

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

ZYKLOIDE PSYCHOSEN

Angst–Glücks-Psychose – Verwirrtheitspsychose – Motilitätspsychose

Zykloide Psychosen sind psychische Störungen, die man früher zwischen die manisch-depressiven Erkrankungen und die Schizophrenien eingeordnet hat. Das Beschwerdebild ähnelt mehr den Schizophrenien, der Verlauf eher der manisch-depressiven Störung. Die Heilungsaussichten sind in der Regel günstig. Unterschieden werden vor allem die Angst-Glücks-Psychose, die Verwirrtheitspsychose sowie die Motilitäts-Psychose.

Um was handelt es sich, welche Symptome finden sich häufig bei welcher Verlaufsform, wie sind die Behandlungsmöglichkeiten und damit Heilungsaussichten und vor allem: Was muss man zur rechtzeitigen Diagnose wissen?

Da die zykloiden Psychosen auch heute noch in manchen Psychiater-Kreisen diagnostiziert, vor allem aber diskutiert werden, nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht.

Erwähnte Fachbegriffe:

Zykloide Psychosen – Angst-Glücks-Psychose – Verwirrtheitspsychose – Motilitätspsychose – manisch-depressive Erkrankung – manisch-depressive Psychose – bipolare affektive Störung – Depression – Manie – Geisteskrankheiten – Gemütskrankheiten – krankhafte Hochstimmung – Schwermut – Melancholie – Schizophrenie – wahnhafte Störung – Affekt – Angst – Glückseligkeit – Ekstase – rauschhafte Verzückung – krankhaftes Misstrauen – Halluzinationen – Sinnestäuschungen – Trugwahrnehmungen – Wahn – hypochondrische Befürchtungen – Größenphantasien – Altruismus – pathetische Ausdrucksweise – Visionen – Selbstaufopferung – formale Denkstörungen – inhaltliche Denkstörungen – unlogisches Denken – Gedankensperrung – Denksperre – Gedankenabreißen – inkohärentes Denken – Zerrissenheit – Vorbeireden – unlogisches Denken – traumartige Abwesenheit – Oneiroid –

Hyperkinese – gesteigerte Ausdrucksbewegung – theatralisches Auftreten – krankhaftes Bewegungsmuster – Akinese – Bewegungslosigkeit – Bewegungshemmung – Stummheit – Mutismus – clownhaftes Bewegungsmuster – Negativismus – bizarre Motorik – Stereotypien – Affektlabilität – Gemütslabilität – Geburtsschaden – krankhafte Gehirnentwicklung – pränatale Störung – Ventrikel-Asymmetrien – Nervenwasser – Liquor – Ventrikel-Erweiterung – Geburtsmonat – Schwangerschafts-Einflüsse – Psychopharmaka – Neuroleptika – atypische Neuroleptika – Antidepressiva – Tranquilizer – Beruhigungsmittel – Benzodiazepine – Psychotherapie – soziotherapeutische Hilfen – Phasen-Prophylaktika – Lithiumsalze – Carbamazepin – Valproinsäure – Lamotrigin – u.a.m.

Wir haben uns längst daran gewöhnt: Unsere Welt wandelt sich ständig. Ja, das einzig Konstante scheint der ständige Wechsel zu sein. Das betrifft die Politik, wo man es ohnehin gewohnt ist. Das betrifft die Wirtschaft, meist mit herben Konsequenzen. Das betrifft aber auch Kultur und Wissenschaft.

Bei letzterer erhofft man sich durch den Wandel wenigstens konkrete Fortschritte, in der Medizin beispielsweise in Diagnose und Therapie. Ob dieser Wunsch immer berechtigt ist, sei dahingestellt. Immerhin kann die Medizin – trotz aller Kosten – auf eine beachtliche Entwicklung verweisen. Tausende von Generationen vor uns und damit eine Unzahl beeinträchtigter bis gequälter Menschen von Anbeginn unserer Zeit bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts (wo die medizinischen Fortschritte dann doch endlich zu greifen begannen) hätten gerne mit uns getauscht. Das sollte man nicht vergessen.

Freilich gibt es auch Änderungen, die offensichtlich nur um der Änderungen Willen bzw. zu Ruhm, Ehre und Gewinn jener geschehen, die daraus ihre Vorteile ziehen. Glücklicherweise hat dies meist keinen Bestand, hingegen die banale Erkenntnis: Was gut ist bleibt gut. Was entbehrlich, unnötig oder gar schädlich ist, nur der Selbstdarstellung oder ähnlich verwerflichen Zielen dient, verschwindet im Laufe der Zeit wieder – mal früher, mal später, aber so gut wie immer.

