

G. Stöber, E. Franzek,
H. Beckmann

Aus der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik
der Universität Würzburg

(Direktor: Prof. Dr. H. Beckmann)

Die selbstquälerische Depression

Eine Form monopolarer endogener Depressionen

Schlüsselwörter

Psychopathologie, monopolare endogene Depression, Leonhard-Klassifikation

Zusammenfassung

Anhand von drei exemplarischen Fällen wird das Krankheitsbild der selbstquälerischen Depression, eine Form der reinen Depressionen Leonhards, dargestellt.

Im Zentrum stehen die Ideen der Selbsterniedrigung und Selbstentwertung und der sich daran entwickelnde ängstlich-depressive Affekt. Charakteristisch ist auch die Angst um die nächsten Angehörigen. In ihren Selbstanklagen erwarten und fordern die Patienten für sich die schrecklichsten Strafen. Diese wenigen Leitsymptome kehren in jeder Krankheitsphase gleichförmig wieder. Andere depressive Symptome wie Denkhemmung und psychomotorische Hemmung treten dagegen völlig in den Hintergrund. Der Krankheitsverlauf ist streng monopolar. Die Dauer der Krankheitsphasen wurde von Leonhard mit durchschnittlich 5,8 Monaten angegeben. Sie betrug bei unseren Patienten durchschnittlich 4,1 Monate. Das klinische Erscheinungsbild ist durch moderne Behandlungsstrategien nicht wesentlich zu beeinflussen. Eine familiäre Belastung mit affektiven Psychosen findet sich nur sehr selten.

Keywords

Affective psychoses, psychopathology, monopolar depressive disorders, Leonhard classification

Summary

Three case reports will be used to describe the self-torturing depression, one form of Leonhard's monopolar depressive disorders.

The main symptomatology consists of marked feelings of guilt, as well as ideas of self-abasement and self-depreciation. The severe anxious-depressive affect develops on the grounds of these symptoms. Worries of the patients about their family are also characteristic. Excessive self-reproach results in the expectation of and demand for heaviest punishment. These symptoms repeatedly occur during each episode. Other depressive symptoms like inhibited thinking and motor retardation are lacking. The course of the disease is strictly monopolar. In Leonhard's original description the mean duration of the episodes was found to be 5.8 months. We noticed a mean duration of 25 episodes of 4.1 months. The clinical manifestation of the episodes can only insignificantly be influenced by modern therapy. There is little evidence for familial loading with affective psychoses.

Die nosologische und syndromale Klassifizierung depressiver Zustandsbilder wurde über Jahrzehnte hinweg kontrovers diskutiert (6). Kraepelin (7) hatte alle endogen-depressiven Zustandsbilder in der Krankheitseinheit des »manisch-depressiven Irreseins« aufgehen lassen. Kraepelins nosologisches Konzept verband Kleist mit Wernickes Einteilungsprinzip nach Syndromen. Auf diese Weise gelang es der Kleistschen Schule, die Stimmungspsychosen weiter zu differenzieren (12, 15). Leonhard prägte 1959 den Begriff der monopolaren und bipolaren affektiven Psychosen. In Langzeitstudien hatte er aufgezeigt, daß depressive Psychosen mit umschriebenen und einförmigen Syndromen ihren monopolaren Verlauf und ihr charakteristisches Bild stets beibehielten. Dadurch war es möglich, bereits aus dem klinischen Querschnittsbild auf die Polarität des Längsverlaufes zu schließen (10, 14, 21). Die von Perris (16), Angst (1) und Winokur (25) bestätigte Dichotomie der affektiven Psychosen fand ihren Niederschlag in den modernen Klassifikationssystemen des DSM-III-R und der ICD-10. In verschiedenen Verlaufsuntersuchungen (3, 4) schlugen aber zunächst monopolare Verläufe nicht selten später doch in bipolare Verläufe um. Dies beruhte möglicherweise darauf, daß die erforderliche genaue klinische Differenzierung der Querschnittsbilder vernachlässigt worden war.

