

## Zur Frage der Residualsyndrome nach thymoleptisch behandelten cyclothymen Depressionen

J. GLATZEL und E. LUNGERSHAUSEN

Nervenklinik der Rheinischen Friedrich Wilhelms-Universität  
(Direktor: Prof. Dr. H. J. WEITBRECHT)

Eingegangen am 15. Dezember 1967

Die Beobachtung von cyclothym-depressiven Kranken unserer Klinik legte die Vermutung nahe, daß nach sicher abgeklungenen depressiven Phasen doch häufiger psychopathologisch faßbare Dauerveränderungen zurückbleiben können als bisher angenommen wurde.

In der vorliegenden Untersuchung sind wir dieser Frage nachgegangen.

### Die Streckenprognose der cyclothymen Depression im Schrifttum

Eine unter diesem Gesichtspunkt vorgenommene Durchsicht der Literatur erwies, daß depressive Phasen überdauernde Syndrome schon vor KRAEPELIN beschrieben wurden. Allerdings muß bei der Betrachtung der Angaben in der Literatur stets berücksichtigt werden, daß die Autoren ein unterschiedliches diagnostisches Rüstzeug benutzten. Wenn wir heute unserer Diagnostik und Differentialtypologie diejenigen Kriterien zugrunde legen, an die K. SCHNEIDER und WEITBRECHT den Begriff der Cyclothymie banden, so wird man, werden frühere Arbeiten zum Vergleich herangezogen, stets die mitgeteilte Kasuistik daraufhin prüfen müssen, ob es sich um Cyclothymien im Sinne KURT SCHNEIDERS handelt.

In einer Monographie über periodische Geistesstörungen berichtete PILCZ Krankheitsverläufe, die er als „atypische“ abtrennte. In derartigen Fällen soll die Psychose in einen chronischen Zustand übergehen, der gelegentlich mit einer intellektuellen Einbuße verbunden sei. Dabei bleibt unklar, ob PILCZ hier tatsächlich ein Chronischwerden der Psychose etwa im Sinne eines Persistierens der Phase meint oder ob er an eine postpsychotische Dauerveränderung denkt, die nach Abklingen der Phase als Residualsyndrom zurückbleibt. Ähnliche Beobachtungen berichtete WERNICKE. Er beschrieb im Rahmen der affektiven Melancholie Fälle, die während eines mehrjährigen Verlaufes symptomatologisch in die Nähe der „depressiven Melancholie“ rückten. Nach seiner Kasuistik scheint es, daß das psychopathologische Syndrom in solchen langdauernden Verläufen seine charakteristische Prägnanz verlor und sich schließlich nur noch aufgrund der Vorgeschichte als zum manisch-depressiven Formenkreis gehörig erwies.

Von STRANSKY wiederum wurden „Intervallsyndrome“ beschrieben, die er als „neurasthenische“ und „neurasthenisch-hysterische“ bezeichnete. Er sah in solchen Syndromen jedoch anscheinend weniger eine postpsychotische Dauerveränderung

als vielmehr den Ausdruck einer „habituellen psychopathischen Degeneration, wie sie bei unseren Kranken gewöhnlich den Grundton darstellt“. In diesem Zusammenhang unternahm STRANSKY, soweit wir übersehen, als erster den Versuch, zwischen chronifizierter Psychose und postpsychotischer Dauerveränderung deskriptiv zu unterscheiden. Hinsichtlich des Ausgangs der „Einzelattacke“ beschrieb er neben der vollen Remission insgesamt drei Formen des Verlaufes:

1. Stärkere Markierung jener degenerativen psychisch-nervösen Charakterzüge, Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Launenhaftigkeit, Unberechenbarkeit, ethische Defekte, Seichter- und Diffuserwerden des Denkens und des Strebens.

Bemerkenswert erscheint in diesem Zusammenhang der Hinweis STRANSKYS, daß diese Bilder in manchen Zügen an leichte „Klapse einiger geheilter Katatonien“ erinnerten.

2. Stumpfheit in affektiver und Verarmung in geistiger Beziehung bis zur psychischen Invaliditätsgrenze.

3. Dauernder Defekt in dem Grad, daß die Kranken als schwachsinnig anzusprechen sind, matt in Affekt und Willensäußerungen, fehlende Initiative und Spontanität.

