

Aus der Nervenlinik der Charité der Humboldt-Universität Berlin
(Direktor: Prof. Dr. K. LEONHARD)
und dem Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie, Eberswalde
(Ärztlicher Direktor: Dr. med. F. BARYLLA)

Ätiologische Differenzierung von Depressionen jenseits des 60. Lebensjahres

Von

KARL LEONHARD und EVA-MARIA BRIEWIG

(Eingegangen am 9. April 1964)

Einleitung¹

Die Frage nach dem Wesen der Rückbildungsdepression ist heute noch ähnlich unklar wie zu Zeiten KRAEPELINS. Dieser selbst beschrieb die Krankheit zunächst als eigene Form, nahm seine Auffassung aber später zurück und rechnete die Fälle zur manisch-depressiven Krankheit. Anlaß dafür gaben die katamnestischen Untersuchungen von DREYFUS, der bei Rückbildungsdepressionen, die für unheilbar gehalten worden waren, doch noch einen günstigen Ausgang fand und außerdem häufig frühere und spätere Phasen nachwies. Die Frage des Ausgangs ist vielleicht nicht ausschlaggebend, doch stellt ein periodischer Verlauf tatsächlich einen sicheren Hinweis dafür dar, daß keine eigene Krankheit des Rückbildungsalters vorliegt. Dies gilt auch, wenn alle Phasen in das späte Lebensalter fallen, da die Parallelität zu den phasischen Krankheiten dann eindeutig ist und die Rückbildungsvorgänge ja auch nicht in Phasen hervortreten. Während KRAEPELIN seine eigene Abgrenzung wieder fallen ließ, hielten andere Autoren, wie BUMKE, E. BLEULER, REHM, ALBRECHT und andere an der Sonderstellung der Rückbildungsdepression fest. Großenteils wurde auch ein Zusammenwirken mehrerer Komponenten angenommen. KRETSCHMER sah das Problem der Involutionsemelancholie unter dem Gesichtspunkt seiner mehrdimensionalen Diagnostik. Ähnlich erblickte SEELERT in der Involutionsdepression ein Zusammentreffen endogener und exogener (involutiver und arteriosklerotischer) Ursachen. Später wurde das Interesse an der genaueren Differenzierung der Krankheit geringer, doch hörte das wissenschaftliche Gespräch darüber nie ganz auf. Es wurde in neuerer Zeit vor allem durch ALSÉN wieder aufgegriffen. Speziell der erstarrenden Rückbildungsdepression von MEDOW ging PETRILOWITSCH nach.

Meine eigenen Auffassungen habe ich vor Jahren dahin niedergelegt, daß die Depression des Rückbildungsalters im allgemeinen zwar nicht

¹ Bearbeitet von K. LEONHARD.

der manisch-depressiven Krankheit, aber doch den phasischen Formen zugehöre, d. h. vor allem der Angstpsychose, daß es aber daneben eine selbständige Form mit Erstarrung im Sinne von MEDOW gebe. Eigenartigerweise ist mir die *erstarrende Rückbildungsdepression*, die ich in einer Heilanstalt seinerzeit recht oft sah, im Laufe der letzten Jahre kaum noch begegnet. Wenn ich schon ausnahmsweise einen Fall so beurteilen wollte, dann stellte er sich im Laufe der weiteren Beobachtung doch meist wieder anders heraus, d. h. er heilte und nahm vielleicht weiterhin sogar einen periodischen Verlauf. Es mag sein, daß in psychiatrischen Anstalten mit chronischen Kranken doch noch öfter Fälle mit dem typischen Endzustand vorkommen, indem zu einer mehr und mehr von Ablehnung überlagerten Ängstlichkeit eine katatone oder organisch anmutende Erstarrung tritt, aber die Seltenheit der Fälle fällt mir doch sehr auf. Ich halte es unter diesen Umständen für möglich, daß bei der erstarrenden Rückbildungsdepression nicht nur endokrine Einflüsse der Involution, die mir eindeutig zu sein schienen, sondern noch andere exogene Faktoren, die heute vielleicht weniger vorkommen, eine Rolle spielen. Da man bei Fällen erstarrender Rückbildungsdepression Gehirnbefunde erhob, die den Veränderungen bei Pellagra gleichen — ich verweise auf JACOB, der sich auch mit der Literatur darüber auseinandersetzt — denke ich daran, ob nicht in Anstalten mit chronisch Kranken früher auf Grund mangelhafter Ernährung gelegentlich ein Vitaminmangel bestand und zusammen mit der endokrinen Störung die organische Entwicklung herbeiführte. In der folgenden Betrachtung können wir jedenfalls die erstarrende Rückbildungsdepression in Anbetracht ihrer großen Seltenheit außer acht lassen.

Die Frage der organischen Verursachung oder Mitverursachung tritt aber auch für die übrigen Fälle wieder stark in den Vordergrund, seit ALSEN u. ECKMANN nach dem 40. Lebensjahr, wie sie angeben, überhaupt keine nach Syndrom und Verlauf typischen endogenen Depressionen mehr fanden. Daß schon das 40. Lebensjahr die Grenze für typische Gestaltungen darstellen soll, ist besonders erstaunlich. Im Gegensatz dazu warnte einst SEELERT vor einer allzu raschen Diagnosenstellung im Sinne der organischen Krankheit. Er nannte gerade das 7. und 8. Lebensjahrzehnt als besonders gefährdet für das erste Auftreten von endogenen Psychosen. Es geht uns jetzt aber nicht so sehr darum, im Sinne der einen oder anderen Auffassung der Autoren Stellung zu nehmen. Wir sind vielmehr der Meinung, das ganze Problem stelle sich anders dar, wenn man die Depressionen des Rückbildungsalters mit den Depressionen des früheren Alters etwas genauer, d. h. unter Berücksichtigung der Tatsache in Beziehung setzt, daß es doch nicht nur die manisch-depressive Krankheit, sondern viele andere phasische Psychosen gibt, die sehr verschiedene charakteristische Syndrome aufweisen. Man

kann nicht aussagen, daß die Depression des Rückbildungsalters von anderen endogenen Depressionen abweiche, wenn man nicht zuerst einmal diese anderen Formen unter ihrem genaueren Bild dargestellt hat. Ich habe schon in meiner früheren Veröffentlichung sehr nachdrücklich auf die selbständige Krankheitsform der Angstpsychose hingewiesen, die in jedem Alter auftreten kann, aber eine gewisse Vorliebe für einen Ausbruch in der Involution hat. Manches, was man der Involutionsdepression zuschreibt, besonders die Neigung zur Einförmigkeit der Angstäußerungen, ist auch für die Angstpsychose des jüngeren Lebensalters charakteristisch. Noch mehr gilt das für die gehetzte Depression meiner Abgrenzung, die ebenfalls in jedem Lebensalter vorkommt, aber nicht selten in fortgeschrittenen Jahren ihre erste Phase zeigt.

Kasuistik¹

In der vorliegenden Arbeit wurden 30 unter einer depressiven Symptomatik erkrankte Patienten, die 1961 im Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie Eberswalde stationär behandelt wurden und zu dieser Zeit das 60. Lebensjahr überschritten hatten, untersucht. Eine Auslese erfolgte bei der Sammlung der Fälle nicht. Das Bemühen ging dahin, zwischen Depressionen endogener Entstehung und organisch bedingten Verstimmungszuständen zu differenzieren. Unter dem Krankengut befanden sich somit Patienten, die erstmals nach dem 60. Lebensjahr erkrankt und solche, bei denen bereits frühere psychische Erkrankungen vorausgegangen waren.

Die Fälle seien kurz wiedergegeben.