Leonhard grenzte von der manisch-depressiven Erkrankung sechs klinisch eigenständige, monopolar-depressive Krankheitsbilder ab. Bei der manisch-depressiven Erkrankung sind die depressiven Querschnittsbilder vielgestaltig. Die vordergründigen Krankheitszeichen wechseln hier oft mit jeder neuen Phase und verschieben sich

häufig sogar während einer einzigen Episode. Die monopolaren Depressionen zeigen dagegen immer gleichartige, durch wenige Leitsymptome gekennzeichnete Zustandsbilder. Leonhard unterschied nach dem klinischen Erscheinungsbild die reine Me-

lanchole sowie die gehetzte, hypochondrische, teilnahmsarme, argwöhnische und selbstquälerische Form monopolarer Depressionen.

Im folgenden wird durch drei Kasustiken das Krankheitsbild der selbstquälerischen Depression dargestellt.

Kasuistiken

Fall 1

Die Patientin wurde als drittes von fünf Kindern 1931 geboren. Ihre leibliche Mutter verstarb im Wochenbett. Der Vater kam wenige Jahre später bei einem Arbeitsunfall ums Leben. Neuropsychiatrische Erkrankungen sind in der Familie nicht bekannt. Zusammen mit ihren Geschwistern wuchs die Patientin bei ihrer Stiefmutter auf, zu der sie stets ein inniges Verhältnis hatte. Die Erziehung war geprägt von einer tief religiösen Einstellung. Nach dem Volksschulbesuch war die lebhaft und kontaktfreudige Patientin bis zu ihrer Heirat landwirtschaftliche Arbeiterin.

Im Alter von 28 Jahren trat wenige Wochen nach einer Entbindung eine zunehmend gedrückte Stimmungslage auf. Sie beschuldigte sich, daß sie sich über die Geburt ihres Kindes nicht ausreichend freue und sich an ihrem Kind versündige. Stationär aufgenommen, jammerte sie selbstanklagend: »Mir geht es zu gut, dafür muß ich jetzt Unglück über meine Familie bringen und muß selbst dafür in die Hölle«. Weinend erklärte sie, sie füge in Gedanken Gott ständig Schaden zu, um zur Strafe in die ewige Verdammnis zu kommen. Nach Abklingen der Erkrankung mußte die Patientin 2 Jahre später mit derselben Symptomatik erneut für wenige Wochen stationär behandelt werden und blieb dann 23 Jahre frei von depressiven Beschwerden.

Während der Pflege ihrer schwer erkrankten Stiefmutter geriet die nun 53jährige erneut in innere Unruhe und Verzweiflung. Wieder klagte sie stereotyp: »Gott hat mich verdammt, ich bin dem Teufel verfallen«. Sie sei der schlechteste Mensch, reiße ihre Familie mit ins Elend und habe deshalb die schlimmste Strafe verdient. Andere depressive Gedankeninhalte oder Beschwerden fanden sich nicht. In den folgenden Jahren kam es zu weiteren 10 identischen Krankheitsphasen. In den freien Intervallen war die Patientin psychisch unauffällig, arbeitete stundenweise als Kellnerin und versorgte ihren Haushalt. Auch bei der bisher letzten stationären Aufnahme 1991 war das klinische Zustandsbild unverändert. Wieder trug sie ihre Selbstanschuldigungen mit freier Gestik und Mimik vor und geriet währenddessen in einen zunehmend ängstlich-erregten Affekt. Für sich belassen blieb die Patientin dagegen ruhig. Von ihren krankhaften Ideen war sie nicht abzulenken. Auch diesmal klangen die Krankheitserscheinungen nach wenigen Wochen ab, und die Patientin konnte in ausgeglichenerem Zustand entlassen werden.

Der somatische Befund war bis auf einen Zustand nach Strumektomie regelrecht. Laborparameter und Liquoruntersuchungen erbrachten keinen Hinweis auf eine organische Genese der Erkrankung. In der kranialen Computertomographie zeigte sich 1986 und 1991 ein alterssprechender unauffälliger Befund.

