

Aus der Universitäts-Nervenklinik Mainz (Direktor: Prof. Dr. H. KRANZ)

Zur Klinik und nosologischen Stellung der „erstarrenden Rückbildungsdepression“

Ein Beitrag zur mehrdimensionalen Diagnostik präseniler Psychosen*

Von

N. PETRILOWITSCH

Mit 4 Textabbildungen

(Eingegangen am 19. Januar 1959)

Es ist genau vierzig Jahre her, daß KRETSCHMER die Bedeutung der mehrdimensionalen „Schichtdiagnose“ für die psychiatrische Systematik herausgestellt und es als deren Anliegen bezeichnet hat, das Zusammenspiel aller krankheitserzeugender Komponenten am jeweiligen Krankheitsbild abzuwägen und aufzuhellen. Am wenigsten angebracht erscheint KRETSCHMER die übliche exklusive Differentialdiagnose bei der Klassifizierung der Rückbildungs- und Alterspsychosen, und es läßt sich wohl auch kaum bestreiten, daß sich diese hier einer angemessenen Differenzierung geradezu als hinderlich erwiesen hat. Nur wenig ist damit gewonnen, wenn man die Psychosen des Rückbildungsalters bald mit der Stellung von autochthonen Psychosen bedenkt, bald im großen Topf der circulären oder aber der schizophrenen Psychosen aufgehen läßt — ein unglückliches Verfahren, das mit den Bemühungen KRAEPELINS um eine psychiatrische Systematik seinen Ausgang nahm. KRAEPELIN hatte bekanntlich die Melancholie des Rückbildungsalters zunächst als eine selbständige Form der Melancholie anerkannt, sie später aber, vermutlich unter dem Einfluß der Arbeiten von DREYFUS sowie THALBITZER, in der manisch-depressiven Krankheit aufgehen lassen.

Ein Fortschritt ist am ehesten zu erwarten, wenn man die besondere Ausgestaltung der Symptomatik der Involutionspsychosen ausdrücklich in ihrem Bezug zur Lebensepoche analysiert und die Beziehungen zu den beiden großen Psychosekreisen durch Katamnesen gleichzeitig zu klären versucht. Bei der Vielzahl und Vieldeutigkeit von Psychosestypen des Rückbildungsalters dürfte sich die gesonderte mehrdimensionale Untersuchung der einzelnen charakteristischen Verlaufsformen als unerlässlich erweisen.

Die vorliegende Untersuchung gilt der von MEDOW Anfang der zwanziger Jahre beschriebenen „Gruppe depressiver Psychosen des Rückbildungs-

* Herrn Prof. KARL KLEIST zum 80. Geburtstag in Verehrung gewidmet.

alters mit ungünstiger Prognose“, die der Autor unter dem Begriff der „erstarrenden Rückbildungsdepression“ zusammengefaßt hat. Die Publikation hat zu jener, der typisierenden, diagnostischen Detailforschung im allgemeinen und den Versuchen einer diagnostischen Gliederung der Alterspsychosen im besonderen aufgeschlossenen Zeit Beachtung gefunden, um in neuerer Zeit mehr oder minder in Vergessenheit zu geraten. Die Medowsche Arbeit stützte sich auf die eingehende Schilderung von nur fünf Krankheitsfällen.

Die naheliegende Vermutung, es handle sich bei der erstarrenden Rückbildungsdepression um ein seltenes Krankheitsbild bestätigt sich auch, wenn man das Augenmerk ausdrücklich auf das Vorkommen des typischen Syndroms richtet; das Bild der erstarrenden Rückbildungsdepression bekommt man in der Klinik selten zu Gesicht. Wir verfügen nur über *fünf Probanden*, weitere zwei Kranke sind uns von früheren Beobachtungen her bekannt, können aber besonderer Umstände wegen nicht in die vorliegende Untersuchung einbezogen werden. Verwertbare Vergleichszahlen liegen unseres Wissens nur aus der Frankfurter Klinik vor: einer summarischen Zusammenstellung von NEELE entnehmen wir, daß an der Kleist-schen Klinik in den Jahren 1938—1942 fünf Fälle zur Beobachtung gekommen sind. Die geringe Zahl der Fälle mahnt zur Vorsicht, wenn man anhand von klinisch-katamnestischen Untersuchungen hinsichtlich der Abgrenzung und inhaltlichen Gestaltung der Symptomatologie zu verbindlichen Antworten gelangen will und zu zuverlässigen Auskünften über Fragen der Krankheitsprognose. Man wird aber in seinem Urteil von der Zahl der Fälle weniger abhängig, wenn sich diese unter dem Aspekt der Längsschnittbetrachtung als ergiebig erweisen: wenn der Kranke in seinem Leben bereits mehrere diagnostisch eindeutige psychotische Episoden durchgemacht hat, bieten sich Möglichkeiten, Rückschlüsse zu ziehen auf die Beziehungen des zur Diskussion gestellten Zustandsbildes zu den großen Psychosen. Gerade unter dem Gesichtspunkt der Längsschnittbetrachtung — die Grundzüge des klinischen Bildes hat MEDOW hinreichend klar umrissen — erscheinen uns unsere Fälle aufschlußreich. Die nosologische Stellung der erstarrenden Rückbildungsdepression ist eine bislang ungelöste und denkbar unterschiedlich beantwortete Frage. MEDOW selbst legte ausdrücklich Wert auf die Feststellung, er habe einen Kern depressiver Rückbildungspsychose herausgearbeitet, die nach Symptomgestaltung und Verlauf mit Sicherheit eine Sonderstellung gegenüber der manisch-depressiven Krankheit einnimmt, während später einerseits Stimmen laut wurden, die erstarrende Rückbildungspsychose gehöre zur Cyclothymie und andererseits Beziehungen zum schizophrenen Formenkreis, zur „Spätkatatonie“ als gegeben angesehen wurden.

Bei diesem Stand der Dinge dürfte die Wiedergabe der Krankheitsgeschichte eines Probanden besonderem Interesse begegnen, bei dem die

Eintragungen auf dem Diagnoseblatt eine Reihe ergeben, die mit reaktiver Depression beginnt, an die sich mehrere Phasen cyclothymer Depression anschließen und mit „Depression bei hirnatriphischem Prozeß“ (unter dem klinischen Bilde einer erstarrenden Rückbildungsdepression) endet.

