

Aus der Universitäts-Nervenklinik Tübingen
(Direktor: Prof. Dr. Dr. h. c. ERNST KRETSCHMER)

Konstitutionsspezifische Leitlinien bei den Psychosen des höheren Lebensalters*

Von
J. HIRSCHMANN und W. KLAGES

(Eingegangen am 8. August 1957)

Obwohl das Studium der Psychosen des höheren Lebensalters jetzt im Rahmen der Geriatrie immer mehr an Bedeutung gewonnen hat, handelt es sich hierbei — medizinhistorisch gesehen — um kein neu entdecktes Gebiet; die Anfänge der Beschäftigung mit diesem Thema lassen sich vielmehr zumindest bis zu CANNSTATTS Werk 1839 über die „Krankheiten des höheren Lebensalters und ihre Heilung“ zurückverfolgen. Trotzdem sprach KRAEPELIN 1913 von den Alterspsychosen noch als von dem „dunkelsten Gebiet der Psychiatrie“ und M. BLEULER 1942 von einer Art Faustrecht in diesem Bereich. Schließlich stehen sich hier bis heute die verschiedensten Auffassungen und Nomenklaturen gegenüber, wobei wir allein an den von Pathologen und Klinikern seit 1912 umstrittenen Begriff der Presbyophrenie erinnern dürfen. Wir möchten meinen, daß diese Divergenzen sich mindestens zum Teil durch die häufig einseitige Einstellung der verschiedenen Kausalfaktoren erklären lassen, die der Mehrschichtigkeit gerade auch des Querschnittsbildes der Alterserkrankungen nicht gerecht werden kann. Deshalb muß im Rahmen der Psychosen des höheren Lebensalters eine mehrdimensionale Betrachtung gefordert werden (HIRSCHMANN).

Es gilt zunächst die zahlreichen am Krankheitsbild mitbeteiligten Faktoren zu analysieren, wobei wir nur z. B. auf die Bedeutung der praemorbiden Persönlichkeit, des weiteren und engeren Umweltgerüstes und den Einfluß soziologischer Verhältnisse als wichtig für das klinische Bild hinweisen wollen.

Auf der anderen Seite ist das klinische Bild wiederum mit den pathologisch-anatomischen, cerebralen und extracerebralen Veränderungen zu koordinieren, so daß schließlich erst eine solche Gemeinschaftsarbeit eine gültige Synthese ermöglichen wird.

Dieser *mehrdimensionale Aufbau der Psychosen des höheren Lebensalters* erschwert zwar ihre Erforschung, ist aber andererseits gerade

* Nach einem Vortrag auf der 73. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Psychiater in Baden-Baden am 15./16. Juni 1957.

für eine feinere psychopathologische Analyse sehr reizvoll und lohnend und dürfte sich rückwirkend auch auf andere Forschungsbereiche als fruchtbar erweisen.

Bei subtiler Betrachtung der Alterspsychosen können sich zunächst mehrere Relationen innerhalb ein- und desselben Zustandsbildes ergeben, wobei einmal mehr somatische, dann wieder mehr psychopathologische in den Vordergrund treten. Wesentlich zum Verständnis erscheint uns die Tatsache, daß sich die Wertigkeit der einzelnen krankheitsgestaltenden Komponenten während einer Psychose häufig verschiebt und daß bei der Interferenz der verschiedenen Kausalfäden diese oder jene mehr in den Vordergrund treten können. Das Krankheitsgeschehen spielt sich zu verschiedenen Zeitpunkten in verschiedenen Ebenen ab; einmal kann z. B. der Hirnabbau mit seinen Symptomen, einmal die depressive Symptomatik dem Bild die Färbung geben.

Wenn wir mit diesem Ziel der mehrdimensionalen Betrachtung vor Augen dem konstitutionellen Faktor nachzuspüren versuchen, so muß zunächst festgestellt werden, daß der Einfluß der Konstitution auf die Altersveränderungen der menschlichen Persönlichkeit und umgekehrt bisher nur von wenigen studiert wurde. Diese Unterlassung ist erst im letzten Jahre wieder von SJOEGREN, einem auf dem Gebiet der Alterspsychosen seit Jahrzehnten tätigen Forscher, mit großem Bedauern herausgestellt worden. Nachdem sich zunächst gerade in unserem Lande KEHRER, KRETSCHMER, RUNGE und BOSTROEM mit dieser Fragestellung beschäftigt haben und die praemorbide Persönlichkeit als einen möglichen pathoplastischen Faktor an der Ausgestaltung der Psychosen herausarbeiten konnten, trat dann in diesem Sektor ein gewisser Stillstand ein. Erst in den letzten Jahren wurde vor allem von anglo-amerikanischer Seite auf Grund umfassenden Materials und unter besonderer Berücksichtigung auch soziologischer Gesichtspunkte der Faden wieder aufgegriffen. In einer Reihe von Arbeiten konnte die Bedeutung der konstitutionellen und persönlichkeitsbedingten Momente bei der Entwicklung der Krankheitsbilder des höheren Lebensalters aufgezeigt werden (KALLMANN, SANDER, LEWIS, GOLDSCHMIDT, ROTHSCHILD, SHELDON u. a.).