Therapie

Im 33jährigen Krankheitsverlauf traten 12 Phasen mit einer durchschnittlichen Länge von 16 (10–27) Wochen auf. Sechs Krankheitsphasen wurden mit einer Elektrokrampftherapie in Kombination mit antidepressiver und neuroleptischer Medikation behandelt. Durchschnittlich 5 (1–12) Wochen nach der stationären Aufnahme wurde mit der EKT begonnen; 5 Phasen wurden mit einer Kombinationstherapie aus trizyklischen Antidepressiva und Neuroleptika und die bisher letzte Phase monotherapeutisch mit Antidepressiva behandelt. Eine Entlassung fand stets nach Abklingen der Symptome statt; viermal war die Patientin medikamentenfrei entlassen worden. Nach 6 aufeinanderfolgenden Krankheitsphasen bis 1987 gelang mit Lithium eine Phasensuppression bis 1990. Nach Absetzen der Prophylaxe traten erneut 4 gleichartige Erkrankungsphasen auf.

Fall 2

Die 1926 geborene Patientin wuchs mit ihrem jüngeren Bruder bei ihren Großeltern auf. Die Mutter war nach dem frühen Tode des Vaters, der an einer Pneumonie verstarb, wieder berufstätig geworden. Nach dem Abschluß der Handelsschule war die Patientin in einem Fernsprechamt angestellt. Verheiratet arbeitete sie halbtags weiter und versorgte den Haushalt und ihre 4 Kinder. Mit 46 Jahren nahm sie nochmals eine Ganztagsstellung als Sekretärin an.

Eine familiäre Belastung mit endogenen Psychosen lag nicht vor. Unmittelbar nach der Trennung von ihrem Ehemann wurde die jetzt 59jährige Patientin zunehmend von schweren Schuldideen geplagt. Sie hielt sich für einen schlechten Menschen und ängstigte sich, alles im Leben falsch gemacht zu haben. Stationär aufgenommen, bezichtigte sie sich unter großem Leidensdruck, ihre Familie und ihre Ehe ruiniert zu haben, und machte sich Vorhaltungen, ihre Kinder falsch erzogen zu haben. Zur Strafe werde sie nun von allen verlassen. Von diesen Gedanken war sie nicht abzubringen, sondern klagte sich bei Unterredungen nur noch verstärkt an.

Zeitweise trug sich die Patientin mit Suizidgedanken. Nach wenigen Monaten klangen die Beschwerden völlig ab.

Zwei Jahre später entwickelte die Patientin nach Vollzug der Scheidung erneut ausgeprägte Schuldideen. In der Klinik war sie wieder völlig eingenommen von ihren Selbstbeschuldigungen. Die Hände ringend, klagte sie ängstlich, sie sei der schlechteste Mensch, und alle müßten sich von ihr abwenden. Ständig hielt sie sich in Gedanken ihre vermeintlichen Verfehlungen und Versäumnisse vor. Dabei geriet sie in erhebliche Angst und fürchtete um ihr Seelenheil.

Nach einem kurzen freien Intervall geriet sie wenige Monate später erneut in einen ängstlich-depressiven Affekt. Sie war jetzt überzeugt, daß wegen ihrer abgrundtiefen Sünden bereits das Höllenfeuer für sie brenne. Für ihre ungeheure Schuld müsse sie nun Sühne tun. Auch schuldigte sie sich wieder an, die Familien ihrer Kinder

zu zerstören. Sie verdiene ewige Einsamkeit. Nach wenigen Wochen konnte sie in ausgeglichenerem Zustand entlassen werden.

Im Alter von 65 Jahren trat erneut eine Phase mit gleichartiger klinischer Symptomatik auf, die ambulant überbrückt werden konnte. Bei einer persönlichen Nachuntersuchung im April 1992 war die Patientin temperamentvoll und heiter. Von ihren früheren Beschwerden konnte sie differenziert berichten. Sie war sozial gut integriert und stand in innigem Verhältnis zu ihren Kindern. Internistischer und neurologischer Befund waren ebenso wie die Laborparameter regelrecht. In der 1989 durchgeführten kranialen Computertomographie zeigte sich ein unauffälliger Befund.

