) war nur sehr gering. Unter zunehmendem körperlichem Verfall — charakteristisch für viele im Senium erstmalig auftretende endogene Psychosen — wurde das psychopathologische Bild immer ärmer und bestand schließlich nur noch in einer einförmigen, triebhaften Erregung wechselnd mit stuporösem Negativismus. Auffallend waren hier die starken vegetativen Begleiterscheinungen.

Aus der Krankengeschichte der Schwester H. A., die erstmalig im Alter von 65 Jahren an einer Psychose erkrankte. Diagnose der Anstalt K.: Paranoide Verstimmung im Senium.

(Auszug aus der Krankengeschichte der Anstalt K.): Sie habe des öfteren, insbesondere nach deprimierenden Anlässen, unter Angstzuständen gelitten. Im Anschluß an den Tod der Schwester, der sie sehr mitgenommen habe, sei sie nach wenigen Wochen ruhelos geworden, habe schlecht geschlafen, viel geweint und Wahnideen geäußert. Sie habe keine Seele mehr, der Teufel habe ihr vor 32 Jahren nach dem Tod der Mutter die Seele weggenommen, und sie habe das seitdem mit sich herumgetragen, ohne jemandem etwas davon zu sagen. Jetzt müsse sie 1000 Jahre leben, eventuell noch länger bis zum jüngsten Gericht. Der Teufel habe sich ihr als Vogel auf Brust und Hals gesetzt, er habe sie gepackt, und sie habe den Teufel hüpfen gesehen und schnarchen gehört. Der Teufel habe zu ihr gesagt: „Sechs hast du geliefert, der siebente bist du“ — sie meinte, an den verschiedensten Todesfällen, auch an denen ihrer früheren Bewerber schuld zu sein. —

Sie habe offene Stellen am Rücken, sie habe Lungenentzündung, der Darm sei zerrissen und verstopft u. ä. m. Sie muß mit der Sonde ernährt werden, ist unsauber, erbricht und läßt Stuhl unter sich. — 1942 — 9 Jahre später — wurde die Patientin in unserer Klinik aufgenommen.

H. A. Kg. (42/48), 74 Jahre. Diagnose: Nihilistische Depression und Arteriosklerose.

Nachdem es der Patientin in den letzten Jahren besser gegangen sei, seien jetzt wiederum bei ihr Wahnideen aufgetreten, die denen bei der letzten Erkrankung ähnlich seien.

Patientin liegt fast bewegungs- und teilnahmslos im Bett, jammert, der Teufel habe die Seele aus dem Leib gerissen, mit der Hand sei er durch den Leib gefahren. Sie habe ihn nicht gesehen, aber gespürt und es habe furchtbar geschmerzt. Jetzt sei sie ohne Seele und könne nicht sterben. Sie sei verurteilt, 400 Jahre alt zu werden. Der Teufel habe gesagt, sie müsse 500 Jahre auf einer Stelle liegen. Dann behauptet sie wieder, den Teufel doch gesehen zu haben, und er sei ganz schwarz gewesen. Ihr Hals sei ganz zu.

Neurologisch: Rigor und Sakkaden an den Extremitäten. Gebeugte, parkinsonistische Haltung. Der M. Parkinson bestand 1933 beim ersten Ausbruch der Psychose nicht. 2 Tage nach Aufnahme kommt Patientin ad exitum.

Obduktionsbefund: Allgemeine Atherosklerose, Sklerose der basalen Hirngefäße, Atrophie der Hirnrinde.

Hirnbefund (makroskopisch): Auf Frontalschnitten zeigt sich ein mäßiger symmetrischer Hydrocephalus. Der Nucleus caudatus ist deutlich abgeflacht. Es besteht ein état criblé im Putamen beiderseits.

Histologisch: Ganglienzellen o. B. In den Glia- und Adventitiazellen reichlich Pigment. An einzelnen kleinen Rindengefäßen sind geringförmige Wucherungen des Endothels zu beobachten. Die Randglione ist stark entwickelt, ebenso besteht eine Faserglione um den Aquädukt. Schnitte aus der Zentralgegend zeigen ebenfalls eine ausgeprägte Randglione und eine mäßige Sklerose des Marks. In der Ölimmersion sieht man in jedem Gesichtsfeld etwa 3—4 Faserspinnen. Auf Markscheidenbildern Ausfälle fleckförmiger Art im Bereich der inneren und äußeren Kapsel und des Pallidums.

Diagnose: Arteriosklerose, besonders der Stammganglien.

Bemerkenswert an diesem Fall ist die Ähnlichkeit der beiden 9 Jahre auseinanderliegenden Schübe der endogenen Psychose, die in ihrer Symptomatik durch den organischen Hirnprozeß nicht beeinflusst wurde. Auch hier handelt es sich um ein depressives Syndrom (Diagnose: Nihilistische Depression), das zu einem schizophrenen Erbkreis gehört.

