

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Königsberg.)

## Die verschiedenen Lebensabschnitte in ihrer Auswirkung auf das psychiatrische Krankheitsbild<sup>1, 2</sup>.

Von

A. Bostroem, Königsberg.

(Eingegangen am 13. August 1937.)

Ein Einfluß der verschiedenen Lebensabschnitte auf das psychiatrische Krankheitsbild ist in mancherlei Art denkbar. *Erstens* kann ein bestimmtes Lebensstadium an der Entstehung einer psychischen Erkrankung infolge seiner Eigenart erheblich beteiligt sein. In einem solchen Falle käme dieser Lebensphase eine *pathogenetische* oder eine *provozierende* Bedeutung zu; das kann nur dann der Fall sein, wenn dieser Lebensabschnitt mit besonders tiefgreifenden biologischen Umwälzungen einhergeht, wie etwa die Pubertät oder das Klimakterium.

Die *zweite* Möglichkeit besteht darin, daß das Lebensalter Psychosen, die unabhängig vom Lebensalter entstanden sind, eine besondere Symptomatologie verleiht und das ist wiederum in zweierlei Weise denkbar: einmal: diese symptomfärbende Wirkung kann von dem Lebensalter ausgehen, in dem die geistige Störung zum erstenmal aufgetreten ist; das ist wohl die häufigste Form einer Beeinflussung durch Lebensphasen überhaupt. Die so gewonnene Besonderheit würde unter Umständen für die ganze Dauer der geistigen Erkrankung beibehalten werden. Auf der anderen Seite kann man aber auch beobachten, daß eine sich durch lange Zeit hindurch erstreckende geistige Erkrankung in ihrem Symptombild jeweils sich abhängig zeigt von dem Lebensalter, in dem der Betreffende sich gerade befindet; das Zustandsbild wechselt also gewissermaßen im Laufe der Krankheit durch das ganze Leben hindurch sein Gesicht. In beiden Fällen würden wir dem Lebensalter eine *symptomfärbende* oder *pathoplastische* Bedeutung zumessen. Dieser Einfluß kann sich nur auf die *Art* der Symptome erstrecken; das wäre eine Pathoplastik im engeren Sinne. Er kann aber auch den *Grad* ändern und dann würden wir von symptomverstärkenden oder symptommildernden Einflüssen sprechen.

Wenn wir von einem Einfluß reden, so gehören dazu nicht nur beeinflussende Faktoren, sondern auch etwas, das beeinflusst wird. Nicht jeder Krankheitsprozeß ist so modulationsfähig, daß er auf äußere Einwirkungen sich ändern kann, namentlich nicht auf relativ so milde

<sup>1</sup> Herrn Geheimrat Bumke zum 60. Geburtstag.

<sup>2</sup> Referat erstattet auf der Tagung südwestdeutscher Neurologen und Psychiater in Baden-Baden 1937. Das Korreferat über den Einfluß der Lebensabschnitte auf das *neurologische* Krankheitsbild von Pette erscheint im Nervenarzt.

Einwirkungen, wie sie die Lebensalter mit sich bringen. Deshalb werden wir deutliche Auswirkungen wohl vor allem im *Beginn* der Erkrankung erwarten dürfen, wo also gewissermaßen eine Einflußnahme in *Statu nascendi* möglich war; dagegen kann das Lebensalter auf eine in Gang befindliche Erkrankung wohl nur dann einwirken, wenn es sich um eine sagen wir labile Symptomatologie handelt.

Nun sind psychische Zustandsbilder zum Teil deshalb wohl beeinflusbarer als neurologische, weil sie nicht immer nur aus den durch den organischen Prozeß unmittelbar hervorgerufenen Symptomen bestehen, sondern weil damit oft unentwirrbar verquickt ist die psychische Reaktion der Persönlichkeit auf das organische Geschehen.

Wir werden daher nicht nur mit biologischen Einwirkungen zu rechnen haben, sondern auch mit psychischen Faktoren.

Zunächst möchte ich versuchen, die verschiedenen Einflußmöglichkeiten am Beispiel einzelner psychischer Erkrankungen zu zeigen. Ich beginne mit den organischen Erkrankungen. Wir wissen, daß auch organische Krankheiten in ihrer *unmittelbaren* psychischen Symptomatologie nicht immer gleichmäßig sind, daß sie z. B. bei Kindern anders aussehen können als bei Erwachsenen; das zeigen u. a. die kindlichen *Hirntumoren*. Hier ist interessant, zu sehen, daß bei Kindern die allgemeine Benommenheit und die Schwerbesinnlichkeit kaum oder erst ganz spät auftritt. Trotz hohen Hirndrucks zeigen die Kinder vielmehr sehr oft eine Attenz, eine gute Auffassung und eine im Vergleich zur Schwere des Krankheitsbildes oft erstaunliche Lebhaftigkeit und Regsamkeit. Ich habe auf diese Besonderheit anläßlich eines Vortrages über die psychischen Störungen bei Hirntumoren auf der Badener Versammlung 1929 hingewiesen<sup>1</sup> und muß sagen, daß ich diese Beobachtung auch seitdem immer wieder bestätigt gefunden habe. Diese Kinder fallen namentlich im Rahmen einer Station mit schwerkranken, gehemmten oder bedrückten Erwachsenen ganz besonders durch ihre Regsamkeit auf.

Auch die *epidemische Encephalitis* ruft bei Kindern meist ganz andersartige psychische Bilder hervor als bei Erwachsenen. Trifft nämlich die primäre encephalitische Infektion Kinder oder Jugendliche, so braucht das akute Stadium zwar keine wesentlichen Unterschiede zu zeigen, aber die späteren Auswirkungen sind oft ganz entgegengesetzt denen bei Erwachsenen; meist sehen wir bei Kindern die als Hyperphrenie beschriebenen Unruhezustände, während es beim Erwachsenen vorzugsweise zu Akinesen bzw. zu bradyphrenen Bildern kommt<sup>2</sup>. Auch neurologisch können sich die Spätzustände unterscheiden insofern, als bei den hyperphrenen Jugendlichen das Parkinsonsyndrom meist fehlt. Gelegentlich sieht man es aber auch bei ihnen ausgeprägt oder in Andeutung und es

<sup>1</sup> Dtsch. Z. Nervenheilk. 109, H. 3—6, 162 (1929). — <sup>2</sup> Bostroem: Allg. Z. Psychiatr. 93, 417 (1930).

kommt dann zu dem Bilde des striären Mischzustandes (= motorische Akinese + psychische Hyperkinese), wie ich das seiner Zeit beschrieben habe.

Man könnte hier von einer besonderen Art des Reagierens des kindlichen Gehirns bzw. des kindlichen Seelenlebens auf grobe Schädigungen sprechen und versucht sein, an eine Art Gesetzmäßigkeit zu denken. Dieser Gedanke liegt besonders nahe, wenn man bedenkt, daß bei der *Athetose* grundsätzlich Ähnliches zu beobachten ist.

Ich komme hier zwar zum Teil in das Gebiet der Neurologie, aber dieses Beispiel zeigt, daß Neurologie und Psychiatrie nicht zu trennen sind.