Therapie

Nach dem Beginn der Erkrankung vor 6 Jahren traten bisher 4 Phasen mit einer durchschnittlichen Dauer von 14 (6–24) Wochen auf. Zwei Erkrankungsphasen wurden monotherapeutisch mit Antidepressiva, die beiden anderen mit einer Kombinationstherapie von trizyklischen Antidepressiva und Neuroleptika behandelt. Die Patientin wurde stets in gesundem Zustand entlassen.

Fall 3

Die Patientin wuchs als ältestes von 4 Kindern auf. Eine familiäre Belastung mit endogenen Psychosen lag nicht vor. Infolge eines Unfalles war sie in ihrer Kindheit auf einem Auge erblindet. In ihrer Entwicklung fühlte sie sich dadurch nicht beeinträchtigt. Nach der Volksschule erlernte sie den Beruf der Kindergärtnerin. Später heiratete sie und widmete sich der Erziehung ihres Sohnes und der Haushaltsführung. Von Angehörigen wurde sie als freundlich, aufgeschlossen und kontaktfreudig geschildert.

Wenige Wochen nach einem operativen Eingriff wurde die damals 50jährige zunehmend von innerer Unruhe und schweren Schuldgefühlen geplagt. Bei der stationären Aufnahme klammerte sie sich an ihren Sohn und schuldigte sich währenddessen ununterbrochen an. Sie habe die Gesundheit der ganzen Familie ruiniert. Sie sei ein durch und durch verdorbener Mensch. Zur Strafe für ihre ungeheuerlichen Verfehlungen werde sie nun auch ihr zweites Augenlicht verlieren. Nach einer 6wöchigen stationären Behandlung wurde sie in lebhaftem und ausgeglichenerem Zustand entlassen und blieb 15 Jahre psychisch gesund.

Im Anschluß an eine Katarakt-Operation trat eine weitere Krankheitsphase auf. Wieder klagte sie sich an, ihre Familie ins Verderben zu stürzen. Sie könne ihre Schlechtigkeit nicht mehr ertragen. Wegen ihrer Vergehen werde sie zu Recht von Gott bestraft. In ihrer Hoffnungslosigkeit äußerte sie Selbstmordgedanken. Nach wenigen Wochen zog die Patientin diese Ideen zunehmend in Zweifel und wurde innerlich frei. Zwischen 1985 und 1990 traten noch 6 gleichartige Phasen auf. Bei der bisher letzten stationären Aufnahme 1990 klagte sie sich erneut ohne innere Hemmung schwer an. Sie sei eine Belastung, eine Schande, ein Makel

für die Familie. »Ich stinke und bin völlig versaut«. Allein durch ihre Anwesenheit stecke sie ihre nächsten Angehörigen mit Krankheiten an. Daß ihre Familie immer noch zu ihr hielt, machte sie sich bitter selbst zum Vorwurf. Man sollte sie verstoßen und verdammen. Vor vielen Jahren hätte sie über ihre Vermieterin geflücht und dies falle nun auf sie zurück. Gott strafe sie dadurch, daß sie nicht mehr leben und auch nicht sterben könne: »Das ist der Fluch, der auf mir liegt, als Strafe für alles Böse, das ich getan habe«. Bei diesen Worten rang sie die Hände, weinte und klagte laut. Andere depressive Ideen fehlten. Gelegentlich wurden von ihr körperliche Mißempfindungen, insbesondere Beklemmungsgefühle am Herzen, geäußert.

Im Stationsalltag verhielt sie sich still und zurückgezogen. Sobald sie jedoch in ein Gespräch verwickelt wurde, trug sie stereotyp ihre krankhaften Ideen vor.

Internistisch und neurologisch fanden sich bis auf die erwähnte Erblindung rechts und auf einen Zustand nach Katarakt-Operation links keine Auffälligkeiten. Die kraniale Computertomographie erbrachte 1985 sowie 1986 einen unauffälligen Befund. 1988 fand sich ein klinisch stummer, alter Grenzzoneninfarkt links parieto-okzipital. Dieser hatte weder den Verlauf noch das psychopathologische Erscheinungsbild der Krankheit beeinflußt (2).

