

Über Presbyophrenie.

Von

A. Bostroem,
Königsberg.

(Eingegangen am 14. Februar 1933.)

Seit *Wernicke* ist es üblich, zwischen Presbyophrenie und den gewöhnlichen Formen der senilen Demenz zu unterscheiden, und zwar zeichnen sich nach *Wernicke* die Presbyophrenen vor allen Dingen durch ihre „Attenz und affektive Lebendigkeit“ gegenüber den mehr stumpfen senil Dementen aus. Auch *Kraepelin*, *Bumke*, *Kehrer* und neuerdings *Runge* betonen bei der Presbyophrenie das Erhaltenbleiben der geistigen Regsamkeit und des Urteils im Gegensatz zu der schweren Merkstörung. *Bleuler* dagegen faßt offenbar andere Kranke unter dem Begriff der Presbyophrenie zusammen und stellt als Kennzeichen vor allem die motorische Erregung dieser Kranken in den Vordergrund.

Bereits früher hat *Oskar Fischer* den Versuch gemacht, als spezifisches anatomisches Substrat der Presbyophrenie die Sphärotrichie herauszuheben. Seine Auffassung hat sich insofern nicht bestätigt, als diese Sphärotrichie auch bei anderen Greisenerkrankungen, der senilen Demenz und der *Alzheimerschen* Krankheit, ja sogar auch bei gesunden Greisen sich hat feststellen lassen. Danach wird man den Versuch, die Presbyophrenie *Anatomisch* von den übrigen Alterserkrankungen des Gehirns abzugrenzen, als gescheitert ansehen dürfen. Es müßte aber einmal der Frage nachgegangen werden, ob sich nicht aus der *klinischen* Betrachtung Tatsachen ergeben, die erklären, unter welchen Bedingungen die presbyophrenen Bilder Zustände kommen. Die Fälle von *Fischer* waren dazu nicht geeignet, sie scheinen mir *klinisch* nicht einheitlich zu sein. Es finden sich vielmehr eine ganze Reihe anderer, wohl mehr der eigentlichen senilen Demenz angehörender Kranker darunter. Gewiß, man muß sich darüber klar sein, daß nicht alle Autoren etwas Einheitliches unter Presbyophrenie verstehen — ich erinnere an die oben erwähnte Fassung dieses Krankheitsbegriffes von *Bleuler* —, aber daß es die von *Wernicke* gesehenen Krankheitsfälle gibt, und daß sie sich erheblich von den gewöhnlichen Formen der senilen Demenz unterscheiden, das wird wohl kaum bestritten werden.

Ich glaube, man wird nicht von der allgemein üblichen Meinung abweichen, wenn man als Presbyophrenie solche Fälle seniler Erkrankung

zusammenfaßt, bei denen außer einer Merk- bzw. Gedächtnisstörung und deren unmittelbaren Folgeerscheinungen keine besonderen Defektsymptome bestehen. Man sieht ja auch nicht so selten solche Fälle, die sich durch ein gutes Erhaltensein der Persönlichkeit, durch einen relativ geordneten Gedankengang und vor allem durch die schon von *Wernicke* hervorgehobene Attenz und affektive Lebendigkeit vor den übrigen senilen Erkrankungen auszeichnen.

Auf die Frage, warum der senile Hirnprozeß sich in einzelnen Fällen gerade in der Form der Presbyophrenie äußert, ist, soviel ich sehe, bis jetzt noch nicht näher eingegangen worden. *Runge* meint, diese Ursache sei ganz unbekannt, man könne aber an konstitutionelle Momente denken; als besonders auffällig hebt er hervor, daß die Presbyophrenie ganz überwiegend häufig bei Frauen vorkomme.

Kehrer weist darauf hin, daß es sich bei den Hauptkennzeichen der Presbyophrenie, der „Attenz und affektiven Lebendigkeit“ um sekundäre (im Sinne von *Bleuler*) Merkmale handle; man müsse in ihnen wahrscheinlich Nuancen der psychischen Bilder sehen, die aus der endogenen Temperamentsform der Kranken hervorgegangen seien.

Ich glaube, daß die genannten Autoren bei aller Unverbindlichkeit der Ausdrucksweise etwas Richtiges gesehen haben; nach meiner Meinung läßt sich bei strukturanalytischer Betrachtungsweise der Fälle von Presbyophrenie stets ein ganz bestimmter Aufbau erkennen und es ist meines Erachtens möglich, dieses Krankheitsbild zurückzuführen auf das Zusammentreffen einer Alterserkrankung des Gehirns mit einer bestimmten Temperamentsanlage.

Das ergibt sich meines Erachtens zwangslös aus den folgenden Krankengeschichten, die ich in den letzten Jahren aus dem Material der Münchener Psychiatrischen und Nervenklinik gesammelt habe¹.

Beobachtung 1. Da. Maria.

Familie: Vater (Gastwirt) trank. Mutter lustige Frau. Ein Bruder Suicid. Ein Sohn Arteriosklerose (52 Jahre). 2 Töchter pyknisch, ausgemacht synton. Ein Enkel Suicid.

Anamnese: Patientin, geb. 1853, war ein gesundes Kind und eine gute Schülerin. Nachdem sie einige Jahre im elterlichen Haushalt tätig gewesen war, heiratete sie mit 19 Jahren. 7 Kinder, davon 2 klein gestorben. Sie führte mit dem Mann, den sie unter dem Pantoffel hielt, verschiedene Gastwirtschaften. Ungefähr im Jahre 1907 folgte sie ihren Kindern nach Paris, führte ihnen den Haushalt; sie lebte sich dort noch als 54jährige Frau glänzend ein, lernte französisch, fand sich überall zurecht.

Nach Angabe der Kinder war Patientin eine sehr tätige, energische, manchmal vielleicht eine etwas rechthaberische Frau. Immer war sie guter Laune, außerordentlich betriebsam. Sie fing alle möglichen Geschäfte an, nahm unter anderem einmal eine Tongrube in Betrieb. Alle diese Dinge erledigte sie mit gutem Erfolg. Stets war sie außerordentlich großzügig. Einmal hatte sie in Paris nach einem

¹ Frau Dr. *Kuhl*, Assistentin der Psychiatrischen und Nervenklinik München, hat mich bei der Untersuchung dieser Fälle weitgehend unterstützt. Es ist mir ein Bedürfnis, ihr für diese Hilfe bestens zu danken.

Pferdebiß Angstzustände; die Familie mußte für sie beten, sie wollte die ganze Nacht die Kerzen brennen haben. Nach 2 Mon. war sie jedoch wieder die Alte. Auch durch äußere Veranlassung wurde sie leicht einmal verstimmt, aber immer nur kurz. Sie war warmherzig, schenkte gern und hatte immer einen sehr großen Bekanntenkreis, in dem sie beliebt war.

Sie lebte seit der Rückkehr aus Paris 1914 bei den Kindern. Auch in diesen letzten Jahren war sie meist lustig, nur soll sie jetzt auch sehr häufig gereizt gewesen sein; sie schimpfte dann viel, glaubte, man gebe ihr Dinge nicht wieder, die sie hergeliehen hat, und machte so jeden Tag einige Male Krach.

1925 wurde sie vergeßlich, lief oft den ganzen Tag in der Stadt herum, erzählte erfundene Dinge. Nach Angabe der Angehörigen verstand sie aber alles, was man ihr sagte. Manchmal sei sie vorübergehend in sehr reizbarer Stimmung gewesen; so habe sie plötzlich geglaubt, man wolle sie vergiften oder sie bestehlen.

Sie hatte ihr Leben lang Kopfschmerzen, die in letzter Zeit zunahmen. Ihr Befinden sei wechselnd, an manchen Tagen merke man gar nichts Besonderes an ihr.

Zum ersten Mal kam sie am 10. 5. 28 in die Klinik. Sie war in der Stadt herumgerannt, wohl die halbe Nacht, und bat nun — ganz allein ankommend — um Aufnahme, um sich von den Schwestern, die sie von der Poliklinik kannte, pflegen zu lassen. „Ich bleib' jetzt einfach da“.

Befund: Frau D. ist kaum mittelgroß, wiegt 70 kg, ausgemacht pyknischer Habitus, zierliche Extremitäten, reichlicher Fettansatz am Rumpf. Sie hat meistens rote Bäckchen mit kleinen Venektasien, kann aber, wenn sie erregt ist, auch plötzlich verfallen aussehen. Der Thorax ist faßförmig, die Lunge emphysematös. Der Blutdruck ist wechselnd und bewegt sich zwischen 120 und 190. An den inneren Organen war während der verschiedenen Aufenthalte kein krankhafter Befund nachzuweisen. Sie war stets sehr flink und beweglich. Ein krankhafter neurologischer Befund war nie festzustellen. Keine deutliche periphere Sklerose.

Psychisch. Frau D. fügt sich in den ersten Tagen zufrieden und gemütlich in den Klinikbetrieb. Örtlich ist sie gut, zeitlich aber gar nicht orientiert. Sie weiß auch bald nicht mehr, wie lange sie hier ist, findet nach ganz kurzem Aufenthalt im Untersuchungszimmer ihr Bett im Saal nicht mehr. Für die Dinge der jüngeren und jüngsten Vergangenheit besteht ein sehr schlechtes Erinnerungsvermögen. Die Inhalte aus früherer Zeit, ungefähr bis zur Zeit ihres Pariser Aufenthaltes, sind ziemlich gut erhalten; am besten und am plastischsten erzählt sie von ihrer Jugendzeit und der Zeit ihrer jungen Ehe. Im übrigen ergibt sich auch bei der experimentellen Prüfung eine sehr schlechte Merkfähigkeit. 3stellige Zahlen sind nach 1 Min. vergessen, 2stellige werden nach $\frac{1}{2}$ Min. bereits nicht mehr sicher reproduziert. Auch aus ihren Erzählungen läßt sich die Merkschwäche ohne weiteres erkennen. Namentlich zeitliche Beziehungen bringt sie durcheinander. Sie weiß z. B. noch, daß sie bis zum Kriegsausbruch in Paris war, ist aber der Meinung, damals habe der 70er Krieg begonnen. Eine Bewußtseinstrübung besteht nicht, ihre Unorientiertheit ist vor allem aus ihrer Merkstörung zu erklären.

Patientin faßt außerordentlich schnell auf, antwortet prompt und schlagfertig. Man kann sich sehr lange in netter, glatter Weise mit ihr unterhalten, wenn man keine Anforderungen an ihre Merkfähigkeit stellt.

Ihre Schulkenntnisse sind dürftig. Beim Rechnen vergißt sie immer die eine Hälfte des Resultates und kommt deswegen zu keinem Ende. Urteil und Kritik an sich sind intakt.