Wenn STRANSKY zwar anfänglich scharf zwischen persistierenden cyclothymen Phasen und solchen uncharakteristischen Restsyndromen unterschied, so verwischte er diese von ihm selbst gesetzte Zäsur später durch die Angabe, jene Fälle chronischer Verlaufsformen versinnbildlichten am deutlichsten die Brücke vom manisch-depressiven Irresein zur allgemeinen degenerativen Grundlage. Dieser Gedanke, der hier anklingt, erinnert in manchem an die viele Jahre später von JANZARIK beschriebene „vorauslaufende Defizienz“.

Auch KRAEPELIN sah im Verlauf des manisch-depressiven Irreseins gelegentlich Dauerveränderungen, die er als „eigenartige seelische Schwächezustände“ bezeichnete, die sich von „Verblödungen auf anderer Grundlage“ unterschieden. Er trennte verschiedene Formen solchen „Siechtums“ voneinander, neben der chronischen Manie etwa im Sinne SCHOTTS, die chronische Melancholie („manche Kranke bleiben dauernd still, gedrückt, teilnahmslos, stehen mit niedergeschlagener oder ängstlicher Miene in den Ecken herum, falten die Hände, jammern leise vor sich hin, geben auf Befragen zögernde, einsilbige, aber meist sinngemäße und treffende Antworten. Sie sind untätig, unschlüssig, zaghaft, lassen sich zu allem drängen, widerstreben lebhaft bei stärkeren Eingriffen“). Schließlich beschrieb KRAEPELIN als weitere Dauerveränderung ein Syndrom, das gekennzeichnet sei durch „dauernd unvermitteltes Schwanken zwischen weinerlicher Ängstlichkeit, Reizbarkeit und kindlicher Heiterkeit. Sehr abhängig von Fremdanregung. Allein gelassen gleichgültig, wunschlos, gedankenarm, zeigen (die Kranken) keine auffällige Stimmungsärbung“.

Wenn man vielleicht auch dem Versuch KRAEPELINS, in dieser Art streng voneinander abzugrenzende Erscheinungsformen „seelischen Siechtums“ zu beschreiben, nicht ganz zu folgen vermag, so ergibt sich aus seiner Schilderung eindeutig, welche psychopathologischen Erscheinungsbilder er im Auge hatte. Deutlich wird dabei auch die Beziehung solcher Zustandsbilder zu einigen phänomenalen Aspekten des Potentialverlustes (CONRAD), des reinen Defektes (HUBER) und der dynamischen Entleerung (JANZARIK). KRAEPELIN sprach von „Grundzuständen“, Syndrome, die nach Abklingen der Phase zurückbleiben. Es handele sich um „eigenartige Gestaltungen der psychischen Persönlichkeit ohne weitere Fortentwicklung, die das ganze Leben hindurch bestehen bleiben“.

In der Folgezeit sind neue Gesichtspunkte zu dieser Frage nicht formuliert worden. Der Versuch einer Trennung zwischen Chronifizierung und Dauerveränderung wurde unseres Wissens nicht wieder unternommen.

Erst WEITBRECHT zog dann aus der gelegentlichen Beobachtung psychischer Dauerveränderungen nach Cyclothymien die Konsequenz, daß die Begriffe Schub und Phase zu relativieren seien. Der übliche Sprachgebrauch „cyclothyme Phase“ und „schizophrener Schub“ seien nur bedingt richtig, neben der schizophrenen Phase gebe es auch cyclothyme Schübe. Einige der Patienten würden auch nach Abklingen der depressiven Phase nicht frei von innerer Gedrücktheit, „als hätten die Schwungfedern ihre Spannkraft eingebüßt“. An anderer Stelle führt WEITBRECHT dazu aus: „Bei diesen übrigbleibenden, gewiß aufs Ganze gesehen seltenen Veränderungen, sehen wir häufig eine morose Freudlosigkeit und einen hölzern-rechthaberischen Pessimismus. Eine gemüts warme, weichherzige Traurigkeit als bleibende Dauerveränderung ist nach unserer Erfahrung viel seltener.“

Von diesen beschriebenen Bildern abzugrenzen sind jene Depressionen alter Menschen, denen eine Neigung zur Chronifizierung eigen ist, worauf bereits STRANSKY hinwies. Dieser in der Folgezeit immer wieder bestätigte Gedanke fand seine prägnanteste Formulierung in der Medowschen Konzeption der „erstarrenden Rückbildungsdepression“. Auch LANGE verwies auf die chronischen Krankheitsverläufe bei älteren Patienten, die nach HÖSSLIN auf den Zeitraum jenseits des 40. Lebensjahres beschränkt sein sollen. Diesem Problem der „chronischen Depression“ ist WEITBRECHT in letzter Zeit noch einmal im einzelnen nachgegangen.