Wirft man vorausschickend zunächst einen Blick auf das Verhältnis von *Konstitution und physiologischem Altersversorgung* so führte KRETSCHMER schon 1926 aus, daß die konstitutionellen Grundlagen nur in begrenztem Rahmen variierbar, aber nicht verwischbar sind und sich durch Lebensalter und Umweltreize hindurch als starke Leitlinien durchsetzen. Auch VON VERSCHUER betont auf Grund seiner Zwillingsforschungen diese starke Konstanz. Das gleiche konnten KALLMANN und SANDER bei 1600 über 60jährigen Zwillingen herausstellen. So bleiben bei gesunden Individuen die normalpsychologischen Verhaltensweisen

von der Temperamentsskala wesentlich mitbestimmt, wobei die vielfach und immer übereinstimmend niedergelegte Erfahrung lehrt, daß es im Laufe des Alterns zu einer verschärften Profilierung der Charakterzüge kommt. Allgemein bekannt ist ja z. B. das Bild des hageren senilen Geizhalses, dessen früherer Sammel- und Spartrieb nun im Alter unter dem Nachlassen des gesamten vitalen Tonus in ein ängstliches und krampfhaftes Festhalten des Erworbenen ausmündet. Es nimmt daher nicht wunder, daß diese persönlichkeitsbedingten Faktoren auch in die krankhaften Altersprozesse mit eingehen, bzw. eine Entgleisung in präformierte Bahnen erleichtern. In manchen Fällen stehen diese, sich aus der Persönlichkeit entwickelnden Veränderungen so im Vordergrund, daß von einzelnen Forschern überhaupt angenommen wurde, die senile Demenz z. B. entwickle sich bei einer gewissen Altersgrenze langsam aus der Persönlichkeit heraus und stelle gar keine Krankheitseinheit im engeren Sinne dar. Unter anderem wurde auch bei der paraphrenen und presbyophrenen Gruppe schon von jeher der Persönlichkeitssstruktur des Kranken eine entscheidende Bedeutung für Diagnose und Prognose beigemessen.

Wenn wir uns nun die *Bedeutung des konstitutionellen Faktors* bei den *Alterspsychosen* näher einstellen, so dürfen wir noch einmal an den zuvor dargelegten mehrdimensionalen Aufbau dieser Erkrankungen erinnern. Damit möchten wir zum Ausdruck bringen, daß auch die Konstitution lediglich ein Faktor ist, der nur in der ständigen Interferenz mit den anderen am Krankheitsbild beteiligten Faktoren existent ist, und daß somit eine isolierte Darstellung immer eine willkürliche Herauslösung aus einem Faktorenbündel bedeutet.

Bei unserer Betrachtung erscheinen uns zwei Dinge zunächst wichtig: Erstens schwankt die *Wertigkeit* der am Aufbau der Alterspsychosen beteiligten Faktoren, so daß bei ein und demselben Kranken auch die konstitutionellen Momente einmal stärker und einmal schwächer in Erscheinung treten können. Wir bemühen uns deshalb, in der Diagnose den jeweiligen *Stellenwert* der einzelnen pathogenen Kräfte mit zum Ausdruck zu bringen, ohne daß deshalb eine Änderung in der Beurteilung des Krankheitsbildes als solchem eintreten müßte. So würden wir z. B. bei einer unter dem Bild einer Depression in Gang kommenden senilen Demenz zunächst von einer „Depression mit Weiterentwicklung in senile Demenz“ sprechen. Wenn später die Demenz in Führung gegangen ist und die Reste des ursprünglich depressiven Bildes nur noch gelegentlich durchschimmern, würden wir dann von einer „senilen Demenz mit konstitutionell-depressiver Symptomatik“ sprechen.

Neben dieser Verschiebung des Stellenwertes im Längsschnitt des Krankheitsprozesses fällt uns als zweites bei den senilen Erkrankungen auf, daß sich häufig nur *konstitutionelle Teilsymptome* durchsetzen.

So kann beispielsweise der senile Beeinträchtigungswahn eines cyclothymen und eines schizothymen Patienten inhaltlich weitgehende Übereinstimmung zeigen, während allein Zuwendung und Psychomotorik temperamentmäßig gefärbt sind. Im ersteren Falle finden sich weiche, voll abgerundete Ausdrucksbewegungen bei guter Zuwendung und Rapportfähigkeit, in letzterem eine steife, oft geradezu versteinerte Psychomotorik bei Abwendung und kühler Distanz.