Auf motorischem Gebiet verhält sie sich oft lange Zeit ruhig, um sich dann plötzlich — häufig anscheinend grundlos — aufzuregen und zu schimpfen. Sie rennt dann polternd durch den Saal und schimpft in sehr origineller, manchmal auch zutreffender Weise. Dabei ist sie keineswegs wählerisch in ihren Ausdrücken; sie nennt die Schwiegertöchter „Canailles“, den Schwiegersohn „preußischen

Seehund", ein Enkel habe sich in ein „Fräkerdeandl“ aus Berlin verliebt und die sei schuld, daß er Suicid beging, diese „Schlotrovix“, usw. Auch in ruhigen Zeiten ist sie anschlußbedürftig, redselig, ja geschwätzig, sitzt dann breit und behäbig, die Hände auf den Knien, da und erzählt mit epischer Ausführlichkeit, voll Freude an der Darstellung.

In ihren stets lebhaften sprachlichen Äußerungen findet man gelegentlich Andeutungen von Ideenflucht. Sie kommt von sich selbst und ihrem Alter auf die alten Leute, die sie zu Hause „auswartete“, dann auf ihr Anwesen, auf ihren Hühnerhof usw.

Trotz ihres im allgemeinen humorvollen Wesens besteht eine mißtrauische Einstellung, besonders gegen ihre Schwiegerkinder. Irgendwelche wahnhaften Dinge zeigen sich hier in der Klinik in dieser Richtung nicht, sie hängt sehr an ihren Töchtern, ist außerordentlich warmherzig.

Sie konfabuliert sehr stark. Erzählt einmal, daß sie in der Stadt war, auf dem Postamt, bei ihrem Sohn, dann wieder, daß sie in einer Ortschaft in der Nähe von ihrem elterlichen Anwesen gelaufen sei, „da tun mir jetzt die Füße so weh“. Sie ist ziemlich eigenwillig in ihren Konfabulationen, läßt sie nicht besonders von außen beeinflussen. Glaubt, sie sei in Nürnberg gewesen, weiß allerhand Einzelheiten, die sie genau beschreibt.

Auch in ihren Erregungszuständen ist sie noch beeinflußbar und läßt mit sich reden. Sie ist zeitweise sehr lustig, singt Lieder, macht Witze und Glossen.

Patientin wird am 3. 6. 28 nach Hause abgeholt, kommt dann nach 1 Woche erneut in die Klinik, nachdem sie zu Hause lediglich ruhig war.

Während des 2. Aufenthalts ist sie viel weniger unruhig, schimpft allerdings auch noch dann und wann. Sonst bietet sie dasselbe Bild: Sehr starke Merkstörung, Herabsetzung des Gedächtnisses besonders für weniger weit zurückliegende Dinge, mäßig erhaltene Kenntnisse, sehr gute Auffassung und Urteilskraft, witzig, schlagfertig und heiter.

Sie geht dann Ende Juni zu ihrer Tochter nach Nürnberg. Eine spätere Anfrage läßt erscheinen, daß Patientin sehr gut draußen zu haben ist, nicht mehr so unruhig und aufgereggt, daß sie wieder an allen Dingen Freude hat, sich für alles interessiert.

3. Aufnahme. Am 23. 4. 29 wird sie von einer Nachbarin gebracht, weil sie zu Hause so viel schimpft und unruhig ist; sie geht z. B. nachts fort, klingelt den Arzt heraus, weil sie Kopfweh habe. Nennt ihre Schwiegertochter „Schindermatz“, ist dann aber auch wieder gut. In ihrer psychischen Eigenart ist sie unverändert gegenüber früheren Aufenthalten; gelegentlich findet man sie erregt, dann wieder ruhig, gemütlich. Schwere Merkstörung, Konfabulationen. Äußert ganz flüchtig, die Schwiegertochter, der böse Teufel, habe ihr was in den Kaffee getan, um sie zu vergiften. Glaubt es im nächsten Augenblick selbst nicht mehr.

Kommt am 16. 5. 29 in die Heil- und Pflegeanstalt Haar auf Wunsch der Angehörigen, „weil sie dort was arbeiten und mehr spazieren gehen kann“, wurde aber nach ganz kurzer Zeit von den sehr weichherzigen Töchtern wieder herausgeholt, weil sie ihnen erzählt hatte, daß man sie mit einer Eisenstange schlage.

4. Aufnahme. Am 3. 6. 29 wird sie von den Angehörigen wieder gebracht, weil es bei den Schwiegertöchtern nicht recht geht. Sie ist genau so frisch wie bei früheren Aufenthalten. Erzählt ganze Romane, was man in Haar alles mit ihr gemacht habe. Erfindet eine Lungenentzündung, die das Kätherl, ihre Tochter in Nürnberg, habe. Gibt später zu, daß sie bewußt gelogen habe, weil sie weg wollte. Wird nach 5 Tagen, am 8. 4. 29, wieder zur Tochter nach Nürnberg abgeholt.

5. Aufnahme. Kommt am 2. 7. 30 freiwillig, von einer Bekannten begleitet, weil sie sich wieder bestrahlen lassen wolle (Franklin). Frisch und lebendig. Kein Fortschreiten der Erscheinungen. Zeitweise, besonders wenn sie weg will, recht erregt. Wird am 18. 8. 30 gegen Revers geholt.

6. Aufnahme. Wird am 4. 9. 30 von der Tochter geschickt, weil sie sich draußen nicht mehr zurechtfindet und viel schimpft. Konfabuliert mehr als früher, Zunahme der Merkstörung. Intellektuell unverändert. Ist oft so unruhig, daß sie auf die Wachabteilung verlegt werden muß. Bekommt dort nach einigen Tagen Fieber. Kein sicherer pneumonischer Befund. Stirbt am 22. 9. 30, 77 Jahre alt. Die Sektion wird von den Angehörigen verweigert.

Beobachtung 2. Z. Katharina, geb. 1842. Aufnahme 1929, „weil sie im Altersheim stört“.

Im Aufnahmезimmer schon sehr geschwätziger. Erzählt gleich, daß sie eine alte Kellnerin sei. Redet protzig von reichen Verwandten, deren Namen sie aber nicht mehr wisse.

Objektive anamnestische Angaben liegen außer einem Bericht des Altersheims, daß sie durch Unruhe störe, nicht vor. Auch von ihr selbst ist keine genaue Anamnese zu erheben. Sie sei eine Wirtstochter von Erding und stamme von guten Leuten. Die Mutter habe wie eine Gräfin ausgeschaut, der Vater habe viel Geld gehabt. Mit 13 Jahren sei sie unter fremde Leute gekommen. Die Brüder seien im 66er Krieg gefallen. Sie sei ihr ganzes Leben so gesund „wie ein Hecht“ gewesen. Überall habe man sie gern gehabt, weil sie eine so fidele Person war. Sie war immer ledig. Früher war sie Kellnerin, später in der Polizei angestellt zur Versorgung der weiblichen Häftlinge. Sie hat anscheinend 2 uneheliche Kinder gehabt. Das eine sei bald gestorben, für das andere habe der liebe Gott gesorgt. Sie ist sehr stolz auf ihre Tätigkeit bei den Kontrollmädchen. Freut sich selber über ihren Spitznamen „das Polizeikatherl“. Wie lange sie im Spital ist, weiß sie nicht. Sie sei immer fidel gewesen, immer aufgeräumter Stimmung, nie krank, das Essen und Trinken habe ihr stets geschmeckt.

Zustandsbild. In der Klinik ist sie sehr lebhaft, redselig, witzig, derb in ihren Ausdrücken. Sie ist zwar zeitlich und örtlich unorientiert, doch bezeichnet sie die Abteilung, auf der sie liegt (Wache), als Narrenhaus. Sie hat gute Einsicht in ihre erhebliche Merkstörung, fängt dann plötzlich zu weinen an. Motorisch ist sie außerordentlich beweglich, trotz ihrer körperlichen Gebrechlichkeit. Sie betont immer wieder, wie gesund und kräftig sie sich fühle; im übrigen ist sie keineswegs urteilslos.

Wenn eine andere Patientin sie ärgert, kann sie furchtbar schimpfen. Sie ist dann derb und wenig gewählt in ihren Ausdrücken, häufig burschikos, macht herausfordernde Bemerkungen. Betont immer wieder ihre unverwüstliche Gesundheit, röhmt ihren in der Tat vorzüglichen Appetit. Nur vorübergehend ist sie ängstlich und mißtrauisch. Sie konfabuliert, wie es ihr gerade einfällt. Macht Bestechungsversuche am Arzt, um aus der Abteilung, in der es ihr nicht gefällt und in die sie als 86jährige Frau nicht passe, wieder hinauszukommen.

Auf körperlichem Gebiet hat sie einen erhöhten Blutdruck (179/98 mm Quecksilber nach Riva-Rocci), Gänsegurgelarterien und einen senilen Tremor. Es handelt sich um einen ausgemacht pyknischen Habitus.

28. 3. 29 verlegt nach Haar. In der Anstalt stets vergnügt, sucht den Arzt zu necken, ist völlig desorientiert. Vielgesprächig, schlafst und läßt gut. Hält viel Selbstgespräche. Immer kindlich-euphorisch. Hat mit jedem, der vorbeigeht, ein kleines „Gschpassl“. Ruft dem Arzt: „Vergessen Sie nicht, zur Gendarmkathl zu kommen“. Legt großen Wert darauf, bei der Visite nicht übersehen zu werden. Ist immer guter Stimmung. Hält viel auf gutes Essen. Am 21. 6. 29 unverändert nach Taufkirchen überführt, wo sie am 4. 7. 29 an einer Herzinsuffizienz starb. Keine Sektion.

Beobachtung 3. R. Philomena, geb. 7. 7. 1844.

Über ihre früheste Kindheit ist lediglich bekannt, daß sie nur kurz die Schule besuchte, weil sie immer Vieh hüten mußte; sie hat so nie richtig lesen und schreiben

gelernt. Später wurde sie Störnäherin. Sie war immer lustig, tanzte gern, ließ sich aber von den Mannsbildern nichts gefallen, lief gleich davon und schlug ihnen die Tür zu, wenn jemand was von ihr wollte. Da sie sehr fleißig und gewissenhaft war, hatte sie als Störnäherin Kunden genug. Mit 28 Jahren heiratete sie einen einfachen Schuhmacher, der sich mit ihrer Hilfe sehr in die Höhe arbeitete. Sie trug zum Aufschwung des Geschäftes erheblich bei, nicht nur durch ihren rastlosen Fleiß, sondern vor allem durch ihre unbeugsame Energie. Gelegentlich wird sie auch „bö“ genannt. Sie hatte 2 Söhne, die sie viel schlug. Immer war sie sehr religiös.