Die Athetose ist meines Erachtens im wesentlichen eine Reaktionsform des kindlichen Gehirns auf Schädigungen aller möglichen Art. Das beschränkt sich aber nicht auf die neurologischen Erscheinungen, sondern erstreckt sich auch auf das Psychische insofern, als fast alle Athetotiker als Grundzug ihres Wesens eine eigentümlich lebhaft oft vergnügte Art haben, die zwar gelegentlich etwas albern, im allgemeinen aber durchaus kindlich wirkt. Je nach dem Stande der Intelligenz fallen diese Kranken entweder als tölpelhaft einfältig, bald als clownhaft witzig, bald als distanzlos-dummdreist auf; stets ist eine gewisse leere Beweglichkeit und in affektiver Beziehung meist unproduktive Vergnüglichkeit vorhanden, die eigentlich nur bei schwer schwachsinnigen Athetotikern nicht zum Ausdruck kommt.

Das Interessante dabei ist, daß dieses kindlich unbekümmerte, manchmal dummdreiste Wesen auch zu sehen ist einmal, wenn es sich um Athetotiker handelt, die gar nicht schwachsinnig sind und dann auch bei Fällen mit kaum ausgeprägter motorischer Störung, Fälle, die ich als abortive Athetosen beschrieben habe; diese werden in der Regel durch ihre heitergetönte Lebhaftigkeit, aber auch durch ihr psychisches Verhalten, das an Psychopathie erinnert, auffällig und erst bei genauer Untersuchung merkt man an gewissen motorischen Infantilismen, daß es sich doch wohl um eine frühkindliche Hirnschädigung handelt<sup>1</sup>.

Den *angeborenen Schwachsinn* erwähne ich in diesem Zusammenhang nur, weil er Eigenarten des kindlichen Alters auf Lebensdauer konserviert. In leichten Fällen lassen sich solche Schwachsinnigen überhaupt nur an ihrem infantilen Wesen erkennen.

Bei fortschreitenden schwer *destruierenden Hirnprozessen* wird man zunächst kaum einen Einfluß des Lebensalters erwarten, weil durch den zerstörenden Krankheitsvorgang feinere Persönlichkeitszüge nicht mehr

<sup>1</sup> Ich habe diese Fälle eingehend beschrieben in meiner Arbeit: Über eine eigentümliche Form psychischer Entwicklungshemmung mit Beziehung zur Athetose und zur frühkindlichen Motorik. Arch. f. Psychiatr. 75, 1 (1925). Vgl. hierzu auch Werth: Arch. f. Psychiatr. 96, 149 (1932) und meinen Vortrag: Über Athetose auf der Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde, Dezember 1927. Mschr. Kinderheilk. 39, 169.

zur Geltung kommen; alles wird gewissermaßen durch die Demenz nivelliert.

Immerhin könnte man daran denken, ob die bei *senil Dementen* verhältnismäßig oft vorkommenden Sexualdelikte nicht eine spezifische Beziehung zu diesem Lebensalter haben oder gar durch spezifische Alterserscheinungen erklärbar sind. Unter dem Abbau im Senium leiden in erster Linie auch die höheren Willensfunktionen; die bewußte Willensfähigkeit läßt nach; das braucht sich im allgemeinen nicht besonders bemerkbar zu machen, weil die Triebe, deren Beherrschung ja eine Hauptaufgabe der Willensfähigkeit ist, meist auch an Kraft nachlassen. Ist dies aber nicht der Fall, ist insbesondere noch eine starke sexuelle Appetenz vorhanden, so reichen die verminderten Willensfunktionen zur Bremsung bzw. Unterdrückung dieser Regungen nicht mehr aus und es kommt zu den genannten Delikten, die wegen der fehlenden Potenz oder aus äußeren Gründen dazu noch oft perverse Formen annehmen.

Ähnliche Vorgänge, die nun aber nicht mit dem Lebensalter zusammenhängen, sieht man ja auch bei der beginnenden *Paralyse*; im übrigen kann man bei dieser Erkrankung allenfalls den Einfluß des Lebensalter erkennen, in dem sie zum Ausbruch gekommen ist, nämlich bei der juvenilen Form; denn bei ihrem Auftreten im jugendlichen Alter gleicht die Paralyse in bezug auf das psychische Bild mehr dem des angeborenen bzw. früh erworbenen Schwachsinn als dem einer erworbenen Verblödung. Der Grund dafür liegt auf der Hand, denn die Kenntnisse und die Niederschläge von Lebenserfahrungen, die in ihren Resten sich auch beim dementen Paralytiker erkennen lassen, sind beim Kinde ja noch nicht vorhanden gewesen bzw. sie sitzen so locker, daß die Erkrankung sie meist restlos auslöscht.

Möglicherweise wirkt auch der paralytische Gehirnprozeß beim juvenilen Gehirn sehr viel intensiver und rascher als beim Erwachsenen; das kann man vielleicht daraus schließen, daß die Malariakur bei der juvenilen Paralyse zwar die Kinder am Leben erhält, aber fast immer zu spät kommt, um noch wesentliche intellektuelle Funktionen vor dem Untergang zu bewahren. Das Zuspätkommen kann allerdings vielleicht auch daran liegen, daß man beim Kinde die Paralyse zu spät erkennt, weil das Anfangsstadium das allmähliche Versagen, durch das der erwachsene Paralytiker auch im Anfangsstadium oft schon auffällig wird, beim Kinde sich nicht so bemerkbar macht.

Sonst zeigt die progressive Paralyse, die in ihren Frühstadien symptomatologisch sonst ja oft von der Art der jeweils betroffenen Persönlichkeit abhängig ist, kaum Einwirkungen des Lebensalters. Allenfalls beobachtet man, daß bei spät erst jenseits der fünfziger Jahre ausbrechenden Paralyse die Merkfähigkeit in ungleich höherem Maße gestört ist als die Intelligenz; ich glaube, daß das aber oft auf eine begleitende Arteriosklerose zurückgeführt werden muß.

Man könnte weiter sagen, daß die Prognose der malariabehandelten Paralytiker von dem Lebensalter insofern abhängt, als bei Paralytikern, die sich bereits in der Rückbildungszeit befinden, die Heilung auf vegetativem Gebiet zwar eintritt, daß aber unverhältnismäßig oft ein erheblicher, nicht ganz selten auch klimakterisch-involutiv gefärbter Schwächezustand zurückbleibt.

Die Paralyse ist im allgemeinen wenig geeignet, in ihrem *Verlauf* einen Einfluß des jeweiligen Lebensalters zu zeigen, vor allem deshalb, weil sie bei ihrer grob organischen Grundlage wohl zu den intensiven, d. h. weniger leicht beeinflussbaren Prozessen gehört. Es kommt hinzu, daß sie in ihrem natürlichen Ablauf in kurzer Zeit zum Tode führt; dagegen könnte man, wenigstens theoretisch, erwarten, daß die *Schizophrenie*, die sich ja durch lange Jahre hindurch ziehen kann, unter Umständen den Einfluß des jeweiligen Lebensalters besser erkennen läßt.

