

Das Schicksal der Melancholiker im fortgeschrittenen Alter

T. Taschev und M. Roglev

Hohes medizinisches Institut „I. P. Pawlov“ zu Plovdiv-Bulgarien
Lehrstuhl für Psychiatrie (Vorstand: Prof. Dr. T. Taschev)

Eingegangen am 12. Dezember 1972

The Fate of Adult Depressive Patients

Summary. The authors studied 332 case histories of patients who died after experiencing at least one depressive episode. The majority of depressive patients die between 40 and 70 years of age. The cardiovascular diseases (as in the rest of the population) are the most frequent cause of death (26.8%) then suicide, specific for the melancholics (25.6%), with a preponderance of men. The highest percentage of suicides is encountered in the 60—70 age group.

Tracing the fate of the melancholic patients from the beginning of the disease to the end of their lives shows that the melancholias probably occur only in the form of manicdepressive psychosis but also in the form of periodical and involutinal melancholia. Contrary to the former optimistic prognosis, the investigations study shows that in about 1/3 of the deceased patients it was unfavourable and the patients are chronically ill.

Key words: Melancholia-forms: Periodical — Cyclothymic — Involutinal — Endogenous Depression — Lethality — Suicide.

Zusammenfassung. Verfolgt wurde der Lebenslauf von 332 verstorbenen Kranken, die mindest eine Phase von Melancholie durchgemacht hatten. Festgestellt wird, daß der größte Teil der Melancholiker zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr ad exitum kommt. Als Todesursache stehen, wie bei der Durchschnittsbevölkerung, an erster Stelle die Herz-Gefäß-Krankheiten (26,8%). An zweiter Stelle aber, für die Melancholie spezifisch, stehen die Suicid (25,6%) bei denen die Männer überwiegen. Das Suicidmaximum fällt auf das 6. Lebensjahrzehnt.

Die Verfolgung des Schicksals der Melancholiker vom Krankheitsbeginn bis zum Lebensende zeigt, daß die Melancholie, wie es scheint, nicht nur im Rahmen der manisch-depressiven Psychose, sondern auch außerhalb dieser, in Form der periodischen, involutiven und endoreaktiven Melancholie existiert. Quo ad sanationem haben unsere Untersuchungen gezeigt, daß es im Gegensatz zu der bisher optimistischen Prognosestellung, in fast einem Drittel der verstorbenen Fälle zu einer Chronifizierung der Melancholie gekommen war.

Schlüsselwörter: Melancholieformen — periodische — cyclothyme — involutive — endoreaktive Depression — Letalität — Suicidität.

Mit der Zunahme der an Melancholie Erkrankenden wuchsen auch die Probleme der Diagnostik, Klassifikation und Therapie dieser Krankheit. Das bestätigen auch die in den letzten Jahren durchgeföhrten internatio-

nalen Symposien über Depressionen in Berlin, 1968 [6] und Graz, 1971 [26], sowie die zahlreich erschienenen Monographien [7, 9, 13, 15, 18].

Gegenwärtig, wie gut bekannt, wird die Melancholie nicht nur im Rahmen der manisch-depressiven Psychose betrachtet, sondern es werden — nicht ohne Gründe — Versuche angestellt [1, 5, 14, 17, 25], auch andere Formen dieser Krankheit abzugrenzen. So z. B. die periodische Melancholie (die nicht in Beziehung zur cyclothymen Melancholie steht), die Involutionsmelancholie, sowie eine Reihe andere situationsbedingte Depressionen: angefangen bei der endoreaktiven Dysphorie nach Weitbrecht [28] geht es über die Erschöpfungsdepressionen nach Kielholz [11], die Entlastungsdepression nach Schulte [19] und die neurotische Depression nach Völkel [27] bis zur Enttäuschungsdepression nach Taschev [26]. Bei allen diesen situativen Depressionen aber tritt die Frage auf nach dem Charakter und der Struktur der prämorbidien Persönlichkeit und deren Bedeutung für das Auftreten der Krankheit, nach dem klinischen Erscheinungsbild und dem therapeutischen Effekt. Des weiteren besteht eine Reihe ungelöster Probleme hinsichtlich der Bedeutung endogener und exogener Faktoren für das Auftreten von depressiven Krankheiten, der Dauer der einzelnen Phasen, dem Aspekt des klinischen Bildes und dem Ausgang der Krankheit, der, wie in letzter Zeit ersichtlich, nicht so günstig ist, wie das bis vor kurzem noch behauptet wurde [2, 3, 12, 20, 21, 22, 23, 24, 29].