Unser Proband W. H. wurde am 24. 2. 03 geboren und ist landwirtschaftlicher Arbeiter von Beruf. Aus der Familienvorgeschichte ist es von Interesse, daß der Vater in vermutlich endogen-depressiver Verstimmung Suicid verübt hat. Der Proband selbst soll von Haus aus ein ausgesprochen lebhafter und kontaktfähiger Mensch gewesen sein, der im Gesang- und im Turnverein, sowie bei der Frei. Feuerwehr seiner Heimatgemeinde tätig war. Zum erstenmal wurde H. 1947 psychisch auffällig. Er geriet wegen des elterlichen, im Kriege zum Teil zerstörten Hauses, das er wieder aufzubauen sich anschickte, in einen Erbschaftsstreit mit seinem Bruder. Er wurde in dieser Zeit zunehmend still, sprach nur noch wenig, zog sich von seiner Umwelt immer mehr zurück, grübelte viel über das Haus. Bei der Aufnahme in die Klinik am 19. 12. 47 wirkte er gedrückt, mutlos und etwas gehemmt. Diagnostisch wurde des zeitlichen Zusammenhangs mit den Auseinandersetzungen um die Erbschaft wegen, eine reaktive Depression angenommen und H. nach eingeleiteter Opiumkur am 29. 12. auf eigenen Wunsch in gebessertem Zustand entlassen. Eine völlige Normalisierung der Stimmungslage soll daheim erst nach weiteren 8 Wochen erfolgt sein.

Am 17. 2. 1950 wurde Pat. zum zweiten Mal aufgenommen. Diesmal geriet H. ohne erkennbaren Anlaß in eine depressive Verstimmung, die ihrer Intensität nach jene von 1947 übertraf. H. war entschlußlos, verzweifelt, sprachlich und psychomotorisch stark gehemmt und klagte gleichzeitig über ein quälendes, unmotiviertes Angstgefühl. Auf die Behandlung mit 6 Elektroschocks hin — diagnostisch wurde eine cyclothyme Depression angenommen — besserte sich das Befinden soweit, daß H. am 1. 4. 50 entlassen werden konnte. Gesund blieb H. bis zum Herbst 1951. Dann fing er wieder an zu grübeln, äußerte Sorgen um das Auskommen seiner Familie, klagte darüber, zu wenig Geld zu haben, um seine Angehörigen versorgen zu können. Er sprach kaum noch mit jemandem und konnte, so berichtete H., kein „hartes Wort“ hören, es kamen ihm schon bei belanglosen Vorfällen Tränen in die Augen. In der Klinik, H. wurde am 15. 2. 52 aufgenommen, bot sich das Bild einer schweren depressiven Verstimmung.

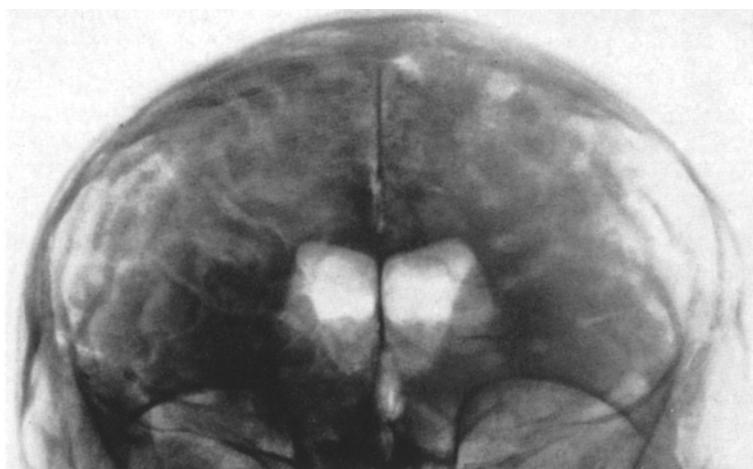
H. zeigte keine Spontaneität, wirkte deutlich antriebsverarmt und adynamisch. Inhaltlich standen auch diesmal Verarmungsideen im Vordergrund des Zustandsbildes. Viel geklagt wurde über Angstzustände, während diffuse körperliche Mißempfindungen ohne sonderlichen Nachdruck vorgebracht wurden. Die neurologische Untersuchung ergab keinen krankhaften Befund. Internistisch fand sich ein etwas erniedrigerter Blutdruck von RR 110/65 mm Hg, im EKG wurde ein Myocardschaden nachgewiesen und röntgenologisch ein li.-betontes Herz mit Elongation und Dilatation der Aorta. Nach einer Therapie mit 7 Elektroschocks klang die Phase ab, so daß H. am 7. 6. 52 entlassen werden konnte. Beschwerdefrei blieb H. bis zum Herbst 1954. Angeblich soll sich dann eine depressive Verstimmung an eine Auseinandersetzung angeschlossen haben, die sich im beruflichen Sektor abgespielt hatte und nach dem Urteil der Ehefrau „nicht der Rede wert“ gewesen war. In die Klinik aufgenommen wurde H. am 25. 2. 55. Er bot im wesentlichen das gleiche Zustandsbild wie bei der vorausgegangenen Aufnahme. Neben der deutlich ausgeprägten Hemmungssymptomatik standen diesmal hypochondrische Beschwerden stärker im Vordergrund des Geschehens als früher. Zeitweilig war H. sehr ängstlich, jammerte einförmig, es wäre besser, wenn er endlich sterben würde,

wirkte zuweilen etwas ratlos, dabei gequält und verzweifelt. Zum erstenmal wird jetzt im Krankenblatt vermerkt, daß H. eine extrapyramidal anmutende Symptomatik darbot, eine nur spärliche Mimik zeigte, das Gesicht wie „erstarrt“ wirkte und die Mitbewegungen beim Gehen unzureichend ausgeprägt waren. Diese Erscheinungen waren bereits vor dem Beginn einer Megaphenbehandlung nachweisbar, die im übrigen ohne nachhaltigen Effekt blieb, so daß der am 30. 3. entlassene H. am 18. 4. wieder aufgenommen werden mußte. In gut gebessertem Zustand konnte H. die Klinik sodann am 3. 6. 55 verlassen. Der nächste Rückfall erfolgte im Frühjahr 1956. Die stationäre Behandlung erfolgte erst am 31. 8. und dauerte bis zum 8. 10. 56. Die depressive Symptomatik entsprach weitgehend dem Zustandsbild der letzten Phase. Im Anschluß an die Klinikbehandlung blieb H. diesmal nur wenige Wochen beschwerdefrei. Die Verstimmung nahm im Laufe der Zeit immer mehr zu, so daß H. am 29. 3. 57 erneut aufgenommen werden mußte. Diesmal bestand eine unverkennbare Diskrepanz zwischen der depressiven Hemmungssymptomatik und dem hierdurch nicht erklärbaren akinetischen, eindeutig extrapyramidal wirkenden Zustandsbild. Der antriebsarme und schwunglose Proband wies eine auffällige Steifheit der Körperhaltung auf. Der Tonus der Gliedmaßen- und Nackenmuskulatur war im Sinne eines Rigors erhöht und zum erstenmal war auch ein feinschlägiger Tremor beider Hände nachweisbar. Bei sonst normalem neurologischen Befund fand sich röntgenologisch ein etwas dysplastischer Schädel mit auffallend klobigem Dorsum sellae, sowie stark ausgeprägter aber seitengleicher Diploevenenzeichnung. Die Liquoruntersuchung erbrachte normale Zell- und Eiweißwerte (5/3 Lymphocyten, 22,8 mg-% Gesamteiweiß). Die spezifischen Reaktionen waren im Blut und Liquor negativ. Im Luftencephalogramm kam eine ausgeprägte allgemeine Erweiterung der Hirnkammern zur Darstellung. Die symmetrische Verplumpung der Seitenventrikel mit Abrundung der Spitzen der Schmetterlingsfigur bei leichter Betonung der li. Seite ist auf der Abb. 1a erkennbar. Der 3. Ventrikel ist nur unvollkommen dargestellt und allenfalls leicht erweitert, der 4. erwies sich als unauffällig. Die Subarachnoidalzeichnung ist allgemein ungewöhnlich grob, im ganzen Bereich des Frontallappens erreichen die Luftslingen eine pathologische Dicke, vornehmlich aber am Frontalpol. Die Hirnrindenatrophie mit starker Verbreitung der Windungstäler in der Frontalregion kommt auf der hinterhauptanliegenden seitlichen Aufnahme gut zum Ausdruck.