Kleine Namens-Geschichte der Psychiatrie

Auch in der Psychiatrie, der Seelenheilkunde, bewegt sich derzeit mehr als in den gesamten Jahrhunderten zuvor. Gewiss gab es früher Meilensteine psychiatrischer, neurosen-psychologischer, psychosomatischer, psycho-, pharmako- und soziotherapeutischer Art, die nie vergessen werden sollten.

Namen, die auch vielen Laien durchaus geläufig sind und mit denen sich wegweisende Fortschritte verbinden, sind beispielsweise die Nervenärzte, Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten (in alphabetischer Reihenfolge

und natürlich ohne Anspruch auf Vollständigkeit, Einzelheiten siehe die Fachliteratur): Alfred Adler, Alois Alzheimer, Michael Balint, Eugen und Manfred Bleuler, Karl Bonhoeffer, Jean-Martin Charcot, J.-E.-D. Esquirol, Victor Frankl, Sigmund Freud und seine Tochter Anna Freud, Erich Fromm, Robert Gaupp, Wilhelm Griesinger, Hans Walter Gruhle, Willy Hugo Helpach, Heinrich Hoffmann (durch seinen Struwwelpeter – vor über 150 Jahren verfasst – derzeit wieder aktuell geworden), Karl Jaspers (den die meisten wohl nur als einen der bedeutendsten Philosophen unserer jüngeren Zeit kennen, er war aber Psychologie-Professor an der Psychiatrischen Universitäts-Klinik Heidelberg, bevor er als Philosophie-Professor nach Basel ging), Carl-Gustav Jung, Ludwig Klages, Karl Kleist, Sergej Korsakow, Emil Kraepelin, Richard von Krafft-Ebing, Ernst Kretschmer, I.P. Pawlow, Jean Piaget, Philippe Pinel, Wilhelm Reich, Hermann Rohrschach, Julius Wagner von Jauregg, Victor von Weizsäcker, Carl Wernicke u.a.m. Sie alle und zahlreiche Nicht-Genannte und auch in der Mehrzahl in Vergessenheit geratene Nervenärzte (wie die damaligen Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und auch Psychotherapie/psychosomatische bzw. Psychotherapeutische Medizin hießen) haben zu ihrer Zeit Großes geleistet, doch sind nur wenige bis heute wegweisend geblieben (z. B. Kraepelin, Bleuler, Freud, Kretschmer, Jaspers usw.), jedenfalls was die wissenschaftlichen Zitationen über die psychiatrie-historischen Interessen hinaus anbelangt.

Einer von ihnen hat es bis heute geschafft, auch von derzeit meinungsbildenden Psychiatern und Psychiatrischen Kliniken gekannt, zitiert, ja gelehrt und im Alltag von Klinik und Praxis genutzt zu werden: Professor Dr. Karl Leonhard, zuletzt Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Berlin an der Charité. Aus seinem reichen Arbeitsfeld sind es vor allem die zykliden Psychosen, die auch heute noch diskutiert werden, nämlich die Angst-Glücks-Psychose, die Verwirrtheitspsychose und die Motilitätspsychose.

Nachfolgend deshalb eine kurzgefasste Übersicht zu diesem Thema, das nach Ansicht nicht weniger Psychiater nicht nur psychiatrie-historisch, sondern unverändert von praktischer Bedeutung für den Alltag in Klinik und Praxis ist.

Die zykliden Psychosen – eine Übersicht

Eine seelische Störung, so alt wie die Menschheit, ist einerseits die jedem bekannte Melancholie, also Schwermut oder Depression, die entweder für sich alleine quälen kann oder hintereinander mit der krankhaften Hochstimmung, der Manie auftritt. Beides zusammen nennt man heute in der modernen Psychiatrie eine bipolare Störung, das heißt eine Erkrankung, die die zwei Gemüts-Pole Schwermut und übersteigerte Hochstimmung umfasst. Einzelheiten dazu siehe die verschiedenen Kapitel über *Depression* und *Manie*.

Die von K. Leonhard konzipierten so genannten *zykliden Psychosen* gehören zur Gruppe der endogenen Psychosen, also zu den vor allem biologisch fun-

dierten „Geisteskrankheiten“ mit einem phasischen (immer wiederkehrenden) Verlauf. Das sagt schon der Name, nämlich zyklold (Zyklus = periodisch wiederkehrendes Geschehen). Um was handelt es sich hier?

