

## Verlaufsuntersuchungen bei paranoiden Psychosen des Rückbildungsalters

JOACHIM GREGER und JOCHEN STAHL

Klinik für Psychiatrie und Neurologie „Hans Berger“ der  
Friedrich Schiller-Universität Jena  
(Direktor: Prof. Dr. H. v. KEYSERLINGK)

Eingegangen am 5. November 1966

Über systematische Verlaufsuntersuchungen bei paranoiden Involutionspsychosen ist in der Literatur wenig berichtet worden. Darauf hat erst wieder WEITBRECHT in seinem 1963 erschienenen „Grundriß der Psychiatrie“ hingewiesen. Im älteren Schrifttum wurden vor allem die klinische und nosologische Problematik dieser Psychosen erörtert und besondere Verlaufsformen beschrieben (KLEIST; ALBRECHT; SERKO u.a.). In neuerer Zeit gilt das Interesse bei den Untersuchungen auch gerade der involutiven Psychosen der Frage ihrer psycho- bzw. sozioreaktiven Auslösung. Es sei hier nur auf die Arbeiten von PAULEINKHOFF, HAASE, LANGE u. POPPE verwiesen, um nur einige Autoren anzuführen. HIRSCHMANN u. KLAGES widmeten konstitutionsspezifischen Faktoren besondere Beachtung, während KRETSCHMER, KALLMANN, KNOLL, SCHIMMELPFENNIG u. a. die Psychosen des Rückbildungsalters unter dem Aspekt einer mehrdimensionalen Betrachtungsweise bzw. auf ihren konstellationspathologischen Aufbau hin untersuchten, eine Betrachtungsweise, die sich in der Psychiatrie mehr und mehr durchgesetzt hat. Verlauf und Prognose der paranoiden Involutionspsychosen wurden seit langem als ungünstig bezeichnet. So äußerten sich schon KRAEPELIN u. KEHRER. JACOBI dagegen gab ihnen mit Ausnahme der Spätschizophrenien keine schlechteren Prognosen als den depressiven Rückbildungpsychosen. WEITBRECHT u. JANZARIK beschrieben besondere klinische Bilder, die mit abnormen Leibempfindungen und ausgeprägten Geruchs- und Geschmackshalluzinationen einhergehen und einen ungünstigen Verlauf zeigen. FUNDING berichtete 1963 über katamnestische Untersuchungen an paranoiden Psychosen des höheren Lebensalters und kam zu dem Ergebnis, daß ihre Prognose insgesamt gesehen ungünstig, jedoch besser sei, als bei schizophrenen Psychosen und senilen Demenzen. LECHLER wies in einer Arbeit über die Alterspsychosen auf den Symptomenwandel im höheren Lebensalter hin. Je ausgeprägter das psychopathologische Syndrom sei, um so ärmer das psychopathologische Bild. Schwierig sei es, die Endzustände abzugrenzen gegenüber hirnorganischen Krankheiten

bzw. deren Folgen. Vollständige Remissionen fand er nicht, Resterscheinungen blieben immer bestehen. Trotzdem gelang nicht selten eine Resozialisierung der Kranken. Während unserer katamnestischen Erhebungen erschien im Jahre 1965 eine Monographie von SCHIMMELPFENNIG, die eingehende Nachuntersuchungsergebnisse über die Verläufe 82 spätschizophrener und schizoformer Psychosen in der zweiten Lebenshälfte enthält. Auf diese Arbeit insbesondere wird später noch näher einzugehen sein.

### Material und Methodik

Ausgangsmaterial für unsere Untersuchungen bildeten 142 Kranke (103 Frauen und 39 Männer), die in der Zeit von 1955—1962 in unserer Klinik wegen einer paranoiden Psychose im Rückbildungsalter aufgenommen wurden. Paranoid gefärbte Depressionen blieben unberücksichtigt, das paranoide Syndrom mußte im psychopathologischen Querschnittsbild vordergründig sein. Den Beginn des Rückbildungsalters legten wir auf das 50. Lebensjahr fest. Wir sind uns der Willkürlichkeit dieses Zeitabschnittes durchaus bewußt. Eine einheitliche Festlegung gibt es nicht. Das 5. Lebensjahrzehnt haben wir in unsere Auswahl nicht einbezogen, um möglichst spätschizophrene Krankheitsbilder nicht mehr zu erfassen. Alle Kranken wurden angeschrieben und zu einer ambulanten Nachuntersuchung gebeten. In vielen Fällen verblieben die Patienten nach der Klinikentlassung in unserer ambulanten Betreuung, so daß wir mehrere Nachuntersuchungsergebnisse im Verlaufe der Psychose für die Auswertung zur Verfügung hatten. In Ausnahmefällen, insbesondere bei inzwischen in einem auswärtigen Fachkrankenhaus untergebrachten Patienten, begnügten wir uns mit einem ausführlichen schriftlichen Befundbericht des Fachkollegen, nachdem mit ihm über unsere Fragestellung eingehend gesprochen worden war. Krankenunterlagen auswärtiger Fachkliniken lagen uns zur Einsicht vor. Waren keine zuverlässigen Angaben zu erhalten, schieden die Patienten von vornherein aus. Bei den Nachuntersuchungen wurden die Kranken eingehend auf ihre psychopathologische Symptomatik und organischen Befunde hin untersucht. Weiterhin waren wir bestrebt, nach Möglichkeit auch Personen aus der Umgebung des Kranken zu befragen, um die sozialen Bezüge der Kranken zu erfassen. Hierbei haben sich Auskünfte bei der psychiatrischen Fürsorge oft als brauchbar erwiesen.

Von den insgesamt 142 Kranken des obengenannten Zeitraumes war in 22 Fällen keine Katamnese zu erhalten, 30 weitere Kranke starben innerhalb eines Zeitraumes von 4 Jahren nach der Erstbehandlung und wurden deshalb ausgesondert. Es verblieben 90 Kranke, bei denen wir den Psychoseverlauf über 3—10 Jahre verfolgen konnten. Die Aufteilung unserer Fälle erfolgte rein syndromatisch nach dem psychopathologischen Querschnittsbild, wie es sich im Beginn der Erkrankung uns darbot, in depressiv- (cyclothym-) paranoide (31 Fälle), paranoid (-halluzinatorische) Formen (52 Fälle) und paranoide Entwicklungen (7 Fälle). Auf die Symptomatik und die Abgrenzung der Formen untereinander wird bei Besprechung der einzelnen Gruppen eingegangen werden. Somatische Begleiterkrankungen wurden im Rahmen einer mehrdimensionalen Betrachtungsweise mit erfaßt. Besonders berücksichtigt wurde das Fehlen oder Vorhandensein eines psychorganischen Syndroms, wie es sich meist auf dem Boden cerebraler Abbauerscheinungen fand. In vielen Fällen lagen auch pneumographische und hirnelektrische Befunde vor. Erstere korrelierten durchaus nicht immer mit dem klinischen Befund. Nicht selten fand sich luftencephalographisch eine Hirnatrophie ohne klinisch manifeste hirnorganische Symptome und umgekehrt. In solchen Fällen war stets der klinische psychische Befund des Kranken für die Zuordnung ausschlaggebend.

### Ergebnisse

Unter den 90 katamnestisch untersuchten Kranken mit einer paranoiden Psychose des Rückbildungsalters befanden sich 64 Frauen und 26 Männer. Der Anteil der Frauen war also fast 2,5 mal größer als der der Männer. Vom Körperbau her überwog der pyknische Habitus (44 von 90 Fällen). 24 mal fanden sich leptosome oder asthenische Körperbauarten. Eine Übersicht über die Verteilung der Körperbauarten bei den einzelnen Formen gibt Tab.1.

*Tabelle 1. Verteilung der Körperbauarten auf die beiden Formen*

	Körperbauarten			
	pyknisch	leptosom	athletisch	unbestimmt
Cyclothym-paranoide				
Formen (31)	15	7	4	5
Paranoid-halluzinatorische				
Formen (52)	27	15	4	6
Gesamtzahl	42	22	8	11

Einen pyknischen Körperbau fanden wir bei der Hälfte der Patienten mit einer cyclothym-paranoiden Form und in gleicher Häufigkeit auch bei der paranoiden bzw. paranoid-halluzinatorischen Gruppe. Bei etwa  $\frac{1}{4}$  beider Formen fand sich ein leptosomer Habitus. Es bestehen hier keine Unterschiede zwischen den beiden Psychoseformen.

Die Tab.2 enthält eine zahlenmäßige Übersicht über die familiäre Belastung unserer katamnestischen Fälle. Bei über  $\frac{1}{5}$  der Kranken fanden sich in der Familienvorgeschichte Hinweise für eine Psychose. Eine Differenzierung war oft nicht möglich, da die Kranken vielfach keine näheren Angaben machen konnten. Häufig wurde über Suicide in der Familie berichtet (14 mal). Eine Belastung mit Gefäßleiden fand sich nur in 7 Fällen. Nennenswerte Unterschiede in den beiden Psychoseformen bestanden auch hier nicht.