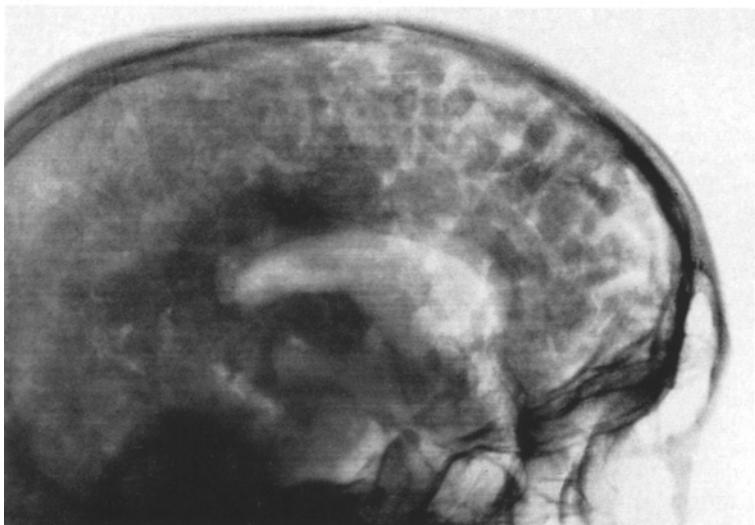
Nach der Entlassung am 7. 5. 57 besserte sich die Stimmungslage wieder nur für die Dauer von einigen Wochen. Eine erneute Aufnahme wurde am 21. 10. 57 erforderlich. H. wurde bei im wesentlichen unveränderter Symptomatik bis 6. 12. stationär behandelt und da eine nennenswerte Besserung nicht zu verzeichnen war, am 25. 2. 58 wieder aufgenommen. Auch nach der am 25. 3. erfolgten Entlassung bildete sich die depressive Symptomatik nicht vollständig zurück. Bei einer ambulanten Nachuntersuchung am 17. 11. 58 bot H. das Bild einer leichten depressiven Verstimmung bei unverändert deutlicher extrapyramidalen Symptomatik. Der Proband wirkte gedrückt, klagte über „Mutlosigkeit“, sowie darüber, sich über nichts mehr freuen, nichts mehr „mitmachen“ zu können. Während des Gesprächs kämpfte H. mit Tränen und fing bei der Schilderung seines Zustandes mehrfach an zu weinen. Die Ehefrau berichtete, daß H. daheim stumpf herumsitzte, an allem Geschehen uninteressiert sei und keinen nennenswerten Kontakt mehr zu Freunden unterhalte. Eine greifbare Einengung der mnestischen Funktionen war nicht nachweisbar, es ergab sich auch kein sicherer Anhalt für eine Demenz. Intellektuell lag H. etwas unter dem Durchschnitt.

Der vorliegende Krankheitsfall veranlaßt uns zu einem Seitenblick auf die Frage der reaktiven Auslösung von depressiven Verstimmungen.

Fraglos gibt es „Schlüsselerlebnisse“, Ereignisse von großem Gewicht, deren personale Bedeutsamkeit man als „neutraler“ Beobachter oft nicht



a



b

Abb. 1a u. b. 54jähriger Proband W. H. Die ap-Aufnahme lässt eine deutliche Erweiterung der Seitenventrikel erkennen. Grobe Subarachnoidalzeichnung im Bereich des Frontallappens

angemessen abzuschätzen vermag, weil sie streng individuell, an das un-
auswechselbare Sosein der Person gebunden und gleichsam der Sphäre
des „Meßbaren“ entrückt sind. Selten weiß sich der Beobachter sicher, die

Gefahr, pathogenetisch Belangvolles für belanglos zu halten, gebannt zu haben. Andererseits scheint es uns, als würde in unserer — dem „reaktiven“, dem lebensgeschichtlichen Tatbestand in jedem Gewande verpflichteten — Zeit dem allgemeinmenschlichen „Kausalitätstrieb“ allzu sehr Vorschub geleistet. Am Schicksal unserer Kranken zeigt es sich, wie die Verschiebung des endogenen Gleichgewichtes in die Richtung des Depressiven „selbsttätig“ nach einem Anlaß greift, wobei dieser Vorgang dem Bemühen um Sinngebung, um thematische Prägnanz, evtl. einem intrapsychischen, von der „Richtkraft des Unbewußten“ (HELLPACH) inszenierten Akt der Rechtfertigung des eigenen Leistungsversagens gleichkommen kann. Die Betrachtung unserer Krankheitsgeschichten im Längsschnitt zeigt, daß selbst in Fällen, in denen der enge zeitliche Zusammenhang von als gewichtig imponierendem Anlaß und dem Beginn der Verstimmung überzeugend ist, die „Selbsttherlichkeit“ des endogenen Prozesses so weit zu dominieren pflegt, daß der reaktive Anlaß lediglich den Zeitpunkt des Phasenbeginns bestimmt, oder mitbestimmt, im ganzen aber „austauschbar“ erscheint, gleichsam einen „okkasionellen“ Charakter trägt. Exemplarisch ist in dieser Beziehung unsere (am 3. 5. 98 geborene) Probandin F. T. Ihre erste depressive Phase fiel zeitlich mit den Vorbereitungen für die Hochzeit (1922) zusammen. T. äußerte damals Bedenken, daß sie mit ihren künftigen Schwiegereltern nicht werde auskommen können und befürchtete, sie werde den Ansprüchen ihres Bräutigams auf die Dauer nicht gerecht. Noch einige Tage vor der Hochzeit weigerte sie sich den Ehebund einzugehen, war traurig verstimmt und verzweifelt. Die Verstimmung klang einige Wochen nach der Eheschließung, zu der sich Patientin mit Mühe doch noch überreden ließ, ab, ohne daß eine Klinikbehandlung erforderlich geworden wäre. Während ihrer Schwangerschaft im Jahre 1926 machte T. eine depressive Phase durch, die etwa ein halbes Jahr anhielt. 1932 war T. mehrere Monate grundlos verstimmt und im Herbst 1933 stellte sich eine neue Verstimmung ein, die eine stationäre Behandlung vom 6. 12. 33 bis 14. 5. 34 erforderlich machte. Sie bot in der Klinik das Bild einer typischen cyclothymen Depression dar. Die letzte, unter dem Bild einer erstarrenden Rückbildungsdepression verlaufende Phase — die ersten Zeichen stellten sich im November 1956 ein — erinnerte zunächst an eine „Umzugsdepression“. Die auf dem Lande wohnende Probandin zog auf einige Zeit zu ihrem Sohn in die Stadt um diesem aushilfsweise den Haushalt zu versorgen. Da fing sie an zu klagen, die Leute in der Stadt hätten es viel besser als sie auf dem Land, gleichzeitig auch darüber, daß sie ihrer Arbeit nicht mehr gewachsen sei und ihren Sohn vernachlässige. Sie wurde zunehmend depressiv, klagte über Angstzustände und machte sich schon bald Vorwürfe, ihren Sohn seiner Lebensbedingungen wegen beneidet zu haben. Die akute Phase klang erst April 1958 ab.

