

Neurose im Alter

U. SPIEGELBERG und B. BETZ

Universitätsnervenklinik Marburg/Lahn (Direktor: Prof. Dr. H. Jacob)

Eingegangen am 20. Februar 1969

Neuroses in Relation to Ageing

Summary. A clinical analysis of 1001 patients of a neuropsychiatric hospital is investigated statistically. With advancing age the percentage incidence of neurosis decreases in the individual age groups, very significantly ($P < 0.001$) for all types of neurosis and significantly ($P < 0.05$) for depressive types. "Broken homes" are found significantly less often in the histories of the older neurotics than in those of the younger ones, but in both groups neurotic deviations, changes of syndrome and catogenesis are of equal incidence. The results of comparable surveys relating to the total population, to out-patient clinics and to general and special medical practices are still not available. These results illustrate the distinction between those neuroses which may occur with age and those with cerebral pathology. Therapeutic problems are dealt with briefly.

Key-Words: Neuroses — Geriatry — Psychosomatic Disturbances — Clinical Analysis — Psychotherapy — Syndrome Shift — Catogenesis.

Zusammenfassung. Eine Stichprobe von 1001 Patienten einer neurologisch-psychiatrischen Klinik wird klinisch-statistisch untersucht. Mit steigendem Alter fällt der prozentuale Anteil der Neurotiker in den einzelnen Altersklassen sehr signifikant ($P < 0,001$) für sämtliche Neuroseformen, signifikant ($P < 0,05$) für depressive. „Broken homes“ finden sich in der Anamnese älterer Neurotiker signifikant seltener als bei jüngeren, neurotisierende Fehlhaltungen gleich häufig. Äußere Vereinsamungen sind bei älteren Neurotikern selten, familiäre Probleme gleich häufig, Syndromwechsel und Katagenese sind altersunabhängig. Nach wie vor fehlen vergleichbare Ergebnisse bezüglich der Gesamtpopulation sowie der Verhältnisse in Poliklinik, Allgemein- und Fachpraxen. — Die Ergebnisse sprechen dafür, daß für die Neuroseentwicklung Alterungsvorgang als solcher und cerebrale Pathologie zu unterscheiden sind. Therapeutische Probleme werden erwähnt.

Schlüsselwörter: Neurosen — Geriatrie — Psychosomatische Störungen — Klinische Statistik — Psychotherapie — Syndromwechsel — Katagenese.

Einleitung

Der Nervenarzt sieht in der Klinik, der Poliklinik und in der Konsiliarpraxis durchaus nicht selten eindrucksvolle neurotische, psychopathische und psychosomatische Syndrome bei Menschen in der sogenannten zweiten Lebenshälfte, im mittleren Alter und im Alter selbst. Man neigt zu der Annahme, daß im Rahmen des Alterungsprozesses nicht nur die Disposition zu ernsten organischen Krankheiten sondern auch vielfältigen

Funktionsstörungen zunimmt. Die Lebenserwartung steigt erheblich, Konflikte und Belastungen gibt es in Fülle lebenslang. Müßten nicht somit die Neurosen im mittleren und höheren Lebensalter zunehmen? Solche quantitativen Vermutungen und Schlußfolgerungen, die sich leicht an qualitative Eindrücke heften, trügen allzu oft, wie uns die Ergebnisse moderner klinisch-statistischer Methoden lehren (Bochnik). Wir überblicken jetzt eine unter neurosen-psychologischen und psychosomatischen Fragestellungen durchgearbeitete Stichprobe von 1001 Patienten unserer Klinik. So sollen also zahlenmäßige Verhältnisse, Häufigkeiten, sowie Beziehungen, Korrelationen im Mittelpunkt unserer Darstellung stehen. In der Literatur finden sich noch nicht viele Mitteilungen. Speziell mit der Psychoneurotik der zweiten Lebenshälfte haben sich früher von Bracken; Stern; Abraham, sowie Kehrer, und jetzt besonders Schulte; Müller; Petrilowitsch, sowie Ernst beschäftigt.

Vier Fragen sollen, wenn nicht beantwortet, so doch anhand der statistischen, kasuistischen und literarischen Untersuchungen diskutiert werden: 1. Was wird mit in jüngeren Jahren manifestierten psycho-soziogenen Erkrankungen im Alter? Wirkt das Alter, der Alterungsvorgang als solcher mildernd, abschwächend, heilend oder verschlimmernnd, verstärkend auf den Krankheitsprozeß bzw. die Symptomatik? 2. Gibt es besondere altersspezifische oder alterstypische Neurosen des alternden Menschen in der zweiten Lebenshälfte? Kommt es im Rahmen der interferierenden Einflüsse von Alterungsprozeß selbst, altersspezifischen Lebenssituationen und Konflikten sowie charakterogen-lebensgeschichtlich erworbener Struktur und Dynamik zu Altersneurosen im engsten Sinne? 3. Ist für die Neurosenlehre und -praxis Alterungssprozeß gleich cerebraler Abbauprozeß zu setzen? Hier wird man sich besonders vor intuitiven Schlüssen hüten müssen zugunsten statistischer Befunde. 4. Wie sind Neurosen als symptombildende Krankheiten im Alter, seien sie aus der Jugend mitgebracht oder später neu entstanden, zu behandeln? Sind besondere Methoden und Techniken zu empfehlen?