Da die Literatur der letzten Jahre darüber hinaus keine neuen Untersuchungen zur Frage eventueller Dauerveränderungen nach cyclothym-depressiven Phasen enthält, ist zu prüfen, ob sich inzwischen, insbesondere nach Beginn der Ära der Pharmakotherapie, neue Gesichtspunkte ergeben haben. Zur Beantwortung dieser Frage beizutragen, war Ziel unserer Untersuchung.

### Eigene Untersuchungen

In dieser Absicht suchten wir aus unseren Kranken der letzten beiden Jahre alle diejenigen Patienten aus, bei denen aufgrund der Verlaufsbeobachtung der Eindruck entstanden war, daß sie nach Abklingen der cyclothym-depressiven Phase ihre frühere Befindlichkeit nicht wieder erreicht hätten. Unter diesen blieben alle jene Kranken unberücksichtigt, in deren Fall die Möglichkeit gegeben schien, daß entweder die Phase doch noch nicht völlig abgeklungen war, oder bei denen inzwischen psychogene Fehlhaltungen, neurotische Fixierungen oder aber zusätzliche organische Veränderungen das Zustandsbild bestimmten bzw. überlagerten.

Darüber hinaus wurden außerdem auch jene Patienten nicht in unsere Untersuchung einbezogen, die zwischenzeitlich das 50. Lebensjahr überschritten hatten, unabhängig davon, ob ein Hinweis für eine organische Färbung der Symptomatik bestand oder nicht.

Bei der übriggebliebenen Gruppe von Kranken handelt es sich ausnahmslos um solche, die in unserer Klinik über längere Zeit sowohl stationär als ambulant behandelt wurden, und bei denen aufgrund eigener Beobachtungen exakte Beurteilungen des Krankheitsverlaufes möglich waren.

Unter den letzten beiden Jahrgängen der Patienten unserer Klinik fanden sich insgesamt 29 *Kranke*, bei denen sich der anfängliche Verdacht bestätigen ließ, daß es hier nach Abklingen der cyclothym-depressiven Phase zur Ausbildung psychopathologisch faßbarer Dauerveränderungen gekommen war. Es handelt sich dabei um 19 weibliche und 10 männliche Patienten. Das Erkrankungsalter lag im Mittel bei 29 Jahren (Frauen 27 Jahre, Männer 33 Jahre). Diese Zahl liegt innerhalb der in der Literatur für den Beginn der cyclothymen Erkrankung angegebenen Grenze.

KRAEPELIN sah einen Morbiditätsgipfel zwischen dem 20. und 50. Lebensjahr, ebenso LANGE. LEONHARDT fand einen solchen zwischen dem 30. und 40., MATUSSEK u. Mitarb. zwischen dem 20. und 40., JUNG allerdings zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr.

Hinsichtlich der Verlaufsformen handelt es sich um 23 monopolare Cyclothymien, denen 6 bipolare, also zirkuläre Verläufe gegenüberstanden (2 Frauen, 4 Männer). Das entspricht einem Anteil von 21%.

Die entsprechenden Zahlen sind bei STENSTEDT 9%, KRAEPELIN 16%, STONE u. BURRIS 20%, KINKELIN 32%.

Damit liegt unser Anteil an zirkulären Verläufen innerhalb des in der Literatur angegebenen Durchschnittsbereiches.

Die mittlere Phasendauer reicht in unserem Kollektiv von mehreren Wochen bis hin zu 1 Jahr, in Einzelfällen auch noch darüber hinaus.

Im Schrifttum schwanken die Angaben über mittlere Phasendauer zwischen 4 und 18 Monaten (PASKIND 4—5 Monate, LANGE 5—6 Monate, FULLER 6 Monate, PANSE 6—7 Monate, KRAEPELIN 6—8 Monate, WERTHAM 8 Monate, REGIS 9 Monate, POLLOCK 13 Monate, STEEN 18 Monate, STRECKER 18 Monate).

Aus diesen Zahlen ergibt sich, daß unser Kollektiv auch hinsichtlich der Phasendauer im Rahmen üblicher Variationsbreiten liegt.