*Tabelle 2. Übersicht über die familiäre Belastung unserer Fälle*

	Familiäre Belastung mit		
	Psychosen	Suiciden	Gefäßleiden
Cyclothym-paranoide			
Form (31)	7	6	2
Paranoid-halluzinatorische			
Form (52)	12	8	5
Gesamtzahl	19	14	7

Somatische Begleiterkrankungen waren bei unseren katamnestisch verfolgten Fällen häufig nachweisbar (bei 63 von 90 Kranken), wie der Tab. 3 zu entnehmen ist.

Tabelle 3. Übersicht über somatische Begleiterkrankungen

	Somatische Begleiterscheinungen			
	Hypertonie	Arteriosklerose	Hirnatriphie	Sonstige Somatosen
<b>Cyclothym-paranoide</b>				
Form (31)	8	7	7	2
<b>Paranoid-halluzinatorische</b>				
Form (52)	10	15	6	8
Gesamtzahl	18	22	13	10

Am häufigsten fanden sich als begleitende körperliche Erkrankungen eine allgemeine Gefäßsklerose oder Hypertonie mit und ohne gleichseitiger Arteriosklerose. Wiederum waren beide Gruppen, die cyclothym-paranoide und die paranoid(-halluzinatorischen) Formen zahlenmäßig etwa gleich vertreten. Pneumographisch nachgewiesene Hirnatriphien waren bei 13 Kranken festzustellen. Anderweitige körperliche Krankheiten, insbesondere kardialer Art, waren elfmal vorhanden.

Es folgt nun die Darlegung unserer Verlaufsuntersuchungen bei den einzelnen von uns unterscheidenden Krankheitsformen.

### 1. Die cyclothym-paranoide Formen

In dieser Gruppe waren brauchbare Katamnesen bei 31 der ursprünglich 49 Fälle zu erhalten. Bemerkenswert erscheint uns, daß unter den 13 verstorbenen Patienten dieser Form 7 durch Suicid endeten. Darüber hinaus begingen von den 31 untersuchten Fällen im Verlaufe der Psychose 7 Kranke einen oder mehrere Suicidversuche.

Unter den 31 katamnestisch verfolgten Patienten waren 24 Frauen und 7 Männer. 20 Kranke waren im Beginn der Psychose ohne nennenswerte psychorganische Symptome, in 11 Fällen fand sich ein leichtes hirnorganisches Syndrom. Der Erkrankungsbeginn lag zwischen dem 51. und 65. Lebensjahr, überwiegend im 6. Lebensjahrzehnt. Von den 24 Patientinnen waren 12 ledig, verwitwet oder geschieden und lebten allein. Die Psychose begann in mehr als  $\frac{2}{3}$  der Fälle (22 von 31 Fällen) akut innerhalb weniger Wochen. Das psychopathologische Bild war gekennzeichnet durch unsystematisierte Beziehungs-, Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen. Halluzinationen meist haptischer, seltener akustischer Art fanden sich nur in wenigen Fällen und waren dann relativ flüchtig. Dabei bestand bei den Kranken oft eine ängstliche

Erregung und Getriebenheit, aber auch eine psychomotorische Hemmung mit gedrückter Stimmung und manchmal auch anklingenden depressiven Schuldgefühlen. Bei 6 Kranken waren neben der paranoiden Symptomatik hypomanische Züge mit gesteigertem Rede- und Beschäftigungsdrang zu beobachten, die entweder den depressiven Erscheinungen folgten oder auch allein ohne diese vorhanden waren. Als Beispiel für eine cyclothym-paranoide Form sei die folgende Krankengeschichte angeführt.

(KG-Nr. 43259) Es handelt sich um die bei der klinischen Aufnahme 62 Jahre alte ledige Gabriele T. Sie stammt aus einer mit psychischen Erkrankungen nicht vorbelasteten Familie. Nach ihren Angaben ist sie in guten und geordneten familiären Verhältnissen aufgewachsen und hat eine unauffällige Entwicklung durchgemacht. Sie wird als ausgeglichene, gefällige und lebenszugewandte Frau bezeichnet und hat bis zur Erreichung der Altersgrenze als kaufmännische Angestellte gearbeitet. Sie sei früher weder körperlich noch psychisch krank gewesen. Etwa 2 Monate vor der Aufnahme in unsere Klinik wurde sie zunehmend reizbar, mißtrauisch, glaubte sich beobachtet und hintergangen, vor allem von ihren Wirtsleuten, mit denen sie zuvor stets in gutem Einvernehmen stand. Sie begann alles auf sich zu beziehen, glaubte schließlich sie würde vergiftet, man wolle sie umbringen. Weil sie auch über abnorme Leibempfindungen klagte, kam sie zunächst in ein internes Krankenhaus und wurde dann, da sich organisch nichts fand, in unsere Klinik verlegt. Hier äußerte sie die schon oben geschilderten paranoiden Vorstellungen, war dabei ängstlich, unruhig, gequält und in der Stimmung bedrückt. Im weiteren Verlauf verstärkte sich das paranoide Syndrom. Auf der Station hielt sie Mitpatientinnen für Spione, sie verweigerte zeitweilig das Essen aus Furcht, sie könne vergiftet werden. Ihre Kleidungsstücke fand sie über Nacht verändert, ihre Jacke habe man durchlöchert und dergleichen mehr. Die ängstliche Unruhe nahm allmählich ab und wurde von einer maniformen Erregung gefolgt. Frau T. wurde zunehmend geschäftig und betriebsam, redete viel, war gehobener, später mehr gereizter Stimmung, äußerte plötzlich Heiratsabsichten. Die paranoiden Vorstellungen waren unverändert. Nach achtmonatiger klinischer Behandlung mit Neuroleptica kam es allmählich zu einem völligen Rückgang der psychotischen Erscheinungen. Die Pat. konnte in ausgeglichener Stimmung entlassen werden, von ihren paranoiden Gedanken hatte sie sich inzwischen distanziert und sie als krankhaft eingesehen. Bei einer Nachuntersuchung 3 Jahre später war Frau T. weiterhin ausgeglichen, aufgeschlossen und zufrieden. Weder cyclothyme noch paranoide Symptome waren in der Zwischenzeit wieder aufgetreten, wie uns der behandelnde Fachkollege bestätigte. Sie lebte in ihrer gewohnten Umgebung, verhielt sich dort unauffällig und hatte auch nie wieder Differenzen mit dem Hauswirt gehabt. Hinweise für ein psychogenisches Syndrom fanden sich weder während der Erkrankung noch bei der Nachuntersuchung.

Der geschilderte Krankheitsverlauf zeigt deutlich eine Wahnsymptomatik, die begleitet war von einer anfangs ängstlich-depressiven, später hypomanischen Erregung. Es trat eine vollständige Remission ein, die bisher über 3 Jahre anhielt.

In der Mehrzahl der Fälle kam es nach Wochen bis Monaten zu einem vollständigen Abklingen der Psychose, wie bei der Patientin Gabriele T. Bei 7 Kranken blieb es während des von uns übersehbaren Zeitraumes beim einmaligen Auftreten der Erkrankung (*episodischer Verlauf*). In

18 Fällen kam es nach freien Intervallen von ein bis mehreren Jahren zum Wiederauftreten der Psychose, die abermals akut begann und bei den meisten Kranken mit der gleichen psychopathologischen Symptomatik wie zuvor einherging (*periodischer Verlauf*).

Bei den restlichen 6 Patienten mit einer cyclothym-paranoiden Form nahm die Psychose einen chronischen Verlauf, wie wir ihn durchweg in der Gruppe der paranoid-halluzinatorischen Formen gesehen haben. In 3 Fällen setzte die Psychose nicht akut, sondern schleichend über mehrere Monate ein, jedoch waren auch bei ihnen im psychopathologischen Bild neben dem paranoiden Syndrom cyclothyme Züge unverkennbar. Sie unterschieden sich während der ersten Klinikbehandlung in der symptomatischen Ausgestaltung nicht von den übrigen Fällen mit einem episodischen oder periodischen Verlauf. Bei 1 Kranken kam es zunächst auch zu einer vollständigen Remission. 1 Jahr später trat ein Rezidiv auf und von jetzt an gestaltete sich der weitere Verlauf chronisch mit Remissionen und Exacerbationen, wobei sich immer wieder neben paranoiden und halluzinatorischen Phänomenen depressive Symptome zeigten. Die Patientin konnte auch nach der zweiten Behandlung nach Hause entlassen werden. Sie ist in ihrer Umgebung sozial leidlich tragbar, lebt zurückgezogen, isoliert sich von ihrer Umgebung und fällt durch ihr Mißtrauen auf. Im Gegensatz zu dieser Patientin war bei den verbliebenen 5 Kranken der Psychoseverlauf von vornherein chronisch. Die anfangs bestehende ängstlich-depressive Erregung trat schon während der ersten klinischen Behandlung allmählich in den Hintergrund oder verschwand ganz, während wahnhafte Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen, verbunden mit zeitweiligen haptischen Halluzinationen, stärker hervorkamen und schließlich das klinische Bild beherrschten. Eine dieser Kranken ist seit mehreren Jahren in einem auswärtigen Fachkrankenhaus untergebracht, eine weitere ist dringend unterbringungsbedürftig, die 3 anderen Patientinnen sind im häuslichen Milieu noch tragbar, verhalten sich aber recht auffällig, wie uns von Nachbarn berichtet wurde.

