

Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Bonn
(Direktor: Prof. Dr. H. J. WEITBRECHT)

Über akut beginnende cyclothyme Depressionen

Von

E. LUNGERSHAUSEN

(Eingegangen am 15. Februar 1965)

Der Beginn cyclothymischer Depressionen erfolgt gewöhnlich nicht als akutes, jählings hereinbrechendes Ereignis. In der Regel findet bei ihnen vielmehr eine langsame, oft über Wochen und Monate gehende Entwicklung der Symptomatik statt, es kommt zu einem allmählichen Werden der Psychose, so daß der genaue Zeitpunkt des Beginns einer cyclothymer Depression meist weder für den Arzt noch für den Kranken selbst sicher fixierbar ist. Von dieser Regel gibt es jedoch immer wieder Ausnahmen, es sind dies jene Kranken, die, wie WEITBRECHT es formuliert hat, „auf Tag und Stunde genau angeben können, wann die Depression eingesetzt hat“.

Auf diese akute Form des Beginns von Depressionen ist in der älteren und jüngeren Literatur mehrfach hingewiesen worden. So stellt z.B. STRANSKY im ASCHAFFENBURGSchen Handbuch fest, daß eine Depression auch ganz akut „sozusagen über Nacht“ einsetzen könne, besonders in leichten oder „periodischen Fällen“ und schreibt bei einem derartigen Beginn der Nacht, als einer Scheidemarke zwischen Gesundheit und manifestem Kranksein, eine besondere Rolle zu. Derartige akut beginnende Depressionen werden aber von ihm als Raritäten nur beiläufig erwähnt, ebenso später von J. LANGE, der das unvermittelte Deutlichwerden von Depressionen von einem Tag zum anderen als seltenes Vorkommnis bezeichnet, jedenfalls bei Erkrankungen aus voller Gesundheit heraus. Diesem Gedanken LANGES, daß solchen akuten Depressionen doch wohl unbekannt gebliebene depressive Symptome vorausgegangen seien, gibt auch KIRCHHOFF Raum, wenn er zu bedenken gibt, bei derartigen Schilderungen Depressiver über ein jähes Einsetzen ihrer Krankheit müsse berücksichtigt werden, daß es sich dabei um retrospektive Umdeutungen handeln könne, oder aber daß ein latent schon vorhandener Krankheitszustand plötzlich ins Bewußtsein getreten sei. Er stellt jedoch fest, daß es andererseits auch endogene Schwankungen gebe, die wirklich „urplötzlich auftreten“ können. SCHLANGE-SCHÖNINGEN hat durch seine Untersuchungen nachweisen können, daß in der Tat durch eingehende Explorationen bei derartigem Depressionsbeginn oft doch noch unbemerkt gebliebene Prodromalsymptome zu finden sind. Dennoch aber gibt es immer wieder cyclothyme Depressionen, die ohne irgendwelche nachweisbaren Antecedentien ihren Anfang nehmen.

Über die Häufigkeit solcher schlagartig einsetzender Depressionen haben wir Angaben von WEITBRECHT, der sie bei Frauen in 8%, bei Männern in 4% der Fälle fand. Bei den Untersuchungen SCHLANGE-

SCHÖNINGENS zeigte sich ein plötzlicher Beginn bei 17 der von ihm untersuchten 100 cyclothymen depressiven Kranken. Noch höher liegen die Zahlen von HERTRICH, der bei einer größeren Anzahl von Patienten mit leichteren Depressionen ein plötzliches Einsetzen der Erkrankung in 29% der Fälle fand. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, daß HERTRICH unter der Rubrik eines plötzlichen Beginns alle jene Krankheitsbilder subsumierte, die sich innerhalb von 1–2 Tagen entwickeln, also die Grenzen weiter steckte als WEITBRECHT dies tat.

Es soll nun in dieser Arbeit versucht werden, noch einmal die Häufigkeit solcher akut ausbrechenden Depressionen zu bestimmen, darüber hinaus aber auch die Frage zu klären, ob bei derartigen Depressionen in bezug auf Alter, Geschlecht, Symptomatik und Verlaufsform der depressiven Phase Besonderheiten nachzuweisen sind.