Innerhalb des früher gängigen nosologischen Systems der Psychiatrie (Nosologie = Krankheitslehre, systematische Beschreibung der Krankheiten, hier seelischer Störungen) stehen diese zyklolden Psychosen zwischen den manisch-depressiven Erkrankungen (krankhafte Hochstimmung und Schwermut abwechselnd) und der Schizophrenie (siehe das ausführliche Kapitel).

Das Beschwerdebild ähnelt mehr der Schizophrenie (obgleich dies bei näherer Betrachtung nur bedingt stimmt), der Verlauf eher der manisch-depressiven Erkrankung. Die Heilungsaussichten sind in der Regel günstig.

Dabei lassen sich, repräsentiert von Affekt (Gemütszustand), Denken und Psychomotorik (durch seelisch Faktoren geprägtes Bewegungsmuster)

- die Angst-Glücks-Psychose
- die erregt-gehemmte Verwirrtheitspsychose
- die akinetisch-hyperkinetische Motilitätspsychose

unterscheiden, so die Fachbegriffe dieser Untergruppen.

Charakterisiert sind sie durch die Neigung zur Bipolarität, d. h. die Erkrankungsbilder können zwischen den Extremen Hochstimmung und tiefer Schwermut wechseln. Oft lassen sie sich bereits zu Beginn des Leidens aus der Gruppe der Schizophrenien heraustrennen, so die Experten. Was dann innerhalb dieses übergeordneten Begriffes der zyklolden Psychosen schließlich konkret daraus wird, wird allerdings erst nach und nach deutlich. Im Einzelnen:

- **Angst-Glücks-Psychose**

Schon der Begriff der *Angst-Glücks-Psychose* zeigt, wo der Schwerpunkt des Beschwerdebildes liegt, nämlich in der Affekt-Auslenkung, wie es die Psychiater beschreiben, d. h. den beiden Gemüts-Polen Angst und Glück (-seligkeit). Beides kann extreme Ausprägungsgrade erreichen, nämlich von der peinigenden, ja panischer Angst bis zur Ekstase, also rauschhaften Verzückung oder entrückten Begeisterung.

– Im *Angst-Beschwerdebild* dominieren vor allem eine misstrauische Furcht, häufig auch Eigenbeziehungen (alles auf sich selber beziehen, vor allem in negativer Hinsicht) sowie Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen). Äußerlich geraten die Patienten oftmals in ängstliche Anspannung. Einige erwarten schließlich sogar hoffnungslos ihr vermeintlich tragi-

sches Schicksal. Ängstlich, misstrauisch, paranoid (s. u.) deuten sie selbst harmlose Vorgänge in ihrer Umgebung wahnhaft um, wobei sie nicht nur ihr näheres Umfeld (Partner, sonstige Angehörige), sondern auch Freunde, Bekannte, Arbeitskollegen, ja den Arzt u. a. in ihre krankhaften Befürchtungen einbeziehen.

Deshalb sind sie auch nur selten in der Lage sich vertrauensvoll und damit entlastend anderen zu öffnen. Allerdings gehen sie nie so weit wie eindeutig als Schizophrenie diagnostizierte Patienten oder solche mit einer wahnhaften Störung, die dann auch einmal gereizt-vorwurfsvoll bis bedrohlich werden können (siehe die entsprechenden Kapitel).

Was aber fast immer droht sind hypochondrische Befürchtungen (also eine Krankheitsangst ohne Ursache) sowie körperliche Missempfindungen (ebenfalls ohne krankhaften Befund). Die Angst schwankt häufig in ihrer Intensität, d. h. ihrem furchtsamen Ausprägungsgrad: von leicht bis extrem ist alles möglich. Auch ist ein rascher Wechsel zwischen Angst und Ekstase (siehe oben) nicht ungewöhnlich.

– In der *Glücks-Phase* dominiert dann die ekstatische Stimmung, die auch einmal auf Erleuchtung, Eingebung, Erhöhungen u. a. zurückgeführt werden kann, damit sich diese – eigentlich grundlose – Hochstimmung irgendwie motivieren lässt.

Allerdings gibt es einen interessanten Unterschied zu den mitunter ausufernden Größenphantasien manisch Erkrankter (siehe das entsprechende Kapitel): Maniker fühlen sich meist selbst im Mittelpunkt. Patienten mit einer Angst-Glücks-Psychose hingegen sind sogar in ihrer Ekstase von altruistischer, also selbstloser, uneigennütziger Wesensart, empfinden sich als Helfer für andere, manchmal auch als messianische Erlöser.