Sie liebte das Bier sehr, ohne direkt unmäßig zu sein, trank meist $\frac{1}{2}$ – $1\frac{1}{2}$ Liter des Abends.

10 Jahre vor der Aufnahme schon merkte man, daß sie vergeßlich wurde. Wenn sie dann etwas nicht mehr fand, wurde sie aggressiv gegen ihre Umgebung, glaubte, man habe ihr das Vermißte gestohlen. Sie schlug mit dem Besen zu.

Vom Jahre 1919 an war sie in einem Stift. Sie war gern dort, nur in der letzten Zeit glaubte sie sich häufig bestohlen, war sehr reizbar, auch oft aufgeregt und gewalttätig.

Am 3. 9. 26 kommt sie wegen Differenzen im Stift zur 1. Aufnahme.

Frau R. ist gut mittelgroß, wiegt 68 kg, hat rote Bäckchen mit kleinen Venektasien, einen mäßig langen Hals. Die Zähne fehlen. Der Thorax ist gut gewölbt. Körperbau im allgemeinen pyknisch. Das Herz ist nach links verbreitert, der Blutdruck beträgt 165/75. An den inneren Organen und am Nervensystem ist sonst kein krankhafter Befund nachzuweisen. Sie geht etwas vornüber gebeugt mit kleinen Schritten.

Sie ist lebhaft in ihren Gesten, heiter, redet viel. Die Merkfähigkeit, in etwas geringerem Grade auch das Gedächtnis, sind gestört. Sie ist vollkommen bewußtseinsklar, aber infolge der starken Merkstörung nicht orientiert. Sie liest große Druckschrift fließend, schreibt sehr mangelhaft; gerade der Name gelingt noch ohne Fehler. Inhaltlich erfaßt sie das Gelesene gut, vergißt es aber gleich wieder. Die Schulkenntnisse sind gering, das Lebenswissen ist nicht schlecht. Gut erhalten ist die Auffassung. Sie unterhält sich frisch und gewandt, wenn man an ihre Merkfähigkeit keine Anforderungen stellt. Vorwiegend ist sie heiter, manchmal kann sie aber auch zornmäßig gereizt werden. Paranoide Züge treten nicht in den Vordergrund. Gelegentlich findet man Ansätze zum Konfabulieren, sie bleibt darin aber etwas dürtig.

Am 19. 11. 26 kommt sie in die Anstalt Haar. Dort ist sie vorwiegend euphorisch, zeitweise gereizt, hat ab und zu eine Schimpfperiode von mehreren Tagen, meint erst immer, sie werde bestohlen, und am Schluß der Schimpfperiode glaubt sie, man beschuldige sie, daß sie eine Diebin sei. Sie sammelt viel; so wächst ihr Gepäck immer mehr an. Gern liest sie in großlettrigen Gebetbüchern.

Bei einem Besuch im Sommer 1928 in Haar zeigt sie sich sehr frisch, zuvorkommend und freundlich. Sie faßt sehr gut auf, war gar nicht gereizt und sehr gesprächig. Sie war örtlich wohl, aber zeitlich nicht orientiert, warf aber auch bei Angaben aus der früheren Vergangenheit die Jahreszahlen durcheinander. Man hatte den Eindruck, als könne sie im allgemeinen Gedächtnisinhalte besser reproduzieren als bei dem Aufenthalt in der Klinik, auch geographische und geschichtliche Dinge aus der Vergangenheit wußte sie besser. In ihrer Ausdrucksweise war sie sehr gewandt, in der Stimmung lustig, fast übermäßig. Auch erschienen Urteil und Kritik sehr gut. Sie urteilte ihre Umgebung und auch alles, was man ihr zur Beurteilung vorlegte, richtig, erzählte in romanhafter Weise, was sie alles hier tue in der Anstalt, „tanzen, wenn die andern spielen“, rannte gleich in den Wohnsaal und zeigte das Klavier. Sie fing sofort eine Melodie zu singen an.

Es kann sein, daß sie in der Schilderung der Tanzvergnügen etwas konfabuliert, aber eine besondere Neigung zum Verdecken der Gedächtnislücken durch Konfabulationen ist bei ihr nicht festzustellen.

Sie scheint in ihrer Gesamtpersönlichkeit in allen ihren Leistungen eher gebessert gegenüber dem Klinikaufenthalt. Hat auch Einsicht in ihre Vergeßlichkeit.

Sommer 1929 zeitweise gereizt und unverträglich. Äußert Beziehungsieden, glaubt sich bestohlen. Schimpft viel. Beschäftigt sich mit Strickarbeiten. Schlaf und Appetit sind gut. Dezember 1929: „Die Euphorie der Patientin ist nicht mehr so auffallend wie früher“. Äußert immer wieder, daß man sie verdächtige, sie hätte gestohlen. Beschuldigt auch andere Kranke, es sei ihr Verschiedenes aus ihren Paketen genommen worden. Aussehen gut.

Juli 1930: Ist zeitweise etwas mangelhaft, macht einen etwas ängstlichen Eindruck. Juli 1930: Vorübergehender Kollapszustand, Herzbeklemmungen. Nach einigen Tagen wieder körperlich gut. Dezember 1930: Zeitweise noch ängstlich, aber ruhig. Mai 1931: Erhebliche Gedächtnisschwäche, Störung der Merkfähigkeit, völlig desorientiert. Sonst gut und frisch. Weniger paranoide Ideen.

Beobachtung 4. Ha. Marie, geb. 8. 9. 1852.

Anamnese: Der Vater habe gesungen „wie a Zeiserl“. Die Mutter habe viel geschimpft und war nicht gern verheiratet. 8 gesunde Geschwister.

Als Kind sei sie immer kränklich gewesen (war verwachsen); erst so mit dem 14. Jahr sei sie kräftig und gesund geworden. War immer munter, lernte sehr gut. Die Mutter habe sie immer als „zaudürres Luder“ bezeichnet. Besser sei es ihr erst gegangen, als sie in Stellung kam und Köchin wurde. Sie bekam besser zu essen und sei nun recht kräftig und leistungsfähig geworden. 10 Jahre sei sie in einem Pfarrhaus gewesen; die anderen Stellen weiß sie nicht mehr so genau. Mit 30 Jahren habe sie eine Gehirnerschütterung gehabt, die sie jetzt noch für alle Defekte verantwortlich macht. In den letzten Jahren, als sie noch tätig war, scheint sie Putzerin gewesen zu sein.

Geheiratet habe sie trotz vieler Gelegenheiten nicht, weil ihr der ledige Stand besser paßte; der sei lustiger. Lustig sei sie ihr ganzes Leben gewesen, „eine rechte Spitzbübin“. Die Kartenschlägerin habe ihr gesagt, es sei gut, daß sie eine lustige Natur habe, sonst wäre das Leben für sie zu schwer gewesen, sie sei nämlich unter einem Unglücksstern geboren.

Sie war zuletzt in einem Spital, vertrug sich dort nicht recht mit den anderen Frauen, glaubte sich bestohlen. Man sei ihr neidisch gewesen, weil sie eine so „tüchtige, sparsame Person“ war.

Körperlicher Befund. H. ist mittelgroß, hält sich etwas gebückt. Sie ist sehr mager, wiegt zwischen 40 und 45 kg. Die Extremitäten sind lang und dünn, der Rumpf ist ebenfalls langgestreckt, die Schultern sind schmal, das Abdomen wenig geräumig. Sie ist am Körper rein asthenisch, das Gesicht ist rechteckig, etwas lang, hat aber ein breites, rundes, weiches Kinn.

Sie hat eine kleine derbe Struma. Am Thorax eine mäßige Kyphose. Das Herz ist etwas verbreitert, der Blutdruck beträgt 150/70 mm Quecksilber nach Riva-Rocci. Die peripheren Arterien sind hart und geschlängelt.

Am Augenhintergrund myopische Veränderungen. Kein neurologischer Befund.

Zustandsbild: Sie ist meistens humorvoll und witzig, sehr attent, hat eine schlagfertige und sehr resolute Art zu reden. Wenn sie ordinär zu schimpfen anfängt, verstummen die mutigsten Kranken. Sie ist sehr selbstbewußt und von sich überzeugt; nur wenn sie ihre Merkstörung und ihre Gedächtnislücken bemerkt, für die sie eine gute Einsicht hat, wird sie manchmal traurig und kommt ins Weinen. Es besteht eine starke Merkstörung und ein schwerer Gedächtnisausfall für die letzten 10—20 Jahre. Ihre Leistungen sind im übrigen schwankend; in ausgeruhtem Zustand reproduziert sie verhältnismäßig gut, ermüdet aber rasch und versagt dann. Weiß nicht genau, wo sie ist. Zeitlich ist sie vollkommen desorientiert. Manchmal plötzlich mißtrauisch, ist dann meistens nur vorübergehend ablehnend und gereizt, „ihr helft's alle zamm“. Sehr mobil, geschwärtig, manchmal sehr

lebhafte Konfabulationen. Röhmt sich gegenüber anderen alten Frauen: „Da bin i ja no golden gegen die Weiberleut, da bin i ja gußeisern“. Sie macht gern Witze und faßt auch Feinheiten im Gespräch auf. Sie hat ein recht gutes Urteil, unterscheidet „narrische“ und „netnarrische“ unter den Patientinnen.

Eine fieberhafte Cystitis übersteht sie relativ gut, erholt sich wieder, geht allerdings allmählich in ihrer Frische und Schlagfertigkeit etwas zurück. Wird am 16. 12. nach der Heilanstalt Egelfing überführt, da das Spital sie nicht mehr nimmt.

Hier bietet sie, wie eine Katamnese ergibt, im wesentlichen das gleiche Bild: Stets ist sie euphorisch und auch in ihrem 79. Lebensjahr noch wenigstens oberflächlich interessiert für die Umgebung, manchmal gereizt, stets unorientiert. Im Laufe der Zeit ist sie nur etwas leerer und ärmer an Initiative geworden.

Beobachtung 5. St. Walburga, geb. 1845.

Anamnese: Objektive anamnestische Angaben fehlen. Man ist ganz auf die lückenhaften Angaben der Patientin selbst angewiesen, die sich lediglich auf die erste Lebenshälfte beziehen. In die Schule ist sie wenig gegangen, denn sie brachte ihre Jugend vorwiegend mit Gänsehüten zu, um sich dadurch das Essen zu verdienen.