Statistischer Teil

Datenerhebung und -verarbeitung

Für die Untersuchung stand ein *Kollektiv von 1001 Patienten („Fällen“)* zur Verfügung. Es sind Patienten, die sich zwischen 1962 und 1967 stationär in der Universitätsnervenklinik Marburg befanden. Da das Material zugleich noch für andere Untersuchungen als die vorliegende gewonnen wurde, ergab sich, daß es in zwei Teilmengen zerfiel. Die eine Teilmenge von 509 Patienten ist definiert als „neurologische Fälle“, die andere mit einem Umfang von 492 Patienten als „psychiatrische Fälle“. Diese Einteilung erfolgte nach der Hauptdiagnose. Dabei besteht die Möglichkeit, daß Patienten, die einer Teilmenge angehören, durchaus in der Nebendiagnose ein Krankheitsbild bieten können, das sie als zugehörig zur anderen Teilmenge definieren würde und umgekehrt. Die Entscheidung Hauptdiagnose und

damit die Zugehörigkeit zu einer der beiden Teilmengen enthält also eine gewisse Willkür. Selbstverständlich gehört jeder Fall nur einer der beiden Teilmengen an. Jede dieser beiden Mengen zerfällt wiederum in zwei etwa gleichgroße Teilmengen, dabei wurden die Patienten der einen vom Untersucher direkt befragt und die gewonnenen Daten in die Fragebögen eingetragen. Bei der anderen Teilmenge wurden vom Untersucher Krankengeschichten aus dem Archiv der Klinik bearbeitet und daraus die Daten für den Fragebogen gewonnen.

Abgesehen von diesen Bedingungen erfolgte die Auswahl der Patienten zufällig. Somit ergibt sich, daß das Kollektiv von dem Umfang 1001 keine repräsentative Stichprobe für die Gesamtzahl der Patienten, die unsere Klinik aufsuchen, ist, da das Verhältnis der neurologischen zu den psychiatrischen Patienten auf etwa 3:2 geschätzt wird. Wohl aber stellen die Teilmengen, „neurologische Fälle“ bzw. „psychiatrische Fälle“, repräsentative Stichproben aus der Gesamtzahl der neurologischen bzw. psychiatrischen Fälle, die in unserer Klinik beobachtet und behandelt wurden, dar. Für die vorliegende Untersuchung wurde die Aufgliederung des Gesamtkollektivs von 1001 Fällen in die genannten Teilmengen nicht berücksichtigt. Für die Zuordnung zur Gruppe „Neurotiker“ wurde sowohl die Haupt- als auch die Nebendiagnose herangezogen. Somit ergibt sich, daß die Teilmenge, deren Individuen der Definition „Neurotiker“ genügen mußten, eine repräsentative Stichprobe aller Neurotiker, die in unserer Klinik beobachtet und behandelt wurden, ist.

Unserer Untersuchung lag ein auf psychosomatische Probleme abgestellter *Fragebogen* von Bochnik zugrunde, der um 30 Zusatzfragen durch Spiegelberg erweitert worden ist. Für diese Untersuchungen wurden nur folgende Fragen berücksichtigt:

I. Aus dem Fragebogen von Bochnik:

1. geboren am..... 19.....
2. Hauptdiagnose
3. alle Nebendiagnosen
4. familiäre Probleme (Eltern, Kinder): keine 1—2—3—4—5
sehr erhebliche
5. Vereinsamung (äußere): keine 1—2—3—4—5 sehr erhebliche

II. Aus den Zusatzfragen:

6. Anhalt für äußere Fehlprägung, Milieuschäden oder dgl. (höchstens bis zur Pubertät)
 - a) nicht gefragt
 - b) sicher nicht vorhanden
 - c) fraglich
 - d) leicht, z. B. gestörte Ehe der Eltern, Wechsel des Wohnortes, Mutter berufstätig oder dgl.
 - e) Mittelgradig:

Ehescheidung nach dem 6. und 7. Lebensjahr, mäßige Trunksucht des Vaters, Mutter ein Jahr in einer Heilstätte, größer psychopathische oder leicht psychotische Mutter oder dgl.
 - f) Schwer:

z. B. Fehlen eines Elternteiles in den ersten 6 Lebensjahren länger als 1 Jahr, Ehescheidung, grob psychotische Eltern, Inzest und dgl.
7. Spezielle psychoanalytische Momente (Haltungen im Milieu der Kindheit)
 - a) nicht näher bekannt
 - b) oral-kaptative Besonderheiten wie Sparsamkeit, Armut, Askese oder dgl. oder das Gegenteil

- c) aggressive Besonderheiten: Bescheidenheit, Gegensatz von Ehrgeiz, Demut oder das Gegenteil
 - d) erotisch-sexuelle Besonderheiten: Prüderie, antisexuelle Haltung oder das Gegenteil
 - e) besonders b und c
 - f) besonders c und d
 - g) besonders b und d
 - h) b-d
 - i) entsprechende Fehler bzw. Fehleinwirkungen unwahrscheinlich
 - j) entsprechende Einwirkungen sicher nicht vorhanden
8. Syndrome Shift
- a) nicht bekannt
 - b) sicher nicht vorhanden
 - c) fraglich
 - d) sicher oder leicht, bzw. selten
 - e) ausgeprägt, mäßig
 - f) sicher und relevant
9. Katagenese möglich, wahrscheinlich oder doch ernsthaft zu diskutieren.
- a) nicht bedacht, gefragt, notiert oder dgl.
 - b) sicher nicht vorhanden
 - c) fraglich
 - d) sichere Anhalte, aber von geringer Überzeugungskraft
 - e) deutlichere, relevant anmutende Hinweise (z.B. erste Symptome einer Multiplen Sklerose nach erstem Coitus, erster Asthmaanfall 2 Std nach Beerdigung der Mutter bei vorbestehender asthmoider Bronchitis)
 - f) positiver Extremfall wie von López Ibor erwähnt (Torsionsdystonie nach symbolischer Kopfdrehung in einer Gerichtsverhandlung, auch endogene Psychosen analog. — Der Anlaß, bzw. das katagenetische Moment muß aber ein psychisch-soziogenes sein.)