Dabei wurden als akut beginnende Depressionen diejenigen aufgefaßt, deren Symptomatik sich innerhalb von wenigen Stunden entfaltete und bei denen sich die Diagnose einer cyclothymen Depression zweifelsfrei sichern ließ. Die in diesen Stunden aufgetretenen Symptome mußten so beschaffen sein, daß sie sowohl objektiv für den untersuchenden Arzt den plötzlichen Einbruch der Psychose unzweideutig anzeigten, andererseits aber auch subjektiv von dem Kranken selbst als jähe Veränderung seiner Seinsweise empfunden wurden.

Um den Bedenken LANGES und KIRCHHOFFS Rechnung zu tragen, wurden jene Fälle nicht berücksichtigt, bei denen die Überprüfung doch vorangegangene depressive Symptome ergab oder aber die Schilderung der Kranken den Verdacht erweckte, daß hier aus der Rückschau ein dramatischer Beginn konstruiert worden war.

Um unseren Fragen nachzugehen, wurden die Krankengeschichten von 250 Patienten durchgesehen, die in den letzten Jahren, zumeist 1960–1963 in unserer Klinik stationär behandelt worden sind. Bei der Auswahl der Krankengeschichten wurde darauf geachtet, daß die Diagnose einer cyclothymen Depression zweifelsfrei gesichert war. Außerdem wurden auch alle jene Kranken ausgesondert, bei welchen neben der Diagnose einer cyclothymen Depression noch eine zweite psychiatrische oder psychiatrisch relevante Diagnose gestellt worden war, um auch die durch Überschichtung verschiedenartiger Krankheitsbilder möglichen Fehlerquellen zu vermeiden. Eine darüber hinausgehende Auslese erfolgte nicht.

Unter unseren 250 Kranken befanden sich 82 Männer (32,8%) und 168 Frauen (67,2%).

Das Durchschnittsalter betrug 43,6 Jahre (Männer 42,1, Frauen 44,3 Jahre).

121 Patienten waren wegen der ersten Phase einer cyclothymen Depression in unserer Klinik (48,4%), 92 Patienten wegen der zweiten

oder dritten Phase (36,8%) und 37 Patienten wegen der vierten oder weiterer Phasen (14,8%).

Bei allen diesen Patienten wurde nun die Zeitspanne, innerhalb derer sich die depressive Phase entwickelte, zu bestimmen versucht und je nach ihrer Dauer erfolgte eine Zuordnung zu einer der nachstehenden Gruppen. Diese Gruppen wurden wie folgt unterschieden:

I. Plötzlicher Einbruch der Psychose, Entwicklung der Symptomatik innerhalb von wenigen Stunden (abrunder Beginn).

II. Entwicklung innerhalb von wenigen Tagen (2—7 Tagen) (rascher Beginn).

III. Entwicklung innerhalb von wenigen (bis zu 4) Wochen (allmählicher Beginn).

IV. Entwicklung innerhalb von Monaten (schleichender Beginn).

Die Aufteilung unserer Kranken in diese Gruppen ergab folgendes Bild:

Gruppe I	20 Patienten (8,0%)
Gruppe II	33 Patienten (13,2%)
Gruppe III	122 Patienten (48,8%)
Gruppe IV	75 Patienten (30,0%)