Wir möchten nun die Leitlinien, die sich aus der praemorbidien Persönlichkeit für die Alterspsychosen ergeben, kurz an Hand der einzelnen Krankheitsformen aufzeigen, wobei wir uns bei der Einteilung an die herkömmliche psychiatrische Systematik halten.

Wenn wir uns zunächst der *senilen Demenz* zuwenden, so finden wir eine Reihe von Arbeiten, die sich mit der praemorbidien Persönlichkeit und auch mit den hereditären Verhältnissen befassen.

Wir heben hier besonders die Studien von MEGGENDORFER, BINNSWANGER, E. BLEULER und SCHAXEL hervor. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die an seniler Demenz Erkrankten nach diesen Autoren häufig schon früher psychische Auffälligkeiten gezeigt haben. Es wird davon gesprochen, daß bei ihnen der Prozentsatz an schizoiden und ausgeprägteren charakterologischen Varianten größer ist als beim normalen Durchschnitt. Die anglo-amerikanischen Untersuchungen der letzten Jahre scheinen auch in diese Richtung zu weisen, wenn wir hören, daß KAPLAN an einem New Yorker Material bei 5000 Patienten in der Hälfte der Fälle Persönlichkeitsabweichungen, besonders hinsichtlich der Temperamentslage fand. Das gleiche stellten LEWIS u. GOLDSCHMIDT 1943 bei 67%, POST 1944 bei 62% ihrer Fälle fest.

Gerade im Beginn der senilen Demenz finden wir häufig ein sehr starkes Anspringen temperamentsmäßiger Eigenheiten, nicht selten sogar ausgeprägte psychotische Phasen, die sich im Querschnittsbild oft nicht von endogenen Psychosen unterscheiden lassen. Wie RUNGE schon früher hervorhob, sind diese Phasen am häufigsten paranoid, oft depressiv und relativ selten manisch gefärbt. So finden sich in jedem Erfahrungsgut Fälle, die lange Zeit wie schizophrene Psychosen wirken, und anfänglich keine Zeichen organischen Gepräges aufweisen. Nicht wenige Krankheitsbilder zeigen auch eine reichhaltige typisch cyclothyme Symptomatik, so daß man zunächst allein vom Psychopathologischen her nicht zur richtigen Diagnose gelangen kann. Im weiteren Verlauf der Erkrankung kommt es dann jedoch immer mehr zu einer Interferenz mit den hirnorganischen Abbausymptomen, bis schließlich die Demenz das Bild weitgehend beherrscht. Auffällig hierbei ist allerdings, daß vielfach bei cyclothymen Persönlichkeiten die temperamentsmäßigen Züge verhältnismäßig lange sichtbar bleiben, was nicht zuletzt BOSTROEM veranlaßte, das Syndrom der Presbyophrenie durch die Annahme einer pathoplastischen Einwirkung eines cyclothym-hypomanischen Temperamentes verständlich zu machen. Diese Auffassung BOSTREOEMS blieb später zwar

nicht unwidersprochen; es wird offen bleiben müssen, ob es sich um einen echten pathoplastischen Faktor handelt, oder ob bei diesen Kranken lediglich die nach außen noch relativ gut erhaltene, heitere und freundliche Fassade den eigentlichen Zerfall besser zu überdecken vermag.

Was nun die psychopathologischen Syndrome betrifft, die sich auf dem Boden einer *cerebralen Arteriosklerose* entwickeln, so betont STERN, daß die psychischen und somatischen Folgeerscheinungen der hirnorganischen Grunderkrankung bestenfalls ein diagnostisches Stigma, aber nicht die Bedingungen dafür abgeben, warum nun im einzelnen Fall gerade eine depressive, manische oder paranoide Symptomatik auftritt. Man müsse vielmehr ein besonderes Gewicht auf die spezielle temperamentsmäßige Veranlagung des Patienten legen und zwar auch dann, wenn z. B. das Depressionssyndrom nur die Einleitung einer „unzweifelhaft organischen“ Psychose bilde. Eingehende Untersuchungen über die Beziehung zwischen cerebralarteriosklerotischer Symptomatik und praemorbider Persönlichkeit des Kranken liegen von DE MONCHY vor. Seine Ergebnisse unterstützen die Ausführungen von STERN und betonen die Bedeutung der temperamentsmäßigen Veranlagung für die spezielle Färbung des Krankheitsbildes. Die cerebrale Arteriosklerose wird von diesen Autoren geradezu als Beispiel dafür angesehen, daß eine organische Hirnschädigung einer anlagemäßig vorgebildeten pathologischen Reaktionsform zum Durchbruch verhelfen kann.