In Hinsicht auf alle diese komplizierten Probleme und bei dem Fehlen eines klar ausgeprägten ätiologischen und pathogenetischen Begriffes ist der einzige Weg, diese Fragen zu beantworten, die klinische Beobachtung. Sie ist noch immer von großem Interesse und zieht die Aufmerksamkeit der Kliniker aller Länder auf sich. Die Art und Weise, wie die verschiedenen Autoren an das Problem der melancholisch-depressiven Krankheiten herantreten, ist natürlich individuell unterschiedlich. Ein Teil von ihnen untersuchten den melancholisch Kranken retrospektiv, andere wiederum verfolgen sein Schicksal prospektiv. In unserer bisherigen Praxis haben auch wir diese beiden Arten der Untersuchung angewandt, doch fehlte uns dabei, da uns ein Überblick über den Gesamtverlauf des Lebens des melancholisch Kranken nicht gegeben war, das Gefühl der Genugtuung. Das war der Grund, in einer neuen Untersuchung den Lebenslauf der Kranken zu verfolgen, die auf die eine oder andere Art ad exitum gekommen sind. Diese Methode der Untersuchung wurde bisher nur von einer geringen Anzahl Untersucher angewandt [4, 8].

Die Möglichkeit, den lebenslänglichen Verlauf der melancholisch Kranken zu verfolgen, gab uns die von den Bezirks-Psychodispansairen geführte Dokumentation dieser Kranken. Genannte Dispansairen wurden in Bulgarien im Jahre 1951 gegründet und haben die Aufgabe, alle psychisch Kranken ihres Bezirkes zu erfassen und zu behandeln. Sie

werden bis zu ihrem Lebensende überwacht. Zur Verfügung standen uns die Registrationskarten von 1846 melancholisch Kranken, die von den Bezirksdispansairen der Städte Plowdiv und Haskowo geführt werden. Unter ihnen fanden wir 332 Kranke, die in den Jahren von 1951—1970 betreut worden waren und die in den Jahren von 1954—1971 ad exitum gekommen sind. Die Überwachungszeit war bei den einzelnen Kranken unterschiedlicher Dauer, sie betrug 1—20 Jahre. Die Erfassung begann mit der ersten ambulatorischen Untersuchung oder der ersten klinischen Behandlung. Wenn der Beginn der Beobachtungszeit nicht von der ersten Krankheitsphase ab datierte, so sammelten wir anamnestische Daten bezüglich der vorhergegangenen Anfälle. Nach ihrer Registrierung werden die Kranken ambulant versorgt und je nach ihrem Befinden regelmäßig einige Male im Jahr in ihren Wohnstätten aufgesucht. Ein großer Teil der Kranken wurde in unserer Klinik behandelt und von den Verfassern eigenhändig untersucht. Zwischen den verstorbenen Kranken zahlenmäßig am stärksten vertreten sind die Kranken mit involutiver Melancholie: 186 von allen 544 dieser Kranken, bei denen auch die Letalität mit 34,2% am höchsten ist. Unter den Verstorbenen befinden sich weitere 74 Kranke mit periodischer Melancholie, das sind 11,1% aller registrierten 665 Kranken dieser Gruppe. Von den 418 registrierten Kranken mit cyclothymer Melancholie verstarben 45 (10,8%) und von den 219 Kranken mit endoreaktiver Depression 27 (12,3%) (Tab. 1).