Das ist nicht uninteressant bei Strindberg zu verfolgen, wie das *Jaspers* und *Storch* getan haben. Wir sehen hier erst die schwere Pubertätskrise; dann kommt es zu einem plötzlichen Umschlagen der selbstquälerischen ekstatischen Religiosität der Pubertätszeit in ein betont männliches rationalistisches Freidenkertum. Pubertätsprobleme spielen noch manchmal hinein, bis die schwere Psychose auf der Höhe der Mannesjahre sich ungewöhnlich stark äußert und auch zu heftigen Reaktionen und aggressiven Entladungen führt; diese sind, wie es wiederum zum Teil die Eigenart des vorgerückten Alters ist, ausgemacht paranoid gefärbt. Endlich entsteht durch den mitigierenden Einfluß des Alters doch noch eine gewisse Resignation, die die Produktivität nicht hindert.

Es ist klar, daß man solche Einwirkungen wohl nur bei sehr differenzierten Persönlichkeiten verfolgen kann und besonders dann, wenn es möglich ist, ihr Leben auch an ihrem produktiven Schaffen zu überblicken.

Häufiger und eindrucksvoller ist auch bei der Schizophrenie eine Färbung des Zustandsbildes durch *den* Lebensabschnitt, in dem die Erkrankung ausbricht.

Für das Kindesalter haben wir nicht allzu viele Erfahrungen, weil schizophrene Erkrankungen in dieser Zeit sehr selten sind. Schizophrenien beim Kinde sind wegen der noch wenig differenzierten Ausdrucksmöglichkeiten schwer zu erkennen und so kommt es auch, daß ganz früh entstehende Schizophrenien unter Umständen kaum von angeborenen Schwachsinnzuständen zu unterscheiden sind. *Kraepelin* hat einmal die Meinung vertreten, daß überhaupt manche angeborenen Schwachsinnzustände nichts anderes seien als eine „*Dementia praecocissima*“. Ich habe mich davon nicht recht überzeugen können und bin der Meinung, daß es bei den Fällen, die darauf verdächtig sind, doch wohl meist um andere Zustände handelt (*Dementia infantilis* Heller usw.).

Richtig ist allerdings, daß sich die Defekterscheinungen nach einem schizophrenen Schub beim Kinde auch auf intellektuellen Gebiet

bemerkbar machen, jedenfalls ungleich mehr als beim Erwachsenen, bei dem es ja mehr zu einer Veränderung im Persönlichkeitsniveau kommt. Dieser Unterschied ist wohl so zu erklären, daß beim Kinde die Ausreifung der Intelligenz unterbrochen wird und das erschwert natürlich die Unterscheidungsmöglichkeit von anderen frühkindlichen Schädigungen sehr.

Für die Symptome der akuten kindlichen Schizophrenie ist bemerkenswert, daß hier die Angst oft ganz im Vordergrund steht.

Ausgemacht selten sind Wahnbildungen bei kindlichen Schizophrenen. Schon *Moreau* hat das darauf zurückgeführt, daß das Kind in der Regel unachtsam, zu wankelmütig und zu leichtsinnig sei, um sich einer Wahnvorstellung hinzugeben. Auch sonst hat man die Seltenheit von Wahnbildungen bei Kindern aus der relativen Einfachheit des kindlichen Weltbildes und dem naiven Vertrauen zu den sie umgebenden Menschen zu erklären versucht (zit. nach *Blum*<sup>1</sup>). Dem Kinde fehlen auch infolge seiner Beeinflußbarkeit und Ablenkbarkeit wichtige Voraussetzungen systematischer Wahnbildungen, vor allem nachhaltiges Grübeln, Konsequenz und Ausdauer.

Ein der Wahnstimmung der Erwachsenen ähnlicher Zustand kommt auch bei Jugendlichen gelegentlich vor; er führt wohl zur Angst und vor allem zu Ratlosigkeit, aber kaum je zum Wahn. Das Fehlen der paranoiden Bilder ist charakteristisch für die jugendlichen Schizophrenen überhaupt.

Die in der Phase der Pubertät entstehenden Erkrankungen zeigen oft einen besonders deutlichen Einfluß dieses Lebensalters. Wir kennen auch in der normalen Pubertät viele Auffälligkeiten: die Zielunsicherheit, ihr Gefühlsüberschwang, die läppisch-überhebliche Art der Flegeljahre, der Sturm und Drang mit der Neigung, sich mit den höchsten Problemen in kindlicher Weise zu befassen, der Wechsel zwischen Anlehnungsbedürftigkeit und schroffem Ablehnen, die Begeisterungsfähigkeit und Schwärmerei usw. In ihren leichten Andeutungen pflegen wir diese Erscheinungen in ähnlicher Weise, wie etwa den Stimmbruch, wohlwollend zu belächeln. Wir sehen sie aber oft nur gering gesteigert, oft grotesk verzerrt als eine schizophrene Symptomgruppe, die gerade dem Bild der Hebephrenie den Stempel aufdrückt. Gerade diese Sonderform der Schizophrenie bietet eines der eindrucksvollsten Beispiele dafür, wie das Zustandsbild, das die Erkrankung sich wählt, gegeben ist in Eigenarten des Lebensalters, in dem die Psychose ausbricht. Diese Eigenart kann die Psychose auf lange Zeit beibehalten und wir sehen dann in oft grotesker Art, wie ältere Schizophrene diese sonderbaren Symptome mehr oder weniger erstarrt oder moduliert aufweisen.

Gelegentlich kann die tölpelhafte Motorik der Flegeljahre die Neigung zu abgehackten und ungraziösen unnatürlichen oder unabgemessenen Bewegungen sich auch in katatonen Zuständen ausdrücken. Sie ähneln

<sup>1</sup> *Blum*: *Erg. inn. Med.* 44, 45 (1932).

unter Umständen sehr weitgehend den motorischen Zerrbildern der normalen Pubertät, schleifen sich aber im Laufe der Zeit eher ab als die psychischen Residuen der Pubertät.

Das mittlere Alter, das naturgemäß das unauffälligste zu sein pflegt, prägt sich auch bei der Schizophrenie nicht besonders aus; man könnte höchstens auf eine gewisse Vermännlichung der Erscheinungen hinweisen.

Dagegen sehen wir bei den meisten Krankheitszuständen die jenseits der 35er bis 40er Jahre zum erstenmal entstehen, eine ausgemacht paranoide Einstellung. Auch dies muß als ein Einfluß des Lebensalters aufgefaßt werden, denn die mißtrauische Affektlage, die ja eine Grundbedingung für alles Paranoische ist, findet man im vorgerückten Alter sehr viel häufiger als bei Jugendlichen. Die Erfahrung lehrt, daß auch bei älteren Schizophrenen das Paranoische ganz im Vordergrund steht. Nun mag eingewandt werden, daß paranoide Ideen doch bei vielen anderen, auch bei jugendlichen Schizophrenen und auch bei Hebephrenen vorkommen; dabei handelt es sich aber meistens um abrupte und gewissermaßen verantwortungslos geäußerte Wahnideen, die wenig verwertet und nie ausgebaut werden und meist mit einem allgemeinen Zerfall der Persönlichkeit verknüpft sind, während die in vorgerücktem Alter entstehenden Schizophrenien doch anders aussehen.