Therapie

Insgesamt traten bei der Patientin 9 Krankheitsphasen mit einer durchschnittlichen Phasendauer von 18,5 (5-35) Wochen über einen Beobachtungszeitraum von 22 Jahren auf. Mit einer Elektrokrampftherapie und zusätzlicher trizyklischer Antidepressiva- und Neuroleptika-Therapie wurden 4 Krankheitsphasen behandelt. Durchschnittlich wurde 6 (1-14) Wochen nach der stationären Aufnahme mit einer EKT-Behandlung begonnen. Zwei Phasen wurden monotherapeutisch mit trizyklischen Antidepressiva, 3 Phasen in einer Kombination aus Antidepressiva und Neuroleptika behandelt. Die Patientin konnte stets in beschwerdefreiem Zustand entlassen werden.

Diskussion

Bei den drei Kasuistiken stehen in jeder neuerlichen Krankheitsphase eine ausgeprägte, quälende Ideenbildung und ein eng damit verknüpfter ängstlich-depressiver Affekt im Vordergrund. Stets von neuem peinigen sich die Erkrankten mit Selbstvorwürfen, mit Versündigungs- und mit Minderwertigkeitsgedanken. Charakteristischerweise erniedrigen sich die Patienten – häufig bis ins Maßlose gesteigert – selbst und deklamieren, wie wertlos und unwürdig sie seien. Unbedeutende, oft weit zurückliegende Verfehlungen fassen sie als nicht wie-

dergutzumachende Unrechtstaten auf, die sie sich nun ständig vorhalten und vorwerfen. Die Erkrankten erwarten angstgepeinigt ihre vermeintlichen irdischen und ewigen Strafen. Sie fürchten, ihre Angehörigen mit ins Elend zu stürzen, was sie mit großer Gewissenspein erfüllt.

Die Selbstanschuldigungen sind inhaltlich oft nur wenig ausgestaltet. Die ängstlich-depressive Stimmungslage ist eng an die quälenden Ideen gebunden. Eine frei flottierende Angst tritt nicht auf. Rasche affektive Schwankungen oder hypomane Stimmungsauslenkungen kommen nicht vor. Die Patienten von ihrem »Sich-Selbst-Quälen« abzulenken, gelingt nicht. Bei Widerspruch werden die Selbstentwertungen unter Tränen beteuert und um so nachhaltiger vorgebracht. Für sich belassen, werden die Patienten dagegen ruhig, ohne psychomotorisch gehemmt zu sein. Still beschäftigen sie sich weiter mit ihren Ideen. Andere depressive Inhalte, wie Insuffizienzgefühle, Verarmungsideen oder leibliche Mißempfindungen sowie aus der depressiven Stimmungslage ableitbare Beziehungsideen und Phoneme bleiben marginal. Eine Denkhemmung findet sich nicht. Eine inhaltslose Getriebenheit oder Gehetztheit fehlt ebenso.

Die Kasuistiken erfüllen die ICD-10-Kriterien (24) einer rezidivierenden depressiven Störung mit den psychotischen Symptomen des Schuld- und Versündigungswahnes. Mit den umschriebenen Ideen der Selbsterniedrigung, der Selbstentwertung und der Minderwertigkeit und dem daraus

erwachsenden ängstlich-depressiven Affekt stellen die drei Fälle eindrückliche Beispiele monopolarer »selbstquälerischer Depressionen« nach Leonhard dar. In jeder neuerlichen Krankheitsphase kehren diese wenigen Leitsymptome gleichförmig und festgefügt wieder. Selbstvorwürfe als häufigste melancholische Themata finden sich in älteren (5, 22) wie neueren Studien (20) in 20-30% depressiver Erkrankungen. Ausgeprägte Ideen der Selbsterniedrigung weisen dagegen nur 5% der wahnhaften Depressionen auf.

Schneider (18) vermutete im Thema »Schuld- und Versündigung« eine aufgedeckte Urangst des Menschen um seine Seele. Tellenbach (19) führte depressives Schulterleben auf eine vorbestehende Veränderung im Wesen des »Typus melancholicus« zurück. Weitbrecht (23) hatte hingegen die wahnbedingten »primären Schuldgefühle«, die als »freisteigende Verschuldungsgedanken der reinen Ich-Schuld« (17) im Grunde inhalt- und themalos entstünden, auf Störungen des Gefühlsbereiches der Schuld zurückgeführt.