Die Fragen unter Ziffer 4, 5 und 9 beziehen sich auf die aktuelle Situation kurz vor bzw. bei Krankheitsbeginn. Zu Ziffer 4 mußten etwa Schwierigkeiten durch Beispiele plausibel gemacht werden. Eingefügt werden mag noch, daß zu diesem Punkt ausdrücklich nicht Eheprobleme berücksichtigt und gefragt worden sind, sondern nur Schwierigkeiten mit der älteren und jüngeren Generation. Im einzelnen wurde also nicht die Angabe „ich habe sehr erhebliche Probleme mit meinen Kindern“ sondern „mein Sohn hat mich vor 2 Jahren aus der Wohnung gedrängt, jetzt lebe ich bei meiner Tochter, deren Mann trinkt...“ etwa als „sehr erheblich“, d.h., mit der Komparativzahl 5 bewertet. Zu Ziffer 5 (Vereinsamung) gilt das Entsprechende unter strenger Beschränkung auf äußere im Gegensatz zu innerseelischer Vereinsamung. Die Fragen zu Ziffer 6 zielen auf die verschiedenen Grade des „broken home“ aber eben ausdrücklich komparativ unter Mitberücksichtigung auch leichterer Milieuschäden und unter Erweiterung der befragten Periode über das 6. Lebensjahr hinaus bis in die Pubertät (Kretschmer). Unter Ziffer 7 wird versucht feinere, womöglich wichtigere, psychosozogene Schäden halbsystematisch zu erfassen, unter Anlehnung an die Schultz-Henckesche analytische Theorie und Nomenklatur. Unter Syndrome Shift wird das Abwechseln von psychosomatischen (z.B. Asthma und Magengeschwür) und psychopathologischen Syndromen (z. B. Hysterie und Sexualneurose) untereinander oder ein somato-psychischer bzw. psycho-somatischer Abtausch verstanden (López Ibor; Groen; Spiegelberg).

Syndromwechsel spielt in der psychosomatischen Medizin eine gewisse Rolle ebenso wie die von López Ibor Katagenese (Ziffer 9) genannte Erscheinung. Katagenese wird ursprünglich eine eklatante psychosozogene Auslösung organischer

Leiden (Beispiel unter Komperativziffer f) genannt. Wir haben den Begriff und Mechanismus ausgedehnt auf die Auslösung endogener Psychosen, nicht aber Neurosen, deren Manifestation mit und durch bestimmte, womöglich spezifische belastende, frustrierende Lebenssituationen wesenhaft ist.

Für die Untersuchungen ergaben sich folgende *Fragestellungen*: Wie verteilen sich die Merkmale (Neurose, Neuroseformen, Syndrome Shift, Katagenese u. a.) auf die einzelnen Altersklassen, gibt es dabei Unterschiede in der Häufigkeit und sind diese eventuellen Unterschiede statistisch zu sichern? Die zweite Form der Fragestellung lautete: Wie häufig kommen die Merkmale „frühkindliche Fehlprägung“ bzw. „familiäre Probleme“, „Vereinsamung“ gemeinsam mit dem Merkmal „Neurose“ bei Patienten in den verschiedenen Altersklassen vor. Auch hierbei sollten eventuelle Unterschiede auf ihre bloße Zufälligkeit oder statistische Signifikanz geprüft werden. Damit erwies es sich als notwendig, erstens die Fälle verschiedenen Altersklassen zuteilen und zweitens ein Diagnosenschema der Neurosen zu schaffen.

Der jüngste Patient aus unserem Kollektiv war 16 Jahre alt, der älteste 82. Die erste Klassengrenze setzten wir bei 25 Jahren, die zweite Grenze bei 39, die folgenden Klassen umfassen jeweils eine Dekade.

Für die *Klassifizierung der Neurosen* wählten wir folgende Einteilung:

1. Phobien
2. Angst- und Zwangsnurosen
3. Zwangsnurosen
4. Perversionen
5. Hysterie
6. Psychosomatische Neuroseformen
7. Depressive Neurosen
8. Sonstige unklassifizierte Neurosen und Psychopathien, Mischformen.

Zwischen Neurosen und Psychopathien wurde in Anlehnung an das Vorgehen von Petrilowitsch nicht streng unterschieden. Übergänge und Zwischenstufen werden allgemein angenommen, ätiopathogenetisch ist bezüglich beider Kerngruppen das letzte Wort noch längst nicht gesprochen.

Die Fragestellung bedingt die *Auswahl der Merkmale*. Wir gelangten zu folgenden:

1. Altersklassen, bestimmt aus dem Geburtsjahr
2. Diagnoseklassen, bestimmt aus Haupt- und Nebendiagnosen
3. familiäre Probleme, hierbei wurden nur die Fälle berücksichtigt, bei denen die Untersucher im Bochnikschen Fragebogen die Zuordnung 4 oder 5 angekreuzt hatten.
4. Vereinsamung, die Auswahl wurde analog zu „familiäre Probleme“ vorgenommen.
5. Frühkindliche Fehlprägung, aus den Zusatzfragen. Hier wurden Zuordnungen d oder e oder f zu einem Merkmal zusammengefaßt.
6. Frühkindliche Fehlprägung (psychoanalytische Merkmale). Es genügte jeweils einer der Punkte b – h für die Definition dieses Merkmals.
7. Syndrome Shift, hier wurden d oder e oder f zu einem Merkmal zusammengefaßt.
8. Katagenese, auch hier wurden die Punkte d oder e oder f zu einem Merkmal zusammengefaßt.

Die *Dokumentation* der Fälle erfolgte auf sogenannte „Sichtlochkarten“. Jede Sichtlochkarte entspricht einem Merkmal. Wir haben die Auszählung mit Hilfe eines von einem von uns (B.) konstruierten Impulszählwerkes halbmaschinell vorgenommen. Alle von uns verwendeten Merkmale wurden als alternative Merkmale behandelt. Daraus ergab sich, daß wir den leicht zu handhabenden Chi-Quadrat-test

zur Prüfung der Zufälligkeit heranziehen konnten. Die Null-Hypothese wurde angenommen, wenn die Testgröße Chi-Quadrat den zu einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% gehörigen Wert nicht überschritten hatte, im gegenteiligen Fall wurde die Null-Hypothese verworfen.