Von den insgesamt 25 Patienten mit einem episodischen bzw. periodischen Krankheitsverlauf waren zum Zeitpunkt der katamnestischen Erhebung 15 frei von psychotischen und psychorganischen Symptomen. Sie lebten wie zuvor in ihrer gewohnten Umgebung, zum Teil allein, teils im Familien- oder Verwandtenkreis. Mehrere gingen noch ihrer beruflichen Tätigkeit nach. Alle diese Kranken waren also klinisch und sozial unauffällig. 3 Kranke wiesen nach 6—8 Jahren noch leichte depressive Resterscheinungen auf. Wir fanden sie etwas stimmungslabil und ängstlich, sie litten seit der Erkrankung unter gelegentlichen Schlafstörungen und innerer Unruhe. Eine paranoide Symptomatik bestand nicht mehr. Auch fand sich bei ihnen weder klinisch noch pneumographisch ein Anhalt für cerebrale Abbauerscheinungen.

Bei weiteren 7 Kranken entwickelte sich 5—10 Jahre nach Beginn der Psychose ein psychorganisches Syndrom meist auf dem Boden einer vasculären Hirnatrophie mit einem Übergang in die Demenz. 4 dieser 7 in eine Demenz ausgehenden Fälle wiesen schon zu Beginn der Erkrankung leichte hirnorganische Symptome auf, 3 waren anfangs nicht organisch wesensverändert. 1 Kranke hatte im Laufe von 6 Jahren 3 Krankheitsphasen mit paranoid-depressiver Symptomatik durchgemacht, die stets vollständig abklangen. Während der 4. Krankheitsperiode manifestierten sich hirnorganische Zeichen. Danach kam es nicht mehr zu einer vollständigen Remission der psychopathologischen Erscheinungen. Paranoide Restsymptome blieben neben dem hirnorganischen Befund bestehen. Der Kranke konnte aber nach Hause entlassen werden, wo er von seiner Frau betreut wird. Bei diesem und 3 weiteren Kranken verhinderte gleichsam das sich später entwickelnde hirnorganische Syndrom die volle Remission der paranoid-depressiven Symptomatik. In anderen Fällen kam es trotz Hinzutretens hirnorganischer Erscheinungen zu einer Rückbildung der paranoid-depressiven Symptome und im weiteren Verlauf beherrschten cerebrale Abbauerscheinungen vollständig das klinische Bild. Mit der Entwicklung eines organischen Psychosyndroms ist demnach zweierlei möglich, einmal ein weitgehendes Verdrängen der paranoiden Symptome, zum anderen die Verhinderung deren Rückbildung, die bei früheren Krankheitsperioden ohne hirnorganische Erscheinungen möglich war.

Von den insgesamt 20 Kranken, bei denen im Beginn der Psychose Zeichen einer hirnorganischen Wesensänderung fehlten, gingen nur 3, wie schon oben erwähnt, in eine Demenz über, die restlichen 17 Kranken mündeten nicht in ein organisches Psychosyndrom, jedenfalls nicht in dem Zeitraum, den wir überblicken.

Von den 11 Fällen, bei denen sich schon anfangs hirnorganische Symptome dem paranoid-depressiven Bild hinzugesellt hatten, liefen 4 in eine Demenz aus. Bei den übrigen 7 Kranken gestaltete sich der weitere Verlauf folgendermaßen: In 3 Fällen blieb das hirnorganische Syndrom nach Rückgang der psychotischen Erscheinungen unverändert bestehen. Auch im Laufe der Jahre, selbst bei neuen Krankheitsphasen, zeigte es keine erkennbare Progredienz. Es lief gleichsam nebenher und beeinflußte auch die spätere psychopathologische Gestaltung nicht. In 4 Fällen war es reversibel. Mit Abklingen der Psychose verschwanden auch die organischen Züge und waren auch im freien Intervall nicht mehr nachweisbar, wie der folgende, hier nur kurz skizzierte Krankheitsverlauf zeigt.

(KG-Nr. 43752) Die bei der Aufnahme 58jährige Frau Melanie R. hatte eine unauffällige Entwicklung durchgemacht. Der Großvater habe sich im höheren Lebensalter — offenbar während einer Altersdepression — suizidiert. Die Pat. selbst

sei in ihrem Wesen ruhig, etwas empfindsam, habe sich früher immer alles sehr zu Herzen genommen. Sie ist verheiratet, hat zwei erwachsene Kinder und lebt jetzt in wirtschaftlich guten Verhältnissen mit ihrem Ehemann zusammen. 2 Jahre nach der Menopause, im Alter von 53 Jahren, entwickelte sich erstmalig ein paranoides Syndrom mit ängstlicher Gequältheit und Unruhe. Die Pat. fürchtete, wegen politischer Äußerungen verhaftet zu werden, bezog alles, was sie im Radio hörte und in der Zeitung las, auf sich, deutete es wahnsinnig um, glaubte sich bespitzelt, überall seien Hörapparate eingebaut. Halluzinationen bestanden nicht. Intern fanden sich Zeichen einer allgemeinen Arteriosklerose. Die Pat. wirkte psychorganisch verändert, war verlangsamt, vergeßlich, zeitweilig desorientiert. Das Pneumogramm ergab ein leicht erweitertes Ventrikelsystem mit deutlicher Vermehrung der Oberflächenzeichnung, so daß der Verdacht auf ein beginnendes hirnatropisches Geschehen geäußert wurde. Nach  $3\frac{1}{2}$  monatiger klinischer Behandlung war die paranoid-depressive Symptomatik vollständig abgeklungen und mit ihr auch das organische Psychosyndrom. Die Kranke war ausgeglichen, wirkte frischer, war lebhaft. Bei einer Nachuntersuchung nach 4 Jahren ergab sich, daß in der Zwischenzeit keine Psychose wieder aufgetreten war. Die Kranke fühlte sich wohl und war in ihrem Verhalten unauffällig, wie der Ehemann bestätigte. Psychotische Restsymptome fanden wir nicht, es bestand auch kein Anhalt für ein psychorganisches Syndrom.

Eine Zusammenfassung der katamnestischen Erhebungen in dieser Gruppe enthält die Tab. 4. Von den 9 Kranken mit einem auffälligen Verhalten der Umgebung gegenüber sind 4 Patienten, bei denen sich der Verlauf chronisch gestaltete. 3 Kranke zeigen deutliche psychorganische Veränderungen, die eine vollständige Resozialisierung verhinderten. 4 Patienten waren unterbringungsbedürftig bzw. schon untergebracht. Grund für die Unterbringung in einem Fachkrankenhaus war zweimal die unverändert bestehende psychotische Symptomatik, 2 Kranke waren wegen einer inzwischen eingetretenen Demenz auf dem Boden schwerer Hirnabbauerscheinungen untergebracht.

Tabelle 4a-c

*Übersicht über Verlauf, klinische und soziale Prognose der cyclothym-paranoiden Formen*

a	b	c			
Verlauf	Zahl	Klinische Prognose	Zahl	Soziale Prognose	Zahl
Episodisch	7	Frei von Symptomen	15	Unauffällig	18
Periodisch	18	Depressive Restsymptome	3	Sozial auffälliges	
Chronisch	6	Paranoid-halluzinatorische Symptome noch vorhanden	6	Verhalten	9
		Übergang in Demenz	7	Unterbringungsbedürftig bzw.-gebracht	4

## 2. Die paranoiden und paranoid(-halluzinatorischen) Formen

Von den ursprünglich 80 Fällen dieser Gruppe konnten 52 Kranke (38 Frauen und 14 Männer) katamnestisch verfolgt werden. Unter den inzwischen verstorbenen Patienten befand sich nur 1 Suicid. In 1 weiteren

Falle kam es zu einem Suicidversuch im Verlaufe der Erkrankung bei einem durch Eifersuchtswahn gequälten 63 jährigen Mann. Im Gegensatz zur ersten Gruppe, den cyclothym-depressiven Formen, sind also Selbstmordhandlungen bei den paranoid-halluzinatorischen Formen wesentlich seltener.

In 35 Fällen war zu Beginn der Psychose klinisch keine hirnorganische Wesensveränderung festzustellen, 17 Kranke zeigten ein leicht bis mäßig ausgeprägtes psychorganisches Syndrom, das in etwa der Hälfte der Fälle mit einer pneumographisch nachgewiesenen Erweiterung der Ventrikel und Subarachnoidealräume einherging, also Ausdruck vorwiegend vasculär bedingter hirnatrophischer Vorgänge war. In den anderen Fällen war das Pneumogramm regelrecht. Bei einigen Kranken war eine Herzkrankheit vorhanden, die zu cerebraler Mangeldurchblutung und Hypoxydose geführt hat.