Die Altersverteilung der Melancholiker sieht wie folgt aus: Verstorben (bis 40 Jahre) 12 Kranke; (41—50 Jahre) 56; (51—60 Jahre) 93; (61—70 Jahre) 120; (71—80 Jahre) 42; (81—90 Jahre) 9. Aus diesen Daten (von uns auch in früheren Arbeiten hervorgehoben) wird ersichtlich, daß die Erkrankungshäufigkeit sowie auch der letale Ausgang im 6. und 7. Lebensjahrzehnt ihren Höhepunkt erreichen.

Von Interesse ist die Frage, welches die *Todesursachen* der verstorbenen Melancholiker sind. Wie aus unseren Untersuchungen hervorgeht, starben 89 (26,8%) der Melancholiker an Herz-Gefäß-Krankheiten; an 2. Stelle aber stehen die Suicidie mit 85 Kranken (25,6%); an 3. Stelle die Gruppe somatische und infektiöse Krankheiten mit 52 Kranken (15,6%). Ihr folgen die Gruppen Kranke mit cerebraler Arteriosklerose und Bronchopneumonien mit je 31 Kranken (9,5%). Am Ende kommen die Gruppen bösartige Tumoren mit 24 Kranken (7,1%) und nicht abgeklärte Todesursachen — 20 Kranke d. s. 6% der Fälle.

Diese Prozente, verglichen mit den Todesursachen bei der Durchschnittsbevölkerung, weisen keine nennenswerten Unterschiede auf, nur in bezug auf die Suicidität ist hier eine starke Diskrepanz zu verzeichnen. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation kommt auf 10000 Einwohner durchschnittlich 1 Suicid. In Bulgarien betrug dieses Verhältnis im Jahre 1971 nur 0,55% pro 10000 Einwohner.

In diesem Sinne verdient die Gruppe *Suicide* unsere besondere Aufmerksamkeit. Es handelt sich bei ihr um 49 Männer und 36 Frauen, bei der die Männer proportional im umgekehrten Verhältnis zur Zahl der an Melancholie Erkrankten überwiegen. Die Altersverteilung hier ist wie folgt: während 10 von den 12 vor ihrem 40. Lebensjahr verstorbenen Kranken einen Suicid begangen hatten, sind es bei den über 40 Jahre alten Kranken 75 von 320 und zwar: zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr — 25 Suicide; zwischen dem 50. und 60. — 27; zwischen dem 60. und 70. — 20; und zwischen dem 71. und 75. Lebensjahr nur 3 Fälle.

In Hinsicht auf die Gesamtzahl der Todesfälle, sowie auch auf die Zahl der Suicide, erreicht diese bei den melancholisch Kranken zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr ihr Maximum im 6. Lebensjahrzehnt. Unter anderem muß betont werden, daß dies das Alter ist, in welchem auch in der Durchschnittsbevölkerung die meisten Suicide vorkommen (von uns in vorhergegangenen Untersuchungen bereits festgestellt). Von Bedeutung aber ist es, zu erfahren, ob die melancholisch Kranken im Anfall oder während einer luziden Periode verstorben sind, resp. Selbstmord verübt hatten. Wir stellten fest, daß von den 247 an somatischen Krankheiten Verstorbenen 177 (71,6%) während einer melancholischen Phase verstorben sind, während 67 von den 85 Selbstmördern (78,8%) ihren Suicid in psychotischem Zustand verübt hatten. Hier tritt die Frage auf, ob die übrigen 18 Kranken den Suicid nicht ebenfalls in der melancholischen Phase, oder unter dem Druck anderer psychologischer Ursachen begangen haben. Selbstverständlich ist dabei die Rolle des Charakters oder zumindest die des Bewußtseins von seiten des Kranken, eine melancholische Erkrankung durchgemacht zu haben, nicht außer acht zu lassen.