*Kraepelin* hatte seine Gründe, als er bestimmte Formen von Wahnkrankheiten, die ursprünglich als Dementia paranoidea beschrieben waren, von der Schizophrenie abtrennte und als Paraphrenie heraushob. Es handelt sich dabei um Persönlichkeiten, die ein zweifellos schizophrenieähnliches Wahngebilde äußerten, die aber trotz Weiterbestehen und Ausgestaltung ihrer Wahnideen nicht eigentlich defekt wurden und die den üblichen Zerfall der Schizophrenen vermissen ließen. Nach meiner Auffassung, die ich schon 1926 bzw. 1928 geäußert habe, handelt es sich hier aber nicht um einen andersartigen Krankheitsprozeß, sondern an der schizophrenen Erkrankung ist auch nach meiner Meinung kein Zweifel; sie kann aber nicht ihre übliche zerstörende Wirksamkeit ausüben, weil sie eine in höherem Lebensalter stehende, mehr gefestigte, mehr ausgereifte Persönlichkeit betroffen hat, die dem Krankheitsprozeß ganz anderen Widerstand entgegen zu setzen vermag als ein jugendliches Individuum. — Daß manche Formen der Paraphrenie durch ihre thymopathische Veranlagung vor dem Zerfall geschützt wird, sei nebenbei nur erwähnt. — Wenn hier gewissermaßen von einem mitigierenden Einfluß des höheren Lebensalters auf den schizophrenen Krankheitsprozeß gesprochen werden kann, so lassen sich diese Fälle auch noch anders erklären. Man könnte nämlich annehmen, daß die schizophrene Krankheitsanlage in diesem Falle nicht so intensiv ist, daß sie sich infolgedessen bis dahin nicht hat durchsetzen können, gewissermaßen weil der Widerstand der robusten

<sup>1</sup> Zur Frage des Schizoid, Arch. f. Psychiatr. 77, 32 (1926). Diskuss. Bem. Allg. Z. Psychiatr. 88, 426 (1928).

Jugend das verhinderte und es bedurfte einer Zeit geringeren Widerstandes, um der Krankheitsanlage zum Siege zu verhelfen. Daß diese Erklärung möglich ist, ergibt sich auch aus der Erbllichkeitsforschung, denn es ist interessant, zu sehen, daß die Kinder von paranoiden Schizophrenen nur in 10% die Wahrscheinlichkeit haben, schizophren zu werden, während diese Gefährdungsziffer bei den anderen Formen der Schizophrenie 16% beträgt.

Bei *manisch-depressiven* Erkrankungen sehen wir in mancher Beziehung ähnliches. Manisch depressive Erkrankungen sind in der Kindheit sehr selten; das ist nicht verwunderlich, wenn man bedenkt, daß der Gemütszustand, den man bei Erwachsenen als Stimmung bezeichnet, der Kindheit noch fremd ist, er taucht erst in der Reifezeit auf <sup>1</sup>.

Die inhaltliche Ausfüllung der Depression mit Schuldgefühl, Ver-sündigungsideen usw. setzt auch einen großen Reichtum an äußeren Lebensbeziehungen und Denkerlebnissen voraus, die das Kind nicht hat. So ergibt sich die auch von anderen Autoren immer wieder hervorgehobene Inhaltsarmut der kindlichen Depression (*Blum*).

Die einzelnen Phasen dauern durchschnittlich erheblich weniger lange als bei Erwachsenen.

Einen bemerkenswerten Einfluß auf das Zustandsbild hat die Pubertät auch bei den manisch-depressiven Erkrankungen. So wird die Manie eines Jugendlichen dadurch, daß sie Züge des Pubertätsalters an sich trägt, oft mit Schizophrenie verwechselt, weil die manische Produktivität sich in ein läppisches Gewand kleidet. Hier könnte man beinahe versucht sein, zu sagen, daß der Einfluß des Lebensalter die Unterschiede zwischen beiden Erkrankungen vorübergehend sogar zu verwischen imstande ist. Es ist unter Umständen auch sehr schwer, eine inhaltsarme Verstimmung von einer beginnenden Hebephrenie zu unterscheiden.

Eine reine Manie verändert auch dann, wenn die Phase im Alter auftritt, das charakteristische Zustandsbild erstaunlich wenig. Bekommt ein alter Mann noch eine Manie, so sieht er im allgemeinen sehr viel jünger aus als seinem Alter entspricht; die üblichen Altersbeschwerden sind überdeckt; er ist trotz des Alters wenig ermüdbar, leistungsfähig und optimistisch; oft werden objektiv nachweisbare Erkrankungen nicht gefühlt oder es wird ihnen nicht Rechnung getragen. Besonders lebhaft ist mir in Erinnerung ein über 70jähriger Greis, der mehrfach Manien bei uns durchgemacht hatte und der zuletzt in einem Zustand schwerer Dekompensation eingeliefert wurde und bald darauf starb. Dieser hatte trotz seiner Atemnot und seiner zweifellos vorhandenen Herzbeschwerden seine heitere Grundstimmung in keiner Weise verloren.

Immerhin sind das wohl Ausnahmen und auch am Manischen geht das Alter nicht spurlos vorüber.

<sup>1</sup> *Grubbe*: Pubertät, Handbuch medizinischer Psychologie, S. 461.



Abgesehen davon, daß Manische in ihren späteren Lebensphasen zu mißtrauisch-paranoischer Einstellung neigen, findet man bei ihnen als ausgeprägtes Alterssymptom eine gesteigerte Reizbarkeit.

Ob bei Manischen, die wegen stets erneuter Phasen oder wegen chronischer Manie in den Anstalten zurückgehalten werden müssen, die schließlich zunehmende Leere und die allmählich versagende Schwungkraft Einfluß des Alters oder der mangelnde Anregung ist, läßt sich schwer sagen. Die Erfahrung lehrt jedenfalls, daß auch intelligente Manische unter diesen Umständen zunächst leerer werden, allmählich gereizter und schließlich einer Art Vertrottelung anheimfallen, für die die intellektuellen Voraussetzungen eigentlich nicht gegeben sind.