1. *Hedwig, L.*, geb. 1888, (manisch-depressive Krankheit) wurde erstmals im Alter von 61 Jahren psychotisch. Die Mutter wurde als sehr lebensfroh und unternehmend geschildert, L. selbst als sehr gesellig und wegen ihrer Lebhaftigkeit beliebt. Psychisch auffällig wurde sie nach dem Verzug der Familie ihrer Schwester, bei der sie gelebt hatte. Sie sei damals ganz allein im großen Haus gewesen, habe sich geängstigt, geglaubt, es sei jemand hinter ihr her. Sie kam in unser Krankenhaus und war hier zunächst gedrückt und ängstlich, weigerte sich zu essen, da sie dies nicht bezahlen könne. Sie redete viel, später war sie häufig sehr laut und leicht reizbar. Nach 3 Monaten wurde sie gesund entlassen. Ein zweites Mal wurde sie nach einem Jahr (1950) aufgenommen. Sie war depressiv und gehemmt, fragte häufig leise, wer das bezahlen soll. Nach 5 Monaten wurde L. gebessert entlassen, 1951 aber erneut aufgenommen. Sie war jetzt tief depressiv verstimmt, hochgradig gehemmt. Die Depression dauerte unter vorübergehenden Besserungen fast ein Jahr an. Dann war sie einige Wochen in gehobener Stimmungslage, sehr unternehmungslustig, vorübergehend einmal in ausgeglichener Stimmung, dann wieder depressiv, unsicher, klagsam. Weitere Krankenblatteinträge lauteten: Die Besserung kommt über Nacht, spricht jetzt ununterbrochen, gibt viel Geld aus, kauft sich unnützes Zeug wie Schmuck und Schuhe, macht Schulden und Anzahlungen, gibt in der Stadt ihre letzten Groschen aus, steigt ohne Geld in den Omnibus. 1954: Hat in fast regelmäßigen Abständen alle 8 Wochen ihre Depressionen im

¹ Bearbeitet von E.-M. BRIEWEG.

Wechsel mit hypomanischen Zeiten. 1955: Im Februar, April, Juli, August, September immer 1–2 Wochen verstimmt. Sie sieht dann blaß und eingefallen aus, macht einen schwerkranken Eindruck, hat ihren Schmuck nicht angelegt, das Haar nicht aufgesteckt, ißt und schläft nicht, spricht wenig und ganz leise. 1956: Unverändertes Bild. Höhepunkte und Tiefs wechseln in einem Rhythmus von 3–4 Wochen ab. Auf dem Höhepunkt ihrer guten Laune ist sie sehr lebhaft, mischt sich in alles hinein, lacht, singt, bagatellisiert, behängt sich mit allem ihr zur Verfügung stehendem Schmuck. Bei Streitereien wirft sie auch mal etwas durch die Luft, zerschlägt die Fensterscheiben usw. 1957–1958: Weiterhin Wechsel zwischen Depressionen und hypomanischen Zeiten. In den Depressionen schwerste Hemmung, die so weit gehen kann, daß die Pat. einnäßt, mit angehobenem Kopf im Bett liegt, nicht spricht, nicht ißt. 1959–1960: Der Wechsel zwischen Depressionen und hypomanischen Verstimmungen geht immer schneller vor sich. Oft Wechsel innerhalb eines Tages, einer Stunde. 1961: Überwiegen und längere Dauer der depressiven Phasen.

In ausgeglichenen Zwischenzeiten zeigte die Pat. ein situationsgerechtes Verhalten, war voll orientiert, schlagfertig, im Kontakt nicht gestört. Keine intellektuellen oder mnestischen Störungen.

Somatisch fand sich bei der jetzt 74jährigen Frau von kleinem und grazilem Körperbau außer eines quergelagerten, li. verbreiterten Herzens, leichter Rhythmusstörung und einer schattendichten Aorta kein krankhafter Befund. RR 160/90.

2. *Marie B.*, geb. 1892, (manisch-depressive Krankheit) erkrankte erstmals im 58. Lebensjahr. Eine Tochter wurde im Alter von 29 Jahren wegen einer manisch-depressiven Krankheit in unserem Krankenhaus behandelt. B. soll präpsychotisch immer guter Dinge und gesellig gewesen sein, aber bereits in früheren Jahren unter kurzen Verstimmungen ohne Krankheitswert gelitten haben, dann Unlust zur Arbeit geäußert und sich mit Vorwürfen gequält haben. 1950 (58jährig) verlor B. plötzlich jedes Interesse an ihrer Umwelt, vernachlässigte ihren Haushalt, versäumte die Hochzeit ihrer Tochter, beschäftigte sich viel mit religiösen Dingen. Bei einem Besuch von Angehörigen betete sie laut, unterhielt sich aber sonst nicht mit ihnen. Nach 8 Wochen verschlechterte sich der Zustand. Sie äußerte Angst totgeschossen zu werden, versuchte sich zu erhängen und nach Mißlingen dieses Suicidversuches, sich im Teich zu ertränken. Gelegentlich äußerte sie: „Still mal!“, lauschte dann angestrengt und sagte: „Jetzt spricht er wieder. Ich bin schuldig an allem, ich muß in die Hölle und verbrannt werden.“ Sie kam in unsere Klinik, war hier ängstlich und fragte mehrmals, ob sie hier verbrannt werden sollte. Sie quälte sich mit Selbstvorwürfen, klagte, sie habe den Heiland betrogen und verraten, ihr christlicher Glaube schwanke zu sehr, ihr Gebet sei zu schwach. Sie kniete vor dem Bett und betete, wenn sie nicht gestört wurde, stundenlang. Dann wieder war sie hochgradig gehemmt und wurde als fast stuporös bezeichnet. Der schwere Zustand hielt mit einigen Schwankungen 8 Monate an. Dann bot die Pat. ein farbloses depressives Bild, sie war noch gedrückt, verhielt sich aber sonst unauffällig, arbeitete fleißig. Sie wurde nach Hause entlassen. Nach $\frac{1}{2}$ Jahr mußte sie erneut aufgenommen werden. Sie war völlig verwahrlost, an Körper und Kleidung verschmutzt, schlief wenig, war unruhig, klagte und jammerte in monotonem Tonfall vor sich hin, quälte sich mit Selbstvorwürfen, äußerte: „Meine Kinder zu Hause, das war alles nicht so. Ich habe nicht gebetet, weil ich so viel geredet habe. Ich habe Sünden getan. Ich habe geglaubt, ich sei auf dem rechten Wege und das war ich nicht.“ Sie war dann in wechselndem Maße depressiv verstimmt, zeitweise sehr gehemmt, dann wieder beschäftigte sie sich aus eigenem Antrieb fleißig auf Station, zeigte aber sonst für nichts Interesse, schlief schlecht, hatte gleich Tränen in den Augen, wenn man sie ansprach. Vier Jahre hielt dieser Zustand an. Dann plötzliches

Abklingen der Psychose. B. zeigte sich in der Folgezeit gleichbleibend heiter, affektiv gut modulationsfähig, beschäftigte sich nicht mit übermäßigem Interesse mit religiösen Dingen. Kein Anhalt für mnestiche oder intellektuelle Störungen. Aus sozialen Gründen verblieb sie bis 1961 in unserer Klinik, wurde dann in ein Altersheim verlegt. Neurologisch kein krankhafter Befund. Allgemeinkörperlich bestand bei der typischen Pyknika ein Altersemphysem der Lunge und ein primärchronischer Gelenkrheumatismus der Hand- und Fingergelenke. RR 150/95.