Dabei tragen sie ihre Ideen oft mit faszinierender und damit mitreißender Begeisterung vor und geraten mitunter in eine pathetische, d. h. leidenschaftlich-bewegte, ergriffene Ausdrucksweise. Hier können dann auch Visionen möglich werden, also szenisch ausgestaltete (Gesichts-) Halluzinationen, z. B. als farbenprächtige, leuchtende und detaillierte Bilder, Szenen und Gestalten, häufig religiös-mythologischen Charakters oder allegorische, gleichnishafte bildliche Darstellungen.

Die ekstatischen Gemütszustände dauern allerdings nur kurz, wenngleich rückblickend immer mal wieder eine Affektwallung mit inniger Ergriffenheit möglich ist. Bei rasch wechselnder Gemütslage finden sich dann auch gelegentlich Angst- und Glücksideen nebeneinander. In diesem Fall ufern sie nicht selten bis zur Idee der Selbst(auf)opferung aus, wobei durch eigene Buße anderen das Glück gebracht werden soll.

Wie die psychiatrischen Experten aber betonen, ist der Angst-Anteil dieser Angst-Glücks-Psychose deutlich häufiger als die glückhafte Phase, wobei es auch einmal bei reinen Angstzuständen bleiben kann, ohne einen glückhaften Gegenpol.

- **Verwirrtheitspsychose**

Bei der *Verwirrtheitspsychose* besteht das zentrale Krankheitsbild in einer charakteristischen Störung des formalen Denkablaufs. Formale Denkstörungen beziehen sich – wie der Begriff schon ausdrückt – auf Störungen des formalen Denk- oder Gedankenablaufs oder kurz gesprochen: *wie* etwas (krankhaft) gedacht wird. (Im Gegensatz dazu beziehen sich inhaltliche Denkstörungen auf das, *was* krankhaft gedacht wird.)

Zu den formalen Denkstörungen gehören gehemmtes, perseverierendes (sich ständig wiederholendes), verlangsamtes, beschleunigtes, ideenflüchtiges, eingegengtes, umständliches oder unlogisches Denken, ferner Gedankenspernung/Denksperrung oder gar Gedankenabreißen und inkohärentes, also zerfahrenes Denken.

Bei der Verwirrtheitspsychose ist der Denkablauf einerseits beschleunigt, andererseits verlangsamt.

– Der *beschleunigte Denkablauf* kann sich so extrem gestalten, dass das Denken (und damit Sprechen) schließlich inkohärent, also zerfahren wirkt. Die Betroffenen sprechen in leichteren Fällen immer wieder von Dingen, die nicht zur Sache gehören. Zwar sind die Themen mehr oder weniger durch eine logische Linie miteinander verbunden, gehen dann aber auch mal ohne Übergang in ein neues Thema über. Im Extremfall bezeichnet man so etwas als „Vorbeireden“, was dem Laien in der Regel als falsche Beantwortung einer konkreten Frage aufstößt (teils absichtlich(?), meist aber von der Krankheit her unabsichtlich gesteuert).

Wenn jedoch die Inkohärenz immer deutlicher wird, kann am Schluss fast jeder Satz ohne Zusammenhang mit dem zuvor Gesagten ausfallen. Die einzelnen Sätze für sich genommen bleiben dabei meist in logischem Zusammenhang. Häufig irritiert dabei noch ein erheblicher Rededrang.

Bei schwerer Denkstörung kommt es im Rahmen einer Verwirrtheitspsychose auch zur Personen-Verkennung, flüchtig, doch letztlich auffallend, weil beispielsweise die Umgebung oder der Bekanntenkreis mit anderen Menschen, z. B. Mitpatienten oder Klinikpersonal verwechselt werden. Absurde oder feindselige Verkennungen (durch Angst und aggressive Gegenreaktionen ausgelöst) kommen jedoch nicht vor. Das ist schizophrenen Psychosen und wahnhaften Störungen vorbehalten.

Die Stimmung ist bei Verwirrtheitspsychosen entweder heiter (eher selten) oder gedrückt, vor allem aber labil, d. h. schnell umschlagend.

