

# Cycloïde psychose: een vergeten diagnose?

## Een literatuuronderzoek

W.G.E. KUYCK, R. VONK

**ACHTERGROND** Het klinische beeld van de cycloïde psychose werd in 1928 door de Duitser Kleist geïntroduceerd en later door zijn leerling Leonard uitgewerkt. Samen met Wernicke waren zij het oneens met de dichotome classificatie van Kraepelin van psychosen in manisch-depressieve psychose en schizofrenie. Volgens sommige auteurs is de cycloïde psychose een gevalideerde diagnose, die zich ook tegenwoordig onderscheidt binnen het klinische spectrum tussen de bipolaire stoornis en schizofrenie.

**DOEL** Een literatuuronderzoek naar de historische ontwikkeling en de huidige klinische relevantie van het concept van de cycloïde psychose.

**METHODE** Literatuur werd verzameld met behulp van Medline. Als trefwoorden werden gebruikt psychosis, cycloid, postpartum en history. Er is geen tijdvak aangegeven. Via de verkregen artikelen werd aanverwante literatuur opgevraagd.

**RESULTATEN EN CONCLUSIE** De cycloïde psychose is een ziektebeeld, dat doorgaans postpartum geluxeed wordt. Het overlapt met de DSM-IV-categorieën '(schizo-)affectieve stoornis' en de 'psychotische stoornis (Niet Anderszins Omschreven)'. Het ziektebeeld is niet in de DSM-IV, maar wel in de ICD-10 geïnclassificeerd. Van de postpartumpsychozen zijn 47-54% cycloïde psychosen, wat een levenslange kwetsbaarheid voor psychotische recidieven betekent. Door sommige auteurs wordt de cycloïde psychose beschouwd als een valide diagnose van een nosologische entiteit. De medicamenteuze (onderhouds)behandeling en de (mogelijk genetische) etiologie is tot op heden weinig systematisch onderzocht, wat de beoordeling van de klinische relevantie moeilijk maakt.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 2, 97-108]

**TREFWOORDEN** cycloïde psychose, historie, postpartumpsychose, (schizo-)affectieve stoornis

De partus bevordert in sterke mate het ontwikkelen van ernstige psychiatrische stoornissen (incidentie 0,2-20%). De postpartumpsychose - 'kraambedpsychose' - (incidentie 0,2%) heeft vaak atypische symptomen (Klomprouwer & Van Hulst 1991; Pfuhlmann e.a. 1998) en vertoont overlap met met name de categorieën 'schizo-affectieve psychosen' en 'atypische functionele psychosen' (classificatie volgens DSM-III (Diag-

nostic and statistical manual of mental disorders) en RDC (research diagnostic criteria)). In de DSM-IV worden deze geïnclassificeerd als respectievelijk '(schizo-)affectieve stoornis' en 'psychotische stoornis Niet Anderszins Omschreven' (Klomprouwer & Van Hulst 1994; Spitzer e.a. 1978; American Psychiatric Association 1994).

De symptomatologie van de cycloïde psychose, die doorgaans postpartum ontstaat, komt

eveneens hoofdzakelijk overeen met deze twee categorieën. De term ‘cycloïde psychose’ werd geïntroduceerd door de Duitser Kleist (1928), waarna het concept in de vorige eeuw in Duitsland door Leonard en in Scandinavië door Perris verder werd ontwikkeld (Leonard 1979; Perris 1973, 1974, 1988, 1990). Reeds eerder beschouwde Wernicke (1906) de postpartumpsychose als een ‘hyperkinetische Motilitätspsychose’, die later door Leonard tot een van de subtypen van de cycloïde psychose werd gerekend. In de ICD-10 (*International Classification of Diseases*, World Health Organization 1992) wordt de cycloïde psychose beschreven als ‘een acute polymorfe psychotische stoornis zonder symptomen van schizofrenie’, maar in de DSM-IV komt zij niet voor.