Das Manifestationsalter dieser Psychose-Gruppe lag wie auch schon bei den depressiv-paranoiden Formen überwiegend im 6. Lebensjahrzehnt. Bei den Kranken mit einem psychorganischen Syndrom begann die Psychose später, zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr. Unter den weiblichen Kranken fiel wiederum die hohe Zahl der Alleinstehenden auf (31 von 38 Patientinnen); unter den 14 Männern waren es 3.

Abgesehen von 5 Fällen, die einen akuten, sich über mehrere Wochen erstreckenden Krankheitsbeginn zeigten, entwickelten sich diese Formen ausgesprochen schleichend im Laufe mehrerer Monate bis Jahre, ehe sie zur klinischen Behandlung eingewiesen wurden. Das psychopathologische Bild beherrschten in den meisten Fällen ein diffuser Beziehungs- und Beeinträchtigungswahn mit Vergiftungsideen, Verfolgungsgedanken und wahnhaften Leibempfindungen. Eifersuchs- oder Liebeswahn, ebenso Wahnvorstellungen im Bereich der Sexualspäre, wurden selten angegeben. In etwa der Hälfte der Fälle kamen Halluzinationen akustischer und haptischer Art hinzu, seltener wurde über Geruchs- oder Geschmacks-täuschungen berichtet. Reine Halluzinosen sahen wir zu Beginn der Psychose nicht, wohl aber nicht selten im weiteren Verlauf. Flüchtige affektive Symptome fanden sich nur bei 6 Kranken in Form ängstlicher Getriebenheit oder Hemmung. Länger anhaltende depressive Erscheinungen oder maniforme Zustände fanden sich nie. Schizophrene Symptome I. Ranges im Sinne KURT SCHNEIDERS waren sehr selten (2 Fälle) nachweisbar.

In allen, einschließlich der wenigen akut oder subakut einsetzenden Fällen nahm die Erkrankung von Anfang an einen chronischen Verlauf. Bei über der Hälfte dieser Kranken (27 von 52) war die Psychose schon während der ersten klinischen Behandlung therapeutisch nur wenig beeinflußbar. Diese Kranken zeigten auch weiterhin und bei der Nachuntersuchung eine gleichbleibende Symptomatik. In wenigen Fällen

waren der Wahn und die halluzinatorischen Erlebnisse etwas blasser geworden, in einigen Fällen war es nach Jahren zu einer weiteren Ausgestaltung und Systematisierung des Wahns gekommen. 8 Kranke mußten mehrmals stationär behandelt werden. Auch die soziale Prognose der 27 Kranken mit einem *chronisch-gleichbleibenden Verlauf* erwies sich als ungünstig. 12 Patienten waren im häuslichen Milieu wegen der ständigen Auseinandersetzungen und Reibereien mit ihrer Umgebung nicht mehr tragbar und sind inzwischen in einer psychiatrischen Abteilung daueruntergebracht oder sind dringend unterbringungsbedürftig. 13 weitere Kranke zeigten ein sozial auffälliges Verhalten. Entweder lebten sie zurückgezogen, suchten von sich aus keinen Kontakt zur Umwelt oder wurden von den Mitmenschen gemieden. Andere belästigten durch ihr gereiztes, streitsüchtiges Verhalten Nachbarn und Behörden. Nur 2 Kranke waren sozial tragbar und erschienen ihrer Umgebung nicht größer auffällig. Etwa die Hälfte der nichtuntergebrachten Kranken wird durch verständnisvolle Angehörige betreut, so daß bei ihnen vorläufig eine Unterbringung zu umgehen war. Als Beispiel für eine solche chronisch gleichbleibende Verlaufsform sei folgende Krankengeschichte kurz dargestellt.

(KG-Nr. 59055). Karl B. kam mit 55 Jahren erstmalig in nervenklinische Behandlung. Ein Bruder leidet an einer multiplen Sklerose, eine Psychosebelastung besteht nicht. Bei B. selbst verlief die Entwicklung unauffällig, er ist von Beruf Schlosser und hat stets als solcher gearbeitet. Mit 25 Jahren hat er geheiratet und lebte bisher in harmonischer Ehe. Er hat früher eine Lungen-Tbc durchgemacht, die gut verheilt sei, sonst war er nicht anderweitig krank gewesen. Wie die Ehefrau berichtete, sei er seit jeher etwas empfindsam und wehleidig, anderweitige psychische Auffälligkeiten habe sie nicht beobachtet. Erst in den letzten 3 Jahren sei ihr ein zunehmendes Mißtrauen bei ihm aufgefallen. Die jetzige Erkrankung begann etwa vor einem reichlichen halben Jahr. B. wohnt mit seinem Schwager und dessen Frau im gleichen Haus. Es kam allmählich zu einer paranoiden Einstellung bei B. der Frau seines Schwagers gegenüber. Alle ihre Äußerungen bezog er auf sich, deutete sie um und kam zu der Ansicht, daß sie ihm feindlich gesinnt sei. Hintenherum habe er erfahren, daß sie ihn langsam zermürben und zugrunde richten wolle, sein Schwager habe die Apparate beschafft, die er in seiner Abwesenheit aufstelle. Die Apparate seien genau auf ihn gerichtet und in seiner Wohnung höre er genau ein Summen von der Decke her, das davon herrühre. Er spüre die Strahlen in den Beinen, dann setze der Puls aus, dann sei ihm, als stünde das Herz still und zuletzt gelangten die Strahlen in den Darm und am nächsten Tag habe er keine Verdauung. Über diese Beeinflussungen und „Mißhandlungen“ begann er genau Buch zu führen. In den letzten Wochen vor der Klinikaufnahme hatte er sich wiederholt beschwerdeführend an den Staatsanwalt und die Hygieneinspektion gewandt und jetzt wolle er sich einen Geiger-Zähler besorgen, um das Vorhandensein der Strahlen zu beweisen.

B. verhielt sich in der Klinik nach außen hin geordnet, er berichtete sachlich und ohne nennenswerte affektive Beteiligung über seine wahnhaften Erlebnisse. Kein Anhalt für ein psychorganisches Syndrom. Nach mehrmonatiger klinischer Behandlung war die psychotische Symptomatik unverändert vorhanden. Der Kranke sprach von sich aus nicht mehr darüber und auf Wunsch der Ehefrau wurde er nach Hause entlassen. 2 Jahre später wurde er erneut stationär eingewiesen. Er bot die gleichen

psychopathologischen Erscheinungen wie beim ersten Aufenthalt und die Ehefrau gab an, daß sich auch in der Zwischenzeit zu Hause nichts geändert habe. Wiederum konnte eine nachhaltige Beeinflussung der Psychose nicht erreicht werden. Auch nach der erneuten Entlassung hielt er weiterhin an seinen Wahnvorstellungen fest, schrieb an alle möglichen Institute, die ihm durch Abschirmvorrichtungen gegen die Strahlen helfen sollten. Eine medikamentöse Behandlung blieb ohne jeglichen Erfolg. Bei unserer Nachuntersuchung nach 2 weiteren Jahren war die Symptomatologie unverändert vorhanden. Psychorganische Begleitsymptome bestanden nicht. Die Ehefrau hatte den Pat. bislang mit Verständnis betreut, so daß er im häuslichen Milieu noch leidlich tragbar war und eine Unterbringung zunächst vermieden werden konnte.

Diese Krankengeschichte zeigt anschaulich die über Jahre hin gleichbleibenden psychotischen Symptome und deren therapeutische Unbeeinflußbarkeit.

Mehr als  $\frac{1}{3}$  unserer nachuntersuchten paranoid-halluzinatorischen Formen (18 von 52 Patienten) wiesen in ihrem weiteren Krankheitsverlauf mehr oder minder ausgeprägte Remissionen auf, die in manchen Fällen allerdings von akuten Verschlechterungen abgelöst wurden. Bei allen diesen Kranken kam es meist schon während der ersten klinischen Behandlung zu einem Rückgang der psychopathologischen Erscheinungen. Die Kranken distanzierten sich etwas von ihren paranoiden Vorstellungen, die Sinnestäuschungen schwanden oder verblaßten, die Kranken hielten zwar an ihrem Wahn fest, sprachen aber von sich aus kaum darüber, ihre psychotischen Erlebnisse verloren an Aktualität für sie und blieben auch in der Folgezeit nicht selten im Hintergrund des Erlebens, so daß diese Patientengruppe sozial und klinisch eine relativ günstige Prognose aufwies. Daß die „Verdrängung“ und „Entaktualisierung“ wahnhaft-halluzinatorischer Erlebnisweisen mitunter nur sehr oberflächlich gelingt, zeigte sich bei unseren katamnestischen Erhebungen. Eine 57jährige verheiratete Frau war nach zweimaliger klinischer Behandlung gebessert nach Hause entlassen worden. Die Remission hielt über längere Zeit an, wie uns der Ehemann angab. Durch unsere schriftliche Anfrage und Aufforderung, zu einer Nachuntersuchung zu kommen, brachen die von früher bekannten, massiven Beeinflussungs-ideen, Sinnestäuschungen und der Beziehungswahn bei dieser Frau sofort wieder hervor, so daß eine umgehende Klinikeinweisung notwendig wurde. Es genügte schon unser Schreiben, um sofort wieder heftigste Affekte und ein Aufflammen der zuvor zurückgedrängten Symptomatik hervorzurufen. Von dieser Patientin abgesehen war in weiteren 14 der 18 Fälle mit einem *chronisch-remittierenden Verlauf* über den Beobachtungszeitraum eine Verringerung der anfänglichen psychotischen Symptome festzustellen. In den restlichen 3 Fällen war es nach langjährigen Remissionen zur Zeit der Nachuntersuchung wieder zu einer Verstärkung der Symptomatik gekommen. Wiederholte klinische Behand-

lungen waren nur in 2 Fällen nötig. 10 Patienten dieser Gruppe sind sozial weitgehend unauffällig, 5 Kranke zeigten ein auffälliges Verhalten, wie es oben beschrieben worden ist, 3 Kranke sind durch fortgeschrittene organische Abbauerscheinungen inzwischen untergebracht bzw. unterbringungsbedürftig.