Später war sie dann Bauernmagd. Sie sei eine lustige Person gewesen, immer resolut, einem ungewollten Freier habe sie einmal eine Ohrfeige gegeben. Sie heiratete dann mit etwa 20 Jahren einen Hausierer, mit dem sie sich leidlich gut vertrug. Die 4 Kinder aus dieser Ehe starben klein. Patientin scheint sich durch Lumpensammeln und Betteln fortgebracht zu haben, im Sommer habe das Beerenpflücken auch einen ganz guten Verdienst gegeben.

Am 31. 5. 28 kommt Frau St. aus einem Spital zur Aufnahme. Es handelt sich um eine 145 cm große, wohlproportionierte Frau von ungefähr 55 kg Gewicht. Mund zahnlos. Der Hals ist kurz und fettreich, die Halswirbelsäule vornüber gebeugt, der ganze Thorax ist faßförmig. Sie hat eine emphysematische Lunge und ein etwas nach links verbreitertes Herz. Der Blutdruck beträgt 120/60 mm Quecksilber nach *Riva-Rocci*. Neurologisch ist kein pathologischer Befund zu erheben. Die Finger sind kurz und rund. Sie geht mit kleinen, trippelnden Schritten.

Psychisch: Frau St. ist weder örtlich noch zeitlich orientiert, hat eine sehr starke Merkstörung. Die Angaben aus den letzten Jahrzehnten sind sehr lückenhaft und können chronologisch nicht eingereiht werden. Sie faßt aber sehr gut auf, antwortet schnell und schlagfertig, um eine Antwort ist sie nie verlegen.

Die Konfabulationen sind nicht sehr reichhaltig, sie erzählt manchmal spontan: „Wissen S', heut bin i beim Lumpensammeln g'wesen, da in Trudering draußen“, „No, Sie sind ja doch dabei g'wesen, wissen S' nimmer, wie mir da hinklopft ham?“ Ihre Kenntnisse sind sehr gering, sie waren offenbar nie groß. Das Urteil ist sehr gut erhalten, vor allem zeigt sie auch eine merkwürdig gute Einsicht in ihre Defekte. Eine Bewußtseinstrübung besteht nicht, ebenso findet sich kein Anhaltspunkt für Sinnesstörungen.

Ihre Stimmung wechselt schnell, sie ist für kurze Zeit humorvoll und heiter, um dann plötzlich darüber zu weinen, daß sie ein so altes Weib sei. Sie ist oft distanzlos, tätschelt gerne an Ärzten und Pflegepersonal herum und macht dabei ihre nicht immer salonfähigen Witze. Hält große Stücke auf Essen und Trinken. Will sich körperlich nicht untersuchen lassen, deckt ihren Leib mit beiden Händen, wehrt lachend ab, so einen Fleischklumpen zeige sie nicht. „So jung bin i, daß mir d' Zähn no net g'wachsen san“. „Kriegel, kragel, Hennafuß, d' Henna laufen barfuß“. Deutet auf eine Depressive: „Wissen S', warum de weint, weil sie sich hint' net anschau'n kann“. Fragt man sie, wie es gehe: „Mit die Fuß' halt, oder meinen S', wie i sonst geh?“. Sie wiederholt sich häufig. Versucht auch immer bei der Visite die Hand festzuhalten. „Sie, wenn i Eahna auslaß, dann fall'n S' aber hintri!“. Sie schneidet dann Grimassen zu diesen Bemerkungen. Bisweilen hat sie kurze depressive Schwankungen, in denen sie bittet, man möge sie doch in der Isar

ertränken, so ein altes Weib sei doch zu nichts nutz. „Mein Kopf ist ganz zerhakelt, i bin halt eine alte dumme Frau“. Diese traurigen Verstimmungen schlagen plötzlich in Heiterkeit um. Sie ist immer frisch, agil und schlagfertig. Schwätzt sehr gerne, man bleibt immer zu wenig lang bei ihr. „Warum bleiben S' net länger bei mir da, i möcht a dischkriern“. Gelegentlich ist sie auch recht gereizt, jedoch nie von längerer Dauer.

Sie kommt Ende August 1928 in die Anstalt Haar. Auch hier war sie unorientiert, merkschwach, findet zuweilen ihr Bett nicht wieder. Sie wird im Laufe der Zeit unbehilflich, zunehmend pflegebedürftig, geht nur ungern aus dem Bett. Zuweilen zeigt sie noch eine gewisse Einsicht für ihre Störungen. Stimmung gelegentlich euphorisch, dazwischen aber vereinzelte ängstliche Ideen, fürchtet, man wolle sie vergiften, wenn man ihr Medikamente gibt. Januar 1930 stürzt sie und klagt seitdem über Schmerzen im Oberschenkel. Geht nun langsam zurück. Keine Lähmung. Schläft jetzt aber sehr viel.

7. 4. 30 Exitus.

Sektion: Atrophie des Gehirns und aller parenchymatösen Organe. Vermehrung des äußeren Liquors. Hydrocephalus internus. Geringgradige Sklerose der basalen Hirngefäße. Kleines atrophisches Herz. Coronarsklerose mäßigen Grades.

Beobachtung 6. Ob. Philomene, geb. 27. 10. 1846.

Anamnese. Ein Halbbruder war schwermüdig und beging Suicid.

Sie selber will immer sehr lebhaft gewesen sein, habe gern mit Buben gespielt. Betont, daß sie eine sehr gute Schülerin gewesen sei, Note 1 habe sie bekommen und verschiedentlich auch Preise. Sie sei ein recht lustiges Mädel gewesen, „aber in Ehren“.

Die Tochter gibt an, daß Eltern und Geschwister der Patientin in hohem Alter gestorben seien. Die Mutter selbst sei nie krank gewesen, ist seit 30 Jahren Witwe, war immer allein in der Wohnung. 5 Kinder, 4 klein gestorben. Vor dem Kriege zeitweise Schnapsmißbrauch. Juli 1928 Fall auf den Hinterkopf, seitdem habe sie sich verändert, kennt die Tochter nicht mehr, findet sich auf der Straße nicht mehr zurecht, vernachlässigt sich neuerdings. Lief neulich im Hemd den Flur entlang, an dem 8 Parteien wohnen.

Körperlich: Frau O. ist mittelgroß, frisch und rotbackig, zeigt einen guten Turgor. Das Gewicht ist durchschnittlich 65 kg. Sie ist von ausgesprochen pyknischem Habitus (athletische Einschläge). Es besteht eine Kyphose der Brustwirbelsäule und ein geringes Emphysem. Die Herzaktion ist unregelmäßig (Extrasystolen). Der Blutdruck beträgt 160/90. Das Abdomen ist sehr fettreich.

Kein neurologischer Befund. Der Gang ist breitbeinig, kleinschrittig.

Psychisch: Frau O. faßt gut auf und antwortet schlagfertig. Von der Vorgeschichte kann sie nur aus der Jugendzeit berichten. Sie weiß nicht genau, wie viel Kinder sie gehabt hat (5 oder 8!), verwechselt den Ehemann mit dem Vater. Zeitlich und örtlich ist sie desorientiert. Sie hat eine schwere Merkstörung und erhebliche Gedächtnisausfälle für die letzten Jahrzehnte. Ihre Schulkenntnisse sind bis auf Rechnen schlecht, ihr Urteil ist ganz gut. Sie ist sehr einsichtig und ärgert sich häufig, daß die „frühere Erinnerung so schlecht ist“. Sie ist immer heiterer Stimmung, nur wenn sie etwas nicht mehr weiß, wird sie gereizt. Von sich selber sagt sie: „Guter Laune bin ich immer g'wesen, schon einmal leicht in der Höh“. Sie ist recht geschwäztig; anfänglich auch körperlich so frisch, daß sie auf die ruhige Abteilung gehen kann.

Sie stirbt am 3. 4. 29 an einem gangrèneszierenden Erysipel der Hand.

Beobachtung 7. Hr. Therese. Über Heredität nichts bekannt.

Nach einem Polizeibericht ließ sie sich in letzter Zeit verwahrlosen, konnte sich manchmal nicht mehr richtig aus. Sie selbst erzählt lückenhaft aus ihrer Vergangenheit. Mit 25 Jahren habe sie einen schlanken, guten und sehr beliebten

Mann geheiratet, der vor 10 Jahren gestorben sei. Von 4 Kindern leben noch 3, ein Sohn fiel im Feld. Sie selber will immer sehr heiter und von vielen Menschen bewundert gewesen sein. Sie habe so gut singen können, daß die Leute auf der Straße stehen blieben. Höflich und freundlich sei sie immer gewesen.

Habitus vorwiegend pyknisch, dabei feingliedrig. Mammacarcinom (Cancer en cuirasse); trotzdem Allgemeinzustand recht gut. Blutdruck 175/70 mm Quecksilber. Neurologisch o. B.

Psychisches Zustandsbild: Frau H. ist von einer sehr feierlichen Höflichkeit, verneigt sich, küßt die Hand, macht Knixe. Sie redet gern und viel und freut sich immer, wenn man zu ihr kommt. Sie spart nicht mit Schmeichelworten, streichelt auch gern. Ihre Stimmung ist heiter, sie wird nur manchmal ganz vorübergehend gereizt, ist aber dankbar für jedes gute Wort. Es besteht eine mäßig schwere Merkstörung; die Orientierung ist nur mangelhaft. Auch das Gedächtnis für frühere Zeit hat Not gelitten. Nachdem sie etwas länger in der Klinik ist, weiß sie über ihre Umgebung einigermaßen Bescheid. Sie faßt sehr gut auf, ist schlagfertig, witzig, von verhältnismäßig gutem Urteil, dabei sehr selbstbewußt. Nachmittags geht sie mit anderen Patientinnen in den Garten, unterhält sich, schwätzt, sieht auf Ordnung, schimpft dann und wann, weist andere Patientinnen zurecht. Über ihre Merkstörung, in die sie gute Einsicht hat, ärgert sie sich häufig, sie ohrfeigt sich dann selbst. Konfabuliert zuweilen phantastische Dinge.

Am 28. 10. 29 nach der Anstalt Haar verlegt.

Im Jahre 1929 ist sie tagsüber meist ruhig, kindlich euphorisch. Erzählt gern von ihrer Jugend, verliert häufig den Faden. Nachts oft unruhig, gegen den Arzt immer freundlich, sehr gesprächig, konfabuliert. Mit anderen Patientinnen kommt sie oft in Streit. Das Mammacarcinom sezerniert. Im Jahre 1930 im allgemeinen unverändert. Schimpft jedoch ziemlich viel. Immer noch heiter, „von kindlichem Gemüt“. Am 18. 11. 30 ist ein leichter apoplektischer Insult ohne deutliche Parese mit Somnolenz und Apathie verzeichnet. Die Kranke wird immer hinfälliger und stirbt am 6. 2. 31 nach 2tägigem Fieber.