Hinsichtlich der inhaltlichen Ausgestaltung boten die als erstarrende Rückbildungsdepression verlaufenen Phasen bei unseren Kranken durchweg das Bild einer ausgeprägten endogen-depressiven Verstimmung. Über ein Nachlassen des körperlichen Leistungsvermögens, über abnorme Ermüdbarkeit, Interesseverlust, sowie über Schlaf- und Appetitstörungen wurde von allen Kranken geklagt. Sämtliche Probanden waren gedanklich bzw. sprachlich und psychomotorisch gehemmt. Typische Tagesschwankungen der Stimmungslage mit einer mehr oder minder deutlichen Besserung des Befindens in den Abendstunden ließen sich gleichfalls durchweg eruieren. Suicidgedanken wurden von 2 Kranken geäußert, einer der beiden hatte früher einmal (1932) im Rahmen einer depressiven Verstimmung einen Selbstmordversuch verübt. Bemerkenswert ist es, daß alle Kranken unter Angsterscheinungen litten, wobei die Angst im Gesamtbild stärker hervorzutreten pflegte als in den früher durchgemachten Phasen. Dieses Verhalten entspricht gut der Auffassung, daß die Angst gerade in der involutiven Lebensepoche die Rolle eines dominanten Symptoms im Aufbau psychotischer Verstimmungen einzunehmen pflegt. Hypochondrische Klagen traten in 3 Fällen stark hervor, eine Carcinophobie stellte sich bei einer Kranken ein, die allerdings vor Beginn der Phase eine Gallenblasenoperation (wegen Gallensteinen) durchgemacht hatte. 3 unserer Kranken jammerten zeitweise einfürmig unter stereotyper Wiederholung einiger weniger Sätze. Die Verbindung von starrer Hemmung mit drängelnder, nestelnder Unruhe, wie sie für die Fälle von LEONHARD charakteristisch ist, sahen wir zweimal, übrigens bei den beiden männlichen Probanden. Versündigungsideen, überhaupt Selbstvorwürfe spielten bei unseren Kranken eine größere Rolle als bei den Fällen von MEDOW. Bei einer Patientin beherrschten Versündigungsideen sowohl die unter dem Bild einer erstarrenden Rückbildungsdepression verlaufene Phase als auch die zwei vorausgegangenen Verstimmungszustände. Auch in einem 2. Fall spielten Selbstvorwürfe — im Unterschied zur vorausgegangenen Probandin aber nicht religiösen Inhalts — wegen des kleinen Kindes der Probandin, das sich 10 Jahre vor Ausbruch der Phase verbrüht hatte und daran starb, eine erhebliche Rolle. Ausgeprägte Verarmungsideen lagen bei zwei Kranken vor. Beziehungsideen dagegen vermißten wir bei allen Kranken. Eine zeitweilige Ratlosigkeit war bei einem der Probanden nachweisbar, ein anderer litt unter dem Gefühl der Entfremdung den Angehörigen gegenüber.

Hervorzuheben ist die ungewöhnlich lange Dauer der Phasen; sie betrug bei unseren Kranken trotz der meist langen stationären Behandlung 13, 15, 16, 20 und 33 Monate.

Für die Frage der nosologischen Stellung der erstarrenden Rückbildungsdepression ist es von großer Bedeutung, daß es sich bei dem

Krankheitsverlauf im Falle des einleitend geschilderten Probanden W.H. nicht um eine Ausnahme handelt. Vor der als eine erstarrende Rückbildungsdepression verlaufenen Psychose hatten 3 weitere Kranke — nur in einem Fall findet man in der Vorgeschichte keinen Hinweis auf durchgemachte Psychosen — ganz typische cyclothyme Depressionen durchgemacht. Eine Kranke hatte fünf, die zweite drei und die dritte eine Phase durchgemacht. Die Dauer dieser depressiven Verstimmungen schwankte zwischen mehreren Wochen und einem halben Jahr. Ein stark ausgeprägtes extrapyramidales Bild gehört zu den obligatorischen Symptomen der erstarrenden Rückbildungsdepression, wobei hervorgehoben werden muß, daß diese Symptomatik ausnahmslos schon vor einer Behandlung mit Megaphen oder verwandten Präparaten (eine solche fand in zwei Fällen überhaupt nicht statt) nachzuweisen war. In mehr oder minder beträchtlichem Ausmaß findet man eine unbelebte, unzureichend modulierte (in ausgeprägten Fällen maskenhaft starre) Mimik und eine mitunter „statuenhaft“ wirkende Steifheit der körperlichen Haltung. Die Bewegungsarmut und die allgemeine Verlangsamung der motorischen Abläufe sind stets stärker ausgeprägt, als man es bei dem Grad der depressiven Verstimmung erwarten würde. Ausnahmslos — im Ausmaß allerdings unterschiedlich — ist eine Steigerung des Gliedmaßentonus im Sinne eines Rigors nachweisbar, zudem eine Abschwächung bis Ausfall der Mitbewegungen beim Gehen. Ein Tremor war bei zwei Kranken nachweisbar, wobei sich interessanterweise der Händetremor in einem der Fälle in zeitlichem Zusammenhang mit dem Abklingen der akuten Phase zurückbildete. In unterschiedlicher Ausprägung waren seltener Lidschlag, auffälliger Salbenglanz des Gesichtes, Hypersalivation, Hyperhidrosis sowie eine verwaschene, unzureichend artikulierte Sprache nachzuweisen.