Es zeigte sich dabei, daß die Zuordnung zu Gruppe I relativ leicht möglich war, da der plötzliche Einbruch der Psychose für den Kranken ein so nachhaltiges Erlebnis darstellte, daß die Beschreibung dieses Ereignisses gewöhnlich an erster Stelle aller seiner anamnestischen Angaben zu finden war. Immer klang in allen entsprechenden Berichten der Kranken eine so echte Erschütterung über die plötzlich über sie herein gebrochene Veränderung an, daß wir die Möglichkeit einer retrospektiven Umdeutung, wie sie KIRCHHOFF erwog, in diesen Fällen nicht für wahrscheinlich halten. Die gleiche Erfahrung machte auch SCHLANGE-SCHÖNINGEN, der feststellte, daß die akut hereinbrechende Psychose immer als ein „Überwältigtwerden“ scharf registriert wurde. Es standen also die Patienten der Gruppe I wohlabgegrenzt denen der Gruppen II—IV gegenüber, während sich innerhalb dieser Gruppen Grenzen nur mühsam ziehen ließen. Infolge des allmählicheren Einsetzens der Psychose waren hier nur unscharfe, oft lediglich vage Zeitangaben zu finden. Da diese drei Gruppen gegeneinander nur mehr oder weniger künstlich abzuschneiden waren, werden deshalb im Folgenden die Gruppen II—IV zusammengefaßt und, um eine Pseudogenauigkeit zu vermeiden, jeweils nur en bloc der Gruppe I zum Vergleich gegenübergestellt.

Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung innerhalb der Gruppe I und der Vergleichsgruppe in bezug auf Alter, Geschlecht und Zahl der Phasen:

Tabelle

	Gruppe I		Gruppe II—IV	
	%	absol. Zahl	%	absol. Zahl
<i>Zahl</i>	8,0	20	92,0	230
<i>Geschlecht</i>				
Männer	50,0	10	31,3	72
Frauen	50,0	10	68,7	158
<i>Alter</i>				
Männer	36,2 J.		42,1 J.	
Frauen	35,2 J.		44,3 J.	
Durchschnitt	35,7 J.		43,6 J.	
<i>Frühere Phasen</i>				
1. Phase	70,0	14	46,5	107
2. oder 3. Phase	30,0	6	37,4	86
4. oder mehr Phasen	—	—	16,1	37

Wie die Tabelle ausweist, ergeben sich zwischen der Gruppe I und der Vergleichsgruppe in bezug auf Alter und Geschlecht Unterschiede, die über zufallsbedingte Abweichungen hinausgehen. Es kann demnach festgestellt werden, daß die akut beginnenden Depressionen in der Mehrzahl bei jüngeren Kranken auftreten, und der Anteil des männlichen Geschlechts hierbei höher als üblich zu finden ist.

Das geringere Lebensalter dürfte auch der Grund dafür sein, daß in der Gruppe I weniger Kranke zu finden sind, die bereits zuvor Phasen erlebt hatten.

Während die von uns festgestellte Häufigkeit von akut beginnenden Depressionen mit 8% sich weitgehend an die von WEITBRECHT gemachten Feststellungen annähert, weichen unsere Ergebnisse in bezug auf die Geschlechtsverteilung von den seinen ab. Berechnet man das Gesamt unserer 250 Patienten, waren es 12,2% der Männer und 6% der Frauen, bei denen die Depression plötzlich ausbrach, bei WEITBRECHT 4% der Männer und 8% der Frauen.

Die weitere Durchsicht unserer Unterlagen zeigte, daß besondere Belastungen, die als möglicherweise auslösende Erlebnisse der depressiven Phase vorangegangen waren, bei den Gruppen II—IV in 71 Fällen (28,4%) zu finden waren. In der Gruppe I zeigte sich mit 5 Fällen (25,0%) etwa das gleiche Verhältnis. Bei einem dieser Kranken handelte es sich um eine akute, schockartige Belastung (Diebstahl des erst teilweise bezahlten Kraftwagens), an die sich die Depression unmittelbar anschloß. Die übrigen vier Patienten standen unter dem Einfluß längerdauernder situativer Schwierigkeiten, die allerdings unmittelbar vor dem Ausbruch der Depression einen besonderen Kumulationspunkt erreicht hatten. Daß bei den abrupt beginnenden Depressionen derartige akute oder

chronische Belastungen nicht häufiger zu finden sind als bei den anderen cyclothymen Depressionen mit langsamerem Beginn auch, scheint uns von besonderer Bedeutung, da ja die Annahme naheliegt, gerade dem plötzlichen Beginn einer Depression könnte ein besonderes Erlebnis vorausgegangen sein, welches der zuvor noch latenten Erkrankung den Weg freigegeben hätte. Unsere Zahlen sprechen jedoch nicht für diese Annahme, und die Mehrzahl unserer Patienten betont insbesondere, daß keinerlei Konflikt- oder Belastungssituationen vorhergegangen seien. Gerade dieses Fehlen machte ihnen das so jählings über sie Herein-gebrochene um so unverständlicher.