Wenden wir uns der *Pickschen* und *Alzheimerschen Erkrankung* zu, deren Charakter als festumrissene Krankheitseinheiten als unumstritten gelten darf, so lassen sich hier nach unseren Erfahrungen vor allen Dingen im Beginn der Erkrankung temperamentsmäßige praemorbide Eigenheiten verfolgen, worauf auch EIDEN und LECHLER nachdrücklich hinweisen. Bei unserem eigenen, schon früher in anderem Zusammenhang ausführlich dargelegten Material (W. KLAGES) trat dann jedoch im Vergleich zur senilen Demenz sehr schnell die diesen Erkrankungen eigene klinische Symptomatik in den Vordergrund. Hier spielen aber hirnlokale Syndrome, vor allem bei der Pickschen Erkrankung, eine wesentliche Rolle. Es lassen sich dann z. B. bei einem Kranken mit einer gesicherten Pickschen Stirnhirnatrophie aus dem Erscheinungsbild die einzelnen mitbeteiligten Krankheitsfaktoren nicht mehr differenzieren. So handelte es sich bei unserem Patienten Sp. um einen reinen Pykniker mit von Haus aus vorwiegend hypomanischer Temperamentslage, dessen Erkrankung zunächst als manische Übersteigerung seiner Grundstimmung imponierte. Im weiteren Verlauf setzte sich dann aber das klinische Orbitalhirnsyndrom sehr rasch durch und machte eine Abgrenzung gegenüber persönlichkeitsseigenen Temperamentszügen unmöglich.

Wir selbst möchten meinen, daß ein besonders geeignetes und gut durchgearbeitetes Modell für den gestaltenden Einfluß der Konstitution

auf das psychische Erscheinungsbild hirnorganisch begründeter Psychosen die *Paralyse* darstellt. Bei dieser Erkrankung sind einerseits die pathologisch-anatomischen Gegebenheiten klar zu erfassen und andererseits auch die klinischen Kriterien sicher zu beurteilen. Angefangen von PERNET über KRAEPELIN, BLEULER, KEHRER, KRETSCHMER und BOSTROEM sind sich alle Autoren darüber einig, daß den Persönlichkeitsanlagen bei der Symptomgestaltung der Paralyse die Bedeutung eines formgebenden Faktors zukommt; sie nehmen an, daß es sich um eine Enthemmung oder eine quantitative Veränderung temperamentsmäßig vorgebildeter Eigenschaften handelt. Nach der zusammenfassenden Beurteilung von BOSTROEM können sämtliche Persönlichkeitskreise bei der Paralyse eine pathoplastische Wirkung entfalten, wobei die depressiv Veranlagten zu Depressionen neigen, die Schizoiden meist stumpf-demente Formen aufweisen und sich bei praemorbid-hypomanisch Veranlagten häufig stärkere expansive Züge finden. In diesem Sinne sprechen auch die Körperbauuntersuchungen von GOZZANO, der bei expansiven und depressiven Formen der Paralyse den pyknischen Körperbau überwiegen sah.

Wenden wir uns nun den *endogenen Psychosen* zu, so ist zunächst in Übereinstimmung mit M. BLEULER, LECHLER und anderen festzustellen, daß es durchaus auch im höheren Lebensalter zu erstmalig auftretenden Psychosen beider Formenkreise kommen kann, die sich in der klinischen Querschnittsymptomatik nicht von den Psychosen sonstiger Lebensalter zu unterscheiden brauchen.

Was die sogenannten *Spätschizophrenien* betrifft, so sagt M. BLEULER in seinem Sammelreferat, daß die Angaben von GAUPP und MAUZ allgemeine Anerkennung erfahren haben, wonach Spätschizophrene, insbesondere paranoide und nicht verblödende, ihrer Charakterkonstitution nach viel seltener schizoid seien als die jünger erkrankenden Schizophrenen. Es handle sich bei den Spätschizophrenen häufig um syntone Persönlichkeiten und auch die pyknische Körperkonstitution sei bei ihnen besonders häufig zu beobachten.

Bei der von BOSTROEM, KOLLE u. a. beschriebenen paraphrenen Gruppe handelt es sich um schizophrene Psychosen paranoider Prägung im höheren Lebensalter mit relativ guter Prognose. Die Autoren weisen ebenfalls übereinstimmend auf den hohen Prozentsatz an Pyknikern mit syntoner Temperamentslage innerhalb dieser Gruppe hin und messen dieser Tatsache ein wesentliches pathoplastisches Gewicht bei. BOSTROEM nimmt in diesen Fällen eine bremsende Wirkung der pyknisch-cyclothymen Konstitutionsfaktoren auf die schizophrene Anlage an, wodurch sich diese milder und lebenszeitlich später manifestiert.