Wie bereits eingangs erwähnt, zeichneten sich die Krankheitsfälle von MEDOW durch eine ungünstige Prognose aus. Der Autor beschreibt Endzustände mit völliger Einkapselung der Persönlichkeit in unabänderlichen Gewohnheiten, die in „extreme Pedanterie“ einzumünden pflegten. Er berichtet über das Erlöschen einer jeden Tatkraft bei seinen Kranken, über äußerste Einförmigkeit aller Abläufe, über die Bereitschaft zu zwangsläufig anmutenden Wiederholungen gleicher Wörter. Alle Kranken sollen ausgesprochene „Nichtstuer“ gewesen sein. Eine der Kranken z. B. soll nie aus dem Bett gegangen und nie ihre Kleider ausgezogen haben. Demgegenüber betont LEONHARD anhand seiner Fälle, daß die Prognose nicht in allen Fällen eine ungünstige zu sein braucht. Wir selbst sahen die trostlosen Bilder, wie sie MEDOW bei seinen Endzuständen beschrieb, nicht. Diese Diskrepanz läßt sich nicht ohne weiteres auflösen, wiewohl sie möglicherweise allein „historische“ Gründe hat und mit Änderungen des „Betriebsklimas“ in psychiatrischen Anstalten und ähnlichen

Faktoren zusammenhängen mag. Im Hinblick darauf, daß wir die Endzustände mit völliger Erstarrung und den Verlust einer jeden Adaptationsfähigkeit an die Umwelt vermissen, sei lediglich erinnert an die in einer früheren Abhandlung aufgeworfene Frage, inwieweit durch die besonderen Bedingungen, die der jeweilige Zeitgeist — das Gesamt der „kulturreelischen“ Einflüsse (im Sinne von HELLPACH) — dem Menschen auferlegt, der Ablauf des Alternsprozesses innerhalb bestimmter Grenzen modifiziert zu werden vermag. Wenn der 60jährige von heute vielfach einen jugendlichen Eindruck erweckt im Vergleich zu seinem Vater, als dieser im gleichen Alter stand, so wird man sich fragen müssen, ob der vergleichsweise hohe Grad an Umweltkohärenz, der dem Menschen aufgezwungen wird und die in vielen Hinsichten extravertiert gewordene Lebensform in diesem Zusammenhang eine nicht zu vernachlässigende Größe darstellen. Zu untersuchen bliebe es, ob die Erstarrung alternder Menschen und ihre Verkargung an intentionalen Bezügen durch den gegenwärtig vorherrschenden Lebensmodus in gewissem Umfang gemildert werden können.

Festzuhalten bleibt andererseits, daß Residuen der durchgemachten Erkrankung auch bei unseren Kranken nachzuweisen sind. Nach Abklingen der depressiven Verstimmung pflegt bei den Kranken immer noch eine Einbuße an Initiative, an geistiger Regsamkeit und Rührigkeit verbunden mit einer Einengung der Interessensphären nachweisbar zu sein.

Wenn wir auch die schweren Endzustände vermissen, so zeigen sich bei den Kranken doch die von MEDOW beschriebenen „Defekte der Affektwerte“, worunter der Autor den Ausgang in depressive Schwächezustände mit dauernder oder zeitweiliger Verstimmung versteht, die aber nicht jene Tiefe erreichen, wie dies während der akuten psychotischen Verstimmung der Fall ist. Eine Abwandlung der habituellen Stimmungslage in Richtung des Unfrohen und Gedrückten sahen wir in 3 Fällen, während sich in den beiden übrigen nicht eine subdepressive Grundstimmung ausbildete, sondern eine ganz auffallende affektive Labilität einstellte. Die auf den Kranken zukommenden Reize bewirken übermäßige, unangemessene affektive Ausschläge, die Kranken büßen ihre Fähigkeit weitgehend ein Reize unter Meidung affektiver Erschütterungen „aufzufangen“. Einen Ausgang in Demenz konnten wir in keinem Falle beobachten, eine mäßige Einschränkung der Merkfähigkeit war in einem Falle, eine leichte in einem weiteren nachweisbar. Auch nach Abklingen der depressiven Phase — der Verlauf ist in allen Fällen schleichend, die Phasen sind unscharf abgesetzt — ist das extrapyramideale Bild in ähnlichem Ausmaß wie während der akuten Erkrankung feststellbar. Allein die Bewegungsarmut erscheint, vermutlich wegen des Wegfalls der depressiven Hemmungssymptomatik, meistensfalls gemildert. Die Entdifferen-

zierung der mimischen Ausdrucksmöglichkeiten, die Starre des physiognomischen Ausdrucks, die Steigerung des Muskeltonus, die typische Körperhaltung und der typische Gang sind als Dauerzustände bei allen Probanden nachzuweisen.

Die Tatsache, daß die Kranken nach durchgemachten typischen cyclothymen Phasen im Involutionsalter an depressiven Verstimmungen erkranken, die regelmäßig mit einem extrapyramidal-akinetischem Syndrom vergesellschaftet sind, weckt den Verdacht, daß das ungewöhnliche



Abb. 2. 45jährige Probandin K. M. ap-Aufnahme. Erweiterung des linken Seitenventrikels mit Ausziehung der Spitze nach lateral oben

Zustandsbild durch einen gleichzeitig ablaufenden organischen Prozeß mitverursacht wird. In diesem Zusammenhang sei auf die Arbeiten von E. FÜNGEGLD aus den dreißiger Jahren aufmerksam gemacht, da der Autor in manchen Krankheitsfällen von vergleichbarem Aufbau der Symptomatologie im anatomischen Präparat Drusen als Zeichen seniler Involution nachweisen konnte.

Für uns lag daher der Versuch nahe, ein organisches Geschehen mit Hilfe röntgenologischer Kontrastdarstellung der Hirnräume nachzuweisen. In zwei von fünf Fällen konnte ein Luftencephalogramm aus technischen Gründen nicht angefertigt werden. Bei allen drei verbliebenen Kranken konnte aber eine hydrocephale Erweiterung der äußeren und inneren Liquorräume zur Darstellung gebracht werden. Den bei dem Probanden W. H. erhobenen Befund haben wir bereits eingangs

geschildert. Bei der (zum Zeitpunkt der Untersuchung) 45-jährigen Probandin K. H. kam im Encephalogramm eine mäßige Erweiterung des linken Seitenventrikels mit Ausziehung der Spitze der Schmetterlingsfigur nach lateral oben (s. Abb. 2) zur Darstellung. Der 3. und 4. Ventrikel sowie die Basalzysterne boten keine Besonderheiten. Die Oberflächenzeichnung erweist sich im Stirnbereich als grob, wobei bei dieser Kranken, wie schon bei W. H. eine Bevorzugung des Stirnpoles feststellbar ist (vgl. Aufnahme 3 a u. b). Auf der stirnanliegenden Aufnahme im temporo-temporalem Strahlengang bestätigt sich die vorwiegend frontal lokalisierte Hirntrophie, denn die Oberflächenzeichnung bleibt trotz dieser Lage rung — die Luft weicht aus den frontalen Windungstälern nicht nach occipital ab — im Stirnbereich grob.