Der Übergang kommt den Kranken oft qualvoll zum Bewußtsein; um das zu illustrieren, zitiere ich einige Stellen aus Briefen einer intelligenten Manisch-Depressiven mit meist manischem Zustand: „Kein einziger gescheiter Gedanke kommt mir (Kunststück bei gerichtlich beeidigter Geistesschwäche!). Wenn ich doch wenigstens fromm wäre. „Ich bin eine böse bissige alte Schachtel geworden in den letzten 2 Jahren.“

„Ich werde halt so wie andere Anstaltsinsassen: ängstlich, kleinlich und sehr leicht verletzt — so ziemlich alle meine guten Seiten werden aus Mangel an Nahrung verkümmert; von der ehemaligen X. Y. ist nur noch ein Fragment da, dessen Identität mit der früheren Person gleichen Namens noch zu beweisen wäre.“

Die rein oder vorzugsweise Depressiven sind den Alterseinflüssen in noch höherem Grade ausgesetzt. Erwähnt sei eine Gruppe weiblicher Depressiver, bei denen nur 2mal im Leben eine Depression auftritt, in der Pubertät und im Klimakterium. Im vorgerückten Lebensalter spielen erhöhte Reizbarkeit und eine paranoische Komponente oft eine Rolle. Wichtig ist weiter, daß oft die motorische Hemmung bei älteren Depressiven weniger deutlich ausgeprägt ist als sonst. Besonders charakteristisch sind in diesem Alter bei Depressiven die *Angst* und die *Erstarrung*, beides Symptome, die der jugendlichen Depression fremd sind und die Hauptsymptome der früheren Melancholie des Rückbildungsalters waren. Auf die Streitfrage, ob diese zum manisch-depressiven Irresein gehört, kann ich hier nicht eingehen.

Die Angst kann das Bild zeitweise völlig beherrschen, so daß manche Autoren auch von einer Angstpsychose gesprochen haben. Sie ist ein ausgemachtes Symptom des vorgerückten Lebensalters und ist wohl zum Teil körperlich mitbedingt (Kreislauf).

Bei dieser Gelegenheit sei darauf aufmerksam gemacht, daß das gleiche Symptom in verschiedenen Lebensaltern eine ganz verschiedene diagnostische Bedeutung haben kann. Angst bei Jugendlichen ist fast immer ein Zeichen für Schizophrenie, bei Älteren kommt sie, wie gesagt, häufiger bei Depressiven vor.

Auch die Bedeutung des Psychogenen ist bei Angehörigen der depressiven Konstitution in vorgerücktem Alter eine andere als sonst. Während im allgemeinen gerade bei reaktiven Zuständen depressiver Art die Prognose gut zu sein pflegt, finden wir in hohem Lebensalter auch bei reaktiv entstandenen Depressionen — *Lange* nennt sie psychisch provozierte Depressionen — die Aussichten ungünstig.

Ebenfalls ein vom Alter bedingtes Symptom ist die sonderbare Erstarrung, in die manche Depressive fallen, ohne daß etwa Arteriosklerose oder senile Prozesse hinzukommen.

In leichteren Fällen beschränkt sich diese Erstarrungsneigung auf die jedem Psychiater geläufige Erscheinung, daß es bei depressiven Phasen im vorgerückten Alter zunehmend schwerer wird, die Depressiven nach Ablauf der endogenen Phase wieder auf die Beine zu bringen; sie versinken vielmehr leicht in ihre Depression, fühlen sich den Anforderungen des Lebens nicht recht gewachsen und finden so ohne Nachhilfe aus der Klinik und Anstalt nicht mehr heraus.

Schwerer sind die Zustände, bei denen die vitalen Schichten an dieser Erstarrung teilhaben. Intellektuell lassen die Kranken nicht nach, auch tritt keine Zerstörung der Persönlichkeit auf. Es fehlt aber den Depressiven an der affektiven Kraft und Reichhaltigkeit (*Medow*<sup>1</sup>), das Affektleben erstarrt, die Regsamkeit geht zurück und auch motorisch versinken die Kranken immer mehr, sie werden eintönig, eingeengt, und so kommt es auf psychischem Gebiet zu Nihilismus und allgemeiner Verarmung, motorisch zu Angewohnheiten, die in manchem an schizophrene Symptome erinnern. Gleichwohl handelt es sich hier bestimmt nicht um Schizophrenie.

Wohl aber gibt es andere Fälle, bei denen man an eine Umwandlung bis dahin typisch manisch-depressiver Zustände in Schizophrenie denken könnte. Solche Beobachtungen sind nicht ganz so selten, häufiger sieht man sie bei Frauen als bei Männern und mir scheint, daß bei diesem Erscheinungsweise das Klimakterium oder die Involution eine sehr maßgebende Rolle spielen; dieser ist wohl so zu denken, daß die biologischen Umwälzungen auch die bis dahin nicht entwicklungsfähigen und spontan nicht aktiv werdenden schizophrenen Komponenten aus der Anlage herausholen.

Verhältnismäßig wenig Einwirkung des Lebensalters läßt die *Epilepsie* in ihrem psychischen Bild erkennen. Das zeitliche Schwanken der Krampfhäufigkeit (iktophile und iktaphobe Phasen nach *C. Schneider*) hängt mit dem Lebensalter wohl nicht zusammen. Dagegen ist die Krampfneigung des Kindesalters allgemein bekannt. Soweit man darüber bis jetzt orientiert ist, braucht das Auftreten von Krämpfen im Kindesalter bei Infektionen usw. keine epileptische Veranlagung vorauszusetzen; indes wäre es zweifellos gut, wenn hier einmal genauere Untersuchungen einsetzen würden.

<sup>1</sup> *Medow*: Arch. f. Psychiatr. 64, 4, 480 (1921).

Die symptomfärbende Wirkung der Pubertät, die bei der Schizophrenie und dem Manisch-depressiven Irresein eine so große Rolle spielt, ist beim genuinen Epileptiker naturgemäß nicht zu beobachten, da in diesem Alter die psychischen Veränderungen in der Regel noch nicht so deutlich sind. Daß sie aber vorkommen kann, zeigte mir vor kurzem ein Fall eines 16jährigen Epileptikers, der während eines Dämmerzustandes ein so läppisches Wesen zeigte, daß man zuerst mit Bestimmtheit annehmen mußte, einen hebephrenen Zustand vor sich zu haben.

Gelegentlich hat man den Eindruck, daß bei früh ausbrechenden Epilepsien rasch eine Verblödung entsteht; jedoch gibt es von dieser Beobachtung so viele Ausnahmen, daß man hier keine bestimmte Gesetzmäßigkeit ablesen kann. Wenn der Epileptiker mit zunehmendem Alter noch umständlicher, pedantischer und eingengter wird, so möchte ich hierin nicht den Einfluß des Lebensalters sehen, sondern diese Tendenz liegt im natürlichen Verlauf der Epilepsie.

Eine besondere Eigenart des jugendlichen Alters sind offenbar die *pyknoleptischen Anfälle*; sie kommen zwar gelegentlich als Symptom auch der genuinen Epilepsie vor und nach der Pubertät vor, es kann aber wohl kein Zweifel sein, daß es eine in seiner Art noch ungeklärte Krankheitsform gibt, die während der Pubertät restlos verschwindet. Auch seelisch sind diese Kinder anders geartet als Epileptische; sie sind lebhafter, regsamer, beweglicher aber auch empfindlicher als genuin epileptische Kinder.