Auch KLEIST hat bei der Bearbeitung der *Involutionsparanoia* bei seinen Fällen dem mehrdimensionalen Aufbau besondere Beachtung geschenkt und die konstitutionellen, die soziologischen und lebensepisodischen Faktoren herausgehoben. Er spricht in diesem Zusammenhang von hypoparanoide Konstitution und meint damit eine mit erhöhtem Selbstbewußtsein, Eigensinn, Empfindlichkeit und Mißtrauen einhergehende Persönlichkeitsstruktur. Als weiteren Faktor stellt

er den soziologischen Aspekt heraus und betont den hohen Anteil von Frauen, die bei seinem Material 90% ausmachten, wovon wieder 70% ledig waren. Als lebens-episodisches Kriterium kommt dann noch der enge zeitliche Zusammenhang des Krankheitsbeginnes mit dem Involutionsalter hinzu.

In unserem *eigenen Material* von 50 eingehend durchuntersuchten *Spätschizophrenen* fanden wir nur ganz wenige praemorbid schizoide Persönlichkeiten, alle übrigen zeigten ausgeprägte cyclothyme Temperamentseinschläge, wobei besonders die sthenische Charakterkomponente immer wieder vordergründig war. In einem hohen Prozentsatz unserer Patienten fiel die außerordentliche berufliche Tüchtigkeit auf, das tatkräftige und auch erfolgreiche soziale Vorwärtsstreben sowie die Ausdauer und Zähigkeit, mit der sie ihre einmal gesteckten Ziele verfolgten.

Allein 24 von insgesamt 50 Patienten hatten sich aus eigener Kraft aus einfachen Verhältnissen in leitende berufliche Positionen emporgearbeitet. Erwähnenswert ist, daß es sich hier in gleicher Weise um Männer wie um Frauen handelt. Gerade bei den Frauen erscheint uns diese Tatsache besonders aus dem Durchschnitt herauszufallen, wenn wir z. B. hören, daß eine Bauerntochter mit 7jähriger Volksschulbildung Diretrice eines Textilbetriebes war oder eine andere, die aus finanzieller Notlage nicht einmal eine geordnete Schneiderlehre durchmachen konnte, später eine der besten Schneiderwerkstätten in einer größeren Stadt mit zahlreichen Angestellten führte, oder eine dritte, die gegen den Willen der sehr bescheidenen Familie die höhere Schule besuchte, sich durch Kurse unermüdlich weiterbildete und nach wenigen Jahren eine leitende Stellung in der pharmazeutischen Industrie inne hatte. Während so bei diesen Patienten cyclothyme Wesenszüge an dem soziologischen Erfolg stark mitbeteiligt sind, konnten doch in der Mehrzahl der Fälle durch die feinere Analyse auch schizothyme Teilanlagen aufgedeckt werden. Hinter der vordergründigen Robustheit und Selbstsicherheit verbargen sich häufig eine ausgeprägte Innenempfindlichkeit, eine gewisse Kälte und Distanz im persönlichen Bereich sowie ein Mangel an echter Kontaktbereitschaft. Trotz ihres äußeren Erfolges blieben sie innerlich unausgefüllt und fühlten sich infolge ihrer Unfähigkeit, echte zwischenmenschliche Beziehungen herzustellen, vereinsamt.

Im Rahmen dieser Spätschizophrenien kommt bei den paranoiden Formen zweifellos auch der *Sexualkonstitution* eine gewisse Bedeutung zu, wie schon KEHRER und KLEIST aufgefallen war. Sie betonten die große Zahl der Frauen in dieser Gruppe, unter diesen wieder der Ledigen, bzw. der sexuell Unausgereiften. Auch bei unserem Material waren nahezu die Hälfte der Patienten ledig oder kinderlos verheiratet, bei den übrigen fiel der große Anteil an Spätverheirateten auf. Die weitere Untersuchung konnte in einem hohen Prozentsatz Varianten der Sexualkonstitution aufdecken. Körperlich waren häufig intersexe Stigmen oder

Hypoplasien faßbar, während sich im Charakterbild vielfach männliche Teilkomponenten, Teiltfeminismen oder generelle Retardierungen abzeichneten. Diese klinisch durchaus faßbaren Störungen im Aufbau der Sexualkonstitution machen gewisse Krisen verständlicher, die sich aus der Triebunsicherheit dieser unausgereiften oder intersexen Persönlichkeiten ergeben. Ihre geringe Belastungsfähigkeit zeigt sich an typischen lebensgeschichtlichen Schnittpunkten, wie sie z. B. Pubertät, Gattenwahl, Familiengründung, Klimakterium oder beginnendes Senium darstellen. Die ambivalenten Triebhaltungen in diesen Fällen führen nicht selten zu inneren Spannungen und Konflikten, die ihrerseits wiederum in verschiedene psychische Krankheitsbilder eingehen können. Wir möchten meinen, daß solche konstitutionell bedingten Krisensituationen bei manchen Psychosen des beginnenden Seniums mit hereinspielen, und zwar nicht nur in der symbolhaften Ausgestaltung gewisser psychotischer Inhalte, sondern als einer der das Krankheitsbild mitformenden Faktoren.