Leonhard (11, 13) führte das Krankheitsbild der »selbstquälerischen Depression« auf eine spezifische Erkrankung der menschlichen Instinktsphäre zurück. Den instinktiven, menschlichen Regungen des »Sich-in-eine-Gemeinschaft-Eingliedern«, des Mitmenschlichen-Beistehens, des »Sich-bedroht-Empfindens« und des Rechtsempfindens seien als Gefühlsqualitäten Scham- und Schuldgefühl, Mitleid, Furcht und Empörung mit

Tab. 1 Einflußnahme unterschiedlicher Therapiekonzepte auf die Gesamtdauer und auf die stationäre Behandlungszeit der einzelnen Krankheitsphasen bei den drei Fallbeispielen

	gesamt	Phasen aufgeteilt nach den angewendeten Therapiekonzepten		
		Antidepressiva Neuroleptika EKT	Antidepressiva Neuroleptika	Antidepressiva
Zahl der Phasen	25	10	10	5
Gesamtphasendauer:	18,8	18,8	15,6	14,5
Erste Symptome bis zur Vollremission (in Wochen)	(5-35)	(14-30)	(5-35)	(10-24)
Stationäre Behandlungsdauer (in Wochen)	8,7	11,4	7,5	5,8
	(3-27)	(6-27)	(3-16)	(3-9)

dem Verlangen nach Sühne unmittelbar beigeordnet. Diese Gefühle werden in der depressiven Phase ständig und nicht unterdrückbar angeregt durch die krankhaften Ideen der Selbstentwertung und Minderwertigkeit sowie durch Selbstvorwürfe und Veründigungs-ideen.

Die Patientinnen waren primärpersönlich heitere, lebensfrohe Charaktere ohne wesentliche Akzentuierungen. Leonhard (9) fand subdepressive wie hyperthyme Wesensarten bei Patienten mit selbstquälerischen Depressionen. Es fanden sich bei unseren drei Patientinnen keine endogenen Psychosen im familiären Umfeld. Dies entspricht den Befunden Leonhards, der nur eine geringe familiäre Belastung mit affektiven Psychosen feststellte. Bei seinen 30 Patienten mit selbstquälerischer Depression fand er unter den Geschwistern in nur 3,6% der Fälle und unter den Eltern in nur 5,1% ebenfalls affektive Psychosen. Dies steht in deutlichem Kontrast zu seinen Befunden bei der manisch-depressiven Erkrankung. Dort waren in 15,5% der Fälle weitere Geschwister und in 28,9% ein Elternteil ebenfalls krank.

Selbstquälerische Depressionen beginnen nicht selten im Gefolge körperlicher Erkrankung und betreffen überwiegend Frauen (11). Bereits vor der Psychopharmaka-Ära betonte Leonhard (10) die gute Prognose und kurze Phasendauer der »selbstquälerischen Depression«. Eine Chronifizierung des Leidens beobachtete er nur ein einziges Mal. Die Phasendauer seiner Beobachtungszeit wich mit durchschnittlich 5,8 Monaten nicht wesentlich von unseren Patienten mit 4,1 Monaten bei 25 Krankheitsphasen (Phasendauer 5 Wochen bis 35 Wochen) ab.

Da bei psychotischen Depressionen im allgemeinen ein schlechtes Ansprechen auf eine medikamentöse Thera-

pie angenommen wird (Übersicht: 8), wurde bei den Patientinnen häufig die EKT oder die kombinierte antidepressive und neuroleptische Therapie favorisiert. Die antidepressive Monotherapie erwies sich jedoch als gleichrangig (Tab. 1).

Zusammengefaßt zeigt die selbstquälerische Depression in ihrem streng monopularen Verlauf mit nur kurzer Phasendauer ein auf wenige Leitsymptome eingegrenztes Syndrom. In jeder neuen Krankheitsphase kehren ohne Symptomverschiebungen die krankhaften Ideen der Selbsterniedrigung mit einem ängstlich-depressiven Affekt stetig wieder. Durch moderne Behandlungsstrategien scheint lediglich eine geringfügige Abkürzung der Krankheitsphasen zu gelingen. Eine familiäre Belastung mit affektiven Psychosen liegt nur sehr selten vor.