– Beim *gehemmten Denken* ist die Beeinträchtigung auf allen Ebenen schließlich so groß, dass kein sinnvolles Handeln mehr zu erwarten ist. Ja, es kann sogar zu Mutismus kommen (also einem Verstummen, obgleich die Sprechorgane intakt sind). Im Extremfall droht sogar ein Stupor, also eine seelisch-körperliche Blockierung. Das Mienenspiel der Betroffenen ist meist ratlos, da infolge der Denkhemmung die Umgebung nicht mehr richtig aufgefasst und beurteilt werden kann.

Wenn sich die Betroffenen noch äußern können, dann geben sie an, alles sei so komisch, so sonderbar, so schwer fassbar um sie herum, sie würden die Vorgänge nicht mehr richtig nachvollziehen und verstehen können. Manchmal wirken die Patienten regelrecht perplex, also bestürzt, verblüfft und damit starr.

– Die Denkhemmung ist es auch, die schließlich zu *Beziehungs- und Bedeutungsideen* führen kann, d. h. alles um den Betroffenen herum wird auf sich selber bezogen und mit Bedeutungsinhalten gefüllt, die nur ihn und seine spezifische Situation betreffen. So etwas ist bei der Verwirrtheitspsychose die Regel.

Kommt es darüber hinaus noch zu Sinnestäuschungen, also optischen oder akustischen Halluzinationen, wirken manche Patienten wie traumartig abwesend (früherer Fachbegriff: Oneiroid).

• **Motilitätspsychose**

Die *Motilitätspsychose* (Motilität = die (Muskel-)Bewegung betreffend) ist eine alte psychiatrische Einteilung in hyperkinetisch und akinetisch. Was heißt das?

– Die *Hyperkinese* führt zu einer Steigerung der Ausdrucksbewegungen. Diese behalten übrigens – im Gegensatz zu den früher häufigeren katatonen Schizophrenien (siehe das entsprechende Kapitel) – ihren natürlichen Ablauf bei. Sie wirken also nicht starr, verkrampft oder gar mechanisch. Allerdings scheint die Ausdrucksbewegung häufig etwas übertrieben, ja theatralisch auszufallen, bleibt aber in ihrem Ablauf immer noch weitgehend natürlich, manchmal sogar graziös (also anmutig, lieblich, zierlich, wenngleich bisweilen auch etwas „süßlich“ überzogen).

Mitunter erinnern diese Ausdrucksbewegungen auch an gymnastische und tänzerische Übungen. Dabei wirkt die so genannte Reaktivbewegung (also die Reaktion auf etwas Äußerliches) eher hastig und getrieben, was zur allgemeinen Bewegungs-Unrast dieser Patienten passt.

Der Abwechslungsreichtum der Bewegung nimmt aber mit der Schwere der Erregung ab. Je ausgeprägter, desto starrer.

Zur Motilitätspsychose gehören nach dem hier diskutierten Erklärungssystem keine sprachlichen Äußerungen. Deshalb pflegen Hyperkinesen, also das motorisch überzogene Bewegungsmuster stumm abzulaufen. Manchmal kann es aber auch zu kurzen Bemerkungen, Redensarten u. ä. kommen, meist unzusammenhängend.

– In der *akinetischen Form der Motilitätspsychose* können die Betroffenen völlig bewegungslos sein, bis hin zu einem schweren akinetisch-stuporösen Zustandsbild (Bewegungshemmung, ja Bewegungslosigkeit und Stummheit zusammen). Die Patienten liegen dann einfach da, reagieren auf nichts mehr und zeigen eine starre Miene. In leichteren Fällen sind noch einzelne Bewegungen möglich, doch zeigt die Starrheit der Haltung und des Gesichtsausdrucks deutlich, dass nicht die Denkhemmung der Verwirrtheitspsychose (siehe oben) den Ton angibt, sondern die muskuläre Bewegungsstörung.

Was sich allerdings nicht findet, im Gegensatz zu manchen schizophrenen Verläufen ist ein unnatürliches, bizarres oder gar clownhaftes Bewegungsmuster sowie ein Negativismus (das Gegenteil von dem tun, was man soll: also beispielsweise die Hand beim Gruß zurückziehen).

Die akinetischen Phasen der Motilitätspsychose sind seltener, dauern aber dafür wesentlich länger als die hyperkinetischen. Auch finden sich Motilitätspsychosen insgesamt öfter als Verwirrtheits- und Angst-Glücks-Psychosen.

Wie unterscheiden sich die drei Formen voneinander?