Im anderen Zusammenhang wurde vorhin bereits erwähnt, daß die Neigung zu Wahnideen im allgemeinen eine Eigenschaft des gereiften Alters sei, während der Schwung, das echte Selbstvertrauen und die Unbekümmertheit der Jugend keinen geeigneten Boden für die Entwicklung mißtrauischer Einstellungen abzugeben pflegt; das gilt auch für die Schizophrenie, obwohl der schizophrene Prozeß offenbar durch die entstehende Persönlichkeitsänderung die paranoide Einstellung bereits in relativ jungen Jahren bringen kann. Dagegen setzen die *paranoischen Entwicklungen* wohl immer erst später ein; gewiß mag die Anlage auch schon von vorneherein bestehen; es bedarf aber wohl immer zum Auftauchen des eigentlichen Paranoischen eines etwas vorgerückten Alters. Ob dabei die biologischen Einflüsse des betreffenden Lebensabschnittes mitspielen oder ob nicht vielmehr die Summe der Reibungen und Enttäuschungen der Aktivator ist, läßt sich schwer allgemein sagen; wahrscheinlich sind beide Faktoren nötig. Die Pubertät neigt offenbar gar nicht zu solchen Zuständen, dagegen ist das Rückbildungsalter bzw. das Klimakterium oft der Boden für solche Entwicklungen; das gilt besonders für die sensitiv paranoischen Zustände; ich erinnere hier an den sensitiven Beziehungswahn alternder Mädchen, aber auch an die Eifersuchtsideen der Männer im Rückbildungsalter. Hier sind psychische Faktoren bei der Entstehung maßgebend, die in diesen Lebensabschnitten

mit einer gewissen Gesetzmäßigkeit auftauchen, so Enttäuschungen oder Nachlassen der Potenz, und hinzu kommt die Neigung, andere für die Fehlschläge verantwortlich zu machen, weil bei der Endgültigkeit, die dieses Lebensalter bedeutet, den Betroffenen der Gedanke, daß die Ursache für die Enttäuschung oder das verfehlte Leben an ihren geistigen oder körperlichen Eigenschaften liegen könnte, unerträglich erscheint. Mit weiter vorrückendem Alter kommt es dann wiederum oft zu einer Milderung des inneren Konflikts und zu einer Resignation, die das Paranoische zurücktreten läßt.

Auch der *Querulantenwahn* setzt eine Anlage voraus; diese kann auch einmal gelegentlich frühzeitig in Erscheinung treten; so beobachtete ich vor kurzem einen Querulantenwahn in *Statu nascendi* bei einem Studenten, aber in der Regel macht sich die Querulanz später bemerkbar, wohl nicht nur, weil die Anlässe, die zum Querulieren zu führen pflegen, sich meist erst später einstellen, sondern wohl auch deshalb, weil das spezifische querulatorische Reagieren nicht der Jugend adäquat zu sein pflegt. Gewöhnlich bedarf es ja auch nicht nur eines *einmaligen* Anstoßes, sondern das beeinträchtigende Ereignis ist wie ein Same, der einmal nur auf geeignetem Boden aufgeht und dann aber noch der Reifung bedarf; diese braucht Zeit und wenn der Same unscheinbar und der Boden schlecht war, ist noch Pflege und Düngung vonnöten. Die Pflege geschieht von der Persönlichkeit selbst, die von dem Gefühl der Beeinträchtigung nicht loskommt, nicht vergessen kann. Die Düngung geschieht von außen durch Verständnislosigkeit der Umgebung durch Verhetzen; unter Umständen wird durch Nachsaat die Kraft der Querulanz noch gesteigert und aus diesem günstigen Boden entsteht im Laufe der Zeit ein Aufbau, der allen Einwirkungen trotzt. *Jaspers* hat hier mit vollem Recht von einer „Entwicklung“ gesprochen, und die Beurteilung des Querulantenwahns ist nur möglich, wenn man diesem Reifungsgedanken Rechnung trägt und insofern sind gerade hier Einflüsse des Lebensalters nicht wegzudenken; denn der grundsätzlich gleichartige psychologische Mechanismus macht sich zuerst als Persönlichkeitseigenart dann als psychopathisches Symptom und endlich mit weiterer Entwicklung der Idee und mit weiterem Altern der Persönlichkeit als Krankheit bemerkbar. Auch die Art und Weise, wie queruliert wird, ist nicht von der persönlichen Note des Betroffenen, sondern auch von dem Alter abhängig; so kann das Querulieren bei Jüngeren ein psychopathisches Kampfmittel sein; die treibende Kraft ist hier oft weniger das Gefühl, Unrecht erlitten zu haben, als die Kampflust oder die Streitsucht, mitunter auch das Bedürfnis nach Geltung, Sensation oder auch nach Vorteilen. Der Drang, aus einer kleinen Richtigkeit eine große Wahrheit zu machen, ist ebenfalls ein mehr in der Jugend entstehendes Motiv des Querulierens. Es ist auch das Vorrecht des Jüngeren, sich zur Wahrung seines Standpunktes und seines Rechts in der Methode zu vergeifen. Alles dies ist noch *psychopathische*

Querulanz, die in diesem Stadium und in diesem Lebensalter unter Umständen noch günstig beeinflußt werden kann und die die Persönlichkeit nicht so grundsätzlich erfaßt hat, daß man ihr die strafrechtliche Verantwortung aberkennen und sie für entmündigungsreif halten müßte. Dann kommt aber bei weiterer Entwicklung die Zeit, in der man schwer sagen kann, wie ist der Zustand einzuordnen, muß man schon Krankheit annehmen oder nicht. Hier fragt es sich, hat sich aus dem querulatorischen Samenkorn eine biegsame Pflanze, ein ragender allen Stürmen trotztender Baum oder ein trockener stacheliger Kaktus entwickelt, der auch ohne Düngung hochkommt und zäh und kleinlich sich durchsetzt. Wenn endlich präseniler Eigensinn eine völlige Unfähigkeit mit sich bringt, Gedankengängen anderer Rechnung zu tragen, wenn aus der querulatorischen Kampflost mit zunehmendem Alter eine zäh verbissene Rechthaberei geworden ist, dann ist im allgemeinen kein Zweifel mehr, daß hier der Grad der Krankheit erreicht, daß sich die Querulanz zum Querulantenwahn verdichtet hat. Ganz besonders gilt das, wenn die bei der Depression bereits als Symptom des Praeseniums erwähnte Einengung und Erstarrung die Persönlichkeit noch unelastischer gemacht hat.

Die paranoische Entwicklung insbesondere der Querulantenwahn ist ein Beispiel dafür, daß eine psychische Gegebenheit dadurch, daß sie mit dem Träger wächst und altert, intensiver wird und schließlich sich der betroffenen Persönlichkeit gänzlich bemächtigt. In erster Linie sind hier aber psychische Komponenten — Eigenart, Reaktionsart-Umwelteinflüsse — maßgebend, während die biologischen Einwirkungen eine geringere Rolle spielen.

Auch bei den *psychopathischen* Bildern ist der Einfluß der Lebensphasen nicht in dem Maße ein biologischer, wie wir das bei den Psychosen gesehen haben, sondern hier sind ausschlaggebend psychische Faktoren, die an die einzelnen Lebensabschnitte geknüpft zu sein pflegen. Die Wirksamkeit ist zweierlei Art, einmal können die zu einem bestimmten Lebensalter gehörenden psychischen Besonderheiten in verstärktem Maße vorhanden sein, dann aber kann eine kritische Situation dadurch entstehen, daß gerade die zu erwartenden psychischen Verhaltensweisen nicht auftreten.