3. *Maria P.*, geb. 1895, (manisch-depressive Krankheit) erkrankte erstmals im Alter von 23 Jahren. Der Vater soll immer etwas trübselig gewesen sein. Der Bruder verübte im 35. Lebensjahr Suicid. P. selbst wurde als ausgeglichen und still-heiter beschrieben, vorübergehend immer mal leicht gedrückt. Im Alter von 23 Jahren machte sie erstmalig einen Verstimmungszustand durch, weinte viel, ging nicht aus dem Haus. Nach $\frac{1}{2}$ Jahr war sie psychisch wieder unauffällig. 38jährig, unmittelbar nach dem Tod des Bruders, erkrankte sie ein zweites Mal. Sie drängte von zu Hause weg, wollte ins Wasser gehen, konnte nicht schlafen, die Periodenblutungen blieben weg. Der Schreck über den Tod des Bruders habe sie trübselig gemacht. Sie sei ganz erstarrt gewesen und erst, als sie wieder ihrer Genesung zuzuging, habe sie weinen können. Sie befand sich $1\frac{1}{2}$ Jahre in einer Nervenheilanstalt. 1939 Sterilisation, dann bis zum 66. Lebensjahr psychisch unauffällig. Im zeitlichen Zusammenhang mit dem Verzug der Nichte, mit der sie zusammen gelebt hatte, erkrankte sie 1961 erneut. Sie vernachlässigte ihren Haushalt, aß wenig oder nichts, holte nicht ein, ging nicht mehr zu Bett, äußerte, sie sei zu nichts mehr nütze, man solle sie doch totschießen, das Leben habe keinen Zweck mehr. Als sie einmal von einem Polizeibeamten in harmloser Angelegenheit aufgesucht wurde, versuchte sie, sich die Pulsadern zu öffnen. Sie kam in unser Krankenhaus, machte hier einen gedrückten und gequälten Eindruck, äußerte Versündigungs-ideen und Insuffizienzgefühle, „Bin ich schlecht? Nicht wahr, ich bin ein schlechter Mensch! Ich bin verloren, weil ich so sündig bin. Bin ich tot? Muß ich hier sein?“ Sie klagte, sie habe es mit dem Bösen zu tun. Sie stehe unter Gottes Gericht. Sie sei der schlechteste Mensch auf der Welt und es sei auch ihre Schuld, daß sie in der Klinik bleiben müsse. „Ich kann gar nicht mehr lachen. Ich bin so schlecht und die anderen sind so gut.“ Nach 4 Monaten war die Psychose abgeklungen. P. zeigte sich dann ausgeglichen, heiter, erschien aber immer noch etwas unsicher und äußerte noch etwas Insuffizienzgefühle. Neurologisch o. B. Auch allgemeinkörperlich bestand bei der Pat. von athletisch-pyknischem Habitus kein krankhafter Befund. RR 110/90.

4. *Helene St.*, geb. 1895, (manisch-depressive Krankheit) erkrankte im Alter von 66 Jahren erstmalig. Die Mutter soll eine sehr lustige Person gewesen sein, die viel gelacht und gesungen habe. Auch St. selbst soll vor ihrer Erkrankung ein unternehmungslustiger Mensch gewesen sein. 1961 war sie plötzlich verändert. Sie sprach nicht mehr, ließ das Essen anbrennen, stand nicht auf, wenn die Milch überkochte. Sie weinte oft, glaubte, daß eine Krankheit in ihr stecke und sie sterben müßte, zeigte sich auch manchmal mißtrauisch, befürchtete, daß die Angehörigen sie fortschicken wollten. Im September 1961 kam sie in unser Krankenhaus. Hier war sie hochgradig gehemmt, lag bewegungslos im Bett, redete nicht, bewegte auf Fragen lediglich die Lippen, schlief und aß nicht. 14 Tage hielt dieser Zustand mit schwerer Hemmung an, dann wurde sie freier und weinte häufig leise vor sich hin. Keine psychotischen Denkinhalte. Sie klagte lediglich über Schluckbeschwerden und ein Kloßgefühl im Hals und machte sich Gedanken, weil ihre Bronchien vielleicht nicht in Ordnung seien. Auf Fragen gab sie mit monotoner Stimme wenig ausgiebige Antworten, wich häufig aus, sie wisse es nicht, könne es jetzt nicht sagen, war aber offensichtlich orientiert, abends weniger gehemmt als morgens. Nach 6 Wochen

war die Psychose abgeklungen. St. zeigte sich dann lebhaft, heiter, redete sehr viel, kam vom Hundertsten ins Tausendste, wirkte dabei etwas affektlabil, leicht rührselig. Die Orientierung war ungestört. Experimentell ließ sich eine leichte Merkschwäche feststellen.

Neurologisch und somatisch außer einer Emphysembronchitis kein krankhafter Befund. RR 130/90.

5. *Martha L.*, geb. 1896, (manisch-depressive Krankheit) erkrankte erstmals im Alter von 50 Jahren. Der Vater erhängte sich im 30. Lebensjahr. Eine Schwester des Vaters soll schwermütig gewesen sein, L. selbst meist still, schnell mißtrauisch, mitunter lebhaft. 1946 mit Einsetzen der Menopause schlief sie schlecht, grübelte viel, hatte 3 Monate keine rechte Arbeitslust und lag meist zu Bett, war dann psychisch wieder unauffällig. 1958 war sie wiederum verstimmt, weinte viel, schlief nicht, stand nachts auf, weil sie glaubte, gerufen zu werden, unternahm einen Suicidversuch mit Schlaftabletten. 8 Wochen später kam sie in unser Krankenhaus, war hier gedrückt, gab eine innere Unruhe an, äußerte, daß sie ein Geständnis abzugeben habe. Sie habe Lebensmittel vernichtet, auch Kaffee und Wein und die Hühner des Sohnes durch Abwaschwasser. Sie fragte häufig, wo hier ein Lautsprecher sei, es sei ihr, als ob sie von weitem gerufen würde. Nach 3 Monaten konnte sie psychisch frei entlassen werden, soll aber nach Bericht des Ehemannes zu Hause wieder schnell verstimmt gewesen sein. Nach $\frac{1}{2}$ Jahr kam sie wiederum zur Aufnahme. Sie war jetzt tief depressiv verstimmt, gehemmt, redete nur das Notwendigste mit monotoner, klagender Stimme. Später zeigte sie sich ängstlich, lief häufig zur Tür, weil jemand ihren Namen rufe. Sie glaubte, der Mann habe sich von ihr scheiden lassen und habe sich eine junge Frau gesucht. Sie steckte voller Insuffizienzgefühle, äußerte, sie sei es nicht wert, daß man sich um sie kümmere. Nach 8 Wochen plötzlicher Stimmungsumschlag. L. sang mit lauter Stimme Trinklieder, war sehr lebhaft und vielbeschäftigt, dabei gereizt. Nach einer vorübergehenden Beurlaubung kam sie in einem manischen Erregungszustand zurück. Sie sang und schrie, führte unflätige Reden. Nach 6 Wochen war die manische Verstimmung abgeklungen und L. wurde nach Hause entlassen. 1960 kam sie zum dritten Male in die Klinik. Sie war in gedrückter Stimmung, gehemmt, schlief wenig, machte sich Gedanken, daß sich der Mann scheiden lassen würde, der Sohn seine Arbeitsstelle verlieren könnte u. ä. Ein Jahr hielt dieser Zustand an, doch ging in den letzten Monaten die Verstimmung weniger tief. Sie arbeitete fleißig und gewissenhaft, hielt sich meist für sich, war oft mürrisch-gereizt, mißtrauisch und ablehnend. Auch nach Abklingen der Depression fiel eine mangelnde affektive Resonanzfähigkeit auf und die Mimik erschien etwas starr. Somatisch bestand bei der kleinwüchsigen, erheblich vorgealterten Frau eine Arthrose der Knie- und Hüftgelenke und eine Osteoporose des gesamten Beckens. Aortenkonfiguriertes, etwas linksverbreitertes Herz, leicht verbreitertes Gefäßband. RR 180/100. Neurologisch außer sehr lebhaften Reflexen kein krankhafter Befund.