Wie unterscheidet man nun innerhalb der zykliden Psychosen die Angst-Glücks-Psychosen von den Verwirrtheits- und Motilitätspsychosen? Das ist nicht immer leicht zu erkennen, geben auch die Experten zu, die sich mit dieser Art von seelischen Störungen beschäftigen. Doch meist sind die so genannten Leit-Symptome einer der drei Krankheitsformen so eindeutig, dass die notwendige differentialdiagnostische Abgrenzung, wie der Fachausdruck heißt, einigermaßen sicher zu realisieren sei.

Einzelheiten dazu siehe die nachfolgende Tabelle.

Die zykliden Psychosen: charakteristisches Beschwerdebild
<ul style="list-style-type: none"> • Angst-Glücks-Psychose:

- pathetisch-euphorische Stimmung: Beglückungsideen, Erlöserideen mit Selbstaufopferung
 - ängstliche Stimmung: misstrauische Angst, Beziehungsideen mit Angst, hypochondrische Ideen
 - akustische und optische Sinnestäuschungen (Stimmen und Gesichtshalluzinationen)
 - Angst und Ekstase in raschem Wechsel
- **Verwirrtheitspsychose**
 - Denkerregung: abschweifende oder inkohärente (unzusammenhängende) Themenwahl sowie entsprechender Rededrang
 - Denkhemmung: Ratlosigkeit bis zum Mutismus (Verstummen), ratlose Mimik
 - Bedeutungs- und Beziehungsideen, Personenverkennungen und Sinnestäuschungen
 - Affektive Labilität mit ängstlichen oder ekstatischen Verstimmungen
- **Motilitätspsychose:**
 - Hyperkinese: psychomotorische Erregung mit vermehrten Ausdrucks- und Reaktivbewegungen
 - Hypokinese/Akinese: Erstarrung der Psychomotorik (seelischer Einfluss des Bewegungsmusters) bis zum Stupor (seelisch-körperliche Erstarrung, Stereotypien (starr, formelhaft, ständig wiederkehrende Bewegungen))
 - sprachliche Erregung oder Hemmung, Perseverationen (hier sprachliche Wiederholungen von Gedanken oder Erlebnissen)
 - mäßiggradige affektive Labilität (Gemütslabilität), Sinnestäuschungen

Nach G. Stöber u. Mitarb. 2003, modifiziert

Die Unterscheidungs-Möglichkeiten zu anderen seelischen Störungen mit ähnlichen Beschwerdebildern können hingegen manchmal etwas schwieriger werden. Prof. Dr. K. Leonhard hatte dazu eine Reihe von Empfehlungen und Hinweisen gegeben, wobei er allerdings seine eigene Fachsprache bzw. Klassifikationen mit einbrachte, so wie es früher geläufiger war, heute jedoch nur noch psychiatrie-historisch erinnert wird. Einzelheiten dazu siehe seine wissenschaftlichen Standard-Veröffentlichungen.

Zudem sind einige der früher gängigeren Krankheitsbilder heute kaum noch oder nur sehr abgeschwächt anzutreffen. Dies teils durch unbekannte Faktoren, die den Syndrom-Wechsel mancher Leiden verantworten dürften, teils durch die therapeutische Wirksamkeit moderner Psychopharmaka. Hier erweisen sich vor allem die stimmungsaufhellenden Antidepressiva sowie die anti-

psychotischen Neuroleptika als hilfreich, die es – wenn rechtzeitig erkannt und genutzt – zu einem ernsteren Beschwerdebild oder zu einem chronischen Verlauf nur noch selten kommen lassen.

Wie kommt es zu den zykliden Psychosen?

Sowohl bei den schizophrenen als auch manisch-depressiven Erkrankungen spielen Erbfaktoren eine große Rolle. Je intensiver man sich mit diesem Thema beschäftigt und je umfangreicher die entsprechenden genetischen, insbesondere Zwillings-Studien ausfallen, desto deutlicher wird eines: Psychosen weisen einen hohen Grad an Heritabilität auf, wie der Fachausdruck heißt, oder auf deutsch: Sie werden in einer doch nachdenklich stimmenden Häufigkeit vererbt (wobei man nicht nur nach Eltern und Geschwistern, ggf. sogar Kindern (!), sondern nach vier Großeltern und weiteren Angehörigen fahnden sollte, und zwar hartnäckig, denn solche Erkenntnisse werden meist verdrängt, verleugnet oder verheimlicht).