Als Beispiel möchte ich hier die *konstitutionell Nervösen* anführen, bei denen die meisten Lebensphasen zu kritischen werden können. In der Pubertät führt z. B. das Problem des Sexuallebens und dann das der Berufswahl oft zu Erschütterungen, weil hier die intellektuelle Überlegung eine maßgebende Rolle spielt in einem Lebensabschnitt, in dem sonst mehr das Gefühl mitsprechen sollte. Die schwierigste Zeit für sie ist aber die, in der man normalerweise eine Ehe schließt, also zwischen 25 und 35 Jahren. Sie führt meistens zu keinem Resultat, wohl aber zu unendlichen Quälereien; diese werden hervorgerufen durch einen Zwiespalt, der entsteht durch die Angst vor Vereinsamung auf der einen Seite

und die Angst vor den Verpflichtungen sexueller und moralischer Art, wie sie in der Ehe verlangt wird.

Eine Erlösung bedeutet es bei ihnen gelegentlich, wenn mit zunehmendem Alter der Zeitpunkt zur Eheschließung als verpaßt angesehen werden muß und man nun vor sich selbst die Entschuldigung hat, zum Heiraten zu alt zu sein. Die Befreiung dauert nicht lange, denn nun naht fast ohne Grenze das Stadium der Involution, in der viele von diesen Nervösen berufsunfähig und pensionierungsreif werden, um dann, wenn nicht allgemeine Schwächlichkeit und interkurrente Erkrankungen dazwischen kommen, sich hypochondrisch quälend, unter Umständen uralt zu werden.

Ich habe diese konstitutionell Nervösen aus dem Bereich der Psychopathen herausgegriffen, weil sie namentlich in ihrer sozialen Bedeutung eine andere Rolle spielen als die Psychopathen im üblichen Sinne des Wortes.

Die Einflüsse kommen hier weniger vom Lebensalter selbst und unmittelbar, als durch den Umstand, daß in einer bestimmten Lebensphase nicht das um diese Zeit übliche Verhältnis zwischen Verstand und Gefühl herrscht; ähnliches gilt ja auch von den anderen Psychopathen, die sich zum Teil dadurch bemerkbar machen, daß sie Züge eines Lebensalters zeigen, dem sie nicht, noch nicht oder nicht mehr angehören.

So finden wir bei *erwachsenen Psychopathen* oft Züge des kindlichen Lebensalters erhalten, infantile Trotzreaktionen z. B. oder Zeichen mangelnder Reife, die daran denken lassen, daß sich Pubertätseigenschaften abnorm lange erhalten haben. Der Umstand, daß es bei diesen Fällen noch nach Jahren zu einer Spätreife kommt, spricht dafür, daß es sich in der Tat um evolutive Anachronismen gehandelt hat<sup>1</sup>. Hier hat eine Lebensphase ihren an sich normalen Einfluß auf die Persönlichkeit oder auf Komponenten der Persönlichkeit ungewöhnlich lange ausüben können. Diese Einwirkung ist auch hier keine rein biologische, sondern sie geschieht auf dem Umweg über das Seelische. Das wird noch deutlicher, wenn man das Altwerden mancher Psychopathen beobachtet, zum Teil altern sie ja auch körperlich verhältnismäßig früh, aber sie altern schwer und die Angst vor dem Altwerden und der Kummer über versäumte Gelegenheiten (*Kahn*) führt dann oft noch zu Lebenswünschen erotischer, aber auch beruflicher Art, denen die Leute körperlich und seelisch zuweilen nicht mehr gewachsen sind.

Nun sind Psychopathien keine sich gleichbleibenden Dauerzustände, sondern die meisten Psychopathen machen sich durch ihr abnormes Reagieren bemerkbar; hierzu gehört nun nicht nur ein äußerer Anlaß, sondern solche Reaktionen kommen besonders leicht zur Zeit der kritischen

<sup>1</sup> *Kahn*: Die psychopathischen Persönlichkeiten. Handbuch der Geisteskrankheiten von *Bumke*, Bd. 5, Teil I.

Lebensphasen. In der Pubertät ist das so regelmäßig der Fall, daß man mit solchen Reaktionen schon in der Norm rechnen muß.

Die Pubertät hat aber gerade für Psychopathen eine besondere Bedeutung insofern, als Erlebnisse und Reaktionen die in dieser Zeit vorkommen und nur von flüchtiger Bedeutung zu sein pflegen, gerade bei ihnen oft für das ganze Leben richtunggebend sein können. Das gilt besonders für sexuelle Erlebnisse; aber auch das Milieu im Elternhaus, Einfluß von Erziehern wirken bei Psychopathen deswegen besonders in dieser Zeit, weil sie in dieser Zeit besonders beeinflusbar sind.

Während der Mensch im Durchschnitt im Alter von 20—30 Jahren seine beste Zeit hat, ist dies bei den psychopathischen Persönlichkeiten der Lebensabschnitt, in dem die psychopathischen Reaktionen am häufigsten auftreten. Man könnte versucht sein, anzunehmen, daß die Empfindlichkeit und Reaktionsbereitschaft der Pubertät besonders lange und über das Normale hinaus andauert.

Während das Klimakterium bei der psychopathischen Frau eine oft schwere Klippe bedeutet, kann man bei manchen psychopathischen Männern mit zunehmendem Alter einen gewissen mitigierenden Einfluß erhoffen. Das kann psychologische Ursachen haben, vielleicht eine Saturierung, vielleicht Resignation, vielleicht ein Scheinsieg (*Kahn*), vielleicht eine energische Frau, oft ist aber auch das biologische Altern das wesentliche, sei es dadurch, daß die Erregbarkeit gedämpft ist, sei es, daß eine gewisse Stetigkeit dem Verstande zum Siege geholfen hat.

Das sind die günstigen Einwirkungen; wir wollen nicht verkennen, daß manche Psychopathen weder durch biologische noch durch psychologische Einwirkungen der höheren Lebensalter sich ändern, ja daß die im Alter unter Umständen abnehmende Affektbeherrschung bei Erregbaren gelegentlich unangenehme Folgen haben kann.

Ein Wort noch über die *hysterischen* Zustände. Die hysterischen Reaktionen tragen in sich Wünsche, Tendenzen; diese stehen beim frischen, beim jugendlichen Neurotiker ganz im Vordergrund. Im Alter verblaßt die Tendenz als unerfüllbar, es bleibt zurück die leere Symptomatologie und die Enttäuschung.

Bei den *Suchten* ist ein Einfluß des Lebensalters im allgemeinen kaum deutlich, jedenfalls lassen sich irgendwelche Gesetzmäßigkeiten nicht herausfinden; die einzige Auffälligkeit liegt darin, daß man *Korsakow*-Bilder als Restzustände nach Delirium tremens im allgemeinen nur oder doch überwiegend bei Leuten findet, die sich der Involution nähern oder diese Zeit bereits überschritten haben.