6. *Martha L.*, geb. 1885, (manisch-depressive Krankheit) wurde erstmals im Alter von 65 Jahren psychotisch. Der Vater war Trinker und wurde als immer lustig und gesellig geschildert, die Mutter als ernst und schwernehmend, L. selbst als gemütswarm und ebenfalls gesellig, von jeher aber körperlichen Beschwerden gegenüber als sehr empfindlich und wehleidig. 1951 klagte sie in zunehmendem Maße über ein Brennen und Stechen im Rücken, in der li. Brustseite, im Unterbauch und Steißbein. Sie war depressiv verstimmt, brachte unter ständigem Jammern ihre Beschwerden vor und versuchte, sich zu erdrosseln. 10 Monate später kam sie in unsere Klinik, jammerte hier über starke Schmerzen im Kopf und im Rücken. Sie verspüre beim Essen einen Schmerz, als ob eine brennende Kohle im Leib läge, im Kopf sei ein Hämmern, als wenn zehn Pulse gingen. Sie fürchtete, sterben zu

müssen, litt unter Schlafstörungen. Auf Befragen gab sie lebhaft Antworten und schwankte laut Krankenblatteintrag innerhalb der Exploration zwischen herzlicher Heiterkeit und einfühlbaren Schmerzáußerungen. Nach 3 Wochen wurde die Pat. in gebessertem Zustand entlassen. Sie war dann bis 1956 psychisch unauffällig, war dann wieder über 3 Monate depressiv verstimmt und danach wiederum 2 Jahre gesund. 1958 setzte der von den Angehörigen als Jammerturnus bezeichnete Zustand wieder ein. L. versuchte, sich mit einem zerbrochenen Brillenglas die Pulsadern zu öffnen, weiterhin fiel jetzt eine Gedächtnisschwäche auf. Da die Depression anhielt, mußte sie 1960 wiederum stationär aufgenommen werden, klagte in der Klinik über ein Brennen im Leib und in der Blase, über Kopfschmerzen. Sie litt unter hartnäckigen Schlafstörungen. Es bestand eine leichte Merkschwäche. Nach 8 Wochen konnte die Pat. in gebessertem Zustand entlassen werden, war dann auch zu Hause weiterhin unauffällig, lediglich etwas stimmungslabil. Sie versorgte wieder ihren Haushalt. Nach 9 Monaten wurde sie wiederum depressiv, klagte, daß sie am ganzen Körper nicht eine Stelle ohne Schmerzen habe, ließ sich, als sie in unserer Klinik aufgenommen wurde, von Sanitätern tragen, verlangte dauernd nach anderen Medikamenten, weinte und jammerte viel, war vorübergehend auch mal lebhafter und heiterer, zeigte einen treffenden Mutterwitz. Später wurde sie zunehmend monotoner in ihrer Klageführung. Sie jammerte über dauernde Schmerzen in den zahnlosen Kiefern, mit denen sie kauende und mahlende Bewegungen durchführte.

Somatisch fand sich bei der typischen Pyknika ein erhöhter Blutdruck von 180/100 und ein linksverbreitertes Herz. Leichte Altersschwerhörigkeit. Neurologisch kein krankhafter Befund.

In den beschriebenen Fällen bot sich das Bild einer manisch-depressiven Erkrankung. Trotz des höheren Alters der Kranken zeigt in Fall 1, 2, 3 die Psychose Bilder, wie sie auch in jüngeren Jahren bestehen können. In Fall 1 folgten im schnellen Wechsel manische und depressive Phasen. Auch in Fall 2 zeigt der Verlauf in Phasen die endogene Entstehungsweise der Psychose. Dazu kommt die familiäre Belastung mit manisch-depressiver Erkrankung. Bei der Kranken P. erhärten die in jüngeren Jahren aufgetretenen depressiven Phasen die Diagnose einer endogenen Depression. In Fall 4 beherrschte die schwere psychomotorische Hemmung das Bild. Die manische Nachschwankung nach Abklingen der Depression im Zusammenhang mit der typischen Symptomatologie weist auf die endogene Entstehungsweise der Psychose hin. Allerdings zeigte sich hier nach Abklingen der Psychose eine leichte Merkschwäche. Eine gröbere Altersveränderung der Persönlichkeit war in Fall 5 deutlich. Das Auftreten manischer und depressiver Phasen, die familiäre Belastung mit Suicid und Schwermut berechtigten aber zu der Annahme einer endogenen Psychose, der sich hier Altersveränderungen hinzugesellen. Auch in Fall 6 weist das periodische Auftreten der Depressionszustände über viele Jahre auf die endogene Entstehungsweise der Psychose hin. Eine leichte hirnorganische Färbung zeigt sich erst bei der letzten stationären Behandlung der nun 76jährigen Kranken.

Auch in vier weiteren Fällen, die hier aus Platzgründen nicht beschrieben werden, konnte auf Grund charakteristischer Symptomatik,

phasischen Verlaufes und Familienbildes eine manisch-depressive Krankheit diagnostiziert werden.

ZEH und LECHLER sehen als spezifische Altersfärbung cyclothymen Phasen das Eintönigwerden und die Hartnäckigkeit der Symptomatik an. Hypochondrische und paranoide Elemente, die LECHLER auf die Altersstufe zurückführt, in anderen Fällen aber auch für echte schizophrene Einsprengsel hält, sollen vermehrt hinzutreten. In meinen Fällen fand sich manche Einförmigkeit und viel Hypochondrisches, aber das charakteristische Bild der endogenen Depression wurde dadurch kaum verdeckt. Erst wenn weitgreifende organische Symptome hinzukamen, wurde das anders.

Daß umgekehrt auch bei alten Menschen mit Zeichen cerebraler Gefäßveränderungen reine Bilder einer endogenen Depression bestehen können, zeigt folgender Fall einer gehetzten Depression (im Sinne einer „reinen Depression“ LEONHARDS).

7. *Lina Sch.*, geb. 1898, (gehetzte Depression) erkrankte erstmalig im Alter von 58 Jahren. Die Mutter nahm sich mit 30 Jahren in einem schwermütigen Zustand das Leben, deren beide Schwestern verübten im mittleren Lebensalter ebenfalls Suicid. Auch die Großmutter mütterlicherseits war schwermütig und kam mit 70 Jahren in eine psychiatrische Anstalt. Dort verstarb auch die Schwester dieser Großmutter. Sch. wurde präpsychotisch als immer sehr arbeitsam und von ängstlicher Gewissenhaftigkeit geschildert. Im 54. Lebensjahr erlitt sie einen apoplektischen Insult. Danach bestand eine zentrale Facialisparesie li. 1956 kam sie erstmalig in psychiatrische Behandlung. Sie war depressiv verstimmt, von einer außerordentlichen Unruhe und Unrast. Sie jammerte fortwährend, äußerte Selbstvorwürfe, gab ihrer Angst Ausdruck, eine Geschlechtskrankheit zu haben, rang immer wieder die Hände, war schwer im Bett zu halten, schlief schlecht. Es bestand ein Hypertonus von 200/100. Bereits nach 6 Wochen konnte sie symptomfrei entlassen werden. Nach 1 Jahr kam sie wieder zur Aufnahme, doch bot sie diesmal nicht das schwer depressive Bild wie beim ersten Mal. Sie wurde nach 3 Monaten wieder gesund entlassen. Ein Jahr darauf wurde sie von neuem psychotisch. Sie war sehr unruhig, ängstlich, befürchtete geschlechtskrank zu sein, aufs Gericht zu müssen. Nach 2 Monaten war sie psychisch wieder unauffällig. Nach einem freien Intervall von wiederum 1 Jahr kam es zur vierten Aufnahme. Die Pat. bot wieder ein ähnliches Bild, lief ununterbrochen händeringend umher, flehte den Arzt auf Knien mit erhobenen Händen an, sprach immer wieder dieselben Sätze, zunehmend einförmiger und leiser: „Vergeben Sie mir, ich habe doch eine Sünde getan. Ich habe gelogen. Ich bin ein schlechter Mensch.“ Sie verweigerte die Nahrung und schlief kaum. Nach 3 Monaten wurde sie psychisch frei entlassen. Nach einem ähnlichen Intervall wie zwischen den vorhergehenden Phasen erfolgte 1960 zum fünften Male die Aufnahme, doch dann bereits nach 6 Monaten zum sechsten Mal. Die Pat. war wieder dranghaft unruhig, zog und zupfte ununterbrochen an ihrer Kleidung herum, stand auf, setzte sich wieder hin, blickte ratlos und ängstlich um sich, blieb in ihren Handlungen immer wieder stecken, wußte nicht ein noch aus, blickte jedem nach und rief mit leiser Stimme jeden an. Die Mimik war unruhig, der Gesichtsausdruck ängstlich-gequält. Auf der Höhe der Erkrankung war sie nicht in der Lage, die einfachsten Fragen sinngerecht zu beantworten. Nach 3 Monaten war der Zustand wieder abgeklungen, so daß die Entlassung erfolgen konnte. Es ließen sich jetzt

keine mnesticen Störungen oder eine intellektuelle Leistungsschwäche nachweisen. Allgemeinkörperlich war die Pat. in einem reduzierten Ernährungszustand. Der Blutdruck war auf 160/100 abgesunken. Neurologisch bestand eine zentrale Facialisparesis li.