Bei den zykliden Psychosen scheint aber eher eine multifaktorielle Genese zu dominieren, d. h. mehrere Ursachen. Eine genetische Disposition (Neigung zur Vererbung bzw. Anfälligkeit für solche Anlagen) kann aber auch für einzelne Familien nicht ausgeschlossen werden. Schicksalsbestimmend soll die „Durchschlagskraft“ genetischer Faktoren jedoch nicht sein.

Dagegen scheint sich hier etwas zu erhärten, was man bei den anderen Psychosen (Geisteskrankheiten) eher selten findet, es sei denn bei so genannten exogenen oder organisch ausgelösten Störungen der Gehirnfunktion durch Unfälle, Vergiftungen, Entzündungen u. a. Die Rede ist von einer Störung der pränatalen Hirnentwicklung (also noch vor der Geburt und damit im Mutterleib).

Tatsächlich finden sich bei entsprechenden Untersuchungen offenbar überproportional viele Patienten mit zykliden Psychosen, die unspezifische Veränderungen im kranialen Computertomogramm (einer Art hochspezifischer Stereo-Röntgenaufnahme, heute schon allerorten verfügbar) aufweisen. Beispiele: Ventrikel-Asymmetrien (also ungleich ausgebildete Gehirnkammern, mit Nervenwasser (Liquor) gefüllt) oder auch Ventrikel-Erweiterungen u. a.

Erstaunlich oft lässt sich auch eine überdurchschnittliche Geburtenrate in den Winter- und Frühjahrsmonaten feststellen. Das heißt aber nichts anderes, als dass die Empfängnis in den eher wärmeren Sommermonaten stattgefunden haben muss. Dieses Phänomen findet sich auch bei anderen endogenen Psychosen (z. B. Schizophrenien) und hat zu allerlei Hypothesen, Theorien und Diskussionsstoff angeregt.

Auch Viruserkrankungen der Mutter werden erörtert, wobei vor allem gehäuft grippale Infekte und fieberhafte Erkältungen im ersten Schwangerschaftsdrittel nachgewiesen sein sollen.

Auf jeden Fall ergeben die bisherigen Untersuchungen bei Patienten mit zykliden Psychosen Hinweise auf das, was man eine „vorübergehend gesteigerte zentral nervöse Erregbarkeit“ nennt, ausgelöst durch entsprechende Erkrankungen.

Wie behandelt man eine zyklide Psychose?

Die Therapie einer zykliden Psychose ist schon wegen der günstigen Heilungsaussichten ein an sich erfreuliches Kapitel – für alle Beteiligten. Man spricht sogar von einer Ausheilung der akuten Psychose nach jeder Episode. Dabei muss man den Begriff „Heilung“ aber auf die jeweilige Erkrankungsphase beschränken, ein Rückfall ist nie auszuschließen (weshalb der Begriff Heilung oder gar Ausheilung letztlich beschönigend bleibt).

Die Therapie ist aber – wie erwähnt – meist erfolgreich. In der Behandlung der akuten Episode sind es vor allem die hochpotenten Neuroleptika, also anti-psychotische Psychopharmaka mit direkter Wirkung auf die entsprechenden Symptome Wahn, Sinnestäuschungen u.a.

Hier bieten sich besonders die neuen Generationen an, insbesondere die so genannten atypischen Neuroleptika (mit weniger Nebenwirkungen, vor allem was die gefürchteten extrapyramidal-motorischen Begleiterscheinungen anbelangt – siehe das Kapitel Neuroleptika).

Die Neuroleptika sind vor allem erfolgreich in der Behandlung von Wahn, Sinnestäuschungen, Störungen des formalen Denkablaufs, von Hyper- und Akinese (also ein Zuviel oder Zuwenig an natürlicher Muskelbewegung) u. a. Wenn sich dagegen Gemütsstörungen in den Vordergrund drängen, insbesondere Depressionen und Angst, dann empfehlen sich entweder zusätzlich oder – je nach Schwerpunkt – ausschließlich stimmungsaufhellende Antidepressiva und ggf. beruhigende und angstlösende Tranquilizer vom Typ der Benzodiazepine (diese dann allerdings zeitlich begrenzt und grundsätzlich ärztlich kontrolliert).