5. Die exogenen Psychosen der Alten.

In unseren 355 Krankengeschichten fanden wir 206mal die Diagnose senile Demenz und Cerebralsklerose (apoplektischer Insult u. ä.). Wie wir oben schilderten, haben wir einen Teil dieser Fälle als endogene Psychosen (35) aufgefaßt, so daß wir nur 171mal eine exogene Psychose bei organischem Hirnprozeß diagnostizierten. Wir bemühten uns, durch Beobachtung der Entwicklung, der körperlichen und psychopathologischen Symptome zu einer klinischen Trennung der senilen Demenz und der Cerebralsklerose zu kommen. Wir verglichen die Diagnosen der Kranken-

geschichten, unsere klinischen Befunde und dort, wo es möglich war, die histopathologischen Befunde miteinander und mußten feststellen, daß *in verschiedenen Fällen eine Differentialdiagnose nicht möglich war. Im allgemeinen erlaubt allerdings der Verlauf der Hirnerkrankung diagnostische Rückschlüsse.* Es ist bekannt, daß selbst hochgradige Cerebralsklerotiker noch im hohen Alter und nach Überstehen von mehrfachen apoplektischen Insulten geistig ungewöhnlich leistungsfähig sind. Nicht die Gefäßerkrankung, sondern erst die fortschreitende Erkrankung des Hirnparenchyms, wie sie im allgemeinen im Verlauf der senilen Atrophie verhältnismäßig früh, im Verlaufe der Cerebralsklerose erst im Endzustand aufzutreten pflegt, führt zur Demenz.

So spricht eine langsam fortschreitende Abnahme der *geistigen* Leistungsfähigkeit, die eine frühzeitige Pensionierung oder ein Versagen im Haushalt verursacht, eher für eine Hirnparenchymerkrankung als für eine Gefäßerkrankung. Dabei bleiben diese Menschen häufig lange Zeit unauffällig für ihre Umgebung, bis eine plötzlich auftretende interkurrente Erkrankung, ein seelisches Trauma (Berufsaufgabe), oft nur ein Umgebungswechsel sie aus dem Gleichgewicht, zur „cerebralen Dekompensation“ bringt, die häufig unter schweren, vor allem nächtlichen psychotischen Bildern innerhalb kurzer Zeit zur schwersten Demenz führt.

Das psychopathologische Bild, das die Psychosen der cerebralen Alterserkrankungen zeigen, wird bestimmt von dem Ausmaß der bestehenden Hirnparenchymschädigung und von dem Tempo ihrer Entwicklung. Bei *langsam* sich entwickelnden Prozessen kommt es zu einem Abbau der Persönlichkeit und einer nur allmählich zunehmenden Demenz, bei *plötzlich* auftretenden cerebralen Dekompensationen (Störungen der Hirndurchblutung bei Kreislaufversagen, Apoplexie, Erweichung und Vergiftung) kommt es zu Bewußtseinseinschränkungen und Delir. Die exogene Psychose wird, wie schon beschrieben, entscheidend geformt von dem Charakter der Persönlichkeit. Das Syndrom der Presbyophrenie werden z. B. alterskranke Menschen zeigen, die schon immer ein ausgeprägtes syntones, hyperthymes Temperament gehabt haben.

In den letzten Stadien der Demenz kommt es oft zu psychischen und motorischen Verhaltensweisen, die denen triebhafter Idioten im Kindesalter ähnlich sind: Bewegungsdrang, unaufhörliches sinnloses Plappern, Singen und Jammern. Die Hände befinden sich in einer ständigen, oft rhythmischen Bewegungsunruhe. Wenn die Kranken in ihrer Bewegungsfreiheit eingeengt werden, werden sie sinnlos gewalttätig. Diese oft nächtlichen Erregungszustände sind beiden Tiefdementen oder Deliranten häufig der Grund zur Aufnahme und Asylierung in der Pflegeanstalt. Diese Unruhezustände sind differentialdiagnostisch abzugrenzen von der

jammernden und klagsamen Unruhe der endogenen Alterspsychosen. Unruhe und ängstliche Getriebenheit finden wir aber *auch anfallsweise* als Ausdruck kardialer oder pulmonaler Beklemmungserscheinungen im Verlauf von Kreislaufstörungen der alten Menschen. Die starke nächtliche Unruhe erfordert oft größere Gaben von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, die zu einer toxischen Ausgestaltung der exogenen Psychose führen. Vor allem nach Luminal erleben diese Patienten oft sehr ängstliche Delirien und Träume. Zu hochgradigen Angstzuständen kommt es häufig im Zusammenhang mit Blutdruckschwankungen und coronaren Durchblutungsstörungen. Ein Patient lief z. B. in einem kreislaufbedingten Delir in hochgradiger ängstlicher Erregung auf das Dach seines Hauses, um sich herabzustürzen. Nach einer Kreislaufbehandlung war er völlig geordnet und äußerte nie depressive, suicidale Ideen. Eine Frau, die bei allgemeiner Arteriosklerose Blutdruckschwankungen zwischen den systolischen Werten $RR = 165$ und $RR = 190$ zeigte, bekam anfallsweise Zustände von schwerer Unruhe und Getriebenheit, die nach einer Behandlung des Hypertonus vollständig beseitigt waren.