Wie es für eine reine Depression typisch ist, wies die Kranke, bei der die Psychose erstmalig nach einem vorher erlittenen apoplektischen Insult auftrat, in jeder Phase gleichbleibend die für die Psychose charakteristische Symptomatik auf. Man glaubt vielleicht, die ängstliche Färbung des Bildes hänge mit dem höheren Alter der Patientin zusammen, doch bietet die gehetzte Depression, wie sie von LEONHARD beschrieben wird, in jedem Lebensalter das Bild, wie es oben bei unseren Patienten beschrieben wird. Auch die Einförmigkeit der Angstäußerungen findet man schon genau so, wenn die Psychose im jugendlichen Alter abläuft. Die endogene Entstehungsweise der Psychose wird durch das periodische Auftreten der Depression und die schwere familiäre Belastung belegt.

Noch eine weitere Kranke meiner Beobachtung bot das Bild einer gehetzten Depression mit phasischem Verlauf.

Von der gehetzten Depression ist die Angstpsychose zu unterscheiden. Die Aufstellung dieses Krankheitsbildes erfolgte durch WERNICKE. LEONHARD beschrieb in der Gruppe der cycloiden Psychosen die Angst-Glücks-Psychose. Die Angstphase, die häufig allein auftritt, unterscheidet sich von der gehetzten Depression dadurch, daß neben der Angst Mißtrauen und Eigenbeziehungen das Zustandsbild beherrschen. Unter unserem Krankengut bestand in sechs Fällen dieses Bild. Ich führe drei Fälle an:

8. *Anna E.*, geb. 1893, erkrankte erstmalig im Alter von 58 Jahren. Die Mutter war sehr ernst, nahm alles sehr schwer, ebenso war E. selbst veranlagt. 1960 wurde sie dadurch auffällig, daß sie hörte, wie die Leute auf der Straße über sie äußerten, sie verleumde hohe Staatspersonen. Sie äußerte Angst, daß man sie anzeigen werde, verfolgte täglich die Zeitung und gab ihrer Befürchtung Ausdruck, daß ein Krieg kommen werde. Sie unternahm mehrere Male einen Suicidversuch durch Erhängen, versuchte auch, aus dem Fenster zu springen. Sie kam in unser Krankenhaus, war hier sehr ängstlich, blickte ratlos um sich, sprach leise und monoton. Zeitweise erschien sie gehemmt, dann wieder ängstlich erregt, getrieben. Einmal versteckte sie sich hinter ihrem Bett, da sie gehört habe, daß man sie am Abend verbrennen und erschießen würde. Am Morgen sprang sie plötzlich aus dem Bett, da Mörder auf sie zukämen und sie ermorden wollten. Nach 3 Monaten klang die Psychose ab und die Pat. konnte psychisch unauffällig entlassen werden. Kein Anhalt für mnestiche oder intellektuelle Störungen. Allgemeinkörperlich befand sich die Pat. in einem reduzierten Ernährungszustand. Es bestand eine leichte hypochrome Anämie. RR 150/80. Neurologisch unauffällige Befunde.

9. *Emma T.*, geb. 1885, erkrankte erstmalig im Alter von 58 Jahren. Die Mutter wurde als sehr lebhaft und gesellig geschildert. T. selbst stand temperamentsmäßig der Mutter nahe. Die Tochter verübte 1945 einen erweiterten Selbstmord. T. wurde erstmalig 1943 auffällig und kam in eine Nervenklinik. Ein von dort erhaltener Bericht lautete: „Depressionszustand mit Versündigungs-ideen, Lebens-

überdruß und paranoiden Zügen.“ Nach 8 Wochen wurde die Pat. psychisch frei entlassen. 1961 im Alter von 76 Jahren wurde sie sehr ängstlich. Sie hörte nachts die Sirenen heulen, sah Scheinwerfer und glaubte, daß das Haus vernebelt würde. Sie schlief nachts nicht mehr, lief unruhig auf und ab, vernachlässigte sich und ihren Haushalt, bildete sich ein, abgeholt und vergast zu werden, glaubte, daß Atom- asche auf sie herabrinne, sah in den Bäumen Masken hängen. Sie verspürte Gas- gerüche, hörte Ketten klirren. Bei der Aufnahme in unsere Klinik äußerte sie Angst, umgebracht zu werden, jammerte monoton: „Morgen werde ich umgebracht, ich und verschiedene noch, weil wir für die Außenwelt unnütz sind. Früher ging es immer so gemütlich bei mir zu, jetzt kann ich auf dem Schaffott enden. Nichts hat man mehr.“ Sie hörte im Nebenzimmer einen Mann schnarchen, dessen Aufgabe es sei, sie hinzurichten. Zeitweilig wirkte T. wie erstarrt, so daß die Angstvorstellungen in der Mimik kaum ihren Ausdruck fanden. Sie seufzte häufig tief und gequält. Nach 6 Wochen änderte sich das Zustandsbild. Die Stimmung hellte sich auf. T. zeigte dann Interesse für ihre Umgebung und freute sich, da, wie sie sagte, der Mann, der sie umbringen sollte, vorübergehend verhindert sei. Später wurde sie wieder auffälliger, ängstigte sich, umgebracht zu werden, sah „blutgetränkte Dolch- messer“ an der Wand hängen. Nach 2 Wochen klang die erneute Exacerbation der Psychose ab. Sie äußerte eine Zeitlang noch immer Angstvorstellungen, doch waren diese nicht mehr mit dem gleichen ängstlich-depressiven Affekt unterbaut. Schließ- lich schwanden auch diese Vorstellungen, und T. war psychisch frei. Sie empfand den zurückliegenden Zustand selbst als durchgemachte schwere Erkrankung, wertete ihre Angstvorstellungen als schwere Träume, wies nichts Paranoides mehr auf. Leichte Merkfähigkeitsstörungen waren vorhanden. Später zeigte sich auch eine leichte Affektlabilität. Allgemeinkörperlich befand sich die stattliche und noch sehr rüstige Pyknika in einem guten Allgemeinzustand. RR 180/80. Neurologisch kein krankhafter Befund.

10. *Anna Sch.*, geb. 1894, erkrankte erstmalig im Alter von 46 Jahren. Die Mutter wurde im 75. Lebensjahr psychotisch, fühlte sich verfolgt und erhängte sich. Präpsychotisch sei sie eine resolute lebensfrohe Person gewesen. Sch. selbst dagegen von jeher sehr ernst und leicht ängstlich, wenig gesellig, sehr religiös. 1955 gaben sie und ihr Ehemann wegen Altersschwäche die bis dahin bewirtschaf- tete Siedlung auf und wechselten die Wohnung. Im selben Jahr erschien die Pat. erstmalig in der psychiatrischen Sprechstunde. Doch bereits 1940 soll sie über mehrere Wochen traurig-verstimmt und ängstlich gewesen sein. Wie aus poli- klinischen Notizen zu ersehen war, klagte Sch. 1955: „Ich habe immer Angst und keine Hilfe, Angst vor der Verdammnis.“ Sie gab an, Leute und Hunde auf sich zukommen zu sehen, die im Kreise um sie herum Stellung nähmen. Sie litt unter Schlaflosigkeit und war durch ein dauerndes Angstgefühl zu jeder Arbeit unfähig. Nach einer ambulanten Behandlung fühlte sie sich wieder gesund und versorgte ihren Haushalt. 1961 wurde sie wieder auffällig und kam in unser Krankenhaus. Nach Bericht des einweisenden Arztes soll sie einige Tage zuvor sehr unruhig ge- gewesen sein. Sie fühlte sich verfolgt, gab an, von einem Erschießungskommando abgeholt zu werden, verbrannte sämtliche Papiere, äußerte auch, daß sie eine Gott- heit sei. In der Klinik klagte sie über Unruhegefühl. Sie leide immer unter Angst und unter einem „Gefühl der Verfolgung“ durch böse Menschen, die sie umbringen wollten. Sie erschien ängstlich-gedrückt, jammerte leise, daß sie erwürgt und er- mordet werde. Nach 3 Monaten wich der depressiv-ängstliche Affekt. Sch. wurde dann zunehmend mürrisch und gereizt. Sie fühlte sich vernachlässigt und zürnte aller Welt, glaubte, der Mann werde sich von ihr scheiden lassen, seine Briefe hörten sich so gekünstelt an. So ängstigte sie sich, man würde sie für eine Spionin hal- ten und ihretwegen würden ihre Familienangehörigen erschossen werden. Allgemein-