LITERATUR

1. Angst J. Zur Ätiologie und Nosologie endogener Psychosen. Monogr Gesamtgeb Neurol Psychiatr Heft 112. Berlin: Springer 1966.
2. Becker T, Franzek E, Jost C, Hofmann E, Schneider M, Stöber G. Hirnläsionen bei affektiven Erkrankungen: eine retrospektive-CT-Studie. Krankenhauspsychiatrie (im Druck).
3. Brockington IF, Helzer JE, Hillier VF, Francis AF. Definitions of depression: concordance and prediction of outcome. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 1022-7.
4. Clayton PJ. The epidemiology of bipolar affective disorders. *Compr Psychiatry* 1982; 22: 31-43.
5. Janzarik W. Die zylothyme Schuldthematik und das individuelle Wertgefüge. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1957; 80: 173-208.
6. Kendell RE. The classification of depressions: a review of contemporary confusion. *Br J Psychiatry* 1976; 129: 15-28.
7. Kraepelin E. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. 8. Aufl, III/2. Leipzig: Barth 1923.
8. Kroessler D. Relative efficacy rates for therapies of delusional depression. *Convulsive Therapy* 1985; 1: 173-82.
9. Leonhard K. Die präpsychotischen Temperamente bei den monopularen und bipularen phasischen Psychosen. *Psychiatr Neurol (Basel)* 1963; 146: 105-15.
10. Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen. 4. Aufl. Berlin: Akademie 1968.
11. Leonhard K. Biopsychologie der endogenen Psychosen. Leipzig: Hirzel 1970.
12. Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen in der Forschungsrichtung von Wernicke und Kleist. In: *Psychiatrie der Gegenwart*. Bd II/1. Kisker KP, Meyer JE, Müller M, Strömngren E (Hrsg). Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1972; 183-212.
13. Leonhard K. *Biologische Psychologie*. Frankfurt: Barth 1972.
14. Leonhard K, v. Trostdorff S. Prognostische Diagnose der endogenen Psychosen. Jena: Fischer 1964.
15. Neele E. Die phasischen Psychosen nach ihrem Erscheinungs- und Erbbild. Leipzig: Barth 1949.
16. Perris C. A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. *Acta Psychiatr Scand* 1966; 42: Supplementum 194.
17. Scheid W. Der Zeiger der Schuld in seiner Bedeutung für die involutiven Psychosen. *Z Ges Neurol Psychiatr* 1934; 150: 528-55.
18. Schneider K. *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme 1955.
19. Tellenbach H. *Melancholie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1983.
20. Tölle R, Wefelmeyer T. Wahn bei Melancholie. In: *Halluzination und Wahn*. Olbrich HM (Hrsg). Berlin, Heidelberg: Springer, 1987; 124-39.
21. v. Trostdorff S, Leonhard K. Catamnesis of endogenous psychoses according to the differential diagnostic method of Karl Leonhard. *Psychopathology* 1990; 223: 259-62.
22. Weitbrecht HJ. Zur Typologie depressiver Psychosen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1952; 20: 247-69.
23. Weitbrecht HJ. Depressive und manische endogene Psychosen. In: *Psychiatrie der Gegenwart*. Bd. II 1. Kisker KP, Meyer JE, Müller M, Strömngren E (Hrsg). Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1972; 73-118.
24. Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD 10. Dilling H, Moubour W, Schmidt MH (Hrsg). Bern, Göttingen, Toronto: Huber 1991.
25. Winokur G, Clayton PJ. Family history studies. I. Two types of affective disorders separated according to genetic and clinical factors. In: *Recent Advances in Biological Psychiatry*. Wortis J (ed). New York: Plenum 1967; 35-50.

Korrespondenzadresse:
Dr. Gerald Stöber
Psychiatrische Klinik und Poliklinik
Universität Würzburg
Füchsleinstraße 15
W-8700 Würzburg, FRG