Bei der Suche nach Gemeinsamkeiten in der Symptomatik der akuten Depressionen war festzustellen, daß nur in zwei Fällen die Depression mit einer plötzlich beginnenden schweren Antriebsstörung ihren Anfang nahm, in den anderen 18 Fällen, also in 90%, wurde der Einbruch der Psychose von einer jählings einsetzenden Angst bestimmt. Um dieses Achsensymptom begann sich dann innerhalb weniger Stunden das Bild einer agitierten Depression auszufalten.

Einige Beispiele mögen dies verdeutlichen:

Fall W. T.: 34-jähriger Mann, abgesehen von einer Jahre zurückliegenden Comotio cerebri nie ernsthaft krank gewesen. Ohne jegliche Vorzeichen an einem Sonntagmorgen beim Aufrichten aus gebückter Haltung plötzlich „ein ganz eigenartiges Gefühl, so eine Art ernstes Gefühl“, das sich in diesem Augenblick über ihn senkte. Seine Umgebung erschien ihm fremd, verändert, es trat ein schweres Angstgefühl auf, das ihn in Aufregung und Unruhe versetzte. Er begann im Hause hin- und herzulaufen, war bedrückt, „voller Trauer und Ratlosigkeit“. Eine Beruhigungsspritze des herbeigerufenen Hausarztes verschaffte ihm einige Stunden Schlaf, danach bestanden Schwermut und Unruhe weiter, er grübelte über seine Krankheit, fürchtete nie mehr gesund zu werden und machte sich Sorgen wegen seiner unversorgten Familie. Außerdem bestand eine schwere Schlaflosigkeit. Nach dem Fehlschlagen aller anderen therapeutischen Versuche mußte schließlich eine stationäre Behandlung durchgeführt werden.

Fall A. S.: 47-jährige Frau mit unauffälliger Vorgeschichte. Aus völligem Wohlbefinden heraus bemerkte sie eines Morgens, daß sie verändert war und mit ihr „irgendetwas nicht mehr stimmte“. Gleichzeitig verspürte sie schwere Angstgefühle und eine starke Unruhe in den Beinen. Sie mußte weinen und fürchtete auf einmal, es ginge mit ihr, „mit dem Leben und überhaupt mit allem“ nicht mehr weiter. Von diesem Augenblick an bestand das Bild einer schweren cyclothymen Depression, die Pat. mußte kurz danach wegen schwerer Suicidgefahr stationär aufgenommen werden. Unter der stationären Behandlung kam es zu guter Remission der Psychose, kurze Zeit später entwickelte sich, jetzt allerdings allmählich, eine erneute Phase mit ähnlicher Symptomatik wie zuvor, zusätzlich allerdings noch mit Selbstvorwürfen und Angst um ihre Kinder, so daß erneute stationäre Behandlung notwendig wurde.

Fall H. T.: 28-jährige Frau. 8 Jahre zuvor erste depressive Phase (mit allmählichem Beginn). Im Vordergrund des Zustandsbildes damals traurige Verstimmung, Ratlosigkeit, Selbstvorwürfe, Suicidabsichten. Nach stationärer Behandlung gute Remission. Im Sommer 1962, während sie gerade ihr zwei Monate zuvor geborenes Kind wickelte, mußte sie plötzlich weinen, „es kam wie angeflogen“. Sie konnte ihre

Beschäftigung nicht zu Ende bringen („ich wußte nicht mehr, was ich tun sollte“). Von diesem Moment an bestehen wieder Angst und Selbstvorwürfe, es entwickelt sich im Laufe des Tages die zweite depressive Phase mit ähnlicher Symptomatik wie zuvor, wenige Tage später muß stationäre Aufnahme wegen akuter Suicidgefahr erfolgen. Nach kurzer Klinikbehandlung voll remittiert entlassen, kommt es 18 Monate später zu einer erneuten Phase, wiederum mit gleichartiger Symptomatik, die sich aber wie die erste Phase nicht akut, sondern allmählich entwickelt.