Sektion. Carcinom mit ausgedehnter Metastasierung. Frische Lungenembolie bei Thrombose der Schenkelvenen. Senile Atrophie der inneren Organe und des Gehirns. Sklerose der basalen Hirngefäße, der Coronargefäße und der Eingeweidegefäße. Mediavarkalkung der peripheren Gefäße. Hochgradige, peripher zunehmende Atherosklerose der Aorta mit ausgedehnten Usuren und Wandverkalkungen.

Beobachtung 8. Sch. Natalie, geb. 8. 11. 1854.

Familie. Der Vater hat gern getrunken, er sei ein sehr lustiger Mann gewesen. Pat. selbst habe oft in der Schule gefehlt wegen einer Augenerkrankung und deswegen nicht gut gelernt. Sie war erst bei den Eltern und dann bei den Schwestern, zuletzt immer für sich, ist ledig geblieben. Sie will immer lustig gewesen sein. Nach dem Polizeiakt schon seit vielen Jahren auffällig wegen ihrer Bösartigkeit und Streitsucht. Sehr mißtrauisch, glaubt, sie werde bestohlen, man hexe ihr körperliche Gebrechen an, man öffne ihre Tür elektrisch, um stehlen zu können. Sie war 2mal im Spital, schimpfte viel und konnte daher nicht dort behalten werden.

Sie ist klein, hat einen Buckel, ist sehr schmächtig, ausgesprochen asthenisch, sehr blaß. Am Herzen ist ein systolisches Geräusch hörbar. Der Blutdruck beträgt 160/100. Es besteht beiderseits starke Hornhautträubung und beiderseits Iridektomie. Am Nervensystem ist kein krankhafter Befund zu erheben.

Zustandsbild. Wird mit einem männlichen Patienten zusammen aus dem Spital gebracht. Macht sich schon im Aufnahmезimmer sehr wichtig, redet immer dazwischen, macht witzige Bemerkungen. Sehr atten, schlagfertig. Hat keine intellektuellen Defekte und nur eine leichte Merkstörung. Gedächtnislücken, Angaben zur Anamnese mangelhaft. Orientiert. Hat einen großen Rede- und Bewegungsdrang, ist fast manisch. Keine eigentliche Ideenflucht. Dabei ist sie

sehr selbstbewußt, schildert, daß sie bei einer so gewöhnlichen Person wie einer Zugehfrau, mit der sie das Zimmer teilte, im Spital doch nicht bleiben könne, findet auch hier die Leute für sich zu „gewöhnlich“. Macht den Hanswursten für die ganze Umgebung, spottet oft auch andere aus. Bleibt dabei stehen, daß ihr Rheumatismus elektrisch angehext sei. Sonst keine Wahndeideen oder Sinnes-täuschungen, in ihrem Wesen ganz unschizophren, gut kontaktfähig. Sehr arrogant, anspruchsvoll, queruliert jeden Tag um etwas anderes, will immer ihr „Recht“. Trotz ihrer schmächtigen Körperlichkeit außerordentlich beweglich und frisch. Schimpft, schreit, schlägt auf den Tisch, wenn ihr etwas nicht paßt. Sie hat immer ein schlaues, listiges Augenblinzeln. Sehr viel Vitalität. Wird am 17. 10. 29 in die Heil- und Pflegeanstalt verlegt.

Dort hypomanisch, gehobene Stimmung. Lebhaft, redselig, motorisch unruhig. Urteil gut. Orientiert. Januar 1930: Anspruchsvoll, unzufrieden, reizbar, einsichtslos. März 1930: Immer krittelig und nörgelig, queruliert. Januar 1931: Schimpft und nörgelt viel, äußert Vergiftungssideen. März 1931: In den letzten Wochen zusehends schlechter, äußert Vergiftungsseiteen. 11. 3. 31: Exitus ohne akute Erscheinungen.

Sektion. Senile Hirnatrophie. Erweichungscysten in den Stammganglien. Etat criblé des Großhirnmarks. Narbenschrumpfnieren mit Harnzysten. Senile Ektasie der aufsteigenden, peripher zunehmende Atherosklerose mittleren Grades der absteigenden Aorta, mäßige Mediaverkalkung der peripheren Gefäße.

Beobachtung 9. M. Maria, geb. 3. 5. 1854. Über Heredität nichts bekannt.

Frau M. soll immer eine lustige, gesunde Frau gewesen sein. Sie war 20 Jahre kinderlos verheiratet und ist seit 1925 verwitwet. 6 Wochen vor der Klinikaufnahme wurde sie erst auffällig. Sie wurde gleichgültiger, ließ die Arbeit liegen, schimpfte und jammerte viel. Ging fort und fand nimmer nach Hause, blieb zuletzt im Asyl, meinte dort, sie sei zu Hause.

Mittelgroß. Sieht bei der Aufnahme etwas schlecht aus, schlaff, wenig Turgor. Erholt sich während des Klinikaufenthaltes, wirkt nun bedeutend frischer und turgescenter. Nicht ganz reiner pyknischer Habitus. An den inneren Organen kein krankhafter Befund. Blutdruck 190/95 mm Quecksilber. Periphere Gefäße etwas rigide. Neurologisch nur leichte Parese des rechten Mundfacialis.

Zustandsbild. Nicht orientiert, schwere Merk- und Gedächtnisstörung. Sie weiß noch Bruchstücke aus früherer Zeit, die sie gelegentlich durch Konfabulationen ergänzt. Für die Merkausfälle hat sie keine vollkommene Einsicht. Auch ihr Urteil ist nicht ganz auf der Höhe, wenn es auch lange nicht so schwer gestört ist wie die Merkfunktion. Die Kenntnisse sind recht dürftig (früher wohl auch!). Keine sichere Bewußtseinstrübung. Die ganze Persönlichkeit ist gut erhalten.

Patientin fühlt sich in dem Milieu der Klinik sehr wohl, lobt das Essen, wird von Tag zu Tag heiterer. Sie konfabuliert nun häufiger, sie sei zu Hause gewesen, müsse dort noch Arbeiten erledigen, sie müsse in die Kirche gehen usw. Manchmal kommt plötzlich eine Erkenntnis der Defekte, dann schämt sie sich und verliert vorübergehend ihre Heiterkeit. Sie ist sehr anschmiegsam, fast zärtlich, tätschelt gern, macht gern Witze, fragt, ob man nicht zum Tanzen gehen könne, wird überhaupt während des Klinikaufenthalts frischer, lebhafter und lustiger.

Am 17. 2. 30 in die Heil- und Pflegeanstalt verlegt. Auch dort lebhaft und kontaktfähig, hochgradige Merk- und Gedächtnisstörung. Die Stimmungslage ist euphorisch, Patientin ist zu Witzen und Späßen aufgelegt und findet die Exploration komisch. Sie schließt sich sofort an andere Kranke an, macht Witze, sucht die anderen aufzuheitern. Sie ist vollkommen desorientiert. Neurologisch: Leichte Parese des Mundfacialis. Blutdruck 180/95. Am 12. 4. 30 verstimmt, klagt über Magenschmerzen, glaubt, der Kaffee sei schuld, weint und klagt. Am 13. 5. wieder vergnügt, belustigt sich über die Dummheiten der anderen. Am

5. 2. 31 nach Schönbrunn verlegt. Hier beschäftigt sie sich mit Wollezupfen und Papierauslesen.

Beobachtung 10. G. Magdalena, geb. 31. 5. 1860.

Anamnese. Frau G. ist früher immer heiter gewesen und mit dem Leben gut fertig geworden. Ihr Mann sei ein „Depp“ gewesen; er hätte 800 Mark gehabt, und da sei sie von den Angehörigen zu dieser Ehe getrieben worden. Der Mann habe ihr Anwesen ruiniert. Sie sei dann nach $\frac{1}{2}$ Jahr von ihm weg und habe Stellungen als Köchin angenommen. Sie hatte 3 Kinder, aber keines von ihrem Mann. 2 Kinder sind klein gestorben, 1 Sohn lebt. Sie sei als Köchin sehr tüchtig und sehr geschätzt gewesen und habe vor einigen Jahren noch gelegentlich in Küchen gearbeitet. War immer in großen Betrieben. 3 und 5 Mon. vor der Klinikaufnahme Schlaganfälle; das eine Mal konnte sie nicht mehr reden, das andere Mal war sie rechts gelähmt. Seit 2 Jahren schon vergeßlich, ganz besonders aber seit 14 Tagen vor der Klinikaufnahme. Am 17. 7. 30 in die Klinik aufgenommen.

Übermittelgroße Frau von pyknischem Habitus mit athletischen Einschlägen. Frisch, guter Turgor. Der Blutdruck beträgt 220/50 mm Quecksilber nach R.R. Sonst innere Organe o. B. Neurologisch: Ganz leichte Halbseitenerscheinungen rechts und Wortfindungsstörungen in geringem Ausmaß schon bei der Aufnahme. Zunahme der Erscheinungen nach einem Insult im August 1930. Gang etwas unsicher und schwerfällig, nicht circumducierend.

Psychisches Zustandsbild. Gutmütig und freundlich. Frau G. ist örtlich gut, zeitlich einigermaßen orientiert, faßt rasch auf und gibt auf Fragen sinngemäße Auskunft. Sie hat eine ziemlich erhebliche Merkstörung und kann die Vergangenheit nicht chronologisch einreihen. Sehr ungleichmäßige Gedächtnislücken. Intellektuelle Ausfälle bestehen nicht, das Urteil ist gut erhalten. Eine leichte Bewußtseinstrübung läßt sich nicht immer mit Sicherheit ausschließen. Sie ist eine gut erhaltene syntone Persönlichkeit, im allgemeinen heiter, doch zeigt sie gelegentlich eine deutliche affektive Inkontinenz.

Jetzt fühlt sie sich mit ihrem Leben ganz zufrieden, es sei ihr zwar nicht immer gut gegangen, aber sie habe ja Arbeit gehabt. Sie war meist lustig; nur wenn sie Grund zu Sorgen hatte, sei sie traurig gewesen.

Keine Konfabulationen. Gutes Urteil.

Am 25. 8. 30 Insult mit nachfolgender rechtsseitiger Parese, Wortfindungsstörungen. Erholt sich davon wieder. Neurologische Erscheinungen gehen zurück. Zunahme der affektiven Inkontinenz. Abnahme der Regsamkeit.