Ich habe zu zeigen versucht, welche Besonderheiten die einzelnen Krankheitsbilder in den einzelnen Lebensphasen annehmen bzw. durch die Einwirkung des entsprechenden Lebensalters aufgeprägt bekommen.

Es fragt sich jetzt, ob man aus diesen Beobachtungen bestimmte *Gesetzmäßigkeiten für die Wirksamkeit einzelner Lebensabschnitte* ableiten kann. Gewiß, jedes Lebensalter hat bestimmte Krankheitsbereitschaften; davon möchte ich jetzt absehen. Kurz fassen kann ich mich auch bei der Erörterung der Alterseinflüsse auf bereits vorhandene sich durch das ganze Leben hinziehende Psychosen. Dieser Einfluß ist gering, er ist auch selten zu beobachten und ist meist nur dann erkennbar, wenn die Psychose in ihrer Anlage nicht sehr durchschlagend oder in der Stärke des Krankheitsvorganges wenig ausgeprägt (intensiv) sondern eher labil und symptomunsicher (wie bei manchen Psychopathien) ist. Dagegen ist der Einfluß *des* Lebensalters, in dem die Psychose *entsteht*, doch oft sehr deutlich. So kann in der *Kindheit* die Unreife der Persönlichkeit und die mangelnde seelische Differenzierung einer in dieser Zeit entstehenden Psychose eine besondere Färbung verleihen. Psychosen dieses Lebensalters wirken primitiver als die gleichen Störungen beim Erwachsenen. Als eine gewisse Gesetzmäßigkeit möchte ich auch die Neigung zu hyperkinetischen Bildern bezeichnen und die scheinbar paradoxe Art, auf organische Hirnschädigungen nicht mit Stumpfheit und Benommenheit, sondern mit einer Art Lebhaftigkeit und Unruhe zu reagieren. Vielleicht gehört hierzu grundsätzlich auch die besondere Krampfneigung des Kindesalters.

In der *Pubertät*, der Zeit der beginnenden seelischen Differenzierung und der Entwicklung des geistigen Überbaus sehen wir eine Symptombefärbung, durch die zu diesem Lebensabschnitt gehörende seelische Eigentümlichkeiten auftreten, die so stark sein kann, daß die pathoplastischen Alterseinflüsse die von dem Krankheitsvorgang ausgehenden Erscheinungen überdecken; es geschieht dies zuweilen in einem Maße, daß eine Manie und eine Schizophrenie in diesem Lebensabschnitt unter Umständen völlig gleich aussehen kann, ja daß z. B. auch ein epileptischer Dämmerzustand ein ganz hebephrenes Zustandsbild aufweist.

Es kommen dazu aber noch biologische Umwälzungen, die eine geringe Widerstandskraft zur Folge haben und infolgedessen ist diese Zeit besonders geeignet, etwa vorhandene Anlagen gerade jetzt zum Durchbruch zu bringen. Eine spezifische Psychose gibt es in diesem Lebensalter aber nicht. Früher galt die Schizophrenie wohl als solche; nachdem man aber die Erfahrung gemacht hat, daß diese Erkrankung sehr oft auch später auftritt, konnte man diese Anschauung nicht aufrecht erhalten.

Dem Stadium des *mittleren Lebensalters* können wir im allgemeinen keinen besonderen Einfluß auf das psychische Geschehen zubilligen.

Eine besondere Rolle spielen in dieser Phase der Ausgeglichenheit nur die nervösen Zustände, weil bei ihnen die Reife, die den Menschen instinktsicher und triebklar macht, ausbleibt. Hier wirkt ein Lebensabschnitt nicht durch die ihm artgemäßen Besonderheiten, sondern dadurch, daß die für diese Lebensstufe charakteristischen Eigenschaften *fehlen*.



Das *höhere Lebensalter* wirkt zum Teil durch die organische Herabminderung krankheitsverstärkend, besonders in bezug auf die amnestischen Funktionen; es kann aber auch einen allgemein mitigierenden Einfluß auf etwa bestehende Krankheitszustände affektiver Art ausüben.

Die seelisch und biologisch empfindlichste Zeit ist die der *Involution* und des *Klimakteriums* und zwar weil hier neben den üblichen pathoplastischen Faktoren noch besondere provozierende und vor allem auch symptomverstärkende Einflüsse eine Rolle spielen. Wir würden in diesem Alter zu erwarten haben einmal eine erhöhte Krankheitsbereitschaft in körperlicher Beziehung, wobei vor allen Dingen Gefäßstörungen beim Mann, hormonale Ausfälle bei der Frau zu berücksichtigen sind; zweitens eine erhöhte Vulnerabilität in seelischer Hinsicht, die es mit sich bringt, daß in dieser Zeit psychische Anlässe zu verhältnismäßig schweren und prognostisch ungünstigen seelischen Störungen nicht bloß psychogenen Gepräges führen. Drittens finden wir hier ein Auftauchen der verschiedenartigsten bis dahin verdeckten Anlagen, denen mindestens eine symptomfärbende Rolle, oft aber auch eine pathogenetische Bedeutung zukommt und endlich treten hinzu die psychischen Eigenarten dieser Zeitspanne überhaupt, die sich zu Krankheitssymptomen verdichten können. Hierher zu rechnen ist die Angst, wahnhaftes Mißtrauen, Hypochondrie, Erstarrung und Einengung.

Jede der hier aufgezählten Möglichkeiten würde schon für sich allein ausreichen, um die Betroffenen auffällig werden zu lassen; in diesem Alter *summieren* sich aber die einzelnen krankmachenden Ursachen, ja oft bereitet die eine der anderen den Boden; es werden so unter dem Einfluß psychischer, biologischer und hormonaler Faktoren sowie durch die Mobilmachung der verschiedenartigsten bis dahin nie bemerkten Anlagen Krankheitsbilder erzeugt, die in Verlauf und klinischem Bild so atypisch und vielgestaltig sind, daß gerade diese Vielgestaltigkeit und nur sie als Kennzeichen dieser Lebensalterpsychose gelten kann. Da in diesem Lebensalter häufig Psychosen auftreten, hat man immer wieder das Bedürfnis gehabt, hier eine besondere Diagnose zu stellen. So hat man von klimakterischen Geistesstörungen oder von Rückbildungspsychosen gesprochen, aber alle Versuche, solche Psychosen diagnostisch abzugrenzen und ihnen einen gleichberechtigten Platz neben den üblichen Krankheiten zu geben, sind daran gescheitert, daß sie doch zu wenig Eigenes haben und vielmehr mit großen Ausläufern in die anderen Krankheitsgruppen hineinragen. Eine befriedigende Auffassung von Entstehung und Art dieses Zustandes erhält man nur, wenn man ihren *Aufbau* aus den verschiedensten Komponenten berücksichtigt und dabei allerdings gerade das Lebensalter in seiner Bedeutung als pathogenetischer, provozierender und pathoplastischer Faktor auf psychischem und biologischem Gebiet in Rechnung setzt.

---