Ergebnisse

1. Neuroseform im Alter

Tabelle 1. Neuroseform im Alter

Lfd. Nr.	Neuroseform	Anzahl n_i	$p_i(\%)$	Anzahl d. Pat. über 50 J.	$p_i(\%)$
1	Phobien	1	0,45	0	0
2	Angst, Zwang	1	0,45	0	0
3	Zwang	1	0,45	0	0
4	Perversionen	3	1,35	1	2,4
5	Hysterie	12	5,4	2	4,8
6	Psychosom. N.	24	10,8	8	16,7
7	Depressive N.	71	32,0	15	31,2
8	Sonstige unklass.	109	49,1	22	45,8
		$N = 222$	$\approx 100,0$	$n_i \geq 50 = 48$	$\approx 100 \%$

Tab. 1 zeigt die Diagnoseklassifizierung, die vorgenommen wurde, geordnet nach der absoluten Häufigkeit (n_i) der einzelnen Neuroseformen. Insgesamt befanden sich in unserem Kollektiv 222 Neurotiker. In der Spalte 4 ist der prozentuale Anteil [$p_i(\%) = 100 \cdot n_i/N$] der jeweiligen Neuroseform an der Anzahl aller Neurotiker angegeben. In der Spalte 5 ist die absolute Anzahl der Patienten angegeben, die die Merkmale „jeweilige Neuroseform“ und „Alter über 50 Jahre“ aufweisen (symbolisiert mit $n_i \geq 50$). Die Spalte 5 zeigt die prozentuale Aufteilung analog zu Spalte 4. Spalte 4 und 6 sagen aus, daß es im Alter keine wesentliche Umgruppierung in der Zugehörigkeit zu einer Diagnoseklasse gibt.

2. Symbole und Berechnungen der Tabellen 2—7

Jede dieser Tabellen weist 6 Spalten auf, gekennzeichnet durch folgende Symbole:

- i = Zeilenindex
- k = Altersklasse, hier sind die oberen und unteren Grenzen angegeben
- n = Gesamtzahl der Patienten einer Altersklasse
- z = Gesamtzahl der Patienten einer Altersklasse, die das Merkmal oder beide Merkmale tragen, die in den Überschriften angegeben sind
- p = prozentualer Anteil der Merkmalsträger am Umfang einer Altersklasse
- $p_i = \frac{z_i}{n_i}$

c^2 = Summanden, deren Summe den Prüfwert χ^2 ergibt, gewonnen nach folgenden Formeln:

$$p_i = \frac{z_i}{n_i}; \quad \bar{p} = (\Sigma z_i / \Sigma n_i); \quad \bar{q} = 1 - \bar{p}$$

$$c_i = 2 \cdot (\sqrt{z_i + 1} \cdot \bar{q} - \sqrt{(n_i - z_i) \cdot \bar{p}}); \text{ wenn } p_i < \bar{p}$$

oder

$$c_i = 2 \cdot [\sqrt{z_i - \bar{q}} - \sqrt{(n_i - z_i + 1) \cdot \bar{p}}]; \text{ wenn } p_i > \bar{p}$$

$$\chi^2 = \Sigma c_i^2 \text{ (Prüfwert)}$$

(Näheres „Documenta Geigy, wissenschaftl. Tabellen“, Basel 1960, 6. Aufl.)

Die Größe c^2 zeigt, welche Klassen zu der jeweiligen Höhe der Prüfgröße Chi-Quadrat besonders beitragen.

\bar{p} = siehe unter c^2

N = Umfang des Gesamtkollektivs (Σn), beträgt hier nur 992, da auf 9 Fragebögen keine Altersangabe gemacht wurde, bei den Tabellen Umfang des Kollektivs „Neurotiker“

Z = Umfang der Teilmenge „Neurotiker“ (bei den Tabellen 4–7 Umfänge der Teilmengen „frühkindliche Fehlprägung“, „Vereinsamung“, „familiäre Probleme“), (Σz_i) bei 220 Fällen, da 2 Merkmalsträger ohne Altersangabe

χ^2 = Tafelwert bei 5 Klassen (4 Freiheitsgrade) bei der jeweiligen Irrtumswahrscheinlichkeit Alpha (s. o.). Überschreitet Chi-Quadrat den Tafelwert, so wurde die Null-Hypothese verworfen, die gefundenen Unterschiede wurden als nicht zufällig angesehen. Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von

5 % beträgt Chi-Quadrat = 9,488

1 % beträgt Chi-Quadrat = 13,277

0,5% beträgt Chi-Quadrat = 14,860

0,1% beträgt Chi-Quadrat = 18,467

Die Zeile 1 der Tab. 2 z. B. ist wie folgt zu lesen:

141 Patienten von 992 gehören der Altersklasse 16–25 Jahre an.

49 Patienten dieser Altersklasse hatten eine Neurose, das entspricht einem prozentualen Anteil von 34,8.

3. Altersklasse und Neurose

Tabelle 2. Altersklassen und Neurosen

i	k_i	n_i	z_i	p_i	c_i^2
1	16–25	141	49	34,8	10,68
2	26–39	260	75	28,8	5,93
3	40–49	193	48	24,9	0,71
4	50–59	206	31	15,0	6,15
5	60–82	192	17	8,9	24,74

$N = 992$

$Z = 220$

$\bar{p} = 0,22$

$\chi^2 = 48,21$

Die Zahlen der Tabelle 2 sind dahingehend zu interpretieren, daß mit steigendem Alter der prozentuale Anteil der Neurotiker in den einzelnen Altersklassen fällt. Der gefundene Unterschied ist weit unter dem 0,1%-Niveau signifikant. Das heißt aber eben: In der Klinik finden sich hoch-

signifikant weniger Neurosekranken über 50 Jahre als in niederen Altersklassen. Dies Ergebnis bestätigt die Zahlen der Münchener Universitätsklinik aus den Jahren 1957/58 (Ullmann; Helmich; Meyer u. Reisinger). Auch bei neurotischen Depressionen im weiteren Sinne finden sich analoge Verhältnisse.