Die mittlere Intervalldauer betrug in unserem Kollektiv 3 Jahre, die entsprechenden Angaben aus der Literatur ergeben: GLATZEL 2 Jahre, KRAEPELIN 3 Jahre, LANGE 6 Jahre.

Akut einsetzende Depressionen fanden sich in unserem Material in 10% der Fälle (WEITBRECHT 6%, LUNGERSHAUSEN 8%).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß unser Kollektiv hinsichtlich Erkrankungsalter, Verlaufstyp und Phasendauer durchaus einem „Normal“-Kollektiv cyclothym-depressiv Kranker entspricht. Lediglich in bezug auf die Intervalldauer ergibt sich ein geringfügiger Unterschied, insofern als diese an der unteren Grenze der in der Literatur angegebenen Zahlen liegt. In allen Fällen wurde bei unseren Kranken eine Pharmakotherapie durchgeführt, in der Mehrzahl kombiniert mit einer Elektrokrampfbehandlung, dabei erfolgte bei unseren Kranken in den letzten 2—3 Jahren auch über die Hospitalisierungszeit der Phase hinaus eine Intervalltherapie. Bis zur Ausbildung eines *Residualsyndroms*,

auf dessen psychopathologische Definition wir im folgenden noch eingehen werden, hatten unsere Patienten im Durchschnitt vier Phasen erlebt (Frauen 4,4; Männer 4,5). Zum Zeitpunkt des Auftretens eines Residualsyndroms waren die Frauen durchschnittlich 38 Jahre alt, die Männer 42 Jahre. Rechnet man die Dauer zwischen Ersterkrankung und Auftreten des Residualsyndroms, so ergibt sich für beide Geschlechter übereinstimmend eine Zeitspanne von 9 Jahren.

Die relative Häufigkeit der Residualsyndrome errechnet sich aus ihrem Anteil an der Gesamtzahl der behandelten Cyclothymien. Unter 776 männlichen Patienten, die auf einer ruhigen, halboffenen Abteilung behandelt werden konnten, fanden wir 194 Cyclothymien. Zehn dieser Patienten bildeten ein Residualsyndrom aus, entsprechend einem Prozentsatz von 5. Bei den weiblichen Patienten wurden im Untersuchungszeitraum unter 554 Gesamtaufnahmen 234 Cyclothymien diagnostiziert, darunter fanden sich 19 Residualsyndrome, einem Prozentsatz von 8 entsprechend. Zusammengefaßt erhalten wir demnach bei einer Gesamtzahl von 428 Cyclothymien eine Häufigkeit von 6,8%.

### Kasuistik

Bevor auf eine Schilderung des Residualsyndroms im einzelnen eingegangen wird, sollen zwei typische Krankengeschichten mitgeteilt werden:

*Fall 1.* Martha W., 1923 geborene Hausfrau. In der Familie keine besonderen psychiatrischen Belastungen, die Vorgeschichte bis zum Jahre 1959 war unauffällig. 1959, nach der Geburt des zweiten Kindes, kam es zu einem kurzzeitigen depressiven Verstimmungszustand. Die Pat. war in dieser Zeit ängstlich, klagte über Herzjagen und innere Unruhe. Nach einigen Wochen klang der Verstimmungszustand unbehandelt ab, die Pat. fühlte sich anschließend völlig wohl. Mit Beginn des Jahres 1962 kam es zum Auftreten einer erneuten depressiven Verstimmung, die Pat. war jetzt wiederum agitiert, ängstlich und leistungsinsuffizient, sie litt unter zahlreichen Körpermißempfindungen und hypochondrischen Befürchtungen. Unter einer stationären psychiatrischen Behandlung kam es zu einer langsamen Besserung der Beschwerden, sie konnte nach 2 Monaten in ausgeglichener Stimmungslage entlassen werden. Bis zum Sommer 1964 fühlte sich Pat. wieder wohl. Dann kam es erneut zu einer Verschlechterung der Stimmungslage, die Pat. war ängstlich, unruhig, klagte über zahlreiche körperliche Beschwerden bei einer durchgehend tief depressiven Stimmungslage. Im Januar/Februar 1965 wurde sie deshalb erneut stationär behandelt. Bei der Entlassung erschien sie stimmungsgemäß zwar ausgeglichen, allerdings immer noch lahm und schwunglos. In den folgenden Monaten berichtete die Pat. bei ambulanten Nachuntersuchungen, daß sie sich gesund fühle, klagte aber jetzt darüber, ihr altes Leistungsniveau nicht mehr erreicht zu haben. Bei der Exploration berichtete sie dann im einzelnen, daß sie ihre Hausarbeit nur noch mit Mühe erledigen könne. Im Gegensatz zu früher benötige sie viel mehr Schlaf, vor allen Dingen einen ausgiebigen Mittagsschlaf. Überhaupt müsse sie sich jetzt schonen. Sie verlasse aus diesem Grunde ungern das Haus und scheue vor allem Ungewohntes und Fremden zurück. Insgesamt fühle sie sich wie „ein Vogel, dem man die Flügel gestutzt hat“. Nachdem unter ambulanter Behandlung eine Besserung des Zustandsbildes nicht zu erreichen war, erfolgte im Dezember 1965 noch