Am 29. 9. 30 nach Haar verlegt. Dort keine Erscheinungen des Schlaganfalls mehr, insbesondere keine Lähmungsercheinungen. Gedächtnis besser. Stimmung leicht euphorisch. Oktober 1930: Ruhig, geordnet, beschäftigt sich. November 1930: Gedächtnis gebessert, reges Interesse an ihrer Umgebung, beschäftigt sich fleißig. März 1931: Unsauber, Incontinentia urinae. April 1931: Affektiv sehr labil, meist gutmütig heiter, arbeitet fleißig. Mai 1931: Strickt, kein besonderes Interesse an ihrer Umgebung. Gedächtnis weist erhebliche Lücken auf, Merkfähigkeit beeinträchtigt, Auffassung gut und rasch, Sprache verwaschen. Keine deutlichen Paresen.

Beobachtung 11. De. Martin, geb. 28. 9. 1853.

Objektive Anamnese fehlt, eigene Angaben ungenau. War Bildhauer. Habe vor nicht allzulanger Zeit einen Schlaganfall gehabt.

Aufnahme 11. 11. 31 aus einem Altersheim, wo er unverträglich und aggressiv gegen seine Zimmergenossen geworden war.

Körperlich. Kräftig gebaut. Pyknische Einschläge. Blutdruck 130/70. Reste einer spastischen Lähmung des rechten Armes und Beines.

Psychisch: Zeitlich völlig desorientiert. Meint, es sei 1878 oder 89. Meint, es sei Dezember, weiß weder Datum noch Wochentag. Protestiert energisch, aber

nicht ohne Humor gegen die Jahreszahl 1931. Gedächtnis extrem gestört. Merkfähigkeit gleich Null. Weiß aber, daß das monarchische Regime nicht mehr besteht. Kennt den Namen des Reichspräsidenten nicht. Erinnert sich aber sofort bei „Hindenburg“. (Bismarck) +. (Schiller?) +. (Feinde im letzten Krieg?) +. Rechnen mag er nicht. Ermüdet rasch bei der Exploration. Sämtliche stofflichen Qualitäten sind extrem reduziert. Patient hat aber selbst ein Gefühl dafür, berichtet das nicht ohne Humor. Gemütlich sehr wohl ansprechbar, sehr euphorisch. Aber gelegentlich auch wirklich witzig im Sinne eines unverwüstlichen Hypomanicus. Gibt selbst zu, daß er immer „ein Viecherl“ gewesen sei. Ruhig, gelassen, umgänglich. Hält sich meist für sich, kommt aber gut mit seinen Nachbarn aus.

Im weiteren Verlauf ist er meist still-euphorisch, redet spontan meist wenig, wenn man sich aber bei ihm aufhält, so wird er sehr lustig, unverfälscht hypomanisch. Er sei Bildhauer gewesen, vorher Modell, sei auch in Italien gewesen usw. Extreme Merkschwäche, Gedächtnis sehr lückenhaft. Füllt alles mit schnurrigen Konfabulationen 'aus.

Hat aber selbst oft ein deutliches Gefühl für seine Merkstörung und sein Nachlassen.

Auch nach einigen Monaten bei Anregung sehr lustig, macht derbe Witze. (Wie geht's?) „Besser schon wie dem Räuberhauptmann Kneussel, dem ham's den Kopf runterg'haut“ — „Auf die Werktag geht er schon noch, mein Kopf, dös glaub i!“ Meint, eine eben vorbeikommende Barmherzige Schwester sei vielleicht auch eine Tochter von ihm. „Ja mein, wenn i die alle zammzählen wollt, die wo i seinerzeit g'macht hab, da würd i nicht fertig!“ — lacht über seinen Witz.

Ist immer guten Muts, spricht in seiner derb-komischen Art. Manchmal auch etwas brummig, verlangt dann seine sofortige Entlassung, ist mit allem unzufrieden, aber nur momentan, ist jederzeit wieder durch einen Scherz in sein humorvolles Fahrwasser zurückzubringen.

25. 2. 32 in die Anstalt verlegt.

Beobachtung 12. Schn. Berta, geb. 1855. Aufnahme: 27. 7. 31.

Eltern in hohem Alter gestorben. Selbst normale Entwicklung, in der Schule eine der ersten. Gute Ehe, 1 Kind. Nach dem Tode des Mannes, der früh starb, lebte sie von ihrem Vermögen und Zimmervermietungen.

War immer eine tüchtige, leistungsfähige Frau. Alle Leute haben sie immer um Hilfe angegangen, wo etwas nötig war, sie sei auch „ein guter Kerl“ gewesen; stets unverdrossen, im allgemeinen eine heitere Natur.

In der letzten Zeit war sie in einem Stift.

Mittelgroß, pyknischer Habitus. Für das Alter sehr guter Ernährungszustand. Blutdruck 160/80. Neurologisch o. B., nur trippelnder, unsicherer Gang.

Psychisch: In letzter Zeit lasse das Gedächtnis nach, „es ist mir furchtbar unangenehm, Sie müssen denken, ich bin verrückt“. Oft habe sie Kopfweh und Schwindel sowie eine lächerliche Angst. Wie und warum sie hierher gebracht wurde, wisse sie nicht mehr. Sie sei bei vollem Verstand, gesund und wolle wieder nach Hause.

Nicht bewußtseinsgetrübt. Örtlich ungenau orientiert, zeitlich nur annähernd. Sie kommt willig und freundlich zur Untersuchung, faßt ganz gut auf, geht im allgemeinen auf Fragen ein und gibt singgemäß Bescheid, schweift aber öfter ab und gibt ihrer Verwunderung, ja Entrüstung über ihre „Vergeßlichkeit“ Ausdruck. Entschuldigt sich, daß sie keine genauen Angaben machen könne, kann sich gar nicht genug tun mit der Versicherung, daß sie früher anders gewesen ist, daß ihr der jetzige Zustand unangenehm sei. Sehr ansprechbar, kontaktfähig, warmherzig, gutmütig, als Persönlichkeit gut erhalten. Sehr höflich, hat gute Formen. Leichter Rededrang. Wirkt oft etwas unsicher, zeigt sich ab und zu recht verstimmt, weint, ist aber leicht zu beruhigen. Bis zu einem gewissen Grade Krankheitseinsicht.

Merkfähigkeit erheblich gestört: Weiß nicht, wie lange sie hier ist, meint, 1 Woche (1 Tag), weiß Datum nicht, vergibt eine 3stellige Zahl nach einer Zwischenfrage, kommt auch trotz Mithilfe und Vorsagen nicht darauf, beginnt sich — im Auszählen begriffen — wieder anzuziehen, ist selbst erschrocken, als sie das merkt. Auch das Gedächtnis ist ziemlich beeinträchtigt. Die Störungen reichen ziemlich weit zurück (Heiratsdatum u. ä.) (letzter Krieg ?) „70, später waren nur noch kleine“. (1914): „Ja freilich, da war noch einer, Deutsche gewonnen oder niemand“: Wissen und Urteil ganz gut erhalten, macht ganz intelligenten Eindruck. Hat zuweilen leichte Wortfindungsschwierigkeiten. Erkennt alle Gegenstände, umschreibt dann; hilft man ihr darauf, so erkennt sie sofort das richtige Wort.

25. 8. 31: Unverändert, körperlich frisch. Zeitweise völlig desorientiert, weiß nicht, wo sie sich befindet, wünscht am Abend „guten Morgen“ usw. Im Vordergrund steht die hochgradige Merkstörung, sie hat sofort vergessen, was kurz vorher sich ereignet hat. Ratlos, „kennt sich nicht aus“. — Verlangt mehrfach, man solle doch ihren Mann antelephonieren (längst gestorben !) — ist manchmal ganz aufgeregt, weil sie ihren Wohnungsschlüssel nicht finden könne oder sonst etwas verlegt habe, usw.

Am 19. 9. 31 nach der Anstalt verlegt.

In der Anstalt bald gereizt, bald unruhig. Verfällt rasch, wird unrein, Dekubitusneigung. Am 17. 12. 31 plötzlicher Exitus.

Sektion (Dr. Neubürger): Frische Lungenembolie beiderseits nach Thrombose der rechten Femoralvene. Im übrigen ist bei der Sektion eine hochgradige verkalkende Coronarsklerose festzustellen. Eine Atherosklerose 2. bis 3. Grades der absteigenden Aorta, besonders im Bauchteil, mäßige periphere Mediaverkalkung, leichte basale Hirnsklerose und senile Hirnatrophie.

Wie sich aus den hier wiedergegebenen Krankengeschichten ergibt, wurden nur solche Kranke zur Presbyophrenie gerechnet, bei denen eine wesentliche Urteilsschwäche oder auch nur eine besondere Schädigung der Auffassung nicht vorlag. Die Kranken zeigten lediglich eine sehr erhebliche Herabsetzung der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses, für die die meisten eine gewisse, zum Teil wechselnde Einsicht besaßen. Konfabulationsneigung bestand bei der Mehrzahl der Patienten, sie war unter Umständen abhängig von Stimmung und Anregung.

Unterzieht man die nach diesen diagnostischen Merkmalen zusammengefaßten Kranken einer genaueren Betrachtung, so findet sich noch eine Reihe gemeinsamer Symptome und Eigenarten, die es gestatten, weiter in den Aufbau dieser Presbyophrenien einzudringen.

Auf psychischem Gebiet war zunächst einmal nicht zu erkennen, daß die attente und lebendige Art dieser Kranken ein hypomanisches Gepräge trug. Gewiß, die Patienten waren nicht etwa ideenflüchtig, sie zeigten auch nicht in ausgesprochener Weise eine manische Verstimmung, aber die ganze Art aufzufassen, sich zu unterhalten, schlagfertige Antworten zu geben, mit Vergnügen auf Gespräche und Be trachtungen einzugehen, ihre meist warmherzige Zugänglichkeit, dann aber auch die polternde Art, wie sie gelegentlich schimpften und böse wurden, alle diese Erscheinungen ließen an der Zugehörigkeit zu der manischen Temperamentsart nicht zweifeln.

Dieser Eindruck wurde noch verstärkt, wenn man die Vorgeschiede dieser Kranken betrachtete. Zu eingehenderen Erbforschungen war aus äußersten Gründen keine Gelegenheit, aber auch ohne solche war ohne weiteres festzustellen, daß in 4 Fällen manisch-depressive Persönlichkeiten auch in der Familie beobachtet worden waren.

Was die präpsychotische Eigenart anlangt, so handelte es sich immer um tätige, arbeitsfreudige Persönlichkeiten. Einzelne werden auch als ausgesprochen warmherzig geschildert. Besonders bemerkenswert erschien mir eine Frau, die lange Jahre bei der Polizei zur Versorgung der weiblichen Häftlinge angestellt gewesen war. Sie war noch immer stolz auf diese Tätigkeit, die sie stets zur Zufriedenheit ihrer Vorgesetzten ausgefüllt hat; dabei blieb sie, was gewiß nicht leicht war, bei den ihr anvertrauten Prostituierten immer beliebt, so daß sie noch heute mit Genugtuung von ihrem Spitznamen der „Polizeikatherl“ erzählt.