Genau wie in diesen beiden letzten Fällen, zeigte es sich auch bei den anderen 4 Patienten, die zuvor oder hernach noch eine depressive Phase erlebt hatten oder erlebten, daß hier der Beginn der anderen Phasen ein allmählicher war. Drei dieser Kranken hatten schon früher Phasen durchgemacht, die in ihrer Symptomatik im wesentlichen den späteren Phasen glichen, aber im Gegensatz zu diesen langsam einsetzten. Bei dem vierten dieser Patienten handelte es sich um eine hypochondrische Depression mit akutem Beginn, bei dem es im weiteren Verlauf noch einmal zu einer phasenhaften, jetzt aber langsam einsetzenden Schwankung kam, im Anschluß daran entwickelte sich aufgrund eines Rentenwunsches eine neurotische Fixierung der Symptomatik.

Unter den 18 Depressionen, die akut unter den Zeichen von Angst und Unruhe ihren Anfang nahmen, fanden sich 9 Depressionen mit einer initial vorwiegend durch körperliche Störungen geprägten Symptomatik, die dann in eine hypochondrische Depression überging. Bei allen diesen wurde eine fast uniforme Schilderung des Beginns gegeben. Immer nahm hier die Depression mit einem „Herzanfall“ ihren Anfang, „das Herz raste plötzlich los“, „Herzklopfen bis zum Halse heraus“, „wie wenn die Brust zerspringen würde“, „ein Krampf und ein Druck in der Brust“. Gleichzeitig damit trat eine massive Angst bis zur Todesangst, teilweise bis hin zur Gewißheit des bevorstehenden Todes, auf. („Ich war sicher, das ist jetzt das Ende“, „da wußte ich, nun ist es aus“.) Im Anschluß an diesen Anfall bemächtigte sich der Kranken die Gewißheit, soeben einen Herzinfarkt, einen Schlaganfall oder Schlimmeres erlitten zu haben, auf jeden Fall aber glaubten sie schwer krank zu sein, und es schloß sich unmittelbar an dieses Ereignis eine schwere hypochondrische Depression an, die schließlich stationäre Behandlung notwendig machte. Immer war dabei die weitere Symptomatik durch ein herzphobisches Syndrom mitbestimmt, das mit schweren, anakastisch anmutenden Ängsten und Befürchtungen einherging. Oft wurde dieser Angst von unseren Patienten eine genaue Lokalisation im Körper gegeben („die Angst sitzt im Bauch und steigt hinter dem Brustbein hoch“), sie war dann gekoppelt mit Präcordialschmerzen, Oppressionsempfindungen und Globusgefühlen.

Derartige Symptome bei unseren akut einsetzenden Depressionen und die Schilderungen dieser Kranken gleichen denen, die von BRÄUTIGAM und von KULENKAMPFF in ihren Studien über die „Herzphobie“ mit-

geteilt wurden. Da sich in unseren Fällen die Diagnose einer hypochondrischen Depression durch die weitere Symptomatik, den Verlauf und schließlich auch durch den Erfolg einer rein antidepressiven Therapie sichern ließ, scheint uns diese Ähnlichkeit zwischen KULENKAMPFFS Falldarstellungen und unseren Kranken darauf hinzudeuten, daß das herzphobische Syndrom eine, möglicherweise zeitbedingte, Zunahme nicht nur auf dem Gebiet der Neurosen, sondern auch im Erscheinungsbild der cyclothymen Depressionen zu erfahren beginnt.