Tabelle 3. *Altersverteilung depressiver Neurosen*

<i>i</i>	<i>k_i</i>	<i>n_i</i>	<i>z_i</i>	<i>p_i (%)</i>	<i>c_i²</i>
1	16—25	141	16	11,35	3,06
2	26—39	260	22	8,46	0,69
3	40—49	193	17	8,81	0,78
4	50—59	206	9	4,37	1,85
5	60—82	192	6	3,13	4,60
<i>N</i> = 992		<i>Z</i> = 70		<i>p</i> = 0,07	χ^2 = 10,98

Auch hier fällt der prozentuale Anteil der Merkmalsträger „depressive Neurose“ mit steigendem Alter. Der Unterschied ist auf dem 5% Niveau signifikant. Bei einem depressiven Neurotiker fehlte die Altersangabe, daher werden hier im Gegensatz zu Tab. 1 nur 70 Patienten mit diesem Merkmal gefunden.

4. Altersklasse und ursächliche (neurotogene) Faktoren

Spielen Vereinsamung, familiäre Probleme — in der Psychoneurotik älterer Menschen immer wieder als wesentlich vermutet, angeschuldigt und diskutiert — für den älteren Neurotiker wirklich eine größere Rolle als für jüngere? Und wie steht es entsprechend mit der Bedeutung der frühkindlichen psychosozialen Schäden? Es werden hier (Tab. 4—7) aus einem erheblich größeren Ursachenkatalog mit Einschluß charakterogener, erbbiologischer und anderer Faktoren diese wenigen potentiellen ursächlichen Störmomente herausgegriffen, erstens weil die Gesamtauswertung noch nicht vorliegt und zweitens weil anders der Rahmen der Darstellung überdehnt, ja gesprengt werden würde.

In Tab. 4 mußten die Merkmalsträger den Definitionen „Neurotiker“ und „äußere frühkindliche Fehlprägung“ (z. B. broken home) genügen, (n_i = Anzahl der Neurotiker einer Altersklasse, z_i Anzahl der Neurotiker mit „äußerer frühkindlicher Fehlprägung“). Die Unterschiede sind auf dem 5% Niveau signifikant. Wir finden bei den älteren Menschen mit einer Neurose deutlich weniger oft das Merkmal „äußere frühkindliche Fehlprägung“. Ältere Menschen erinnern sich im allgemeinen gut an weiter zurückliegende Erlebnisse und Fakten. Es ist nicht sehr wahrscheinlich, daß Gedächtnisstörungen das Ergebnis bedingen. Erschöpfen sich die äußeren situativen Milieuschäden bis zur Lebensmitte und gewinnen

Tabelle 4. *Frühkindl. Fehlprägung (Milieu etc.), Neurose und Altersklasse*

<i>i</i>	<i>k_i</i>	<i>n_i</i>	<i>z_i</i>	<i>p_i (%)</i>	<i>c_i²</i>
1	16—25	49	25	51,02	4,606
2	26—39	75	30	40,00	0,651
3	50—49	48	13	27,08	0,935
4	50—59	31	6	19,35	2,722
5	60—82	17	3	17,65	1,445

$$N = 220 \quad Z = 77 \quad \bar{p} = 0,35 \quad \chi^2 = 10,359$$

andere Ursachen und Konditionen die Führung? Feststeht, daß bei älteren Neurotikern weniger häufig „broken home“ oder ähnliches gefunden wurden.

Extreme, potentiell neurotisierende Haltungen der wichtigsten Erwachsenen des frühkindlichen Milieus später Neurosekranker spielen hingegen wahrscheinlich die gleiche Rolle für alle Altersklassen (Tab. 5).

Tabelle 5. *Frühkindl. Fehlprägung (psychoanal. Momente), Neurose und Altersklasse*

<i>i</i>	<i>k_i</i>	<i>n_i</i>	<i>z_i</i>	<i>p_i (%)</i>	<i>c_i²</i>
1	16—25	49	16	32,65	1,372
2	26—39	75	20	26,67	0,126
3	20—49	48	7	14,58	2,047
4	50—59	31	8	25,81	0,004
5	60—82	17	3	17,65	0,054

$$N = 220 \quad Z = 54 \quad \bar{p} = 0,245 \quad \chi^2 = 3,602$$

Es sind die Merkmale „Neurotiker“ und „frühkindliche Fehlprägung, psychoanalytische Momente“ als Definition verwandt. Wie schon die relativ geringen Unterschiede der prozentualen Anteile vermuten lassen, gibt es keine signifikanten Abweichungen zwischen den Altersklassen. Die von Schultz-Hencke formulierten Haltungen hinsichtlich der Triebgebiete Oralität-Analität, Aggressivität und Sexualität im frühkindlichen Milieu unterscheiden sich nicht signifikant bei jungen und alten Neurotikern. Diese Faktoren sind also gleich wichtig oder gleich unwichtig. Da eine Relevanz sehr wahrscheinlich ist, kann man die Befunde dahingehend interpretieren, daß für ältere Neurosekranker die feinen Schäden pathogener sind als die vergleichsweise groben, äußerlichen, situativen. Dieses Ergebnis entspricht dem Erfahrungswissen des Psychoanalytikers und kann als wissenschaftlich-statistische Stützung der kasuistisch-empirisch erarbeiteten Lehrmeinung der meisten psychoanalytischen Schulen gelten.

Im folgenden beschäftigen wir uns nun mit aktuellen Störfaktoren, wie schon näher erläutert wurde.