Die folgende Falldarstellung soll einen typischen chronisch-remittierenden Verlauf erläutern.

(KG-Nr. 31905). Es handelt sich um die bei der Klinikaufnahme 61 Jahre alte verwitwete Karoline K. Eine Schwester leidet von Kindheit an an einer Epilepsie, sonst keine familiäre Belastung. Die Pat. wird als ausgeglichener, lebensfroher Mensch geschildert. Sie war früher nicht weiter krank gewesen und wohnt seit dem Tode des Ehemannes vor 8 Jahren mit ihrer jüngsten Tochter zusammen. Die Psychose begann subakut mit Hautjucken, Kribbeln und Kitzeln im Unterleib, als würde sie sexuell mißbraucht. Es kam dann zu abnormen Geruchswahrnehmungen, in ihrem Schlafzimmer habe es stark gerochen, sie sei davon wie betäubt gewesen, es müsse Gift hineingelegt worden sein. Schließlich stellten sich akustische Halluzinationen ein, Stimmen hätten ihr verboten zu essen und sie sei von ihnen als Verbrecherin beschimpft worden. Die Nachbarn wären auf einmal so komisch zu ihr gewesen, sie merkte, wie man sie aus der Wohnung herausekeln wollte. Sie vermutete, daß die Hausbewohner hinter allem steckten.

In der Klinik äußerte sie verschiedene körperliche Beeinflussungsideen, akustische und haptische Halluzinationen und zeigte eine paranoide Einstellung den Mitbewohnern gegenüber. Sie war mißtrauisch, schwer zugänglich, manchmal gespannt. Es bestand eine mäßige Hypertonie, das Lüftencephalogramm war normal, auch klinisch keinerlei Anhalt für psychorganische Veränderungen.

Nach dreimonatiger klinischer Behandlung wurde die Pat. gebessert entlassen. Die Beeinflussungsgedanken waren zurückgetreten, sie hörte noch Stimmen, fühlte sich durch sie aber nicht mehr so beeinträchtigt und gequält. 1 Jahr später wurde sie von uns ambulant nachuntersucht. Sie gab noch akustische Halluzinationen an, verspürte bisweilen körperliche Beeinflussung, aber wesentlich geringer als zuvor. Sie versorgte ihren Haushalt und fiel in ihrer Umgebung nicht auf.  $\frac{1}{2}$  Jahr später war der gleiche Befund zu erheben. Nach weiteren  $3\frac{1}{2}$  Jahren waren keine wahnhaften Vorstellungen und Leibempfindungen mehr zu eruieren, die akustischen Halluzinationen bestanden nur noch hintergründig. „Wenn ich Ablenkung habe, bin ich fast völlig frei davon“. Die Pat. wirkte äußerlich geordnet, nicht hirnorganisch verändert. Sie wohnte weiterhin bei ihrer Tochter und besorgte allein den Haushalt. Nach weiteren 2 Jahren kam sie auf unsere Aufforderung nochmals in die Klinik. Als einzige Resterscheinung war noch ein zeitweiliges Stimmenhören vorhanden. „Ich höre zwar mitunter noch Stimmen, besonders abends, wenn ich zu Bett gehe, aber die beeinträchtigen mich längst nicht mehr. Wenn ich Ablenkung habe und unter Leuten bin, merke ich überhaupt nichts mehr.“ In ihrer Umgebung verhält sie sich völlig unauffällig, wie uns der Hausarzt und die Tochter berichteten.

Dieser Fall ist hinsichtlich des günstigen Verlaufs und der psychopathologischen Ausgestaltung bemerkenswert. Im Vordergrund standen anfangs abnorme Leibgefühle und Trugwahrnehmungen der Geruchs- und akustischen Sphäre. In den folgenden Jahren ließ die körperliche Beeinflussung nach und es bildete sich eine reine Verbalhalluzinose heraus, die eine stetige Remission zeigte. Bei den restlichen 7 der 52 Kranken

mit einer paranoid-halluzinatorischen Form war der weitere Verlauf eindeutig *progradient*. Zu Beginn der Psychose unterschieden sie sich kaum in der Entwicklung und im psychopathologischen Bild von den übrigen Fällen dieser Gruppe. Im weiteren kam es bei ihnen aber bald zu einer Ausweitung und Systematisierung des Wahns (meist als schwerer Beeinträchtigungs-, Verfolgungswahn, seltener auch mit expansiven, manchmal auch religiös gefärbten Wahninhalten oder in Form eines Erfinderwahns). Halluzinationen, insbesondere akustischer Art, waren häufig vorhanden. Hierher gehören auch die 2 Fälle mit schizophrenen Symptomen I. Ranges. Von Anfang an bestand bei diesen Formen eine lebhafte Auseinandersetzung mit ihren Wahninhalten und halluzinatorischen Erlebnissen. Die Kranken zeigten eine sthenische, oft ins querulatorische gehende Haltung. Bei ihnen kam es dauernd zu Schwierigkeiten und Reibereien im sozialen Bereich. Die Reaktion der Umwelt auf ihr Verhalten regte sie immer wieder an, das Wahnsystem auszubauen und mehr Personen darin einzubeziehen. Beschwerdeschreiben, persönliches Aufsuchen zahlreicher Dienststellen, ein rastloser Kampf kennzeichnet den Krankheitsverlauf, wie es der folgende, kurz mitgeteilte Fall zeigt.

(KG-Nr. 43916). Frau Lima B. kam im Alter von 61 Jahren zur Aufnahme. Eine familiäre Belastung mit psychischen Krankheiten oder Abartigkeiten war nicht zu erfragen. Sie selbst war in der Volksschule zweimal sitzen geblieben, war später als Hausangestellte tätig und heiratete mit 29 Jahren. Als sie 46 Jahre alt war, verstarb ihr Ehemann. Sie lebte seitdem allein und ging einer Arbeit in einer Fabrik nach. Mit 52 Jahren lernte sie einen Mann kennen, der ihr die Heirat versprach. Da er in Westdeutschland wohnte, verließ sie auf sein Anraten ihren Heimatort, begab sich nach Westberlin und begründete hier ihren Übersiedlungswunsch nach Westdeutschland damit, daß ihr Sohn politisch verfolgt würde. Sie kam in einen kleinen Ort nach Süddeutschland, war hier eine Zeitlang als Waldarbeiterin tätig und fand dann eine Anstellung als Hilfsarbeiterin in einem Kunststoffwerk. Nach 2 Jahren besuchte sie erstmals ihre älteste Tochter in der Nähe von Weimar. Als sie von ihrem Besuch nach Süddeutschland zurückkehrte, „ging es los. Ich merkte, wie die Nachbarn komisch wurden und fühlte, wie sie mich als Spionin ansahen. Es ging vom Untermieter aus, der bei mir wohnte. Der begann systematisch überall gegen mich zu hetzen und mich schlecht zu machen ... Spionage und so weiter ... aber er war es nicht allein ... er war nur der Mittelpunkt einer Organisation ... es war eine ganze Clique.“ Schließlich hörte sie auch, wie man über sie sprach. Es fuhren Autos mit Lautsprechern am Haus vorbei, die bezichtigten sie der Spionage ... Sie ging dann zur Polizei und wollte Anzeige erstatten, aber man habe sie abgewiesen. „Es wurde immer schlimmer, man klopft dauernd an meine Fenster, unten zogen Sprechchöre vorbei und riefen mir dauernd Drohungen zu.“ Da ihr die Polizei nicht half, fühlte sie sich in zunehmender Gefahr, sie verließ ihren Wohnort und kehrte in ihren Heimatort zurück. Aber auch hier sei es nicht anders geworden. Schon im Lager ging es weiter. „... Dort war schon die Anzeige von dem Untermieter da ... Und dann gingen die Gewalttaten los ... in kurzer Zeit wurden 400 (!) Verwandte von mir umgebracht ... die Organisationen arbeiten in allen Ländern zusammen, ich weiß es genau, es geht vom Justizministerium aus. Ich war eben die Spionin ... Ich hörte alles wieder durch die Lautsprecher. Ehe ich das zweitemal heiraten konnte,

einen Oberstaatsanwalt, da haben sie auch meinen zukünftigen Mann umgebracht. Mir hat man gedroht mit Rattengift ...“

Die Kranke, die inzwischen bei ihrer Tochter wohnte, war zu Hause nicht mehr tragbar, sie sprach nur von ihren expansiven Wahnvorstellungen, schrieb überall hin Beschwerdebriebe, wollte dauernd zur Polizei gehen und Anzeige erstatten. Sie wurde daraufhin amtsärztlich eingewiesen.