Natürlich ist die Gruppe Suicide als für die Melancholie besonders spezifisch, in vieler Hinsicht von großem Interesse. Nach unseren Feststellungen verübten 9 Kranke den Suicid in psychiatrischen Stationen, in denen sie zur Behandlung weilten, und 76 in weitestem Sinne des Wortes, außerhalb dieser. Der Art des Suicides nach handelt es sich um folgende Gruppen: Erhängen — 40 Kranke (24 Frauen und 16 Männer); sich unter einen Zug oder Verkehrsmittel geworfen — 12 Kranke (11 Männer und eine Frau); durch Ertrinken — 9 Kranke (5 Männer und 4 Frauen); durch Selbstvergiftung — 7 Kranke (2 Männer und 5 Frauen); sich aus Höhen gestürzt — 6 Kranke (4 Männer und 2 Frauen); sich selbst angezündet — 2 Männer; sich erschossen — 2 Männer; sich schwere Verletzungen beigebracht — 2 Männer. In 5 Fällen konnte die Suicidart nicht einwandfrei festgestellt werden.

Aus diesen Angaben geht hervor, daß die Frauen den Tod durch Selbsterhängen vorziehen, während die Männer in der Wahl der Suicidart brutaler sind: sich unter einen Zug werfen, Selbsterschießen, -verwunden und -anzünden.

Unser Material umfaßt die Periode 1954 bis einschließlich 1971. Die Jahresverteilung:

1954 — 5 Fälle	1959 — 3 Fälle	1964 — 2 Fälle	1969 — 3 Fälle
1955 — 6 Fälle	1960 — 2 Fälle	1965 — 6 Fälle	1970 — 7 Fälle
1956 — 1 Fall	1961 — 2 Fälle	1966 — 7 Fälle	1971 — 15 Fälle
1957 — 6 Fälle	1962 — 2 Fälle	1967 — 8 Fälle	
1958 — 2 Fälle	1963 — 2 Fälle	1968 — 2 Fälle	

Wie ersichtlich, kam es im Jahre 1971 zu einem signifikanten Anstieg dieser Fälle. Als Ursache hierfür müssen wir u. a. eine zu späte Hospitalisierung, nicht genügende Beachtung der geäußerten Selbstmordgedanken, und nicht an letzter Stelle auch die fehlerhafte Diagnosestellung bei depressiven Kranken erwähnen, die sehr oft nicht vom Facharzt, sondern von Internisten und Neurologen, und manchmal auch vom Psychiater fehldiagnostiziert und — behandelt werden.

Wie bekannt, werden zum Suicid die Frühjahrsmonate (April, Mai, Juni und Juli) bevorzugt. Das wird auch durch unsere Untersuchungen bestätigt. So z. B. waren es in den Monaten Dezember, Januar, Februar und März 2, 3, 4 und 4 Fälle, in den Monaten April, Mai und Juni aber 13, 19 und 13 Fälle. Eine leichte Zunahme der Fallzahl wird zwar auch im September (8) und Oktober (7) festgestellt, während im November keine Suicidfälle zu verzeichnen sind. Ein besonderer Unterschied zwischen der Anzahl von Männern und Frauen wird nicht beobachtet. Es fällt aber auf, daß es im Mai 14 Männer gegenüber 5 Frauen waren, die einen Suicid begangen haben.

Bei den Suiciden tritt immer auch die Frage nach vorangegangenen Selbstmordabsichten und -versuchen auf. So hatten 174 der von uns untersuchten 332 Kranken Selbstmordgedanken geäußert; von den 85 Selbstmördern aber hatten 68 schon früher derartige Versuche unternommen. Die statistische Auswertung zeigt eine erhebliche Signifikanz ($p < 0,001$). Bei der Gruppe der an somatischen Krankheiten Verstorbenen hatten 106 Selbstmordgedanken geäußert und 55 von ihnen hatten auch solche Versuche gemacht. Davon waren 35 sehr ernster Natur. In der Anamnese von 8 Selbstmördern ist auch der Suicid eines nahen Angehörigen verzeichnet. In diesen Fällen, wie bekannt, ist anzunehmen, daß es sich um den Mechanismus der Nachahmung (des Lebenslaufes eines nahen Angehörigen) handelt.