Tabelle 6. Neurose, Alter, Vereinsamung

<i>i</i>	<i>k_i</i>	<i>n_i</i>	<i>z_i</i>	<i>p_i (%)</i>	<i>c_i²</i>
1	16—25	49	17	34,69	3,415
2	26—39	75	16	21,33	0,000
3	40—49	48	3	6,25	7,869
4	50—59	31	10	32,26	1,320
5	60—82	17	3	17,65	0,000

$$N = 220 \quad Z = 49 \quad \bar{p} = 0,223 \quad \chi^2 = 12,604$$

Tab. 6 zeigt die Merkmale „Vereinsamung“ und „Neurose“ in Abhängigkeit von der Altersklasse. Die gefundenen Unterschiede sind auf dem 5% Niveau signifikant. Wie die 5. Spalte [$p_i (%)$] und vor allem die 6. Spalte (c_i^2) zeigen, sind die Neurotiker der Altersklasse 40—49 Jahre dafür wesentlich „verantwortlich“, bei der wir das Merkmal „Vereinsamung“ beträchtlich weniger oft fanden. Also: Wenigstens die neurosekranken Menschen sind im „mittleren Alter“, d.h. im 5. Lebensjahrzehnt am wenigsten einsam, äußerlich einsam. Junge und über 50 Jahre alte Neurotiker hingegen sind gleich häufig vereinsamt. Es darf betont werden, daß „innere Vereinsamung“, auch das „Gefühl der Vereinsamung“, auf Grund unserer Untersuchungsmethode hinreichend sicher von der hier einzig gemeinten effektiven situativen Vereinsamung, besser Isolierung, abgegrenzt, d.h. nicht berücksichtigt worden sind. Erklärungen, Interpretationen bieten sich leicht an. Eltern, Verwandte der Aszendenz sind eben noch und die junge Generation schon recht ausgedehnt vorhanden. Wir verzichten auf weitere Deutungen. Es handelt sich im wesentlichen um einen recht originellen Befund, der uns in der Literatur noch nicht begegnet ist. Um so bemerkenswerter als sich familiäre Probleme (Tab. 7) gleichmäßig auf alle Altersklassen verteilen.

Tabelle 7. Neurose, Alter, familiäre Probleme

<i>i</i>	<i>k_i</i>	<i>n_i</i>	<i>z_i</i>	<i>p_i (%)</i>	<i>c_i²</i>
1	16—25	49	19	38,78	0,973
2	26—39	75	27	36,00	0,591
3	40—49	48	10	20,83	1,986
4	50—59	31	9	29,03	0,000
5	60—82	17	4	23,53	0,111

$$N = 220 \quad Z = 69 \quad \bar{p} = 0,314 \quad \chi^2 = 3,661$$

Diese Tabelle ist analog zur vorhergehenden angelegt. Die Neurotiker aller Altersklassen sind gleich stark mit familiären Problemen belastet, es gibt keine signifikanten Unterschiede.

Auch Syndrome Shift, Syndromwechsel (s. o.) als Merkmal zeigt keine Abhängigkeit vom Alter (Tab. 8). Wir müssen die Null-Hypothese beibehalten. Das gilt auch für das Merkmal Katagenese (s. o.), welches ebenfalls keine Altersabhängigkeit zeigt (Tab. 9).

Tabelle 8. *Syndromwechsel und Altersklasse*

i	k_i	n_i	z_i	$p_i (0/0)$	c_i^2
1	16–25	141	11	7,80	0,07
2	26–39	260	22	8,46	0,59
3	40–49	193	17	8,81	0,68
4	50–59	206	10	4,85	1,21
5	60–82	192	11	5,73	0,27

$$N = 992 \quad Z = 71 \quad \bar{p} = 0,07 \quad \chi^2 = 2,82$$

Tabelle 9. *Katagenese und Alter*

i	k_i	n_i	z_i	$p_i (0/0)$	c_i^2
1	16–25	141	5	3,55	0,02
2	26–39	260	11	4,23	0,57
3	40–49	193	5	2,59	0,03
4	50–59	206	5	2,43	0,13
5	60–82	192	7	3,64	0,05

$$N = 992 \quad Z = 33 \quad \bar{p} = 0,03 \quad \chi^2 = 0,8$$

Entgegen unserer kasuistisch gewonnenen Vermutung lässt sich statistisch eine zum Syndromwechsel disponierende Rolle des Involutionalters nicht beweisen. Alt und Jung wechselt die Syndrome gleich häufig. Ebenso ist die Empfindlichkeit gegenüber größer erlebnisreaktiven Auslösungen endogener Psychosen und organischer Nervenleiden gleichmäßig verteilt. Wir ersparen uns wieder spekulative Deutungen, zumal vergleichbare Ergebnisse nicht bekannt geworden sind. Wir werden weiter unten noch dieses und jenes Sonderproblem diskutieren.

Diskussion

Frage wir uns nun, wieweit unsere Beobachtungen zur Klärung der anfangs formulierten Fragen beitragen können.

1. Zur ersten Frage nach dem *Verlauf* in der Jugend manifestierter Neurosen: Neurosen und Psychopathien verlieren mit zunehmendem Alter jedenfalls ihre klinische Bedeutung. Sie klingen ab oder schwächen sich ab, z. B. Zwangsnurosen und zahlreiche Typen abnormer Persönlichkeiten (Petrilowitsch). Eine Ausnahme bilden haltschwache, in Alkoholismus und Verwahrlosung abgleitende Persönlichkeiten und Entwicklungen. Andere Neuroseformen wandeln ihr äußeres Erscheinungsbild, wie es

Ernst für die Hysterie und Alvarez für die Migräne angegeben haben. Da unsere statistischen Erhebungen diese Beobachtungen zweifach nicht bestätigen können, einmal anhand der Altersverteilung der Neuroseformen und zum zweiten anhand der Beziehung Syndrome Shift zur Altersklasse, halten wir noch weitere Studien zur Klärung für notwendig. Vor allem die Grundfrage, ob entgegen der klinischen Statistik in der Gesamtbevölkerung die Neurosefrequenz nicht etwa zunimmt oder gleichbleibt ist durchaus noch nicht entschieden (Müller u. a.).