Hier fand sich das schon oben beschriebene ausgeprägte expansive und mit Größenideen einhergehende Wahnsystem und massive akustische Halluzinationen. Intellektuell bestand eine Unterbegabung, kein Anhalt für psychorganische Symptome. Intern und neurologisch kein krankhafter Befund. Luesreaktionen in Blut und Liquor negativ. Nach viermonatiger Behandlung bestand die Symptomatik unverändert, die Kranke dissimulierte, um entlassen zu werden. Wir haben sie versuchsweise zur Tochter zurückgeschickt. Sie war aber nur 1 Woche in ihrer Wohnung, sie erzählte überall im Dorf ihre Erlebnisse, suchte ständig Dienststellen auf und mußte in das zuständige Fachkrankenhaus eingewiesen werden. Hier baute sie Personen ihrer neuen Umgebung in ihr Wahnsystem ein. Eine therapeutische Beeinflussung gelang bisher nicht, eine Entlassung ist nicht abzusehen.

In 2 der 7 chronisch-progredient verlaufenden Fälle kam es zu schweren aggressiven Handlungen aus dem Wahn heraus. Diese beiden Patienten kamen wegen eines Tötungsdeliktes zur forensischen Begutachtung in unsere Klinik. Infolge des ausgeprägten und progressiven Wahns und der gleichbleibenden affektiven Anteilnahme der Kranken an dem psychotischen Erleben sind die Ausgänge in allen Fällen ungünstig. 5 Kranke mußten bereits nach wenigen Jahren untergebracht werden, unter ihnen die 2 straffällig gewordenen Patienten auf Grund der Anwendung des § 42 b StGB. Lediglich 2 Frauen waren zur Zeit der Nachuntersuchung noch im häuslichen Milieu tragbar, 1 von diesen, eine 57jährige Frau, lebt mit ihrem Bruder zusammen, der sie betreut und beaufsichtigt, die 2. Kranke lebt allein und wird in nächster Zeit ebenfalls in einer psychiatrischen Einrichtung untergebracht werden müssen.

Es sei nun noch die Bedeutung des psychorganischen Syndroms in dieser Gruppe erörtert. Von den schon eingangs erwähnten 35 Kranken, die zu Beginn der Psychose keine hirnorganischen Symptome aufwiesen, gingen nur 3 später in eine hirnorganische Demenz über. Bei den anderen Fällen war auch im weiteren Verlauf ein organisches Psychosyndrom nicht nachweisbar.

Von den 17 Fällen, deren psychotisches Bild anfangs durch gleichzeitige hirnorganische Wesenszüge geprägt war, zeigten 11 Kranke über Jahre hin unverändert psychorganische Symptome, ohne daß diese progredient waren und es zu einem Übergang in eine Demenz kam. In 2 Fällen war das psychorganische Syndrom reversibel, lediglich bei 4 Kranken verdrängten fortschreitende cerebrale Abbauvorgänge die paranoid-halluzinatorische Symptomatik mehr und mehr und standen später klinisch im Vordergrund.

Bei insgesamt 7 von den 52 Kranken mit einer paranoid-halluzinatorischen Form war die Psychose Vorläufer eines organischen Psycho-

syndroms. Ausgänge in einen Defektzustand mit Persönlichkeitszerfall, wie sie von schizophrenen Psychosen bekannt sind, sahen wir nie, andererseits kam es aber auch in dieser Gruppe nie zu vollständigen Remissionen. Die Tab. 5 gibt abschließend eine zahlenmäßige Übersicht über Verlaufsformen und soziale Prognose, wie wir sie bei dieser Krankheitsgruppe gefunden haben.

Tabelle 5. *Übersicht über Verlaufsformen und soziale Prognose*

Verlaufsform	Soziale Prognose		
	Untergebracht	Sozial auffällig	Sozial weitgehend unauffällig
Chronisch-remittierend (18)	3	5	10
Chronisch-gleichbleibend (27)	12	13	2
Chronisch-progradient (7)	5	2	0

### 3. Die paranoiden Entwicklungen

Unter unseren katamnestisch untersuchten Kranken befanden sich 7, bei denen wir eine paranoide Entwicklung im Rückbildungsalter annahmen. Über ihren Verlauf sei abschließend noch kurz berichtet. Alle Patienten zeigten prämorbid auffällige Wesenszüge, meist handelte es sich um sensitive, mißtrauische, selbstunsichere oder auch reizbar-querulatorische Naturen, die auf ein Ereignis oder eine Situation hin mit einer paranoiden Symptomatik in Form einer wahnhaft erlebten Benachteiligung und Zurücksetzung und mit abnormen Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen reagierten. In all diesen Fällen war der weitere Verlauf chronisch wie bei den paranoid-halluzinatorischen Psychosen. Bei gleichzeitigem querulatorischem Verhalten kam es zu Auseinandersetzungen mit Behörden und zu Reibereien mit der Umgebung, die in 4 Fällen zu Gerichtsverfahren wegen Beleidigung oder Verleumdung oder zur Entmündigung führten. 3 dieser Kranken mußten untergebracht werden, bei 4 Kranken kam es nach mehrjährigem Verlauf zu einer leidlichen Remission, nachdem sie in ihrer sthenisch-querulatorischen Haltung erlahmten und sich resignierend zurückzogen. Sie sind im häuslichen Milieu tragbar und vermögen es, ihre wahnhaften Vorstellungen nach außen hin zu verbergen. Auf eine kasuistische Darstellung soll verzichtet werden.

### Besprechung der Ergebnisse

Unter den von uns katamnestisch untersuchten paranoiden Psychosen des Rückbildungsalters fanden sich zwei psychopathologisch unterschiedliche Gruppen, die depressiv- bzw. cyclothym-paranoiden und die paranoiden bzw. paranoid-halluzinatorischen Formen, die sich auch, von wenigen Ausnahmen abgesehen, verlaufstypologisch voneinander unter-

scheiden. Wenn auch im konkreten Fall zu Beginn der Psychose nicht immer bindende Aussagen über den weiteren Verlauf und den Ausgang gemacht werden können, so glauben wir doch zumindest für die Kerngruppe beider Formen prognostisch verschiedenartige Verläufe annehmen zu können.

Die erste Form, die *cyclothym-paranoide Gruppe* ist charakterisiert durch einen akuten Krankheitsbeginn, ein gleichzeitiges Vorhandensein depressiver oder manifomer Symptome neben dem paranoischen Syndrom, durch einen *episodischen bzw. periodenhaften Verlauf* mit jeweils vollständiger Remission der psychotischen Symptomatik. Diese Gruppe entspricht den schizoformen Psychosen mit episodisch-periodischem Verlauf, wie sie SCHIMMELPFENNIG herausgestellt hat. Daß es neben dieser Kerngruppe auch Randfälle gibt, die entweder von Anfang an oder aber nach zunächst periodischem Verlauf in ein chronisches Stadium übergehen, in dem die cyclothyme Symptomatik sich zurückbildet oder auch hintergründig fortbestehen kann, sei ausdrücklich bemerkt. Die zweite Form, die mit einer rein paranoiden bzw. paranoid-halluzinatorischen Symptomatik einhergeht, nimmt im Gegensatz zur ersterwähnten Form stets einen chronischen Verlauf. In diesen Fällen ist die Entwicklung der Psychose schleichend und vollständige Remissionen gibt es nicht, wie schon LECHLER ausführte und SCHIMMELPFENNIG bei seinen schizoformen Psychosen mit chronischem Verlauf bestätigen konnte. Den cyclothym-paranoiden Formen kommt also eine gewisse Sonderstellung zu. Sie ähneln klinisch, psychopathologisch und verlaufstypologisch sehr den Rückbildungspyschosen vom depressiven Typ, so daß man geneigt sein könnte, sie eher diesem Typus zuzuordnen als den reinen paranoiden (schizoformen) Krankheitsbildern, zumal wenn man bedenkt, daß ältere Menschen zu paranoider Verarbeitung neigen und auch depressive Involutionspyschosen oder endogen-depressive Phasen im höheren Lebensalter vielfach eine mehr oder minder starke paranoide Färbung aufweisen. Daß es in einzelnen Fällen der cyclothym-paranoiden Formen nicht zu einer vollständigen Remission kommt und depressive Restsymptome bestehen bleiben können, ist dabei wenig belangvoll. Das ist von Verlaufsuntersuchungen an endogenen Depressionen bzw. Cyclothymien durchaus bekannt (KINKELIN). Für die nahe Verwandtschaft dieser Gruppe zu den depressiven Rückbildungspyschosen könnte weiterhin die unterschiedliche Siucidgefährdung sprechen, die wir bei unseren cyclothym-paranoiden Formen weitaus größer fanden als bei den paranoid-halluzinatorischen Bildern. LECHLER allerdings hält auch phasische Verläufe nicht für ein hinreichendes differentialdiagnostisches Kriterium bei Alterspsychosen. KNOLL fand bei Untersuchungen über wahnbildende Psychosen im Klimakterium und in der Involution neben schizophren aussehenden und verlaufenden Bildern auch Fälle, die

nach dem klinischen und konstitutionellen Befund mehr zu den manisch-depressiven Psychosen tendieren bzw. eine „erhebliche Verflechtung von Merkmalen des schizophrenen und zirkulären Kreises“ aufweisen. Solche „Mischbilder“ beruhen seiner Meinung nach auf einer entsprechenden „gemischten“ Veranlagung der Kranken.