Was nun die *cyclothymen Syndrome* betrifft, so ist schon seit langem bekannt und mehrfach beschrieben, daß das höhere Lebensalter das Hervortreten paranoider Elemente bei Psychosen des manisch-depressiven Formenkreises begünstigt und die atypischen Fälle zunehmen. Wie WEITBRECHT 1953 darlegte, bleibt ein grundsätzlicher Lösungsversuch dieser Phänomene die Annahme von mobilisierten schizothymen Teilanlagen als eine Art „Konstitutions- und Charakterenthüllung“. Auch LECHLER stellte an einem großen Material der Heidelberger Klinik heraus, daß sich im Alter die schizophrenen und circulären Psychosen immer mehr einander annähern und in vielen Fällen am Querschnittsbild die Differentialdiagnose Schizophrenie oder Cyclothymie nicht mehr gestellt werden kann.

Bei den *Altersdepressionen* nehmen neben den paranoiden auch die hypochondrischen Elemente zu. Darauf wiesen schon GAUPP, MAUZ, WEXBERG und zuletzt wieder WEITBRECHT hin. Gerade bei den hypochondrischen Depressionen ist aber nun seit GAUPP und MAUZ bekannt, daß sich hier praemorbid häufig stille, ernste, gewissenhafte und empfindsame Menschen finden mit vorwiegend leptosomem Körperbau. Letzteres steht auch in Einklang mit den Beobachtungen von EWALD. In einer erst jüngst erschienenen Monographie von SATTES über 100 hypochondrische Depressionen stellte dieser sich zwar bezüglich der Zunahme hypochondrischer Anteile im Alter in Gegensatz zu den vorgenannten Autoren, bestätigte aber die auffallende Häufigkeit der Leptosomen in dieser Gruppe und vertrat die Ansicht, daß die Beziehungen zwischen Konstitution und hypochondrischen Vorstellungen sehr enge seien. Diese körperbaulichen Untersuchungsbefunde stimmen mit der Auffassung zahlreicher Forscher überein (GAUPP, KRETSCHMER, KAHN, MAUZ), die in dem Vorhandensein betont hypochondrischer Züge bei einer Depression

einen schizoiden oder schizophrenen Anteil am Krankheitsgeschehen vermuten. Schließlich liegt ja nun einmal in den hypochondrischen Verhaltensweisen etwas sehr Ichbezogenes, die Kranken verharren bei sich selbst und scheinen, um mit JANZARIK zu sprechen, schon allein vom psychologischen Aspekt her, den schizothymen Temperaturen näher zu stehen. Auf jeden Fall läßt sich sagen, daß im Alter die Depressionen, gleichgültig ob nun mit paranoiden oder hypochondrischen Einsprengungen, sowohl was das Krankheitsbild als auch was die Persönlichkeit des Kranken selbst anbetrifft, häufig atypische Züge zeigen. Aus einer erst kürzlich erschienenen, großangelegten statistischen Arbeit über die Anstaltsaufnahmen depressiver Erkrankungen an den Schweizer Heilanstalten geht ebenfalls hervor, daß die reinen Depressionen im Alter seltener werden. Darüber hinaus verweist der Verfasser auf die großen diagnostischen Schwierigkeiten bei den depressiven Erkrankungen des höheren Lebensalters und verzichtet deshalb überhaupt auf eine statistische Auswertung dieser Gruppe.

Was schließlich noch die *manischen* Erkrankungen anbetrifft, so führte ZEH schon aus, daß reine Formen dieses Krankheitsbildes mit zunehmendem Alter seltener werden und gleichzeitig eine starke Prägung durch Persönlichkeitseigentümlichkeiten auffällt. Wie die Altersdepressionen, so weisen auch die Altersmanien häufig atypische Züge auf, wobei wieder die paranoiden Einsprengungen besonders heraustreten. Wir möchten wie ZEH in einer früheren Arbeit zur Diskussion stellen, ob diese Phänomene mit dem Hereinspielen schizothymer Anlagen zu erklären sind.

Wenn wir mit diesem Hinweis auf die endogenen Syndrome nun unsere Ausführungen beenden, so sind wir uns darüber im klaren, daß die mannigfaltigen Bilder, unter denen uns die Alterspsychosen entgegentreten, nur unvollständig dargestellt werden konnten. Wir hoffen jedoch aufgezeigt zu haben, daß die Struktur dieser komplexen Krankheitsbilder nur dann weiter erhellt werden kann, wenn man alle an der Gestaltung der Symptomatik beteiligten Faktoren berücksichtigt und nach ihrer Herkunft, ihrer Wertigkeit und ihren Eigengesetzen einordnet. Als *einem* Faktor versuchten wir den konstitutionellen Leitlinien nachzugehen. Wir sahen hierbei, daß in der Interferenz mit anderen Faktoren, seien sie hirnorganischer oder sonstiger Art, unter den besonderen Bedingungen des Seniums eine Entgleisung der Persönlichkeit in konstitutionell und charakterologisch präformierte Bahnen ausgeklinkt werden kann.