einmal eine vierwöchige stationäre Behandlung. Auch dabei konnten die Beschwerden nur geringfügig beeinflusst werden. In der Folgezeit wurde Pat. fortlaufend antidepressiv behandelt, dennoch bestanden die psychischen Veränderungen weiter.

Zu einer erneuten (vierten) depressiven Phase kam es im Januar 1967. Auch jetzt wieder mit gleichartiger Symptomatik wie bei den früheren Phasen, auf der Linie tiefer depressiver Verstimmungen, Angstgefühlen, Agitation, daneben körperliche Beschwerden, vor allem Herzjagen, Unlustgefühle und Oppressionsempfindungen. Erneute stationäre Behandlung erfolgte von April bis Juni 1967. Unter der Therapie kam es zu einem langsamen Abklingen der Phase, gegen Ende der Behandlungszeit waren keinerlei depressive Symptome mehr nachzuweisen. Jedoch kam es mit Rückbildung der Phase prompt zum Auftreten der seit 1965 angegebenen, oben beschriebenen Beschwerden im Sinne eines Residualsyndroms, das bei ambulanten Kontrolluntersuchungen auch weiterhin unverändert nachzuweisen war.

*Fall 2.* Rüdiger U., Kapellmeister, geboren 1919. Der heute 48jährige Rüdiger U. leidet seit fast 10 Jahren an einer monopolar verlaufenden Cyclothymie. In der Familie sind Nerven- oder Geisteskrankheiten bisher nicht bekannt geworden. Der Pat. wurde mehrfach stationär behandelt, unternahm zweimal einen Suicidversuch. Mit einer depressiven Phase gelangte er im Januar 1966 bei uns zur stationären Aufnahme. Die Erkrankung hatte mit quälenden Schlafstörungen eingesetzt, die dem Kranken erster Hinweis für die anlaufende Depression war. Trotz frühzeitig beginnender ambulanter Behandlung sei es nicht gelungen, den ungünstigen Verlauf zu beeinflussen. Zu Beginn der Behandlung bot der Pat. das Bild einer gehemmten Depression. Er war kaum in der Lage, seine Vorgeschichte mitzuteilen, rang nach Worten. Allein gelassen, saß er stumm in einem Sessel, blickte mit leeren Augen zu Boden, reagierte nicht auf Fragen oder Zuspruch. Depressive Wahnhinhalte waren nicht zu fassen, deutlich war eine Aufhellung der Stimmung am späten Nachmittag, der Pat. wurde aktiver, war zu einem Gespräch bereit, zog spontan Parallelen zu früheren Phasen. Unter einer hochdosierten thymoleptischen Therapie kam es innerhalb von 2 Monaten zum Abklingen der Phase, als letztes normalisierte sich der Nachtschlaf. Der Kranke wurde auf eine ambulante thymoleptische Medikation eingestellt. Bald nach der Entlassung konnte er zur Zufriedenheit seiner vorgesetzten Dienststelle seine Tätigkeit wieder aufnehmen. Bei einer ambulanten Kontrolluntersuchung mehrere Monate nach der Entlassung gab er an, die Phase sei abgeklungen, er fühle sich gesund. Die Ehefrau bestätigte zunächst diesen Eindruck. Im längeren Gespräch berichtete der Pat. dann jedoch, „es ist eine andere Gesundheit als früher“. Zwar registriere er keines der Symptome mehr, von denen er wisse, daß sie zur endogenen Depression geführt hätten. „Das ist ganz vorbei.“ Trotzdem sei irgendetwas anders als früher. Nicht nur, daß er mehr schlafe als früher, bald er zu Bett gehe und neuerdings auch einen Mittagsschlaf halte, er sei darüber hinaus etwas verändert. „Das ist doch ganz klar, daß eine Veränderung mit mir vorgegangen ist. Früher spürte ich diesen Abstand von den Dingen nicht so.“ „Nicht das Denken selbst fällt mir schwer, es fehlt schon die Lust überhaupt, sich mit einem Gedanken zu beschäftigen, einen Gedanken zu beginnen. Eine innere Unruhe, die mir die Konzentration nimmt, eine Unlust, die etwas anderes ist als keine Lust haben, eine innere Apathie.“ „Ich kann mich nur mühsam zwingen, etwas zu tun, dann dauert die Energie nur einen Augenblick an. Die Energiereserven, die vormittags da sind, müssen mittags unter Aufwand mobilisiert werden und sind abends rascher erschöpft als früher.“ Das Beschwerdebild setzt sich von der vorausgehenden Phase deutlich ab. Es bestand über einige Monate. Dann kam es überraschend wieder zu einer depressiven Phase. Der Pat. meinte, „jetzt habe ich wieder den alten Schub, das ist das Alte“.