Bei anderen Kranken wird mehr die Umrückigkeit, die Energie und die Anpassungsfähigkeit betont. So ging eine der Frauen noch mit 54 Jahren nach Paris, lebte sich dort glänzend ein, lernte Französisch und fand sich prachtvoll zurecht. Eine andere, die wegen ungünstiger häuslicher Verhältnisse kaum lesen und schreiben gelernt hatte, heiratete einen einfachen Handwerker und brachte es durch ihre lebenslustige Energie fertig, daß dieser sein Geschäft aus kleinen Anfängen zu einem großen Unternehmen emporarbeitete.

Bezüglich der Einzelheiten darf ich auf die Krankengeschichten verweisen. Jedenfalls vermißten wir die Züge eines auf Fröhlichkeit eingestellten, syntonen Temperaments bei keinem unserer Patienten. Vereinzelte waren sogar ausgemacht hypomanisch; dagegen sind psychotische Episoden im früheren Leben in der Form von manischen oder depressiven Phasen nie vorgekommen. Aber auch Stimmungsschwankungen scheinen selten gewesen zu sein. Nur eine Frau hatte einmal nach einer schweren Erkrankung eine kurzdauernde Verstimmung durchgemacht, und von 2 anderen wird uns berichtet, daß sie gelegentlich verstimmt waren oder das sie „vorübergehend schwermütige Tage“ gehabt hätten.

Nun gibt es innerhalb des syntonen Temperamentskreises eine Reihe verschiedener Unterarten, und dabei erscheint mir wichtig, daß in den hier zusammengestellten Fällen die behaglichen bequemen Genießer, die mehr passiv Hypomanischen, sehr zurücktreten hinter den ausgemacht aktiven Naturen. Die meisten hatten mit Erfolg allerhand Schwierigkeiten getrotzt. Sie waren mit dem Leben und ihren nicht immer leichten Wechselfällen gut fertig geworden, ohne den Mut und vor allem ohne den Humor zu verlieren. Den meisten Frauen wird nachgesagt, daß sie recht resolut auch dem Ehemann gegenüber waren. Einige waren bei der Wahrnehmung ihrer Interessen nicht immer wählervisch in ihren

Ausdrücken und sie hatten auch im Alter ihre Fähigkeit zu schimpfen nicht verloren. Bemerkenswert ist, daß die meisten aus Spital oder Familie wegen aktiver Unverträglichkeit in die Klinik kamen.

Körperbaulich sehen wir eine auffällige Bevorzugung des pyknischen Habitus, ein Umstand, der geeignet ist, den aus der psychiatrisch klinischen Betrachtung gewonnenen Eindruck sowohl der konstitutionellen Einheitlichkeit wie auch der Beziehungen zum manisch-depressiven Formenkreis zu bestätigen.

Von den 12 Fällen sind 8 reine Pykniker; 2 zeigen eine pyknisch-athletische Mischform, 1 Frau hat zum mindesten deutliche pyknische Einschläge und nur 1 Patientin, übrigens eine Verwachsene, läßt pyknische Merkmale ganz vermissen. Mit Ausnahme dieser letzteren, die als Kind recht krank war, hatten sich alle bis in die letzte Zeit körperlich eines ausgezeichneten Gesundheitszustandes und in der Regel einer vorzüglichen Arbeitskraft erfreut. Auch noch zur Zeit des Klinikaufenthaltes waren viele körperlich noch recht frisch, die Haut wenig faltig, die Haltung zum Teil noch gut. Einige sahen wesentlich jünger aus als ihrem Lebensalter entsprach.

Diese körperliche Robustheit ist vielleicht nicht unwichtig, wenn wir uns daran erinnern, daß auch auf seelischem Gebiet bei aller gemütlichen Ansprechbarkeit eine sthenische Komponente unverkennbar war.

Hier scheint mir auch ein bedeutsamer Unterschied gegenüber den Fällen gewöhnlicher seniler Demenz zu liegen. Der senil Demente sieht in der Regel verfallen aus, es fehlt ihm jeder Turgor und vor allem wird man kaum je auf den Gedanken kommen, einen senil Dementen jünger zu schätzen als er ist.

Die sthenische Komponente läßt sich auch aus dem Verlauf und der Lebensdauer erschließen; zwar ist über die Dauer des presbyophrenen Zustandes leider nichts Genaues zu sagen, weil wir über die Anfangsstadien in kaum einem Fall zuverlässige Nachrichten haben. Da die Kranken aber zunächst lange nicht anstaltsbedürftig sind, darf als Beginn der Erkrankung nicht erst die Zeit der Anstaltaufnahme angesehen werden.

Aber auch der überschaubare Teil der presbyophrenen Erkrankung läßt keinen irgendwie raschen oder gar deletären Verlauf erkennen, wie wir das bei den üblichen Formen der senilen Demenz oder Hirnarteriosklerose zu sehen gewohnt sind. Weder in bezug auf die Krankheitsdauer noch in bezug auf die *Schwere* des Zustandes sehen wir ein schnelles Fortschreiten.

Die Hälfte der Kranken haben das 80. Lebensjahr überschritten. Eine Kranke lebte zur Zeit der Katamnese mit 87 Jahren bei einer Krankheitsdauer von mindestens 10 Jahren. Sicher mehr als 5 Jahre bestand die Presbyophrenie bei der ersten Kranken (Maria Da).

Der Verlauf ist in fast allen Fällen gleichartig. Die meisten bleiben bis zum Tode im wesentlichen unverändert, werden nur selten (Ha., St.) etwas leerer und affektärmer. Dieser Umstand verbietet es auch, die Presbyophrenie etwa nur als Anfangsstadium einer senilen Demenz aufzufassen, wie man aus *Wernickes* Darstellung schließen könnte. Das mag gewiß für Einzelne einmal zutreffen; in den meisten Fällen behalten aber die Presbyophrenen bis zum Ende ihre psychische Eigenart bei, so lange nicht die allgemeine *körperliche* Schwäche kurz vor dem Tode jeden Unterschied überhaupt verwischt.

Von den Kranken hatten 5 eine deutliche Arteriosklerose; in 3 Fällen von diesen war auch das Gehirn sicher an der Gefäßerkrankung beteiligt, wie sich aus dem Vorhandensein von Herderscheinungen ergab. Durch Sektion konnte die Diagnose Hirnarteriosklerose 2mal bestätigt werden. Bei den übrigen 7 Kranken war eine wesentliche periphere oder gar eine Hirnarteriosklerose klinisch nicht nachweisbar. Sektionsergebnis haben wir nur von einer Kranken dieser Art; hier fand sich auch keine wesentliche Arteriosklerose. Immerhin wird man aus dem klinischen Befund eine Hirnarteriosklerose nicht mit Sicherheit ausschließen können. Das lehrt ganz besonders eindrucksvoll der Fall, den *Runge* in seinem Abschnitt „Presbyophrenie“ im *Bumkeschen* Handbuch beschreibt. Bei dieser Frau, einer Pyknika, deren Krankheitsscheinungen weitgehend den hier beschriebenen glichen, dauerte der Zustand 5 Jahre; bei der Sektion fand sich eine schwerste Hirnarteriosklerose mit vollkommenem Fehlen der *Alzheimerschen* Fibrillenveränderungen und nur mäßigen Drusen (*Liebers*). Im klinischen Krankheitsbild hätten allenfalls Störungen im Bereich der optisch räumlichen Begriffe und amnestisch aphasische Erscheinungen auf eine Herderkrankung hinweisen können.

Auch bei unseren Kranken ließ sich eine besondere Färbung des psychischen Bildes durch eine Arteriosklerose nicht feststellen und es erscheint mir sicher, daß für das Zustandekommen des presbyophrenen Syndroms die *Art* des Gehirnprozesses nicht von ausschlaggebender Bedeutung ist; es muß nur ein Krankheitsvorgang sein, der das allen Fällen gemeinsame Defektsymptom, den Merkausfall, hervorzubringen vermag; es ist aber offenbar einerlei, ob es sich dabei um eine senile Involution oder um eine Hirnarteriosklerose handelt. Und sicher würde auch ein anderer regressiver Hirnprozeß das presbyophrene Symptomenbild hervorrufen können, wenn die sonstigen Bedingungen dazu gegeben sind. Diese Voraussetzungen sind offenbar in der besonderen Veranlagung gelegen, die sich in allen Fällen deutlich bereits in der präpsychotischen Persönlichkeit bemerkbar macht. Zweifellos gehört nämlich zum Zustandekommen des presbyophrenen Zustandesbildes ein syntones bzw. hypomanisches Naturell, und zwar handelt es sich dabei anscheinend um eine besondere Untergruppe dieses Temperamentskreises; wir sehen nämlich unter den präpsychotischen Eigenarten weder

die weich depressiven noch die passiv oder flach hypomanischen, sondern die sthenischen, energischen syntonen Naturen, die auch fast alle körperlich gesund und leistungsfähig waren.

Noch eins ist auffällig: Unter den hier zusammengestellten Kranken findet sich nur 1 Mann. Schon *Runge* hat die Erfahrung gemacht, daß vorzugsweise Frauen das presbyophrene Syndrom zeigen. Es muß auch zugegeben werden, daß unser einziger männlicher Vertreter der Presbyophrenie etwas aus dem Rahmen fällt insofern, als er recht ermüdbar ist und zu seinen Äußerungen meist einer gewissen Anregung bedarf, während bei allen anderen gerade die Spontaneität so bemerkenswert ist. Wie diese Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes zu erklären ist, kann ich nicht sagen. Zweifellos weist aber auch dieser Umstand auf einen Anlagefaktor hin.

Wenn man versucht, die Bedeutung der einzelnen hier mitwirkenden Komponenten herauszuarbeiten, so ist bei der Presbyophrenie das pathogenetische Moment die organische Hirnerkrankung; diese braucht aber pathologisch-anatomisch nicht immer die gleiche zu sein, vielmehr können sich die Arteriosklerose und die senile Hirnveränderung in dieser Rolle gegenseitig vertreten.

Die oben geschilderte Persönlichkeitsartung käme dann als pathoplastischer Faktor in Betracht; ich glaube aber, daß die Bedeutung der sthenisch syntonen Veranlagung nicht mit der Symptomfärbung erschöpft ist, sondern meines Erachtens bewahrt diese Anlage die Persönlichkeit bis zu einem gewissen Grade vor den üblichen Auswirkungen der Altersvorgänge im Gehirn, nämlich vor dem Verfall in Stumpfheit und Demenz.