körperlich befand sich die Pat. bei der Aufnahme in einem reduzierten Ernährungszustand. RR 160/100. Neurologisch bestand ein leichter Rigor in beiden Armen. Während der stationären Beobachtung verschlechterte sich der allgemeinkörperliche Zustand. Es entwickelten sich zunehmend extrapyramidale Symptome mit Mangel an Spontanbewegungen, Amimie. Während die Pat. bei der Aufnahme in allen Richtungen orientiert war und Merkfähigkeitsstörungen nur leichten Grades zeigte, bestand jetzt eine hochgradige Merkschwäche. Sie fand sich in ihrer nächsten Umgebung nicht mehr zurecht, legte sich in andere Betten. Schließlich konnte sie ihr Bett nicht mehr verlassen, da sie beim Aufstehen schnell hinstürzte. Es bildete sich eine starke motorische Unruhe aus. Sie führte ununterbrochen schmatzende Kaubewegungen aus, kaute an ihren Haaren, näßte und kotete ein. Unter dem Zeichen eines HerzKreislaufversagens kam es zum Exitus letalis. Die Hirnsektion ergab eine Arterio- und Arteriolsklerose mit Zeichen von Kreislaufstörungen (cystisch umgewandelte alte Blutung im li. Striatum). Altersentsprechende Rückbildungszeichen in Form einer allgemeinen, im Stirnpolbereich betonten Hirnatrophie mit geringfügiger Ausweitung des Ventrikelsystems.

In Fall 8 bestand ein für die Angstphase charakteristisches Bild. Die Psychose heilte nach 3 Monaten aus.

In Fall 9 weist der 18 Jahre zuvor durchgemachte depressive Ver Stimmungszustand auf die endogene Entstehungsweise der Psychose hin. Bei der jetzt 76jährigen Kranken beherrschten Angstvorstellungen, Beziehungsideen, illusionäre Verkennungen, Halluzinationen ängstlichen Inhaltes das Bild. Die Angst nahm anfänglich erhebliche Grade an. Die genannten Halluzinationen sind bei Angstpsychosen nichts Ungewöhnliches, waren bei der Patientin aber von deliranter Deutlichkeit. Sicher muß dafür der organische Gehirnprozeß verantwortlich gemacht werden. Sonst weicht die Psychose nicht von einer Angstpsychose ab. Auch der Verlauf ist ganz der einer phasischen Krankheit.

In Fall 10 sprechen die früher durchgemachten Depressionen und die Belastung für eine endogene Psychose. Bei dieser Patientin kam auch der ekstatische Pol der Psychose zum Anklingen, denn die Kranke äußerte einmal, eine Gottheit zu sein. Auf die endogene Symptomatik pflropfte sich hier eine hirnorganische Symptomatik auf. Bei dysphorischer Stimmungslage bestanden die Angstvorstellungen zunächst weiter, dann entwickelten sich rasch extrapyramidale Symptome mit einem allgemeinkörperlichen Verfall. Das Krankheitsbild ähnelte schließlich der von MEDOW beschriebenen erstarrenden Rückbildungsdepression mit ängstlich-depressiver Verstimmung und extrapyramidal-akinetischem Syndrom. Autoptisch ließ sich eine cerebrale Arterio- und Arteriolsklerose, die zu einer Blutung im linken Striatum führte, nachweisen. Hier bestimmte demnach die hinzutretende Arteriosklerose den besonderen Verlauf der letzten Phase einer periodischen Psychose.

Andersartig und dadurch von den bisher beschriebenen Krankheitsbildern mit endogener Symptomatik abgrenzbar, erschienen andere Fälle. Ich führe als Beispiel zwei Patienten an.

11. *Liesbeth H.*, geb. 1895, erkrankte erstmals im Alter von 66 Jahren. Der Vater litt an einem Diabetes mellitus. Bei H. bestand von Kindheit an ein Herzleiden. Von jeher soll sie etwas absonderlich gewesen sein, wenig Kontakt zu ihren Angehörigen gehabt haben. Nach dem Tode ihres Ehemannes lebte sie völlig zurückgezogen. Im Winter 1960 konnte sie wegen Schwindelgefühl plötzlich nicht aufstehen und war 4 Wochen bettlägerig. Vom behandelnden Arzt wurde sie als affekt-labil und reizbar geschildert. Nach $\frac{1}{2}$ Jahr traten wiederum starke Schwindelgefühle auf. Sie weinte und jammerte viel, weil man sie verhungern lassen würde. Sie zeigte Merkfähigkeitsstörungen, vergaß, daß man ihr etwas zu essen gereicht hatte. Sie war unruhig, wühlte in den Decken, war dauernd außer Bett. Wenn sie daran gehindert wurde, beschimpfte sie das Personal, behauptete weinerlich, daß sie gewürgt und geschlagen worden sei, jammerte vor sich hin, weil sie soviel erdulden müßte. Dann verschlechterte sich ihr Zustand, sie wurde zunehmend verwirrt, beantwortete Fragen mit Konfabulationen. Bei Schilderung trauriger Ereignisse und bei Nichtberücksichtigung ihrer Wünsche brach sie jedesmal in lautes Jammern und Weinen aus. Unter den Zeichen eines Herzkreislaufversagens kam sie nach 8 Tagen stationären Aufenthaltes ad exitum. Allgemeinkörperlich bestand bei der vorgealterten Pat. von leptosomem Habitus eine Myokardschädigung. Der Blutdruck betrug 195/115. Die Hirnsektion ergab eine erhebliche Arterio- und Arteriolosklerose mit jüngeren und älteren Erweichungsherden.

12. *Luisse I.*, geb. 1893, erkrankte erstmals im Alter von 65 Jahren. Bis zu Beginn ihrer Erkrankung war sie eine immer lebensfrohe und fleißige Frau. Seit 1958 fühlte sie sich nicht mehr so leistungsfähig, klagte über Herzbeschwerden, wurde zunehmend hinfalliger, fiel durch Merkfähigkeitsstörungen auf. 1961 kam sie in eine neurologische Klinik, wurde dort als enthemmt, läppisch-euphorisch und motorisch sehr unruhig geschildert. In unverändertem Zustand wieder entlassen, wurde sie zu Hause zunehmend unruhig, klagte über die verschiedensten Beschwerden, Herzschmerzen, Stechen in den Beinen, im Rücken u. ä. Sie ängstigte sich, ersticken zu müssen. 1961 kam sie in unser Krankenhaus, weinte und jammerte, weil sie überall Schmerzen habe, mal hier und mal dort. Sie äußerte, sie sei hier, weil der Mann sie los sein wolle, da er eine andere Frau habe, sagte energisch: „Schluß, der läßt mich verrecken.“ Sie war desorientiert, auch das Altgedächtnis war lückenhaft. RR betrug 165/95. Die motorische Unruhe nahm zu. Die Pat. war weiterhin depressiv, jammerte und stöhnte vor sich hin, wirkte dann wieder affektiv leer. Nach 3 Monaten verstarb sie an einer Pneumonie. Bei der Hirnsektion fand sich eine Atrophie der Großhirnrinde mit besonders deutlicher Ausprägung im Bereich des Frontalhirns und eine mäßige Erweiterung der Hirnventrikel. Keine wesentliche Arteriosklerose der Hirnarterien. Histologisch: Ausgeprägte Verschmälerung der Rindenbezirke, besonders im Stirnhirn, Drüsen und Neurofibrillenveränderungen, in den Ganglienzellen teilweise reichliche Ablagerungen von braunem Lipofuscinpigment.