### **Zur Phänomenologie des Residualsyndroms**

Versucht man, die Phänomenologie dieser Residualsyndrome zu beschreiben, so wird dabei in erster Linie von den Angaben der Kranken ausgegangen werden müssen. Die Pat. geben im Gespräch gewöhnlich an, daß die depressive Phase abgeklungen sei. Dennoch wird der sowohl von den Personen der Umgebung als auch vom Untersucher empfundene Eindruck von Veränderungen auf psychischem Gebiet, vom Kranken auf Befragen bestätigt. Zumeist wird nur berichtet, daß im Befinden gegenüber früher ein Unterschied bestünde, etwa in dem Sinne, daß man „nicht mehr der Alte sei“, ohne daß diese Feststellung jedoch näher präzisiert werden könnte.

Bei eingehenderer Exploration des Patienten gelingt es dann aber doch, Angaben über Störungen zu erhalten, die im Grunde bei allen unseren Kranken einheitlich zu finden waren.

In bezug auf Affekt und Emotionalität erschienen die Patienten matt, mißmutig, wenig schwingungsfähig und etwas starr, im Ausdrucksgesamt wirkten sie gering differenziert, so daß der Untersucher zuweilen den Eindruck einer freudlos-nörglerischen Verstimmtheit gewinnen kann. Eine der häufigsten Klagen betrifft die verminderte Leistungsfähigkeit, die Kranken fühlen sich rasch erschöpfbar, in ihrer Belastbarkeit verringert und geben ein erhöhtes Schlafbedürfnis an. Von den meisten unserer Patienten, besonders von den männlichen, wird betont, daß sie im Gegensatz zu früher, jetzt einen längeren Mittagsschlaf benötigen. Eng damit hängt eine Störung des Antriebes im Sinne des Lahm-Schwunglosen zusammen. Die Patienten berichten, daß sie gleichgültiger geworden seien, uninteressierter, entschlüsselter. In Verbindung damit klagen sie über eine Störung des Konzentrationsvermögens, wobei offen bleibt, ob es sich um eine Störung der Aufmerksamkeitsspannung oder des Denkens handelt.

Versucht man die Hauptmerkmale dieses Syndroms noch einmal zusammenzufassen, so ist das psychopathologische Zustandsbild geprägt von Störungen im Bereich des Antriebs und vor allem der Affekte. Dabei ließen sich die letzteren am ehesten als Verlust der feineren Nuancierung sowie eine Abflachung der emotionalen Schwingungsbreite beschreiben. Sowohl aus den Angaben der Kranken wie gleichfalls aus dem psychischen Befund ergibt sich zweifelsfrei, dies sei noch einmal betont, daß es sich hierbei nicht um den Ausdruck einer persistierenden depressiven Phase handelt. Dafür spricht auch, daß, wie die Verlaufsbeobachtung zeigt, bei Einsetzen einer neuerlichen Krankheitsphase deren Symptomatik scharf von der des Residualsyndroms abgegrenzt werden kann. Während einer neuerlichen Krankheitsphase ist das Residualsyndrom nicht mehr nachweisbar, sei es, daß es durch die akute Symptomatik überdeckt wird, oder aber, daß es in dieser aufgegangen ist.