Unsere zweite Gruppe, die *paranoid-halluzinatorischen Formen*, zeigt in sich wiederum unterschiedliche Verlaufstendenzen, die sich in der klinischen und sozialen Prognose widerspiegeln. In etwa  $\frac{1}{3}$  dieser Fälle kam es, im Längsschnitt gesehen, zu einer allmählichen Remission mit einem Rückgang der paranoiden und halluzinatorischen Symptome und zu einer vielfach erfreulichen Resozialisierung der Kranken. Die meisten Patienten dieser Gruppe blieben im häuslichen Milieu durchaus tragbar und fielen in der Umgebung durch ihr Verhalten wenig oder gar nicht auf. Mehr als die Hälfte der paranoid-halluzinatorischen Formen ließ einen über Jahre hin gleichbleibenden Verlauf erkennen. Die psychotische Symptomatik bestand bei ihnen im wesentlichen unverändert, wie sich bei den Nachuntersuchungen ergab. In diesen Fällen war eine weitgehende Resozialisierung der Kranken seltener, eine größere Zahl mußte im Laufe der Zeit untergebracht werden, die anderen Kranken verhielten sich sozial stärker auffällig. In einem relativ geringen Prozentsatz der paranoid-halluzinatorischen Formen kam es sehr schnell zu einer Systematisierung und Ausdehnung der Wahnsymptomatik und zum Bestehenbleiben oft massiver Sinnestäuschungen verschiedener Art. Hier war der Verlauf von Anfang an progredient und eine frühzeitige Unterbringung dieser Kranken in einem psychiatrischen Krankenhaus war in den meisten Fällen nicht zu umgehen. Diese Fälle ähneln sehr den paraphrenen Bildern, wie man sie im Rahmen des schizophrenen Formenkreises beobachten kann, so daß man sie als Spät-paraphrenien bezeichnen könnte, ohne sie allerdings damit nosologisch den Schizophrenien zurechnen zu wollen. Auf die ausgesprochen ungünstige Verlaufstendenz sogenannter Spät-paraphrenien haben schon ROTH u. KAY hingewiesen. Ausgänge in einen Defektzustand mit Persönlichkeitszerfall sahen wir bei diesen Fällen wie auch bei den übrigen Formen nicht. Dieser chronisch-progrediente (paraphrene) Verlaufstyp mit seinem durchweg ungünstigen Ausgang steht an dem einen Ende eines prognostischen Spektrums, an dessen entgegengesetztes Ende die am günstigsten verlaufenden cyclothym-paranoiden Formen zu stellen wären. Bei den paraphrenen Formen ist der Zeiger der Schuld (SCHEID) vorwiegend nach außen gerichtet. Hier sind nach außen gegen die Umwelt gerichtete Aggressionen nicht selten. Es sei nur an die beiden Patienten erinnert, die nach einem Tötungsdelikt zu uns kamen, andere wurden wegen Körperverletzung oder Beleidigung straffällig. Dagegen weist bei den cyclothym-paranoiden Formen der Zeiger der Schuld meist

nach innen, Selbstanklagen und Schuldgefühle sind oft zu beobachten und aggressive Tendenzen sind nach innen, gegen den Kranken selbst, gerichtet, wie die Zahl der Suicide und Selbstmordversuche unterstreicht.

Schwieriger als die Verlaufsbeschreibung ist das Bemühen, ursächliche Faktoren für die unterschiedlichen *Verlaufsformen* aufzudecken. Hier ist sicher eine mehrdimensionale Betrachtungsweise angezeigt. Einmal ist es der psychopathologische Aufbau der Psychosen, der in diesem Zusammenhang Beachtung verdient (WEITBRECHT u. JANZARIK; KLAGES; KNOLL; SCHIMMELPFENNIG). Das gleichzeitige Vorhandensein cyclothymer Elemente neben dem paranoiden Syndrom ist in den meisten Fällen als prognostisch günstig zu werten. Akuter Beginn und Neigung zur Remission sind relativ günstigere Zeichen als eine von Anfang an schlechende Entwicklung der Psychose und ihre ungenügende therapeutische Beeinflussbarkeit schon während der ersten Behandlung (SCHIMMELPFENNIG). Rein paranoide Formen mit Systematisierung oder expansiver Ausgestaltung des Wahns und solche Fälle, die zugleich mit ausgeprägten Leibhalluzinationen einhergehen, verlaufen von Anfang an durchweg ungünstig. Kommt es später zu einem Syndromwechsel mit Übergang in monosymptomatische verbalhalluzinatorische Bilder, dann erwies sich uns der Ausgang als relativ günstig. Somatische Begleiterkrankungen allein beeinflussen den Verlauf kaum, es sei denn, sie haben zu einem psychorganischen Syndrom geführt. Dar Fehlen oder Vorhandensein hirnorganischer Symptome zu Beginn der Psychose sagt auch noch nichts aus über den weiteren Verlauf. Psychorganische Symptome können weiterhin neben der endoformen Symptomatik bestehen bleiben, ohne diese nennenswert zu verändern, in manchen Fällen sind sie sogar reversibel, in anderen beherrschen sie schließlich das klinische Bild. Etwa 15% unserer Fälle zeigten entweder von Anfang an oder erst im weiteren Verlauf zunehmende hirnorganische Symptome und einen Übergang in eine Demenz, waren also endoforme Psychosyndrome im Sinne ALSENS. Von MALAMUD und MILLER wird dem Erkrankungsalter eine prognostische Bedeutung beigemessen. Je höher das Alter um so ungünstiger der Verlauf. Auch wir haben feststellen können, daß die erst im 7. Lebensjahrzehnt Erkrankten zu den prognostisch weniger günstigen Verläufen zählten, vorwiegend aber durch hinzukommende cerebrale Abbauvorgänge. Mit SCHIMMELPFENNIG sind wir der Ansicht, daß therapeutische Maßnahmen — sie bestanden bei unseren Fällen in der Anwendung von Elektro-Krämpfen, Insulinkuren und Phenotheiazingaben allein oder kombiniert — keinen signifikanten Effekt auf die Gestaltung des weiteren Verlaufes und den Ausgang der Psychose haben.

Eine besondere Bedeutung für die Verlaufsgestaltung ist nach unseren Erfahrungen der *Persönlichkeitsstruktur* des Kranken und den *sozialen*

*Umständen* beizumessen. Auf beide Faktoren haben MALAMUD, MILLER, WILLIAMS u. JACO, ROTHSCHILD, SCHINDLER u. a. hingewiesen. KLAGES fand bei katamnestischen Untersuchungen Spätschizophrener häufig gutartige Verlaufsformen sogar mit Ausgängen in Heilung. Seine Kranken zeigten oft cyclothyme Wesenszüge in ihrer prämorbidien Persönlichkeitsstruktur. Bei unseren paranoid-halluzinatorischen Formen mit einem remittierenden Verlauf ließ sich wiederholt verfolgen, wie es vielen Kranken allmählich gelang, sich von ihren wahnhaften Gedankeninhalten zu distanzieren und diese gleichsam in den Hintergrund treten zu lassen. Sie vermögen es, ihre Krankheitserlebnisse mit der Zeit zu entaktualisieren und die affektive Anteilnahme geringer werden zu lassen. Unter ihnen waren die meisten früher ausgeglichene, anpassungsfähige Menschen, die vor Lebensschwierigkeiten eher zurückwichen und Auseinandersetzungen aus dem Wege gingen. Bei den chronisch gleichbleibenden oder progradienten Verläufen befanden sich die Kranken dagegen in einer anhaltenden sthenisch-kämpferischen Haltung. Die affektive Beteiligung an ihrem wahnhaften Erleben war anhaltend. Nicht selten waren sie in ihrer prämorbidien Persönlichkeitsstruktur durch eine schnelle und nachhaltige affektive Ansprechbarkeit, ein ausgeprägtes Gerechtigkeitsempfinden und eine Neigung, ihr Recht zu verteidigen und dabei vor Unannehmlichkeiten nicht zurückzuschrecken, gekennzeichnet.