Daß die syntone Eigenart und der manische Biotonus den Persönlichkeitszusammenhang in besonderer Weise sichert, das sehen wir ja auch bei Schizophrenen mit manischem Persönlichkeitseinschlag, insbesondere bei manchen Formen der sog. Paraphrenie. Auch hier wehrt sich die syntone Anlage mit einem gewissen Erfolg gegen die Einwirkung des schizophrenen Prozesses und es kommt unter diesen Umständen nicht oder nicht so leicht zu einem Zerfall der Persönlichkeit¹; es wäre daher kein Novum, wenn wir die gleiche Beobachtung bei den senilen Krankheitsvorgängen machen. Wir müßten darnach annehmen, daß eine bestimmte Persönlichkeitsartung einen Schutz gegen gewisse seelische Folgeerscheinungen einer Hirnerkrankung gewährt, die ohne diese Anlage eintreten würden.

Man könnte sich das Zustandekommen der Presbyophrenie auch so erklären, daß der Vorgang des Gehirnalters überhaupt keine eigentliche

¹ Auf diese Gesetzmäßigkeiten habe ich zuerst in meiner Arbeit über krankhafte Persönlichkeitsveränderungen aufmerksam gemacht; ich bin dann später in einem Aufsatz „Zur Frage des Schizoids“ und in einer Diskussionsbemerkung gelegentlich einer Vortrags von *Hölzl* noch einmal darauf eingegangen. *Kolle* kommt in seinen Paranoiarbeiten zu ähnlichen Resultaten.

Demenz mit sich bringe, sondern ebenfalls lediglich einen Merkausfall bewirke; man müßte dann annehmen, daß die nicht hypomanisch veranlagten Senilen allmählich unregssamer werden, keine Lust haben zu sprechen oder sich auf Unterhaltung einzulassen; sie wären aber an sich imstande, die gleichen Denk- und Urteilsleistungen aufzubringen wie die Presbyophrenen, machen aber gewissermaßen aus äußerer Gründen keinen Gebrauch von ihren *de facto* noch vorhandenen Fähigkeiten.

Man könnte aber auch sagen, daß bei den Presbyophrenen dank ihrer manischen Eigenart eine bereits beginnende Demenz verdeckt wird; die Urteilsschwäche bleibt verborgen, weil die Kranken in der Lage sind, durch ihre Schlagfertigkeit über die Mängel hinwegzutäuschen; durch ihre Attenz und Lebendigkeit erscheinen sie leistungsfähiger, als sie es in Wirklichkeit sind.

Dagegen könnte man allerdings geltend machen, daß die Kranken dann wenigstens im Laufe der Zeit manifest dement werden würden, und das trifft ja nicht zu.

Im übrigen handelt es sich aber nicht nur um einfach hypomanische Persönlichkeiten, sondern von den Hypomanischen kommen nur die in Betracht, die gleichzeitig ausgemacht sthenische Eigenschaften besitzen; es waren ja alles Leute, die sich von jeher besonders gut geistig durchzusetzen vermochten. All das macht es wahrscheinlich, daß hier eine besondere Widerstandskraft vorliegt, nicht nur auf seelischem Gebiet, sondern auch auf körperlichem.

Noch einige andere Erklärungsmöglichkeiten seien erwähnt: Man könnte annehmen, daß bei der senilen Demenz der Krankheitsprozeß schwerer sei. Ich halte das nicht für wahrscheinlich; eher könnte man daran denken, daß die eigentlichen senil Dementen in ihrer Widerstandskraft unterdurchschnittlich oder daß sie von vornherein intellektuell minderveranlagt seien.

Für eine andersartige Lokalisation des Krankheitsprozesses spricht meines Erachtens nichts. Schon der Umstand, daß die Störung der Merkfähigkeit bei beiden Formen im Vordergrunde steht, läßt diese Meinung nicht zu; allenfalls wäre zu erwägen, ob durch ein besonders starkes Befallensein der vegetativen Gebiete bei der senilen Demenz die allgemeine Widerstandskraft stärker geschädigt sei. Diese Möglichkeit käme allenfalls in Betracht für die Erklärung der längeren Lebensdauer bei der Presbyophrenie.

Endlich wäre daran zu denken, ob es sich bei der Presbyophrenie vielleicht garnicht um eigentlich senile Erkrankungen handelt; möglicherweise ist bei diesen Fällen die senile Umbildung erst im Beginn und noch so geringfügig, daß sie sich psychisch noch nicht bemerkbar gemacht haben würde, wenn nicht die Kranken durch ihre manische Erregbarkeit aufgefallen wären. Es könnte hier eine bis dahin latente manische

Krankheitsbereitschaft durch den beginnenden senilen Hirnprozeß manifest gemacht worden sein. Daß es derartige Kranke gibt, ist nicht zu bestreiten. Ich habe gelegentlich solche Fälle gesehen, bei denen nach einiger Zeit sich der Zustand wieder zurückbildete und nach Ablauf der Erregung eine kaum beeinträchtigte Persönlichkeit zurückblieb. Das sind aber Ausnahmefälle.

Erinnert sei in diesem Zusammenhang daran, daß für *Berze* manche senile Demenz nichts anderes bedeutet als ein „später Manifestwerden der Praecoxanlage“. Ähnlich hielt *Bleuler* es für möglich, daß es sich bei manchen Formen von Altersblödsinn um latente Schizophrenien handle, die erst durch die Hirnatrophie manifest geworden seien. Wenn diese Annahmen auch vielleicht für eine gewisse Zahl von Beobachtungen zutreffen, so kann doch meines Erachtens nicht von einer Allgemeingültigkeit die Rede sein. Dagegen muß man, nachdem bei den Presbyophrenen immer wieder auf die Robustheit und Widerstandskraft hingewiesen wurde, auch untersuchen, ob bei den gewöhnlichen senil Dementen diese sthenischen Komponenten in der Vorgeschichte vermißt werden; in dieser Beziehung ist folgendes interessant: *Meggendorfer* hat in seiner 1926 erschienenen Arbeit über die hereditäre Disposition zur Dementia senilis gefunden, „daß eine der beiden hypothetischen Anlagen für die senile Demenz eine nervöse, reizbare, haltlose, vielleicht auch „schizoide“ Veranlagung, überhaupt eine schwache anfällige Konstitution des Zentralnervensystems ist“.

Meggendorfer ist meines Erachtens mit Recht zurückhaltend in der Anwendung des Begriffs „schizoid“; es ist auch sicher nicht ohne weiteres berechtigt, nun etwa die senile Demenz als die Alterspsychose des schizophrenen Formenkreises und die Presbyophrenie als die der manisch-depressiven Konstitution hinzustellen. Das ist schon deshalb unmöglich, weil die Presbyophrenie nur bei einer Unterform der manisch-depressiven Anlage, besonders der synton-sthenischen Konstitution, sich entwickeln kann. Eine senile Hirnerkrankung bei einer konstitutionell depressiven Persönlichkeit ist keine Presbyophrenie und senil gewordene Manisch-Depressive, die früher krankhafte Phasen durchgemacht haben, sehen ebenfalls anders aus. Jedenfalls ergeben die Untersuchungen *Meggendorfers* über die präpsychotischen Eigenschaften der senil Dementen, daß bei diesen die von mir für die Entwicklung der Presbyophrenie als notwendig angesehenen Voraussetzungen fehlen, ja daß die von ihm gefundene schwache anfällige Konstitution in einem bemerkenswerten Gegensatz steht zu den prämorbiden Eigenarten der Presbyophrenen. Durch die Gegensätze zu der senilen Demenz wird die Eigenart der Presbyophrenie noch besonders betont; diese Besonderheit liegt in der Anlage der Kranken, die über eine von jeher bemerkbare körperliche und geistige Widerstandsfähigkeit und einen gewissen Schwung verfügen. Sie können so auch dem hereinbrechenden Altersprozeß — mag er nun

senil atrophischer oder arteriosklerotischer Art sein — dank ihrer stärkeren Vitalität eine erhöhte Widerstandsfähigkeit entgegensezten und sie sind auf diese Weise in der Lage, dank ihres höheren Biotonus im Sinne von *Ewold*, die noch vorhandenen Möglichkeiten besser auszunutzen als ein mehr asthenischer Kranke, der bei der gleichen anatomischen Veränderung nicht mehr fähig ist, von seinen vielleicht zunächst noch vorhandenen Leistungsmöglichkeiten Gebrauch zu machen. Daß dabei gewiß die Schlagfertigkeit unserer hypomanischen Kranken über manche Lücke hinwegtäuscht, sei unbestritten.

Danach werden wir die Presbyophrenie nicht im Sinne einer Krankheitseinheit als etwas Besonderes ansehen dürfen, sondern wir müssen uns das presbyophrene Syndrom erklären dadurch, daß eine im wesentlichen syntone Persönlichkeit, und zwar eine besonders sthenische Unterform dieses Temperamentskreises, von einem senilen oder arteriosklerotischen Hirnprozeß betroffen, aber dank ihrer Widerstandskraft nicht so weitgehend geschädigt wird, wie das bei anderen Persönlichkeiten der Fall zu sein pflegt. Die pathoplastische Einwirkung der hypomanischen Anlage ist dabei diagnostisch wertvoll.

Literaturverzeichnis.

- Berze*: Die hereditären Beziehungen der Dementia praecox. Leipzig 1910. — *Bleuler*: Lehrbuch der Psychiatrie. 5. Aufl. Berlin 1930. — *Bostroem*: Über krankhafte Persönlichkeitsveränderungen. Münch. med. Wschr. 1924, H. 34, 1156. — Diskussionsbemerkungen. Allg. Z. Psychiatr. 88, 426. — Zur Frage des Schizoids. Arch. f. Psychiatr. 77, 32 (1926). — *Bumke*: Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 3. Aufl. München 1929. — *Fischer, O.*: Die presbyophrene Demenz, deren Grundlage und klinische Abgrenzung. Z. Neur. 3, 371 (1910). — *Kehrer*: Die Psychosen des Um- und Rückbildungsalters. Zbl. Neur. 25, 1 (1921). — *Kraepelin*: Psychiatrie, 8. Aufl. 1910. — *Liebers*: Presbyophrenie und Hirnarteriosklerose. Z. Neur. 140, 765 (1932). — *Meggendorfer*: Über die hereditäre Disposition zur Dementia senilis. Z. Neur. 101, 387 (1926). — *Runge*: Die Geisteskrankheiten des Greisenalters. *Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten*, Bd. 8. 1930. — *Wernicke*: Grundriß der Psychiatrie. Leipzig 1906.
-