Vom Lande stammten 56, aus der Stadt 29 der Selbstmörder. Dem Beruf nach handelt es sich um 11 Arbeiter, 8 Angestellte, 4 Hausfrauen, 83 landwirtschaftliche Arbeiter und 24 Rentner. Eine Grundschule hatten 48, das Progymnasium 19, Mittelschulbildung 14 und Hochschulbildung 4 der Selbstmörder.

In bezug auf die *prämorbid Persönlichkeitsstruktur* (soweit die erhaltenen Angaben glaubwürdig sind), hatten 20 von ihnen einen syn-

tonen Charakter, betont extravertiert waren 17 und introvertiert, von schwierigem Charakter, waren 15 Kranke. Bei den übrigen Fällen fehlen derartige Angaben. In Hinsicht auf die psychologische Situation, in welcher der Suicid unternommen wurde, verfügen wir über folgende Angaben: 30 der Selbstmörder hatten sich in einer ernsten Konflikt-situation befunden, 22 von ihnen in der Familie und 8 am Arbeitsplatz. In gesellschaftlicher oder familiärer Isolation hatten sich 12 Kranke, die einsam für sich lebten, befunden.

Was die *erbliche Belastung* anbetrifft, so berücksichtigten wir vornehmlich die Verwandten ersten und zweiten Grades. So hatten die 332 verstorbenen melancholisch Kranken 123 geisteskranke Verwandte (37,4%). Den höchsten Prozentsatz Geisteskranken in der Familie fanden wir bei der cyclothymen Melancholie: 51,1%; ihr folgt die periodische Melancholie mit 45,9%, ist aber bei der involutiven Melancholie niedriger: 31,2% und beträgt bei der endoreaktiven Depression 28,8%. Be merkenswert bei den einzelnen Krankheitsformen ist auch die Verteilung der sekundären Fälle. Unter den Verwandten der Kranken mit involutiver Melancholie finden sich geisteskranke Väter — 9, Mütter — 10, Brüder — 13, Schwestern — 8, und Töchter — 11. Von den insgesamt 62 geisteskranken Verwandten leiden 18 (29%) an der gleichen Art Geisteskrankheit. Bei der periodischen Melancholie sind es 8 Mütter, 6 Brüder und 5 Schwestern. Von allen 39 geisteskranken Verwandten leiden 16 (41%) an ein und derselben Art Psychose. Die Kranken mit cyclothymer Melancholie haben 32 geisteskranke Verwandte, von denen 17 (53,1%) wiederum an der gleichen Krankheitsart leiden: es sind das 5 Väter, 5 Brüder und 4 Schwestern. Bei der endoreaktiven Depression kann das Dominieren einer bestimmten Geisteskrankheit in der Familie nicht festgestellt werden, ebenso wie auch kein bedeutender prozentueller Unterschied in der erblichen Belastung zwischen den an somatischen Krankheiten Verstorbenen (37,2%) und den durch Suicid ums Leben gekommenen Kranken (36,5%/ $p > 0,05$).

Aufgrund unserer Nachforschungen über das Leben der zu Tode gekommenen Melancholiker wollen wir versuchen, auch einige Annahmen und Vermutungen hinsichtlich *der Form, dem Verlauf und dem Ausgang* der melancholischen oder depressiven Krankheit zu diskutieren. Die anhand der gesamten Biopathographie gestellte klinische Diagnose der Selbstmörder weist folgende Verteilung auf:

An erster Stelle steht die involutive Melancholie mit 35 Suiciden; an zweiter Stelle die periodische Melancholie — 24 Suicide; an dritter die cyclothyme Melancholie — 15 Fälle, und an vierter Stelle die endoreaktive Depression mit 11 Suiciden. Diese Verteilung nach absoluten Ziffern gibt uns das Recht anzunehmen, daß Suicide am häufigsten von Kranken mit involutiver Melancholie verübt werden. Dieser Aspekt ändert sich

aber, wenn wir den prozentuellen Anteil der Suicide bei den genannten Krankheitsformen mit der Gesamtzahl der Verstorbenen vergleichen (Tab. 1). Aus ihr wird ersichtlich, daß er bei der involutiven Melancholie am niedrigsten ist (18,8%) und bei den übrigen Gruppen signifikant zunimmt: 32,4% bei der periodischen Melancholie; 33,3% bei der cyclothymen Melancholie, ist aber mit 40,7% bei der endoreaktiven Depression am höchsten. Diese Paradoxie kommt u. E. dadurch zustande, daß die Gruppe Kranke mit involutiver Melancholie Patienten über 40 Jahre alt beinhaltet, die Letalität der in diesem Alter an somatischen Krankheiten Verstorbenen aber von vornherein eine höhere ist. Bei den übrigen Formen der Melancholie stehen die Suicide im Vordergrund wegen der weniger häufigen Todesursachen infolge somatischer Krankheiten. Es ist demnach zu folgern, daß unter den durch einen Suicid ums Leben gekommenen melancholisch Kranken prozentuell am häufigsten Selbstmörder mit involutiver Melancholie angetroffen werden; bei der involutiven Melancholie selbst der Suicid nicht die häufigste Todesursache ist. Die dominierende Rolle der involutiven Melancholie erscheint erneut bei dem Vergleich der Suicidfallzahl mit der Gesamtzahl der registrierten Melancholiker. So haben 6,4% der registrierten Kranken mit involutiver Melancholie durch Suicid ihrem Leben ein Ende bereitet; 3,7% der Kranken mit periodischer Melancholie; 3,6% der Kranken mit cyclothymer Melancholie und 5% der Kranken mit endoreaktiver Depression. Der höhere Prozentsatz der Suicide bei letzteren Kranken erklärt sich aus dem Umstand, daß in den Dispansairen vorwiegend die schweren Formen der endoreaktiven Depression, und vor allem die, die die Suicidtendenzen aufweisen, registriert werden.

Tabelle 1. Letalität und Suicide

Krankheits-formen	Insges. erfaßte Kranke	Von diesen ver-storben	Letalität %	Suicide	Suicide % aller Erfassten	Suicide % aller insges. Ver-storbenen
Involutive Melancholie	544	186	34,2	35	6,4	18,8
Periodische Melancholie	655	74	11,1	24	3,7	32,4
Cyclothyme Melancholie	418	45	10,8	15	3,6	33,3
Endoreakt. Depression	219	27	12,3	11	5,0	40,7
Insgesamt:	1846	332	17,9	85	4,6	25,6

Den Anlaß zu der Aufgliederung der Melancholie in die oben angeführten Krankheitsformen fanden wir bei einer jeden dieser Gruppen schon im initialen Stadium der Krankheit. Wie auch frühere unserer Untersuchungen ergaben, erscheint die cyclothyme Melancholie noch vor dem 30. Lebensjahr. Bei unseren bis zu 40 Jahre alten Kranken waren es 26 von allen 45 Kranken mit cyclothymer Melancholie. Die periodische Melancholie trat bei 62 Kranken unserer 74 Fälle schon vor dem 40. Lebensjahr auf (Tab. 2).

Anhand unseres Krankengutes können auch gewisse Schlußfolgerungen gezogen werden in bezug auf die Frage, ob die Melancholie *Defektzustände* hinterläßt oder, wie das bisher behauptet wurde, mit einer Restitutio ad integrum endet; sowie des weiteren, ob der Kranke in seinen luziden Perioden wirklich völlig gesund ist. Wie unsere Untersuchungen ergaben, hatten sich bei beiden Gruppen Kranke — an somatischen Krankheiten Verstorbene und Suicid — ca. ein Drittel der Patienten in einem chronifizierten melancholischen Zustand befunden. Zahlenmäßig ausgedrückt sind es bei der Gruppe somatischer Krankheiten 84 Kranke (34%) von den insgesamt 247 an somatischen Krankheiten Verstorbenen, und bei den Suiciden 32 (37,6%) von den insgesamt 85 Suiciden.