Bei der dritten Probandin, der 59-jährigen F. T., ist, wie auf der Abb. 4a erkennbar, eine birnenförmige Erweiterung des 3. Ventrikels (größter Querdurchmesser 9 mm) nachweisbar, während die Seitenventrikel nicht in gleichem Maße erweitert erscheinen. Bei der sowohl am vorderen als auch am hinteren Pol deutlich nachweisbaren subduralen Luftfüllung — auf die bildliche Wiedergabe wurde aus räumlichen Gründen verzichtet — muß allerdings die Möglichkeit offengelassen werden, inwieweit hierdurch die tatsächlich vorliegende Erweiterung des Ventrikelsystems nicht voll zum Ausdruck kommt. Die Subarachnoidalzeichnung erscheint auch in diesem Falle im Bereich des frontalen Pols vergröbert. Die Cysterna Fissurae Sylvii kommt, wie auf der ap-Aufnahme ersichtlich, rechts weit zur Darstellung.

Anamnestisch waren keine Anhaltspunkte zu gewinnen, die es gestattet hätten, die hirnatriphischen Veränderungen auf einen bestimmt gearteten, abgelaufenen cerebralen Prozeß zu beziehen. Die Untersuchung des Liquors ergab, dies sei in diesem Zusammenhang erwähnt, in allen drei Fällen völlig normale Befunde. So wird man es bei der Diagnose eines Hydrocephalus unbekannter Ursache bewenden lassen müssen, wobei die Annahme von frühzeitigen cerebralen Involutionenveränderungen die vielleicht zwangloseste Erklärungsmöglichkeit darstellt. Allerdings würden wir nicht mit MEDOW die Möglichkeit verwerfen, daß in einem oder anderen Falle engere Beziehungen zur cerebralen Arteriosklerose bestehen könnten, zumal MEDOW seine Ansicht allein mit dem Fehlen von Herdsymptomen belegt. Zur Vorsicht mahnt jedenfalls die Tatsache, daß bei einer erst 45-jährigen Probandin ein arterieller Hypertonus von RR 165/110 mm Hg bestand. Daneben fand sich bei der gleichen Kranken eine Linksverbreiterung des Herzens und im EKG ein Spitzenvorderwandinfarkt im III. Stadium. Bei einer weiteren, 61-jährigen Probandin, wurde ein labiler Hochdruck nachgewiesen. Bereits erwähnt hatten wir den röntgenologischen Nachweis einer Elongation und Dilatation der Aorta bei dem Probanden W. H.

Die Frage muß offengelassen werden, ob das extrapyramidale Bild im Einzelfall durch vorzeitige involutive Veränderungen an den Zellen des

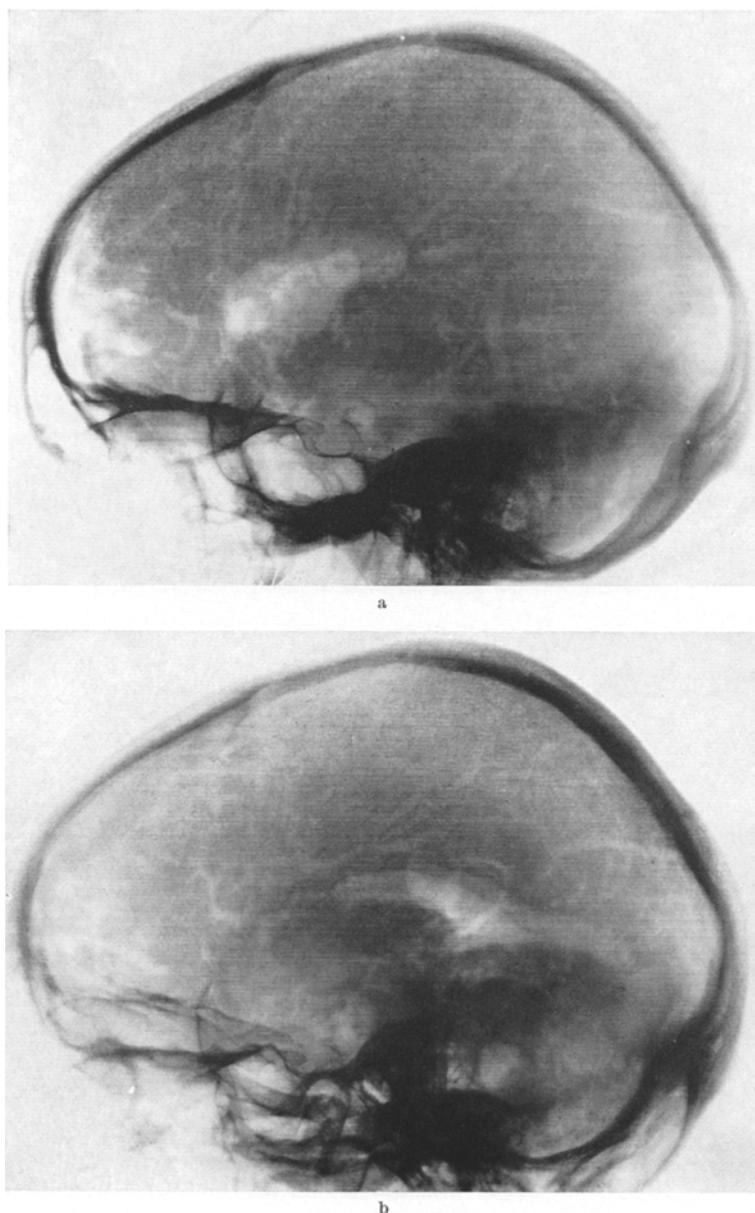


Abb. 3a u. b. Hinterhauptanliegende sowie stirnanliegende seitliche Aufnahme. Grobe Darstellung der Windungstäler im Stirnhirnbereich

striären Systems, oder aber durch kleine gefäßabhängige Herde in den Stammganglien und übrigem Hirnstamm bedingt wird. Als gesichert darf