Bei den langsamer einsetzenden Depressionen wurden mit Angst einhergehende Herzbeschwerden von fast einem Fünftel der Kranken (19,1%) geklagt, sie waren demnach nicht so häufig wie bei den abrupt beginnenden Depressionen (45%) und hatten außerdem nicht eine solch zentrale Stellung in der Symptomatik der Psychose, sondern wurden meist nur als ein Symptom unter anderen angegeben.

Da im Vordergrund des psychopathologischen Zustandsbildes bei unseren abrupt beginnenden Depressionen in den meisten Fällen als Kardinalsymptom die Angst steht, scheint es uns richtig, in diesem Zusammenhang auch auf die Angstpsychose im Sinne von KLEIST und LEONHARD hinzuweisen. Namentlich der Letztere hat hier eine Reihe von Sonderformen unterschieden. Wollte man seiner Einteilung der Psychosen folgen, so würde es sich bei unseren Fällen zumeist um akute „reine Angstpsychosen“ handeln, die in letzter Zeit von LEONHARD auch als „gehetzte Depressionen“ bezeichnet werden. Keine unserer Depressionen scheint uns aber in den Rahmen der „Angst-Glück-Psychose“ zu gehören, da bei keinem unserer akut erkrankten Depressiven eine paranoide Symptomatik nachzuweisen war, es sei denn, man wollte die mißtrauische Beobachtung des eigenen Körpers beim hypochondrisch Depressiven als ein Zeichen einer, gegen den eigenen Leib gerichteten, paranoiden Gestimmtheit deuten.

Die Überprüfung des Verlaufs der depressiven Phase und ihrer Rückbildung ergab im Vergleich zwischen den Gruppen I und II—IV keine bedeutsamen Unterschiede. Weder zeichneten sich die plötzlich beginnenden Depressionen durch eine kürzere Verlaufsduer aus, noch erfolgte etwa die Rückbildung der Psychose in ähnlicher Weise wie ihr Beginn. Immer zeigte sich eine mehr oder weniger langsame Rückbildung der Symptomatik, wobei im Falle der hypochondrischen Depressionen die Körpermißempfindungen gewöhnlich als erstes schwanden, während die Angst noch für kürzere oder längere Zeit bestehen bleiben konnte.

Ein Umschlagen der Depression in eine Manie oder aber eine hypomane Nachschwankung konnte bei den Kranken der Gruppe I nicht beobachtet werden. Ebenso fanden sich hier weder in der Vorgeschichte noch im späteren Verlauf, soweit er uns bekannt wurde, manische Phasen. Bei 11 Patienten der Vergleichsgruppen traten hypomane Nachschwankungen auf, zwei dieser Patienten machten später manische Phasen durch.

Auch in der Dauer der notwendigen stationären Behandlung waren zwischen der Gruppe I und den Gruppen II—IV keine Unterschiede zu

erkennen. Der Klinikaufenthalt betrug im Durchschnitt bei den Kranken der Gruppe I 41,2 Tage (Männer 46,6, Frauen 35,8 Tage), bei denen der Gruppe II—IV 45,1 Tage (Männer 50,7, Frauen 42,7 Tage).

Nach den Ergebnissen unserer Untersuchungen lassen sich die folgenden Feststellungen treffen:

Bei 8% der von uns untersuchten Kranken erfolgte der Einbruch der Psychose plötzlich als jähe, zeitlich genau fixierbare Veränderung.

In der weitaus überwiegenden Zahl unserer Fälle war es das Symptom der Angst, das den Beginn der Psychose prägte und auch in der Folgezeit das Kardinalsymptom blieb. Fast bei der Hälfte unserer akut erkrankten Depressiven fanden wir Depressionen vorwiegend hypochondrischer Färbung, die ausnahmslos mit einer akuten Herzphobie einsetzten. Anhaltspunkte für eine besonders häufige Auslösung akuter Depressionen durch erlebnisreaktive Momente fanden sich bei der Gegenüberstellung mit der Vergleichsgruppe ebensowenig wie kennzeichnende Unterschiede im Verlauf oder in der Form der Rückbildung der Phase.