Daß schließlich sozialen Faktoren im weiteren eine Bedeutung kommt, ist unbestritten. Wie Schizophrenien sind auch die paranoiden Involutionspsychosen situativ formbar. Dabei kommt es nicht so sehr auf das Alleinsein als Zustand (JANZARIK) an, viele unserer Patientinnen sind ledig oder seit Jahren verwitwet, wichtiger erscheint uns das Verhalten der Umgebung dem Kranken gegenüber, das situative Gefüge, in das die Patienten nach der Entlassung aus der Klinik zurückkehren. Eine verständnisvolle Umgebung, Fürsorge und Annahme des kranken alten Menschen durch die Umwelt hilft in vielen Fällen, wie wir sehen konnten, dem Kranken, mit dem Wahn fertig zu werden, ihn gleichsam abzuspalten, mit und neben ihm weiter zu leben und ermöglicht so oft eine weitgehende Resozialisierung. Unverständnis der Mitmenschen, insbesondere auch nächster Angehöriger, regt den Kranken immer von neuem zu Auseinandersetzungen mit seinem Wahn und mit der Umwelt an, gibt den Psychoseinhalten immer wieder Nahrung und verhindert dadurch oft ein Verbleiben des Kranken im häuslichen Milieu. Das alles sind persönlichkeits eigene bzw. äußere Faktoren, die den Verlauf der paranoiden Psychosen, so glauben wir, modifizieren können. Bei allem Bemühen um die Aufdeckung äußerer Einflüsse sollte jener Faktor nicht außer acht gelassen werden, dem wir allenthalben begegnen, wenn wir Verläufe endogener Psychosen studieren oder ein prognostisches Urteil

abgeben, nämlich ihr Morbuscharakter, die Eigengesetzlichkeit, nach der oft auch involutive Psychosen ungeachtet aller erörterten Bedingungen verlaufen.

### Zusammenfassung

Es wird über die Ergebnisse katamnestischer Untersuchungen bei 90 Kranken (64 Frauen und 26 Männer) mit einer *paranoiden Psychose im Rückbildungsalter* berichtet. Es fanden sich psychopathologisch und verlaufstypologisch 2 unterschiedliche Gruppen: Die *cyclothym-paranoiden Formen* (31 Fälle) mit einem — von wenigen Ausnahmen abgesehen — episodisch bzw. periodischen Verlauf mit jeweils vollständiger Remission und guter klinischer und sozialer Prognose. Die zweite Gruppe, die *paranoid-halluzinatorischen Formen* (52 Fälle), zeigen einen durchweg chronischen Verlauf, der in etwa  $\frac{1}{3}$  der Fälle späterhin eine Remission und eine weitgehende Resozialisierung der Kranken erkennen ließ. Bei etwa der Hälfte der paranoid-halluzinatorischen Formen blieb die Symptomatik in ihrer Ausprägung über den Beobachtungszeitraum von 3—10 Jahren weitgehend konstant, in einem geringen Teil der Fälle war der Verlauf von vornherein chronisch-progredient und glich den paraphrenen Bildern, wie man sie im Rahmen des schizophrenen Formenkreises findet. Der Einfluß somatischer Faktoren (insbesondere das Fehlen oder Vorhandensein psychorganischer Symptome), der psychopathologischen Ausgestaltung, der prämorbidien Persönlichkeit und des sozialen Gefüges der Kranken auf Verlauf und Ausgang der Psychose wird erörtert.

### Literatur

- ALBRECHT, P.: Die funktionellen Psychosen des Rückbildungsalters. Z. ges. Neurol. Psychiat. **22**, 306 (1914).
- ALSEN, V.: Endoforme Psychosyndrome bei zerebralen Durchblutungsstörungen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **200**, 585 (1960).
- FUNDING, TH.: Paranoid psychoses in later life. Sociology and prognosis. Acta psychiat. (Kbh.) Suppl. **169**, 356 (1963).
- HAAS, H. J.: Zur Psychodynamik und Pathoplastik paranoider und paranoid-halluzinatorischer Psychosen bei alleinstehenden Frauen. Fortschr. Neurol. Psychiat. **31**, 308 (1963).
- HIRSCHMANN, J., u. W. KLAGES: Konstitutionsspezifische Leitlinien bei den Psychosen des höheren Lebensalters. Arch. Psychiat. Nervenkr. **196**, 254 (1957/1958).
- JACOBI, E.: Die Prognose der Rückbildungsdepressionen und verwandter involutiver Prozesse. Arch. Psychiat. Nervenkr. **95**, 423 (1931).
- JANZARIK, W.: Zur Problematik schizophrener Psychosen im höheren Lebensalter. Nervenarzt **28**, 535 (1957).  
— Die Typologie schizophrener Psychosen im Lichte der Verlaufsbetrachtung. Arch. Psychiat. Nervenkr. **202**, 140 (1961).
- KALLMANN, F. J.: zit. nach W. SCHIMMELPFENNIG.
- KEHRER, F. A.: Die krankhaften psychischen Störungen der Rückbildungsjahre vom klinischen Standpunkt aus. Z. ges. Neurol. Psychiat. **167**, 35 (1939).

- KINKELIN, M.: Verlauf und Prognose des manisch-depressiven Irreseins. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. **73**, 100 (1954).
- KLAGES, W.: Die Spätschizophrenie. Biographie und Klinik schizophrener Erkrankungen des mittleren Lebensalters. Stuttgart: Enke 1961.
- KLEIST, K.: Involutionsparanoia. Allg. Z. Psychiat. **70**, 1 (1913).
- KNOLL, H.: Wahnbildende Psychosen der Zeit des Klimakteriums und der Involution in klinischer und genealogischer Betrachtung. Arch. Psychiat. Nervenkr. **189**, 59 (1952).
- KRAEPELIN, E.: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, 8. Aufl. Bd. II. Leipzig: Barth 1910; Bd. IV. Leipzig: Barth 1915.
- Über paranoide Erkrankungen. Z. ges. Neurol. Psychiat. **11**, 617 (1912).
- KRETSCHMER, E.: Wahnbildung und manisch-depressiver Symptomkomplex. Allg. Z. Psychiat. **71**, 397 (1914).
- Über psychogene Wahnbildung bei traumatischer Hirnschwäche. Z. ges. Neurol. Psychiat. **45**, 272 (1919).
- LANGE, E., u. W. POPPE: Faktoren der Isolierung im Vorfeld paranoider Beeinträchtigungssyndrome des höheren Lebensalters. Nervenarzt **35**, 194 (1964).
- LECHLER, H.: Die Psychosen der Alten. Arch. Psychiat. Nervenkr. **185**, 440 (1950).
- MALAMUD, W., S. L. SANDS, J. T. MALAMUD, and P. J. P. POWERS: The involutorial psychoses; a sociopsychiatric follow-up study. Amer. J. Psychiat. **105**, 567 (1949).
- MILLER, C. W., jr.: Factors affecting the prognosis of paranoid disorders. J. nerv. ment. Dis. **95**, 580 (1942).
- PAULEIKHOFF, B.: Über Veränderungen des Situationsgefüges bei paranoid-halluzinatorischen Erscheinungsbildern. Arch. Psychiat. Nervenkr. **193**, 277 (1955).
- ROTH, M., and D. W. KAY: Social, medical and personality factors associated with vulnerability to psychiatric Breakdown in old age. Geront. clin. **4**, 142 (1962).
- ROTHSCHILD, D.: The role of the premorbid personality in arterio-sclerotic psychoses. Amer. J. Psychiat. **93**, 136 (1944).
- SCHEID, W.: Der Zeiger der Schuld in seiner Bedeutung für die Prognose involutiver Psychosen. Z. ges. Neurol. Psychiat. **150**, 528 (1934).
- SCHIMMELPFENNIG, G. W.: Die paranoiden Psychosen der zweiten Lebenshälfte. Klinisch-katamnestische Untersuchungen. Bibl. psychiat. neurol. (Basel) **128**, 51 (1965).
- SCHINDLER, R.: Die psychischen Faktoren der senilen Dekompensation. Wien. Z. Nervenheilk. **6**, 185 (1953).
- SERKO, A.: Die Involutionsparaphrenie. Mschr. Psychiat. Neurol. **45**, 245 (1919).
- WEITBRECHT, H. J.: Zur Frage der paranoiden Rückbildungssyndrome. Nervenarzt **12**, 329 (1939).
- Psychiatrie im Grundriß. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1963.
- WILLIAMS, W. S., and E. G. JACO: A reexamination of mental illness in old age. Dis. nerv. Syst. **18**, 375 (1957).

Dr. JOACHIM GREGER u. Dr. JOCHEN STAHL  
Universitäts-Nervenklinik  
X 69 Jena/Thüringen