Was die Langzeitbehandlung anbelangt, wie sie ja für viele schizophrene Psychosen oftmals unerlässlich ist, sind Patienten mit einer zykliden Psychose wieder im Vorteil: Ihre Krankheits-Episoden sind zeitlich begrenzt, dauern nicht so lange wie bei schizophrenen oder auch nur wahnhaften Störungen, ja sind mitunter kürzer als so manche Depression oder gar manische Hochstimmung. Die längere Gabe von Neuroleptika ist also in der Regel kein Thema. Das wirkt sich vor allem auf die Vermeidung so genannter Spätdyskinesien günstig aus, also schwer beherrschbarer, ggf. lebenslanger medikamenten-bedingter Be-

wegungsstörungen, von der Affektstumpfung (gemütsmäßigen „Einebnung“ oder gar Leistungsminderung) bzw. psychosozialen Konsequenzen im Alltag ganz zu schweigen.

Da die zykliden Psychosen immer wieder auftreten können (siehe der Begriff zyklid), empfiehlt sich nach Rücksprache mit Patient (und Angehörigen) sowie Hausarzt und unter der Leitung eines Psychiaters oder Nervenarztes die Klärung der Frage: Phasen-Prophylaxe oder nicht. Hier handelt es sich nämlich um eine mittel- bis langfristige Gabe (Jahre bis Jahrzehnte!) bestimmter Substanzen, die einen Rückfall verhindern oder zumindest abmildern können (Beispiele: Lithiumsalze, Carbamazepin, Valproinsäure und neuerdings Lamotrigin). Die Erfolge bei den vor allem bipolaren affektiven Störungen (entweder Depressionen allein oder manisch-depressive Erkrankungen im Wechsel) sind auf jeden Fall ermutigend. Nur müssen diese Arzneimittel oftmals „lebensbegleitend“ gegeben bzw. eingenommen werden. Wer sie weglässt – aus welchem Grund auch immer – programmiert förmlich einen Rückfall und riskiert, dass bei Wiederaufnahme der alten Medikation das Mittel nicht mehr so effektiv wirkt wie früher.

Erfolgreich in jeder Hinsicht sind aber auch nicht-medikamentöse Rehabilitations-Maßnahmen in jeglicher Form. Auch sie können den Rückfallschutz verbessern und damit eine erneute Erkrankung eindämmen – am günstigsten aber im Rahmen eines Gesamt-Behandlungsplans mit Medikamenten, Psycho- und Soziotherapie gemeinsam. Einzelheiten dazu siehe beispielsweise das ausführliche Kapitel über schizoaffektive Psychosen.

Schlussfolgerung

Manisch-depressive Erkrankungen sowie Angststörungen rücken wieder vermehrt ins Blickfeld. Dies nicht zuletzt aufgrund einer wachsenden Zahl von Betroffenen. Schizophrene Psychosen und schizoaffektive Störungen (bei denen schizophrene, depressive und manische Beschwerdebilder zugleich oder kurz hintereinander auftreten) sind schon seit jeher ein Kerngebiet psychiatrischer Forschung zu Diagnose und Therapie – mit großem Erfolg, besonders in den letzten Jahrzehnten.

Unter diesen Bedingungen nimmt es nicht Wunder, dass die früher häufiger diskutierten zykliden Psychosen wieder vermehrt ins Gespräch gebracht werden. Da es nicht mehr allen Ärzten und Psychologen (insbesondere der jüngeren Generation) und schon gar nicht interessierten Laien gegenwärtig sein dürfte, um was es sich hier handelt(e), wurde aufgrund älterer und neuerer Übersichts-Arbeiten versucht, einen komprimierten Einblick in diese seelischen Störungen namens zyklide Psychosen zu vermitteln.

LITERATUR

Umfangreiche, vor allem ältere Beiträge, teils als wissenschaftliche Publikationen, teils als Fachbücher (allgemein verständlich nur wenig). Grundlage vorliegender Ausführungen sind

Beckmann, A., E. Franzek: Zyклоide Psychosen im Sinne von K. Leonhard. In: H. Helmchen u. Mitarb. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Band 5: Schizophrene und affektive Störungen. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000

Leonhard, K.: Differenzierte Diagnostik der endogenen Psychosen, abnormen Persönlichkeitsstrukturen und neurotischen Entwicklungen. Verlag Gesundheit, Berlin 1991

Leonhard, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2003

Leonhard, K.: Akzentuierte Persönlichkeiten. Wernicke-Kleist-Leonhard-Schriftenreihe, Internationale WKL-Gesellschaft (www.wkl-society.de), Würzburg 2001

Stöber, G. u. Mitarb.: Manisch-depressive Erkrankung und zyклоide Psychosen: Psychopathologie und Differentialdiagnose bipolar phasischer Psychosen. Krankenhauspsychiatrie. Sonderheft 1 (2003) 7