Der plötzliche Beginn einer cyclothymen Depression kann durchaus auf eine einzige Phase beschränkt sein und muß nicht etwa auch bei späteren Phasen immer wieder erwartet werden. Tatsächlich zeigte sich bei denjenigen unserer Patienten, die mehrere Phasen durchmachten, bei einander ähnelnder Symptomatik der einzelnen Phasen, eine jeweils andere Form ihres Beginns.

Zusammenfassung

Bei der Durchsicht der Krankenblätter von 250 Kranken mit der Diagnose einer cyclothymen Depression zeigte sich, daß in 8% der Fälle die Psychose plötzlich innerhalb von wenigen Stunden ausbrach. Das Durchschnittsalter dieser Patienten lag mit 35,7 Jahren deutlich unter dem der anderen Depressiven. Es konnte festgestellt werden, daß es sich bei den meisten der akut einsetzenden Depressionen (90%) um ängstlich-agitierte Formen handelte und zwar in der Hälfte unserer Fälle um Depressionen mit einer ausgeprägten hypochondrisch-phobischen Symptomatik. Hier war der Einbruch der Psychose immer durch plötzlich auftretende schwere Angstgefühle gekennzeichnet. Das Syndrom der akuten Depression entspricht oft dem der Herzphobie. Dennoch war die Herzangst bei 9 Kranken nur die Einleitung einer echten depressiven Phase. Bei den anderen, langsam einsetzenden Depressionen fand sich die Herzangst wesentlich seltener. Nach den Ergebnissen unserer Untersuchungen ist der plötzliche Beginn einer endogenen Depression nicht an besondere Verlaufsformen gebunden. Es läßt demnach die Art des Beginns der Psychose keine Vorhersagen über den weiteren Verlauf der jeweiligen oder etwaiger späterer Phasen zu.

Literatur

- BRÄUTIGAM, W.: Analyse der hypochondrischen Selbstbeobachtung. *Nervenarzt* **27**, 409 (1956).
- HERTRICH, O.: Zur Diagnostik und Differentialdiagnostik leichter depressiver Verstimmungszustände. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **30**, 237 (1962).
- KIRCHHOF, J.: Poliklinik depressiver Störungen, speziell endogener Verstimmungen. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **174**, 89 (1942).
- KULENKAMPFF, C.: Über das Syndrom der Herzphobie. *Z. Psychother. med. Psychol.* **14**, 217 (1964).
- , u. A. BAUER: Über das Syndrom der Herzphobie. *Nervenarzt* **31**, 443 (1960).
- — Herzphobie und Herzinfarkt. *Nervenarzt* **33**, 289 (1962).
- LANGE, J.: Die endogenen und reaktiven Gemütskrankheiten und die manisch-depressive Konstitution. *Hdb. d. Geisteskrankheiten*, Bd. VI, hrsg. v. O. BUMKE. Berlin: Springer 1928.
- LEONHARD, K.: Das ängstlich-ekstatische Syndrom. *Allg. Z. Psychiat.* **110**, 101 (1939).
- Aufteilung der endogenen Psychosen. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1957.
- Die atypischen Psychosen und KLEISTS Lehren von den endogenen Psychosen. *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. II. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960.
- SCHLANGE-SCHÖNINGEN, H.: Typen des Krankheitsbeginns bei cyclothymen Depressionen. Dissertation, Bonn 1959.
- STRANSKY, E.: Das manisch-depressive Irresein. *Hdb. d. Psychiatrie*, Bd. VI, hrsg. v. G. ASCHAFFENBURG. Leipzig: Deuticke 1911.
- WEITBRECHT, H. J.: Zur Typologie depressiver Psychosen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **20**, 247 (1952).
- Endogene phasische Psychosen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **29**, 129 (1961).
- Depressive und manische endogene Psychosen. In: *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. II. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960.

Dr. E. LUNGERSHAUSEN,
Psychiatrische und Nervenlinik der Universität,
53 Bonn