„Es kommt wie angefliegen. Ich werde innerlich ganz unruhig und kann nicht mehr sitzen bleiben. Es geht im ganzen Körper herum. Einmal habe ich Druck und Hitzeandrang im Kopf, dann habe ich starkes Herzklopfen und Ameisenlaufen in den Füßen. Nachts kann ich wegen dieser anfallsartig auftretenden Toberei nicht schlafen.“

Eine andere Patientin, die an Hochdruck und Kreislaufinsuffizienz mit zeitweise auftretenden Stauungserscheinungen litt, bekam im Zusammenhang mit diesen Kreislaufstörungen Erregungszustände, in denen sie sich ängstlich, allein und eingesperrt fühlte und motorisch sehr unruhig war. Mit dem Abklingen der Stauungserscheinungen durch die Kreislaufbehandlung kam es jedesmal zu einer vollständigen Beruhigung und Einsicht.

Zusammenfassung.

1. Im Alter kommt es zu einem Symptomenwandel der Psychosen. Unter Vorherrschen depressiver, in seltenen Fällen auch manischer Verstimmung *gleichen sich die cyclothymen und schizophrenen Psychosen phänomenologisch einander immer mehr an, so daß in vielen Fällen aus dem Querschnittsbild die Differentialdiagnose Cyclothymie oder Schizophrenie nicht mehr gestellt werden kann.* Auch der *phasische Verlauf* mit vollständigen Remissionen hat sich uns *nicht* als ein entscheidendes differentialdiagnostisches Kriterium erwiesen.

2. Die Durchsicht der Krankengeschichten verschiedener Kliniken und Anstalten hat gezeigt, daß *die Endzustände endogener Psychosen mit ihren einförmigen Erregungszuständen nicht scharf genug gegen die Endzustände organischer Hirnerkrankungen abgegrenzt werden und deshalb als arteriosklerotische oder senile Verwirrheitszustände verkannt werden.*

3. Nicht nur Pubertät, Puerperium und Klimakterium, sondern auch das 7. und 8. Lebensjahrzehnt, also die Zeit der senilen Umwandlung des gesamten Körpers, vor allem aber des Gehirns, ist eine wichtige und in ihrer Bedeutung für das *erstmalige* Auftreten von endogenen Psychosen oft verkannte Periode des menschlichen Lebens. *Die Unterschätzung dieser Krisenzeit hat sehr häufig zu diagnostischen Irrtümern geführt.* Die Annahme, daß so gut wie jede erstmalig im Senium auftretende Psychose eine „arteriosklerotische oder senile Demenz“ sei, ist unzutreffend und unhaltbar.

4. Wir sind der Auffassung, daß es sich bei den im Zusammenhang mit den arteriosklerotischen oder senilen Gehirnkrankheiten (wie auch mit Paralyse oder anderen Hirnprozessen) auftretenden cyclothymen, manischen oder schizophrenen Psychosen *nicht um „symptomatische“, sondern um „ausgelöste“ endogene Psychosen handelt.* Neben den eingangs angeführten theoretischen Erwägungen stützen wir diese Auffassung durch unsere dargestellten Beobachtungen an den Alterspsychosen.

5. Unter 355 über 65jährigen Patienten, die von 1937—1948 in unserer Klinik stationär behandelt wurden, fanden wir 92 Fälle von Cyclothymie, 10 Fälle von Manie und 30 Fälle von Schizophrenie, d. h. 132 Patienten mit endogenen Psychosen. Das bedeutet, daß im Alter von über 65 Jahren ein Verhältnis der anstaltsbedürftigen Cyclothymien zu den Schizophrenien von 3 : 1 bestand, während in den mittleren Lebensjahren die Schizophrenien viel zahlreicher sind als die Cyclothymien.

Literatur.

KEHRER, F.: Z. Neur. 167, 35 (1939). — DE MONCHY: Die Zergliederung des psychischen Krankheitsbildes bei Arteriosklerosis cerebri. Berlin 1922. — RUNGE, W.: Handb. d. Geisteskrkh. VIII, Berlin 1930. — SCHEID, K. F.: Z. Neur. 148, 437 (1933). — SCHNEIDER, KURT: Klinische Psychopathologie. 3. Aufl. der Beiträge zur Psychiatrie. Stuttgart 1950. — STERN, F.: Handb. d. Geisteskrkh. VIII. Berlin 1930.

Dr. HELMUT LECHLER, Heidelberg, Blumenstr. 8