In den beiden Fällen war die Depression organisch bedingt. Bei der Kranken H. lag eine Arteriosclerosis cerebri vor, im Fall 12 wurde eine senile Demenz diagnostiziert. In beiden, wie auch in anderen hier nicht beschriebenen Fällen, trat die Depression in hohem Alter erstmalig und einmalig auf. Entgegen endogenen Bildern fiel auf, daß die depressive Verstimmung nur eine geringe Tiefe erreichte und fließende Übergänge in Affektkontinenz zeigte. Die Kranken wiesen zugleich ein stark egozentrisches Verhalten auf. Der depressive Effekt war vorwiegend außenweltbezogen, Schuldgefühle fehlten zumeist. Es war die dem Kranken

übelwollende Umwelt, die seinen Zustand verursachte. Entgegen endogen Depressiven ließen sich die Kranken von ihren depressiven Ideen ablenken. Dazu kamen intellektuelle und mnestiche Störungen sowie delirante Zustandsbilder.

Nach HIRSCHMANN u. KLAGES kommt es zu Beginn der senilen Demenz häufig zu einem Anspringen temperamentsmäßiger Eigenheiten. Bei dem sehr kleinen hier vorliegenden Krankengut waren es in der Hälfte der Fälle empfindliche, kontaktgestörte oder eigensinnige Persönlichkeiten.

Übersicht über die geschilderten Fälle ¹

Bei Untersuchungen an 30 unter einer depressiven Symptomatik erkrankten Patienten, die zu dieser Zeit das 60. Lebensjahr überschritten hatten, ergab sich, daß 16 bereits vor der jetzigen Erkrankung einen oder mehrere Verstimmungszustände durchgemacht hatten, 2 Patienten in jungen Jahren, 2 weitere im 4. Lebensjahrzehnt, 12 erst jenseits des 50. Lebensjahres. Eine familiäre Belastung mit depressiven Psychosen lag in 5 Fällen vor. In zwei weiteren Fällen bestand eine familiäre Belastung mit Suiciden.

Auf Grund periodischen Auftretens der Depression, manischer Phasen, familiärer Belastung, Ausgang in Heilung, konnte in der Mehrzahl der Fälle eine endogene Entstehungsweise der Psychose angenommen werden. Es überwogen die manisch-depressive Krankheit und Psychosen, bei denen die Angst im Vordergrund steht, wie die Angstpsychose und gehetzte Depression. Im einzelnen fand sich: manisch-depressive Krankheit 10 Fälle, Angstpsychose 6 Fälle, gehetzte Depression 2 Fälle, reine Melancholie 1 Fall, affektvolle Paraphrenie 1 Fall. In 3 Fällen konnte keine genauere Diagnose gestellt werden, weil das organische Symptom von Anfang an das Bild zu sehr überdeckte. Alle diese 3 Fälle waren über 70 Jahre alt. Überwiegend zeigten sich Bilder, wie sie auch in jüngeren Jahren auftreten können, so daß, wenn das Alter der Patienten nicht bekannt wäre, keine Besonderheiten der endogenen Psychose zu finden wären. Wenn hirnorganische Veränderungen hinzu kamen, blieb doch der Verlauf in Phasen für eine endogene Entstehungsweise der Psychose charakteristisch.

Einmal bestand eine reaktive Depression.

Den Depressionen mit endogenen Bildern konnten depressive Verstimmungen (6 Fälle) gegenübergestellt werden, die schon in ihrem Zustandsbild ganz anders aussahen. Es handelte sich hier um weinerliche alte Leute, bei denen die Verstimmung nicht sehr tief ging, die letztlich mehr affektinkontinent als depressiv waren. Bei drei dieser Patienten kam es rasch zum Exitus letalis. Die Sektion ergab zweimal eine Arterio-

¹ Bearbeitet von E.-M. BRIEWIG.

und Arteriosklerose der Gehirngefäße mit Zeichen von erheblichen Kreislaufstörungen. Einmal bestand eine senile Demenz. Bei den übrigen Kranken bestanden in vivo Zeichen gestörter Kreislaufverhältnisse des Gehirns bei Arteriosklerose und dekompensierter Herzinsuffizienz. In allen diesen Fällen trat die Depression erstmalig auf. Eine familiäre Belastung bestand nicht, wohl aber eine Häufung von Diabetes mellitus und Apoplexie in der Familie. Den Unterschied zwischen arteriosklerotischen Depressionen und endogenen Depressionen, bei denen manchmal eine Arteriosklerose hinzutrat, zeigt sehr eindrucksvoll die Kranke Sch., bei der depressive Phasen bei schwerer familiärer Belastung erstmalig nach einem erlittenen apoplektischen Insult auftraten. Es handelte sich um gehetzte Depressionen mit tiefgehendem Affekt, die völlig den Bildern glichen, wie sie im früheren Lebensalter auftreten.

Da dort, wo ein phasischer Verlauf, Ausgang in Heilung und familiäre Belastung für eine endogene Entstehungsweise der Psychose sprechen, tiefgehende depressive Verstimmungen bestehen, überrascht es nicht, daß gerade solche schweren Depressionen zur völligen Ausheilung kommen.

Auswertung¹

Man sieht, daß wir die Auffassung, die Depressionen sähen im höheren Lebensalter wesentlich anders aus als in jüngeren Jahren, nicht bestätigen können. Obwohl die Kranken in den beobachteten Phasen alle schon über 60 Jahre alt waren, konnte man bei den meisten klinisch nichts feststellen, was ihnen ein eigenes Gepräge gegeben hätte. Aber man mußte, um diese Aussage machen zu können, die charakteristischen Bilder kennen, die den verschiedenen Formen endogener Depression eigen sind. Bei der eben nochmal erwähnten Patientin Sch. wären sicher viele sehr bereit, in der großen Einförmigkeit des Jammerns einen Hinweis auf Altersfärbung der Depression zu sehen. Es wäre ganz unangebracht, denn die Diagnose einer gehetzten Depression schließt diese Einförmigkeit mit ein. Sie findet sich genau in der gleichen Weise bei jungen Menschen, mögen diese vielleicht auch erst 20 Jahre alt sein. Es ist unangebracht, solche Kranken den Melancholikern der manisch-depressiven Krankheit gegenüberzustellen. Ähnlich würde wahrscheinlich mancher bei der als Fall 8 geschilderten Patientin E. typische Zeichen der Rückbildung sehen, nur hier nicht in der Einförmigkeit, sondern in den vielen paranoiden Symptomen. Ich kann nur sagen, daß eine Angstpsychose — um diese Krankheit handelt es sich hier — in jedem Lebensalter mit Beziehungsideen ähnlicher Art einhergeht, ja diese sichern erst die Diagnose. Wenn wirklich organische Zeichen hinzukommen, dann äußern sie sich in der Weise, wie man auch sonst organische

¹ Bearbeitet von K. LEONHARD.