Hiervon kann abgeleitet werden, daß die Prognose der melancho-lisch-depressiven Erkrankung durchaus nicht so günstig ist, wie das bisher angenommen wurde. In Anbetracht ihres ungünstigen Ausganges erreicht sie in bezug der Chronifizierung prozentuell die Schizophrenie. Als wichtigstes Moment erscheint uns hier die Frage nach den Ursachen, die zu dieser Chronifizierung der Krankheit führen, doch steht diese Frage augenblicklich nicht zur Diskussion.

Tabelle 2. Krankheitsbeginn

Alter/Jahre	bis 20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	Insgesamt
Involutive								
Melancholie	—	—	—	44	72	47	23	186
Periodische								
Melancholie	6	29	27	12	—	—	—	74
Cyclothyme								
Melancholie	8	10	8	6	5	8	—	45
Endoreakt.								
Depression	4	9	9	5	—	—	—	27
Insgesamt:	18	48	44	67	77	55	23	332

Folgerungen

Aufgrund unserer Untersuchungen der Krankengeschichten von 332 zu Tode gekommenen Melancholiekranken können nachstehende Folgerungen gezogen werden:

1. Melancholiker kommen meist zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr ad exitum. Im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung bedeutet das eine erhöhte Letalität (infolge der Suicide).

2. Die häufigste Todesursache (bei den nur eine melancholische Phase durchgemachten Kranken und bei den Kranken im Anfall) ist eine Herz-Gefäß-Krankheit. An zweiter Stelle für die Kranken dieser Gruppe spezifisch stehen die Suicide. Unter den Selbstmördern überwiegen die Männer. Ihre Zahl steht proportional in umgekehrtem Verhältnis zur Zahl der an Melancholie Erkrankten, bei der die Frauen überwiegen.

3. In der Wahl der Suicidart bevorzugen die Frauen das Sicher-hängen oder -vergiffen, während die Männer sich unter einen Zug werfen, aus Höhen stürzen oder tödliche Verletzungen beibringen.

4. Suicide werden am häufigsten in den Monaten April, Mai und Juni unternommen, doch auch die Monate September und Oktober weisen eine leichte Zunahme der Fallzahl auf.

5. Ein großer Teil der infolge eines Suicides zu Tode gekommenen Kranken befand sich in psychotischem Zustand oder in einer psychotraumatisierenden Situation. Andere wiederum standen in sozialer Isolation.

In Hinsicht auf das Gesamtproblem der Melancholie können zusätzlich folgende Schlüsse gezogen werden:

a) Die Verfolgung des Schicksals der Melancholiker — ab Krankheitsbeginn bis zum Lebensende — bestätigt den Eindruck, daß die Melancholie nicht nur im Rahmen der manisch-depressiven Psychose existiert, sondern auch außerhalb dieser, d. h. in Form der periodischen, involutiven und endoreaktiven Depression. Diese Formen unterscheiden sich nicht nur durch ihren Beginn, sondern auch durch ihren Verlauf und ihre Erkrankungsfähigkeit.

b) In Anbetracht der Chronifizierung der Krankheit zeichnet sich die Prognose der Melancholie als verhältnismäßig ungünstig ab.