Zusammenfassung

Es wird bei den Alterspsychosen eine mehrdimensionale Betrachtung gefordert, die der Mehrschichtigkeit gerade auch des Querschnittsbildes der Alterserkrankungen besser gerecht werden kann. Im Rahmen dieser

Arbeit wird speziell dem konstitutionellen Faktor nachgegangen und nach einleitenden Ausführungen über das Verhältnis von Konstitution und physiologischem Altersvorgang werden die Leitlinien, die sich aus der praemorbidischen Persönlichkeit für die Alterspsychosen ergeben, kurz an Hand der einzelnen Krankheitsbilder aufgezeigt. So werden unter diesem Gesichtspunkt die senile Demenz, die cerebrale Arteriosklerose, sowie die Picksche und Alzheimersche Erkrankung besprochen. Bei der Betrachtung der endogenen Psychosen konnte auf Grund eines Materials von 50 eingehend durchuntersuchten Spätschizophrenen das Zusammenspiel cyclothymer Wesenszüge mit schizothymen Teilanlagen herausgearbeitet und an Hand der soziologischen und lebensgeschichtlichen Entwicklung der Patienten belegt werden. Auffallend war bei diesem Material der hohe Prozentsatz an körperlich und charakterologisch faßbaren Varianten der Sexualkonstitution. Diese klinisch faßbaren Störungen im Aufbau der Sexualkonstitution machen gewisse Krisen verständlicher, die an typischen lebensgeschichtlichen Schnittpunkten (z. B. Pubertät, Gattenwahl, Familiengründung, Klimakterium oder beginnendes Senium) auftreten können. Bei der Besprechung der circulären Psychosen wird besonders auf das Hinzutreten atypischer Züge, z. B. betont hypochondrischer Einsprengungen bei Altersdepressionen oder paranoider Einschläge bei Altersmanien, hingewiesen und hier die Frage des Hinzukommens mobilisierter schizothymer Teilanlagen zur Diskussion gestellt.

Literatur

- BINSWANGER, L. u. E. SCHAXEL: Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie der Arterien des Gehirns. Arch. f. Psychiatr. **58**, 1 (1917). — BLEULER, E.: Die senilen Psychosen. Korresp. Bl. Schweiz. Ärzte **45**, 2 (1915). — BLEULER, M.: Die spätschizophrenen Krankheitsbilder. Fortschr. Neur. **15**, 259 (1943). — BOSTROEM, A.: Die progressive Paralyse (Klinik) Handbuch d. Geisteskrankheiten Bd. 8, S. 147, Berlin 1930. — Über Presbyphrenie, Arch. f. Psychiatr. **99**, 609 (1933). — Die verschiedenen Lebensabschnitte in ihrer Auswirkung auf das psychiatrische Krankheitsbild. Arch. f. Psychiatr. **107**, 155 (1938). — Zur Frage des Schizoids. Z. Neur. **77**, 32 (1926). — CANNSTATT, C.: Die Krankheiten des höheren Alters und ihre Heilung. Erlangen: F. Enke 1839. — EWALD, G.: Charakter, Konstitution und der Aufbau der manisch-melancholischen Psychosen unter besonderer Berücksichtigung der biologischen Grundlagen. **71**, 51 (1921). — GAUPP, R., u. F. MAUZ: Krankheitseinheit und Mischpsychosen. Z. Neur. **101**, 1 (1926). — GOZZANO, M.: Sui rapporti fra constituzione morfologica et forma clinica nella paralisi progressiva. Riv. sper. Freniatr. Arch. ital. Malatt. nerv. e. ment. **51**, 93 (1927). — HIRSCHMANN, J.: Über den mehrdimensionalen Aufbau der Alterspsychosen. Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. **181**, 306 (1948). — JANZARIK, W.: Die hypochondrischen Inhalte der cyclothymen Depression in ihren Beziehungen zum Krankheitstyp und zur Persönlichkeit. Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. **195**, 351 (1957). — KAHN, E.: Eine Bemerkung zum Problem der cyclothymen Depression. Nervenarzt **21**, 507 (1950). — KALLMANN, F. J., u. G. SANDER: Amer. J. Psychiatry **106**, 29 (1949) (zit. bei F. Post u. E. STENGEL, im Zbl. Neur. **107**, 161 (1949)). — KAPLAN, O. J.: „Studies in the Psychopathology of Later Life“. Univ. Stanford University Press