2. Zur zweiten Frage einer *speziellen Altersneurotik*: Haben das Alter selbst, seine spezifischen Belastungen und Konflikte oder die klassischen „genetisch-deterministischen“ (Bräutigam) Schemata und Dynamismen der psychoanalytischen Neurosenlehre stärkere Valenz? Natürlich konkurrieren noch genetische Faktoren und manches andere. Wir beschränken uns hier auf die Frage, ob Schädigungen in der Kindheit und Jugend im Sinne der broken homes sowie besondere Belastungen zum Zeitpunkt der Manifestation der Neurosen bei jungen und alten Patienten unterschiedlich häufig zu eruieren waren. Es scheint eine spezielle Altersneurotik zu geben. Die Neurosen des Alters werden — dafür sprechen einzelne unserer Ergebnisse — weniger durch frühkindliche Fehlprägungen determiniert. Spätere aktuelle Frustrationen können gleich relevant sein wie bei jungen Personen, das gilt für die familiären Probleme. Vereinsamung hingegen zeigt eine Bevorzugung von Alter und Jugend, während das 5. Lebensjahrzehnt davon relativ verschont bleibt. Bemerkenswert ist, daß extreme psychische Haltungen hinsichtlich gewisser Triebansprüche in den Elternhäusern junger und älterer Neurotiker gleich gefunden wurden und somit für gleich wichtig gelten müssen. Sie können auch gleich unwichtig sein, das wird sich durch Vergleiche mit Kontrollgruppen klären. Die entsprechenden Zahlen liegen uns noch nicht vor. Petrilowitsch hat eine etwas kühne ontogenetische Zuordnung der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen durchgeführt. Danach gehören die Freudschen Probleme dem jungen, die Adlerschen dem mittleren und die Franklschen existenzanalytischen dem fortgeschrittenen Alter an. Man muß die Jungschen Probleme, die uns besonders gut zur Alterspsychoneurotik zu passen scheinen, hinzufügen. Im Zusammenhang mit der Frage nach einer speziellen Altersneurotik kommen wir noch einmal auf Syndromwechsel und Katagenese zurück. Die Vermutung, daß die „Wechseljahre“ bei Mann und Weib mit gesteigerter Syndrome-Shift-Häufigkeit korrelieren, ließ sich nicht bestätigen. Das Merkmal Syndromwechsel erscheint vorerst altersunabhängig. Dies ist ein eindringliches Beispiel für die korrigierende Funktion der medizinischen Statistik. Ein zweites Sonderproblem der neueren Psychomatik, die Katagenese, prüften wir unter dem Gesichtspunkt der zu vermutenden besonderen Traumatisierbarkeit der älteren und alten Menschen. Wird

man im Alter weise, tolerant und abgehärtet gegen die Schläge des Schicksals oder vielmehr empfindlicher, vulnerabler? Wir hatten das Merkmal „Katagenese“ als Hinweis auf eine psychosomatische Ausklinkung oder Auslösung beliebiger organischer und endogener Krankheiten gewählt. Katagenese bedeutet im Gegensatz zu Psychogenese Fehlen von sinnhafter Bedeutung eines Traumas. Die Berechnung spricht dafür, daß der Beginn nicht-neurotischer Krankheiten, d.h. endogener oder organischer, bei älteren Menschen ebenso oft oder selten wie bei jüngeren in zeitlichen Zusammenhang mit psychischen Traumatisierungen gebracht wird.

3. Zu unserer dritten Frage können nur literarische Beiträge und eigene globale Eindrücke gebracht werden. Danach muß man relativ scharf zwischen dem Altern als solchem und *cerebraler Pathologie* im engeren Sinne unterscheiden. Diese verschlechtert, provoziert, oder reaktiviert neurotische Krankheiten in jeder Altersstufe, besonders aber in der 2. Lebenshälfte. Das Alter selbst erscheint nicht neurotogen, eher bessert es Neurosen und Psychopathien, wie schon wiederholt gesagt. Schulte spricht von autoprotektiven Mechanismen im Alter auf körperlichem und psychischem Sektor. Womöglich liegen hier Ansätze für Erklärungsmöglichkeiten. Alle Autoren sind sich einig, daß viele, ja die meisten Fragen unbeantwortet sind. Wir meinen, daß das Studium der Interferenzen und Abhängigkeiten zwischen dem Alterungsprozeß in engstem Sinne und endogen-biologisch Psychopathologischem von Bedeutung sein könnte. Aus dieser Sicht sind die Neurosen des Alters geradezu ein Paradigma unserer neurosentheoretischen Vorstellungen, welche endogene ebenso wie cerebrale Basisveränderungen grundsätzlich einbeziehen (Spiegelberg).

4. Auch die *Psychotherapie* kann hier nur gestreift werden. Ausführliche Darstellungen finden sich in den Büchern von Müller, Petrilowitsch sowie Schulte. Psychoanalytisch orientierte Verfahren sind jedenfalls nicht kontraindiziert. Die Psychoanalyse älterer und alter Menschen wird indessen Akzente auf aktiveres Vorgehen, Gruppentherapie und stationäre Maßnahmen setzen. Schulte spricht seiner kommunikativen personalen Psychotherapie das Wort, Petrilowitsch der Logotherapie (Frankl) auf dem Boden existenzanalytischer wertpsychologischer Prinzipien.