Symptome kennt. Dies zeigen die beiden anderen oben geschilderten Angstpsychosen. In Fall 9 ist das Bild mit der schweren Angst und den Beziehungsideen sowie Halluzinationen an sich auch charakteristisch, aber die Sinnestäuschungen nehmen hier einen deliranten Charakter an und geben damit ein Symptom, das man auch sonst als exogen kennt, der Krankheit bei. Es bedarf keiner großen Überlegung, daß die deliranten Symptome bei dieser 76jährigen Pyknika mit einer arteriosklerotischen Störung des Gehirns in Zusammenhang zu bringen sind. Es wäre aber unrichtig, die Angstpsychose selbst wegen der organischen Beimengungen auf die Arteriosklerose zurückzuführen. Dagegen würde neben dem Suicid der Tochter vor allem die depressive Phase sprechen, welche die Patientin 18 Jahre vorher durchgemacht hatte. Die Angstpsychose nahm auch ihren Verlauf unabhängig von der Arteriosklerose, sie klang ab, während organische Zeichen bestehenbleiben. Bei der dritten der oben geschilderten Angstpsychosen traten die exogenen Züge schließlich noch viel deutlicher hervor. Trotzdem blieb die charakteristische Angstpsychose erkennbar, die unabhängig von dem organischen Prozeß periodisch verlief und mit ihrer ersten Phase schon 21 Jahre zuvor hervorgetreten war. Verwunderung mag es bei manchem erzeugen, daß wir auch die sehr merkwürdige Aussage, die von der Patientin einmal gemacht wurde, sie sei eine Gottheit, im Sinne des Endogenen deuten. Viele möchten eine solche Äußerung wahrscheinlich als eindrucksvolles Zeichen der arteriosklerotischen Demenz auffassen. Wenn man aber weiß, daß die Angstpsychose oft flüchtig in einen ekstatischen Zustand umschlägt — es handelt sich ja grundsätzlich in jedem Fall um die Angst-Glücks-Psychose — dann wundert man sich nicht, daß solch eine Idee dazwischentrat. Wieder ist zu sagen, daß auch junge Menschen mit Angstpsychose zwischendurch plötzlich erklären können, sie seien von Gott berufen oder sie seien Gott selbst.

Bei der manisch-depressiven Krankheit überlagern organische Zeichen ebenfalls in einigen Fällen das Bild, ohne daß die Depression selbst in ihrer Gestalt grundsätzlich verändert wurde. In den meisten Fällen fehlten die organischen Züge ganz. Die Symptomatik war nicht anders als in jüngeren Jahren. Es spricht hier also gar nichts dafür, daß ein Altersabbau die Depression ausgelöst oder gar erzeugt hätte. Wenn sich in einigen Fällen organische Zeichen beimischten, so ergibt sich dadurch keine andere Deutung. Organische Beimengungen finden sich nicht nur bei den Depressionen, sondern allen endogenen Psychosen des späteren Alters, d. h. auch den Schizophrenien. Hier wie dort entstehen dadurch keine eigenen Bilder. Man kann bei endogenen Depressionen mit organischen Beimengungen lediglich die Frage erörtern, ob der Gehirnprozeß die Psychose vielleicht ausgelöst, d. h. in Gang gebracht hat. Ich möchte diese Möglichkeit nicht bestreiten, doch müßte erst der Beweis erbracht

werden. Jedenfalls sehen die Depressionen, die der senilen Hirnkrankheit selbst zuzuschreiben sind, ganz anders aus, wie ich früher schon äußerte und wie an Hand unserer Fälle wieder zu bestätigen war. Sie erreichen nie eine große Tiefe, sondern zeigen stets Übergänge zur arteriosklerotischen Affektinkontinenz.

Für die Diagnose einer eigenen Rückbildungsdepression bleibt nach unseren Feststellungen demnach, wenn man nicht die sehr seltenen Fälle MEDOWS im Auge hat, kein Raum. Sie verdankt ihre Beliebtheit ohnedies wohl zu einem großen Teil der Tatsache, daß sie ein genaueres Untersuchen und diagnostisches Nachdenken erspart. Wenn man angeblichen Rückbildungsdepressionen nachgeht, dann findet man, ähnlich wie schon DREYFUS einst, nicht selten, daß auch im Jugendalter schon Phasen abliefen. Man findet außerdem in der Verwandtschaft Depressionen des früheren Lebensalters. Am Bild selbst wird man, wie unsere Beobachtungen wieder zeigten, kaum Symptome aufweisen können, die nicht auch zu den Gestaltungen des früheren Lebensalters gehören. So bleibt als Grundlage für die Diagnose einer Rückbildungsdepression oft nichts als nur die Tatsache, daß eine Depression in einem höheren Lebensalter auftrat.

Zusammenfassung

Es wurden 30 an einer Depression erkrankte Patienten aus dem Bezirkskrankenhaus Eberswalde, die zur Zeit der Untersuchung das 60. Lebensjahr überschritten hatten, untersucht. In über der Hälfte der Fälle hatten die Kranken zuvor Depressionen durchgemacht, zumeist erstmalig jenseits des 50. Lebensjahres. In anderen Fällen wiesen familiäre Belastung, Ausgang in Heilung und andere Faktoren auf eine endogene Entstehung der Psychose hin. Es handelte sich hier durchwegs um schwere Depressionszustände. Manchmal waren organische Zeichen beigemischt, die meisten Fälle unterschieden sich aber in ihrem Bild nicht von Depressionen, wie sie auch in jüngeren Jahren auftreten. Dabei war jedoch zu berücksichtigen, daß nicht alle endogenen Depressionen zur manisch-depressiven Krankheit gehören. Nicht selten zeigen Angstpsychosen ihre Krankheitsphasen in einem späteren Lebensalter und bieten dabei kein anderes Bild als in jüngeren Jahren. Den schweren Depressionen konnten leichtere Verstimmungszustände affektinkontinenter alter Leute mit Arteriosclerosis cerebri und gröberen hirnorganischen Abbauphänomenen gegenübergestellt werden. Diese Kranken waren im Alter erstmalig depressiv. Die Einreihung der Fälle in die endogenen Depressionen einerseits, die organisch bedingten Formen andererseits war möglich. Die Diagnose einer eigenen Rückbildungsdepression verliert dadurch ihre Bedeutung, sofern man nicht die sehr seltenen Fälle im Sinne MEDOWS im Auge hat.

Literatur

- ALBRECHT, P.: Die funktionellen Psychosen des Rückbildungsalters. Z. ges. Neurol. Psychiat. **22**, 306 (1914).
- ALSEN, V.: Endoforme Psychosyndrome bei cerebralen Durchblutungsstörungen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **200**, 585 (1960).
- , u. F. ECKMANN: Depressive Bilder in der zweiten Lebenshälfte. Arch. Psychiat. Nervenkr. **201**, 483 (1961).
- BUMKE, O.: Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. **1909**, 381.
- DREYFUS, G.: Melancholie, ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins. Jena 1907.
- HIRSCHMANN, J., u. W. KLAGES: Konstitutionsspezifische Leitlinien bei den Psychosen des höheren Lebensalters. Arch. Psychiat. Nervenkr. **196**, 254 (1957).
- JACOB, H.: Differentialdiagnose perniziöser Involutionspsychosen, praeseniler Psychosen und Psychosen bei Involutionsspellagra. Arch. Nervenkr. Psychiat. **201**, 17 (1960).
- KRAEPELIN, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, 8. Aufl., Bd. I. Leipzig: J. A. Barth 1909.
- KRETSCHMER, E.: Gedanken über die Fortentwicklung psychiatrischer Systematik. Z. ges. Neurol. Psychiat. **48**, 370 (1919).
- LEONHARD, K.: Involutive und idiopathische Angstdepression in Klinik und Erblichkeit. Leipzig: Thieme 1937.
- Aufteilung der endogenen Psychosen, 2. Aufl. Berlin: Akademie-Verlag 1959.
- LECHLER, H.: Die Psychosen der Alten. Arch. Psychiat. Nervenkr. **185**, 440 (1950).
- MEDOW, W.: Eine Gruppe depressiver Psychosen des Rückbildungsalters mit ungünstiger Prognose. Arch. Psychiat. Nervenkr. **64**, 480 (1922).
- PETRILOWITSCH, N.: Zur Klinik und nosologischen Stellung der erstarrenden Rückbildungsdepression. Arch. Psychiat. Nervenkr. **198**, 507 (1958).
- REHM, O.: Verlaufsformen des manisch-depressiven Irreseins. Allg. Z. Psychiat. **64**, 490 (1907).
- SEELERT, H.: Mischung paranoischer und depressiver Symptome bei den Psychosen des höheren Lebensalters. Mschr. Psychiat. Neurol. **52**, 140 (1922).
- WEITBRECHT, H. J.: Depressive und manische endogene Psychosen. In (H. W. GRUHLE, R. JUNG, W. MAYER-GROSS u. M. MÜLLER, Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II, Klinische Psychiatrie, S. 73—118. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960.

Prof. Dr. K. LEONHARD,

Psychiatrische Universitätsklinik, Charité, Berlin N 4, Schumannstraße