Ohne Kenntnis der Vorgeschichte wäre das Residualsyndrom seiner Erscheinung nach nicht ohne weiteres dem cyclothym-depressiven Formenkreis zuzuordnen. Es ähnelt vielmehr jenen uncharakteristischen pseudopsychopathischen oder pseudoneurasthenischen Zustandsbildern, wie sie in ähnlicher Form sowohl bei behandelten als auch bei unbehandelten schizophrenen Psychosen mehrfach beschrieben wurden, ebenso aber auch bei organischen Gehirnaffektionen, etwa den vorzeitigen Versagenszuständen im Sinne von BERINGER u. MALLISON oder einer posttraumatischen Hirnleistungsschwäche. In einigen Zügen erinnern diese Residualsyndrome auch an die von WEITBRECHT beschriebenen chronischen erlebnisreaktiven depressiven Entwicklungen.

### Diskussion

Vergleichen wir nun unsere Befunde mit den in der älteren Literatur beschriebenen Bildern, so zeigt sich, daß auch vor Beginn der Psychopharmakotherapie derartige Krankheitsbilder gesehen und beschrieben worden sind. Es kann auch nicht behauptet werden, daß das von uns als Residualsyndrom bezeichnete Zustandsbild hinsichtlich seiner Erscheinungsform grundsätzlich von jenen Bildern, wie sie beispielsweise KRAEPELIN als „psychische Schwächezustände“ beschrieb, abzugrenzen ist. Leider fehlen Zahlenangaben, die es möglich machen würden, mit Sicherheit festzustellen, ob solche Residualsyndrome unter der Pharmakotherapie häufiger geworden sind. Trotzdem glauben wir uns zu der Annahme berechtigt, daß sie sich, so jedenfalls nach unserer Erfahrung der letzten Jahre, zu mehren scheinen. Es stellt sich demnach die Frage, ob die antidepressive Therapie in der heutigen Form möglicherweise zwar geeignet ist, die typische cyclothym-depressive Symptomatik zu beeinflussen, gelegentlich jedoch um den Preis eines Residualsyndroms in der beschriebenen Form.

Wenn es sich auch in unseren Fällen nicht um chronifizierte Depressionen handelt, welche, wie dies von ARNOLD u. KRYSPIN-EXNER beschrieben wurde, unter Bildung eines „grenzpathologischen Gleichgewichts“ fortbestehen, so sind uns dennoch diese Untersuchungen wichtig, da sich auch hier ein Wandel der Verlaufsgestalt von Cyclothymien abzuzeichnen scheint.

Die Frage nach der Reversibilität solcher Residualsyndrome kann von uns, schon allein durch die Kürze der Beobachtungszeit bedingt, nicht beantwortet werden. Man wird sie unserer Meinung nach letzten Endes ohnehin nur im Zusammenhang mit der Frage der Rückbildungsfähigkeit postpsychotischer Dauerveränderungen sehen können. Wenn auch zweifellos mit Einführung der Thymoleptica in den Behandlungsplan cyclothym-depressiver Erkrankungen ein wichtiger therapeutischer Fortschritt erzielt worden ist, so bleibt dennoch die Frage zu diskutieren,



ob es nicht möglicherweise durch eben jene Therapie zu einem Stilwandel im Verlauf dieser Psychosen mit Ausbildung der beschriebenen Residualsyndrome kommen kann. Dieser Möglichkeit sollte, vor allem durch langfristige katamnestische Untersuchungen, unseres Erachtens vermehrt Beachtung geschenkt werden.

### **Zusammenfassung**

Die Frage von Dauerveränderungen von cyclothymdepressiven Phasen ist in der letzten Zeit zwar diskutiert, aber nicht eingehender untersucht worden. Unter 428 cyclothym-depressiven Kranken, die in den letzten beiden Jahren stationär und ambulant in unserer Klinik behandelt wurden, fanden sich 29 Patienten, die nach Abklingen der depressiven Phase Dauerveränderungen aufwiesen (6,8%). Die Psychopathologie dieser Residualsyndrome wird beschrieben und mit Zustandsbildern verglichen, wie sie in der älteren psychiatrischen Literatur als Folgezustände nach endogenen Depressionen geschildert wurde. Abschließend wird auf Beziehungen solcher Dauerveränderungen nach cyclothymen Depressionen zu ähnlichen Syndromen nach organischen Hirnaffektionen, schizophrenen Psychosen und auch bei chronischen erlebnisreaktiven depressiven Entwicklungen hingewiesen. Es ist nicht auszuschließen, daß in es den letzten Jahren zu einer Häufung solcher Residualsyndrome unter der Pharmakotherapie gekommen ist. Genauere Aufschlüsse können hier nur von katamnestischen Untersuchungen erwartet werden.