(1945). — KEHRER, F.: Die Psychosen des Um- und Rückbildungsalters, kritisches Übersichtsreferat. *Zbl. Neur.* **25**, 1 (1921). — Die krankhaften psychischen Störungen der Rückwandlungsjahre. *Z. Neur.* **167**, 35 (1939). — KEHRER, F. u. E. KRETSCHMER: Die Veranlagung zu seelischen Störungen. Berlin 1924. — KLAGES, W.: Zur Psychopathologie der Pick'schen und Alzheimer'schen Krankheit. *Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur.* **191**, 508 (1954). — KLEIST, K.: Die Involutionsparanoia. *Arch. f. Psychiatr.* **70**, 1 (1913). — KOLLE, K.: Die primäre Verrücktheit. Leipzig: Georg Thieme 1931. — KRAEPELIN, E.: Psychiatrie. 8. Aufl. Leipzig: Ambrosius Barth 1922. — KRETSCHMER, E.: Lebensalter und Umwelt in ihrer Wirkung auf den Konstitutionstypus. *Z. Neur.* **101**, 278 (1926). — Körperbau und Charakter. 21., 22. Aufl. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1955. — LECHLER, H.: Die Psychosen der Alten. *Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur.* **185**, 464 (1950). — LECHLER, H., u. H. F. EIDEN: Über psychotische Zustandsbilder bei der Pick'schen und Alzheimer'schen Krankheit. *Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur.* **184**, 393 (1950). — LEWIS, A., u. H. GOLDSCHMIDT: *Sociol. Rev.* **35**, 86 (1943) (zit. bei F. Post u. E. STENGEL, Senile und präsenile Hirnerkrankungen). — MAUZ, F.: Der konstitutionsbiologische Aufbau der endogenen Psychosen als Grundlage einer klinischen Systematik und Prognostik aus: GAUPP, R., u. F. MAUZ, Krankheitseinheit und Mischpsychosen, vgl. oben. — Die Prognostik der endogenen Psychosen. Leipzig 1930. — Über Schizophrene mit pyknischem Körperbau. *Z. Neur.* **86**, 96 (1923). — MEGGENDORFER, F.: Über die hereditäre Disposition zur Dementia senilis. *Z. Neur.* **101**, 387 (1926). — MONCHY, S. J. R. DE: Die Zergliederung des psychischen Krankheitsbildes bei Arteriosklerose. Berlin: Karger 1922. — PERNET, J.: Über die Bedeutung von Erblichkeit und Vorgeschichte für das klinische Bild der progressiven Paralyse. Berlin 1917. — Post, F., u. E. STENGEL: Senile und präsenile Hirnerkrankungen. *Zbl. Neur.* **107**, 161 (1949). (Dort Übersicht über anglo-amerikanische Literatur seit 1939). — ROTHSCHILD, D.: The role of the premorbid personality in arteriosclerotic psychoses. *Amer. J. Psychiatr.* **93** (1944). — Soziopsychiatric foundations for a theory of the reactions to aging. *J. Nerv. Dis.* **116** (1952). — RUNGE, W.: Die Geistesstörungen des Umbildungsalters und der Involutionszeit. *Hdb. d. Geisteskrankheiten*, Bd. VIII, spez. Teil IV, Berlin: Springer 1930. — SATTES, H.: Die hypochondrische Depression. Halle 1955. — SHELDON, J. H.: zit. bei Post u. STENGEL. — SJÖGREN, H.: Neuropsychiatric studies in presenile and senile diseases, based on a material of 1000 cases. (Report on the eleventh of scandinavian psychiatrists. Copenhagen: Ejnar Munksgaard 1956). Separ. *Acta Psychiatr. (Copenh.)* **106** (1956). — STERN, F.: Arteriosklerotische Psychosen, *Hdb. d. Geisteskrankheiten*, Bd. 8, spez. Teil IV, 461. Berlin: Springer 1930. — STUKI, A.: Häufigkeit, jahreszeitliche Periodizität und Altersaufbau der Anstaltaufnahmen an depressiven Erkrankungen in der Schweiz von 1937—1952. *Msch. Psychiatr.* **131**, 337 (1956). — VERSCHUER, O. VON: Beiträge zum Konstitutionsproblem aus den Ergebnissen der Zwillingsforschung. *Z. Vererbungslehre* **30**, 646 (1952). — WEITBRECHT, H. J.: Zyklothymes Syndrom und hirnpathischer Prozeß. *Nervenarzt* **42**, 489 (1953). — Offene Probleme bei affektiven Psychosen. *Nervenarzt* **24**, 187 (1953). — Über Hypochondrie. *Dtsch. med. Wschr.* **1951**, 312. — WEXBERG, E.: Zur Klinik und Pathogenese der leichten Depressionszustände. *Z. Neur.* **112**, 549 (1928). — ZEH, W.: Über das alterseigentümliche Erscheinungsbild der zyklothymen Manie. *Fortschr. Neur.* **24**, 434 (1956).