Strenge Vermeidung von iatrogenen Schäden im Sinne der befreien den Psychotherapie Schipkowenskys erscheint bei alten Menschen besonders wichtig. Unorthodoxes, elastisches, streng am Patienten und nicht an der Lehrmeinung des Therapeuten orientiertes Vorgehen unter Einbeziehung von Psychopharmakotherapie, internistischen Maßnahmen und Hypnotherapie, d.h., Kombinationstherapie auf breiter Basis, erscheint uns ratsam. Modernste Methoden wie die innere Relevanztherapie von WIECK, die ganzheitliche konzenttrative Bewegungstherapie (Meyer;

Stolze) und die therapeutische Dereflexion (Leonhard; Petrilowitsch) bieten sich gerade für den Bereich der Psychotherapie im höheren Lebensalter besonders an. Extremismen wie die analytisch orientierte Therapie Sterbender (Pattison) markieren wohl nur die wirkliche Grenze der ärztlichen Kompetenz, überschreiten aber diejenige der psychotherapeutischen erheblich.

Literatur

- Abraham, K.: Zur Prognose psychoanalytischer Behandlungen im fortgeschrittenen Lebensalter. *Int. Z. Psychoanal.* **6**, 113 (1919).
- Alvarez, W. C.: Aberrant Types of Migraine seen in later life. *Geriatrics* **13**, 647 (1958).
- Baeyer, W. von: Psychohygiene der Lebensalter. *Wien. Z. Nervenheilk.* **17**, 1 (1959).
- Bochnik, H. J.: Sozialfaktoren in vieldimensionalen Strukturen. *Nervenarzt* **33**, 349 (1962).
- Bracken, H. von: Die Altersveränderungen der geistigen Leistungsfähigkeit und der seelischen Innenwelt. *Z. Altersforsch.* **1**, 256 (1939).
- Wandlungen der menschlichen Persönlichkeit im mittleren und höheren Alter. *Std. generale* **5**, 306 (1952).
- Bräutigam, W.: Genetisch-deterministische oder präsentisch-offene Einstellung in der Psychotherapie? *Jb. Psychol. Psychother.* **8**, 262 (1962).
- Ernst, K.: Neurotische Langstreckenverläufe und ihre Beeinflussung durch Psychotherapie. *Z. Psychother.* **15**, 185 (1965).
- Frankl, V. E.: Theorie und Therapie der Neurosen. Wien: Urban & Schwarzenberg 1956.
- Groen, J. J.: Syndrome Shift. *Arch. intern. Med.* **114**, 113 (1964).
- Helmich, P.: Über die Häufigkeit psychoreaktiver Störungen in der Lebensmitte der Frau. *Med. Diss.*, München 1957.
- Hengst, M.: Einführung in die mathematische Statistik und ihre Anwendung. *Bibliogr. Inst.* Mannheim, 1967. Hochschultaschenbücher 42/42a.
- Kehrer, F. A.: Die krankhaften psychischen Störungen der Rückwandlungsjahre vom klinischen Standpunkt aus. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **167**, 35 (1939).
- Über das psychische Altern des Menschen. *Dtsch. med. Wschr.* **79**, 1553 (1954).
- Kretschmer, E.: Psychotherapeutische Studien. Stuttgart: Thieme 1949.
- Leonhard, K.: Individual-Therapie der Neurosen. Jena: Fischer 1963.
- López Ibor, J. J.: Psychosomatische Forschung. In: *Psychiatrie der Gegenwart*. Bd. I/2. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963.
- Meyer, J. E., u. A. Reisinger: Die Wandlungen der psychoreaktiven Störungen im Alter. *Zbl. ges. Neurol. Psychiat.* **144**, 13 (1958).
- Müller, Ch.: Alterspsychiatrie. Stuttgart: Thieme 1967.
- Pattison, A. M.: The experience of dying. *Amer. J. Psychother.* **21**, 32 (1967).
- Petrilowitsch, N.: Abnorme Persönlichkeiten, 2. Aufl. Basel-New York: Karger 1964.
- Probleme der Psychotherapie alternder Menschen. *Bibl. Psychiat. neurol.* (Basel) **123**, 1—108 (1964).
- Psychopathie. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **35**, 557, 617 (1967).
- u. K. Kocourek: Logotherapie und Pharmakotherapie. *Int. Pharmacopsychiat.* (im Druck).
- Schipkowsky, N.: Iatrogenie oder befreiende Psychotherapie. Leipzig: S. Hirzel 1965.

- Schulte, W.: Kommunikative Psychotherapie bei Störungen im höheren Lebensalter. *Z. Psychother. med. Psychol.* **11**, 199 (1961).
- Schultz-Hencke, H.: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Stuttgart: Thieme 1951.
- Spiegelberg, U.: Zur Psychosomatik des Syndromwechsels. *Z. Psychother. med. Psychol.* **16**, 1 (1966).
- Zyklothymie, Neurose und psychosomatische Störung. In: Vitalität. Festschrift f. H. Bürger-Prinz. Hrsg. J. Colmant. Stuttgart: Enke 1967.
- Psychosomatische Medizin. In: Psychiatry, Bd. **1**, S. 586. Amsterdam: Exc. Med. 1967.
- Syndromwechsel (Syndrome Shift) und Verstimmung. In: Melancholie. Hrsg. W. Schulte u. W. Mende. Stuttgart: Thieme (im Druck).
- Stern, E.: Der Mensch in der zweiten Lebenshälfte. Zürich: Rascher 1955.
- Stolze, H.: Möglichkeiten der Psychotherapie von Angstzuständen durch konzentrierte Bewegungstherapie. *Z. Psychother. med. Psychol.* **14**, 107 (1964).
- Ullmann, G.: Psychoreaktive Störungen im mittleren Mannesalter. Med. Diss., München 1957.
- Weber, E.: Grundriß der biologischen Statistik, 5. Aufl. Jena: Fischer 1967.
- Wiek, H. H.: Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgart: Schattauer 1967.
- Der Situationsbegriff in der Psychiatrie. In: Persönlichkeit und Situation in Diagnostik und Therapie. (Hrsg. F. Mauz). Basel-New York: Karger 1968.

Prof. Dr. Spiegelberg
Universitäts-Nervenklinik
3550 Marburg/Lahn, Ortenbergstraße