### **Summary**

The problem of persistant changes of the personality after endogenous depressions was recently discussed, however not thoroughly examined.

Among 428 patients with endogenous depressions, that have been treated in our clinic and in the last two years, we found 29 patients to have constant changes of their personality after recession of the endogenous depression. The psychopathology of these residual syndromes is described and compaired with other psychopathological syndromes, as they have been described in the early psychiatric literature as symptoms, following endogenous depressions.

Consequently, similarities are shown with other syndromes after cerebral disorders, schizophrenic psychoses and likewise after chronic reactive depressions. There is a possibility, that there is an increase of such residual syndromes in the last years. More detailed facts can only be expected from further exact follow-up-studies.

### **Literatur**

ARNOLD, O. H., u. K. KRYSPIN-EXNER: Zur Frage der Beeinflussung des Verlaufes des manisch-depressiven Krankheitsgeschehens durch Antidepressiva. Wien. med. Wschr. 115, 929 (1965).

- BERINGER, K., u. R. MALLISON: Vorzeitige Versagenszustände. *Allg. Z. Psychiat.* **124**, 100 (1949).
- CONRAD, K.: Die beginnende Schizophrenie. Stuttgart: G. Thieme 1958.
- GLATZEL, J.: Über zylothyme Depressionen mit vegetativer Symptomatik. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **35**, 441 (1967).
- HUBER, G.: Chronische Schizophrenie. Heidelberg: A. Hüthig 1961.
- JANZARIK, W.: Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1959.
- JUNG, R.: Zur Klinik und Pathogenese der Depression. *Ref. Zbl. Neurol. Psychiat.* **119**, 163 (1951).
- KINKELIN, M.: Verlauf und Prognose des manisch-depressiven Irreseins. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.* **73**, 100 (1954).
- KRAEPELIN, E.: *Psychiatrie*, 8. Aufl. Leipzig: Joh. Ambros. Barth 1910.
- LANGE, J.: Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein. *Handbch. d. Erbkrankheiten*. Hrsg. v. A. GÜTT. Leipzig: Thieme 1942.
- LEONHARD, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen. Berlin: Akademie-Verlag 1957.
- LUNGERSHAUSEN, E.: Über akut beginnende cyclothyme Depressionen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **206**, 718 (1965).
- MATUSSEK, P., A. HALBACH u. U. TROEGER: *Endogene Depression*. München-Berlin: Urban & Schwarzenberg 1965.
- MEDOW, W.: Eine Gruppe depressiver Psychosen des Rückbildungsalters mit ungünstiger Prognose (erstarrende Rückbildungsdepression). *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **64**, 480 (1922).
- PASKIND, H. A.: Brief Attacks of Manic-Depressive Psychoses. *Arch. Neurol. (Chic.)* **23**, 152 (1930).
- PILCZ, A.: *Die periodischen Geistesstörungen*. Jena: Fischer 1901.
- POLLOCK, H. M.: Recurrence of attack in manic-depressive psychosis. *Amer. J. Psychiat.* **11**, 567 (1931/32).
- SCHNEIDER, K.: *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: G. Thieme 1959.
- STEEN, R. C.: Prognosis in manic-depressive psychoses. *Psachiat. Quart.* **7**, 321 (1933).
- STENSTEDT, A.: A study in manic-depressive psychosis. *Acta psychiat. neurol., Suppl.* **79** (1952).
- STONE, T. T., and B. C. BURRIS: Melancholia. A clinical study of fifty selected cases. *J. Amer. med. Ass.* **142**, 165 (1950).
- STRANSKY, E.: Das manisch-depressive Irresein. In: Aschaffenburg's *Handbuch*, Bd. 6. Leipzig-Wien: Fr. Deuticke 1911.
- WEITBRECHT, H. J.: Zykllothymie. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **17**, 437 (1949).
- Zur Typologie depressiver Psychosen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **20**, 247 (1952).
- Endogene phasische Psychosen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **29**, 129 (1961).
- Die chronische Depression. *Wien. Z. Nervenheilk.* **24**, 265 (1967).
- WERNICKE, C.: *Grundriß der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen*, 2. Aufl. Leipzig: Thieme 1906.

Dr. J. GLATZEL  
Dr. E. LUNGERSHAUSEN  
Universitäts-Nervenklinik  
5300 Bonn-Venusberg