Literatur

1. Angst, J.: Zur Aetiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1966
2. Averbuch, E. S.: The understanding of nondemented forms of presenile senile psychoses. Zh. Nevropat. Psichiat. 71, 1820—1825 (1971)
3. Bratfos, O., Gaug, O. J.: The course of manic-depressive psychoses. Acta psychiatr. scand. 44, 89—112 (1968)
4. Ciompi, L., Lai, P. G.: Depression et vieillesse. Bern-Stuttgart: H. Huber 1969
5. Dabrowski, St.: Przebieg okresowych psychoz afektywnych podezas inwolnji, Panstwowy wydawnictw lakarsich, Warszawa 1969

6. Efimenko, W. L.: An analysis of some data in patients with affective psychoses who died after 40 years of age. *Zh. Nevropat. Psichiat.* **72**, 568—573 (1972)
7. Gittelson, N. L.: The relationship between obsessions and suicidal attempts in depressive psychosis. *Brit. J. Psychiat.* **112**, 889—890 (1966)
8. Hansen, J.: Hypochondrie und Antrieb. Stuttgart: F. Enke 1969
9. Hippius, H., Selbach, H.: Das depressive Syndrom. München-Berlin-Wien: Urban & Schwarzenberg 1969
10. Kielholz, P.: Diagnostik und Therapie depressiver Zustandsbilder. *Schweiz. med. Wschr.* **87**, 107—110 (1957)
11. Kraines, S. H.: Therapy of the chronic depressions. *Dis. nerv. Syst.* **28**, 577—584 (1967)
12. Ladee, G. A.: Hypochondriac syndromes. Amsterdam-London-New York: Elsevier 1966
13. Leonhard, K.: Über monopolare und bipolare endogene Psychosen. *Nervenarzt* **39**, 104—106 (1968)
14. Mitsuda, H.: Clinical genetic in psychiatry. Tokyo: Igaku Shoin Ltd. 1967
15. Paykel, E. S., Dienelt, M. N.: Suicide attempts following acute depression. *J. nerv. ment. Dis.* **158**, 234—243 (1971)
16. Perris, C.: Il concetto di polarità e la nosologia delle psicosi depressive. *Arch. psicol. Neurol. Psychiat.* **29**, 111—128 (1968)
17. Pertilowitsch, N., Baer, R.: Cyclothymie (1964—1969). *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **38**, 601—692 (1970)
18. Schulte, W.: Die Entlastungssituation als Wetterwinkel für Pathogenese und Manifestierung neurologischer und psychiatrischer Krankheiten. *Nervenarzt* **22**, 140—140 (1951)
19. Schulte, W., Schizophrenie und Cyclothymie. Ergebnisse und Probleme, hrsg. v. G. Huber. Stuttgart: G. Thieme 1969
20. Schulte, W., Mende, W.: Melancholie — in Forschung, Klinik und Behandlung. Stuttgart: G. Thieme 1969
21. Sternberg, F. Y., Rochlina, L. M.: Some general clinical aspects of "late" depressions. *Zh. Nevropat. Psichiat.* **70**, 1356—1365 (1970)
22. Taschev, T.: Statistisches über die Melancholie. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **33**, 52—36 (1965)
23. Taschev, T.: Zur Klinik der Zwangszustände. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **38**, 89—110 (1970)
24. Taschev, T.: Die Enttäuschungsdepression. In: Probleme der Provokation depressiver Psychosen, hrsg. v. W. Walcher, S. 207—211. Wien: Brüder Hollinek 1971
25. Taschev, T., Roglev, M.: Besonderheiten in Vererbung und Verlauf der manisch-depressiven Psychose. *Medizinski problemi (Plovdiv)* **21**, 25—33 (1969)
26. Taschev, T., Roglev, M.: Über die Aufteilung der Melancholie vom klinisch-genetischen Standpunkt aus. *Neurol. psihiatr. i neurochirurg. (Sofia)* **10**, 254—260 (1971)
27. Voelkel, H.: Neurotische Depression. Stuttgart: G. Thieme 1959
28. Weitbrecht, H. J.: Psychiatrie im Grundriß. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963
29. Weitbrecht, H. J.: Die chronische Depression. *Wien. Z. Nervenheilk.* **24**, 265—281 (1967)
30. Ziese, P.: Broken home, Suicid, erweiterter Suicid bei endogener Depression. *Soc. Psychiat.* **3**, 70—75 (1968)

Prof. Dr. T. Taschev
 Hohes medizinisches Institut „I. P. Pavlov“
 Plovdiv, Bulgarien