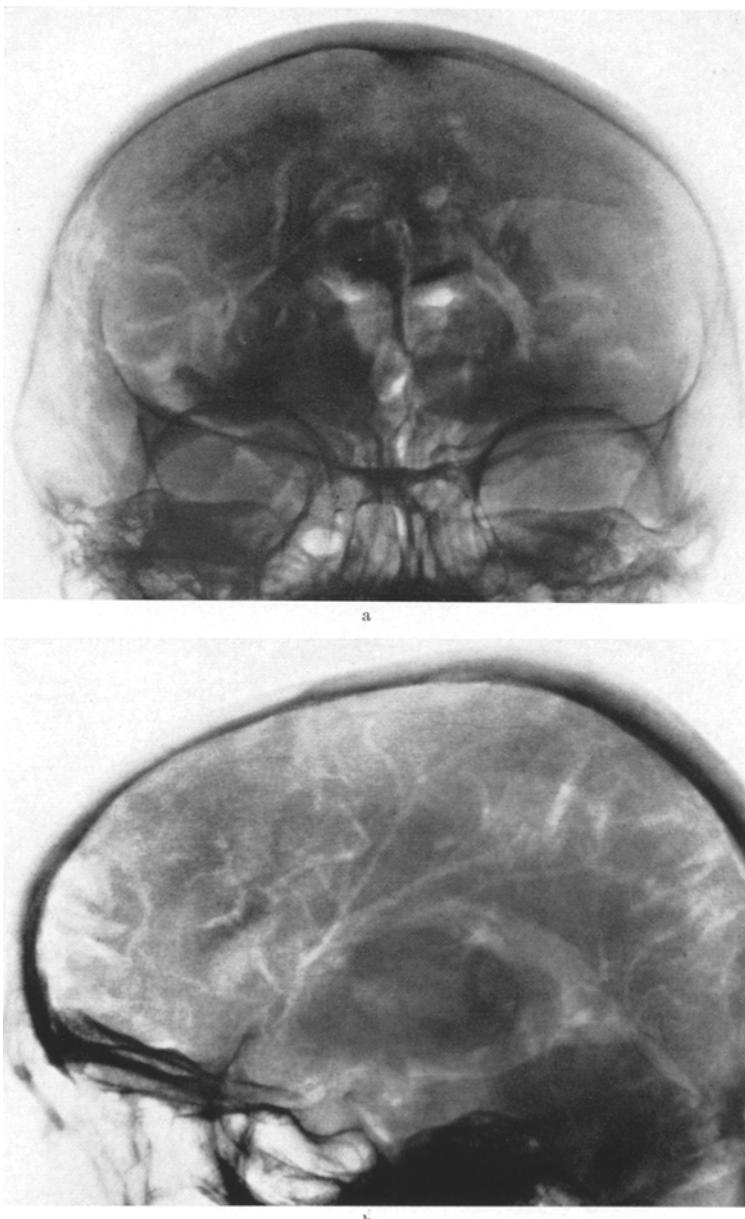


Abb. 4a u. b. 59jährige Probandin F. T. ap-Aufnahme. Birnenförmige Erweiterung des 3. Ventrikels. Rechts anliegende seitliche Aufnahme. Grobe Oberflächenzeichnung am Frontalpol

aber gelten, daß die erstarrende Rückbildungsdepression durch das Zusammentreffen einer *cyclothymen Anlage* mit einem *hirnatriphischen Prozeß* zustande kommt, d.h. eine durch Auswirkungen involutiver Vorgänge abgewandelte Ausprägungsform der Cyclothymie darstellt.

MEDOW maß dem Klimakterium bei der Besprechung der Zusammenhänge von erstarrender Rückbildungsdepression und Klimakterium keine wesentliche Bedeutung zu; in zwei von vier Fällen sei die Menopause bereits vor Ausbruch der Psychose eingetreten. RUNGE hingegen vertritt die Meinung, daß bei der Altersverteilung der Kranken von MEDOW (die Erkrankung begann zwischen dem 45. und 57. Lebensjahr) eher Beziehungen zum Klimakterium als zur eigentlichen Involutionszeit anzunehmen seien. Nach den Beobachtungen von LEONHARD soll die erstarrende Rückbildungsdepression bei weiblichen Kranken sogar regelmäßig im Klimakterium einsetzen, bei den Männern einige Jahre später, im „Klimakterium virile“. Die Altersverteilung unserer Kranken ist der der Medowschen Fälle nicht unähnlich. Unsere Kranken machten erstmals Phasen vom Gepräge der Rückbildungsdepression im Alter von 45, 52, 55, 58 und 61 Jahren durch. Der Beginn fällt somit teils mit dem Klimakterium zusammen, teils ist er bei unseren Kranken mehr noch als dies bei denen von MEDOW der Fall war, diesem entrückt. Der Erwähnung wert ist es aber in diesem Zusammenhang, daß sich in einem der Fälle, bei der 45jährigen Probandin, die Menopause einige Monate vor Ausbruch der Psychose eingestellt hatte. Das zahlenmäßige Verhältnis der Geschlechter läßt keine signifikanten Unterschiede erkennen. Die Probanden von LEONHARD sind überwiegend weiblichen Geschlechts, bei den Medowschen Fällen kommt auf vier Frauen ein Mann, in unseren stehen drei Frauen zwei Männer gegenüber, während bei den Fällen von NEELE das Verhältnis bei 1:4 liegt.

Auch die Untersuchung der konstitutionellen Beschaffenheit unserer Kranken läßt keine verwertbaren Differenzen erkennen: zwei unserer Kranken sind leptosom, zwei sind dysplastisch, einer ist pyknisch.

Bei den z.T. diametral entgegengesetzten Auffassungen über die Stellung der erstarrenden Rückbildungsdepression, die man in der Literatur vertreten findet, sei nicht unerwähnt gelassen, daß die hereditäre Belastung unserer Fälle zwar gering ist, jedoch eindeutig in die Richtung der Cyclothymie weist. Eine cyclothym-depressive Phase machte der Bruder des Vaters einer Probandin durch, außerdem mit Wahrscheinlichkeit auch der Vater des Probanden W. H. Zwei Geschwister einer anderen Probandin sollen ausgesprochen hypomanisch veranlagte Persönlichkeiten sein. In bezug auf ihre eigene präpsychotische Persönlichkeitsstruktur lassen unsere Probanden engere Beziehungen zum cyclothymen Kreis erkennen, als dies bei denen von MEDOW der Fall war. Drei unserer Kranken werden als von Haus aus hypomanische Persönlichkeiten

geschildert, einer als schwernehmend-subdepressiv, ein weiterer schließlich als unauffällig-ausgeglichen.

Wenn man die engen Beziehungen der Rückbildungsdepression zur Cyclothymie überblickt und besonders, wenn man bedenkt, daß im typischen Falle die Kranken in jüngeren Jahren einwandfreie cyclothyme Phasen durchmachen, um im Rückbildungsalter, offenkundig unter dem Einfluß neu hinzukommender altersspezifischer Faktoren, unter dem Bild der erstarrenden Rückbildungsdepression erkranken, wird man Bedenken gegen die Anschauung äußern müssen, diese gehöre zu einer als selbständige anzusehenden klimakterischen Depression. Gewiß erfordern sowohl die Besonderheiten der Klinik präseniler Psychosen — erinnert sei an mannigfaltige atypische Einsprengsel, an die Rolle der Angst in der Gesamtsymptomatik, an die Häufigkeit von agitierten Bildern einerseits und von Eigenbeziehungen, von paranoischen Erlebnisinhalten überhaupt, andererseits — als auch die schon von KRAEPELIN herausgestellte Tatsache, daß im Involutionsalter depressive Verstimmungen in vielen Fällen zum erstenmal auftreten, eine sorgfältige Prüfung der Beziehungen zu den großen Psychosekreisen. Ohne die Gegebenheiten bei anderen Psychosetypen präjudizieren zu wollen, zeigen unsere Fälle doch, daß sich die klinische Sonderstellung unter Umständen durch den Nachweis einer gegenseitigen Durchdringung mehrerer krankmachender Faktoren erklären lassen kann. Größeres Gewicht sollte hierbei der mehrdimensionalen Betrachtungsweise des „Kausalbündels“ beigemessen werden, als der bloßen differentialdiagnostischen Erörterung nosologischer Grenzfragen, zumal diese unter dem Aspekt der mehrdimensionalen Diagnostik nicht selten — „in nichts zusammenfallen“ (KRETSCHMER).

Vollends abzulehnen sind die von mehreren Autoren postulierten Beziehungen der erstarrenden Rückbildungsdepression zum schizophrenen Formenkreis. MEDOW selbst hebt die entfernte Ähnlichkeit der Symptomatik mit der Katatonie hervor und LANGE rechnet die erstarrende Depression in seinem Handbuchbeitrag dem schizophrenen Kreis zu. BUMKE anerkennt in entsprechend gelagerten Fällen Beziehungen zum Katatonen, wenn die Hemmungssymptomatik in Sperrung übergeht und sich die Affektlage der Ablehnung dem echten Negativismus nähert. K. HAUG betont bei der Besprechung dieser Psychoseform, ähnlich wie BUMKE, daß die Kranken in einen katatoniformen, mehr gesperrten als gehemmten Zustand zu geraten pflegen. Von Spätkatatonie könne man sprechen, wenn zur Sperrung auch noch „Negativismus, Autismus und Gemütsleere“ hinzutreten. Hier liegt freilich die Gefahr nahe, Verhaltensweisen mit Begriffen zu belegen, die für einen schizophrenen Prozeß keineswegs beweisend zu sein brauchen, dennoch aber einer überkommenen (wenn auch nicht unwidersprochen gebliebenen) Konvention entsprechend, für die Schizophrenie reserviert zu werden pflegen.

Einen Anhaltspunkt für ätiologische Beziehungen zur Schizophrenie haben unsere Untersuchungen in keiner Weise ergeben. Es bleibt uns nur die Erklärung, daß die symptomatologische, rein formale Ähnlichkeit der extrapyramidalen Bilder, der Akinese und der Starre der Kranken, mit katatonen Zuständen zur Annahme genetischer Beziehungen verleitet. Neben dieser formalen Ähnlichkeit dürfte es für die Zuordnung zur „Spätkatatonie“ ausschlaggebend gewesen sein, daß in den meisten Fällen eine Diskrepanz nachweisbar ist zwischen der ausgeprägten extrapyramidalen Symptomatik und dem Grad der depressiven Verstimmung. Dies mag MEDOW angezielt haben, wenn er davon sprach, daß die „Monotonie“ nicht allein durch „Hemmung“, sondern durch „Ausfall“ bewirkt werde, was vor allem an den Endzuständen deutlich sei, wenn also, wie wir hinzufügen dürfen, die akute depressive Symptomatik sich weitgehend zurückbildet und das Zustandsbild von dem extrapyramidalen Syndrom beherrscht wird.

Zusammenfassung

Es wird über Ergebnisse einer klinisch-katamnestischen Untersuchung über die erstarrende Rückbildungsdepression berichtet. Hierbei handelt es sich um eine erstmals von MEDOW (1922) beschriebene Psychoseform, die durch das gleichzeitige Vorkommen einer depressiven Verstimmung und eines extrapyramidal-akinetischen Syndroms ausgezeichnet ist. Die präpsychotische Persönlichkeitsstruktur sowie die familiäre Belastung unserer Probanden weisen auf Beziehungen zur Cyclothymie hin, die sich katamnestisch insofern bestätigen lassen, als die Mehrzahl der Kranken früher mehrere typische cyclothyme Phasen durchgemacht hatte. Da bei den untersuchten Fällen im Luftencephalogramm hydrocephale Erweiterungen der äußeren und inneren Liquorräume nachgewiesen werden konnten, wird die Ansicht vertreten, daß die erstarrende Rückbildungsdepression eine durch Auswirkungen involutiver Vorgänge abgewandelte Ausprägungsform der Cyclothymie darstellt. Für die von anderen Autoren vermuteten Beziehungen zur Schizophrenie ergab die Untersuchung keinen Anhaltspunkt, ebenso erscheint es nicht gerechtfertigt, die erstarrende Rückbildungsdepression einer als selbständig anzusehenden klimakterischen Depression zuzuordnen.

Literatur

- BUMKE, O.: Die Diagnose der Geisteskrankheiten. Wiesbaden: Bergmann 1919. — FÜNGEGLD, E.: Involutive Psychosen und Senium. Wanderversamml. südwestdeutscher Neurologen. Baden-Baden 1930. Zbl. Neur. 57, 555 (1930). — HAUG, K.: Die psychischen Erkrankungen des Rückbildungs- und Greisenalters. In: Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten von Weygandt-Gruhle. Halle: Marhold 1952. — KRETSCHMER, E.: Gedanken über die Fortentwicklung der psychiatrischen Systematik. Z. Neur. 48, 370 (1919). — LANGE, J.: Die endogenen und reaktiven Gemüts-

522 N. PETRILOWITSCH: Klinik der „erstarrenden Rückbildungsdepression“

erkrankungen und die manisch-depressive Konstitution. Handb. d. Geisteskrankheiten. v. Bumke. 6. Bd., spez. Teil II. Berlin: Springer 1928. — LEONHARD, K.: Grundlagen der Psychiatrie. Stuttgart: Enke 1948. — Involutive und idiopathische Angstdepression in Klinik und Erblichkeit. Leipzig: Thieme 1937. — MEDOW, W.: Eine Gruppe depressiver Psychosen des Rückbildungsalters mit ungünstiger Prognose (Erstarrende Rückbildungsdepression). Arch. Psychiat. Nervenkr. **64**, 480 (1922). — NEELE, E.: Die phasischen Psychosen nach ihrem Erscheinungs- und Erbbild. Leipzig: Barth 1949. — PETRILOWITSCH, N.: Der Ganzheitsaspekt in der Alternsforschung. Arch. Psychiat. Nervenkr. **196**, 337 (1957). — Beiträge zu einer Struktur-Psychopathologie. Basel-New-York: Karger 1958. — RUNGE, W.: Die Geistesstörungen des Umbildungsalters und der Involutionszeit. Handb. der Geisteskrankheiten v. Bumke. Bd. 8, spez. Teil IV. Berlin: Springer 1930.

Priv.-Doz. Dr. Dr. N. PETRILOWITSCH, Mainz, Univ.-Nervenklinik, Langenbeckstr. 1