De historische ontwikkeling van deze mogelijk niet onbelangrijke (vergeten?) diagnose cycloïde psychose – door verschillende auteurs beschouwd als een nosologische entiteit – wordt aan de hand van een literatuuronderzoek in dit overzichtsartikel toegelicht en geïllustreerd met een gevalbescrijving van een vrouw met een cycloïde psychose. De vraag in hoeverre deze diagnose relevant is voor de klinische praktijk, wordt zo volledig mogelijk beantwoord.

## METHODE

Literatuur werd verzameld met behulp van Medline. Als trefwoorden werden gebruikt: *psychosis*, *cycloid*, *postpartum* en *history*. Via de verkregen artikelen werd aanverwante literatuur opgevraagd.

## RESULTATEN

**Historie en concept** Het drietal Duitse neurologen Wernicke-Kleist-Leonard heeft in het begin van de vorige eeuw een belangrijke bijdrage geleverd aan de psychiatrie op het gebied van classificatie van de ziektebeelden schizofrenie en affectieve psychose (Ungvari 1993). Deze door de Anglo-Amerikaanse psychiatrie genegeerde ‘school’ had een andere visie op de psychiatrie dan

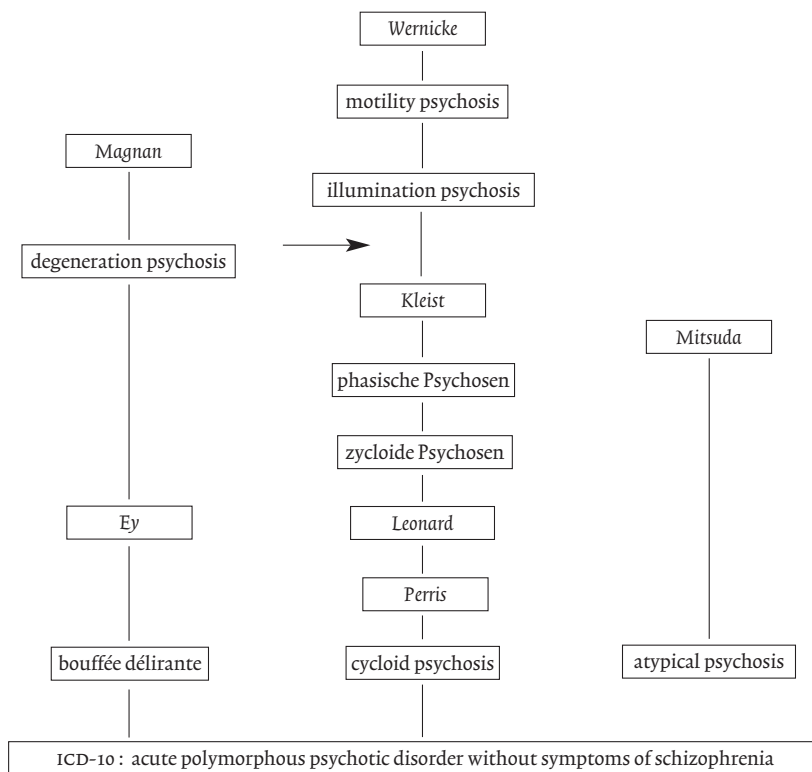
die van Kraepelin-Bleuler-Schneider. Er bestond onvrede over de dichotome indeling, het *Zweitteilungsprinzip*, door Kraepelin van psychosen in manisch-depressieve psychosen en schizofrenie (Perris 1988).

Geïntrigeerd door het gelijktijdig in Frankrijk ontwikkelde concept *bouffées délirantes* van Magnan (en later Ey) ontwikkelden de Duitsers hun eigen concept van wat uiteindelijk cycloïde psychose zou gaan heten (Perris 1988; figuur 1). In de ontwikkeling van dit concept onderscheidde Wernicke eerst een ‘beweeglijke psychose’ (*motility psychosis*) en een ‘verlichtende psychose’ (*illumination psychosis*). Hij beschouwde de postpartumpsychose als een hyperkinetische Motilitätspsychose, later door Kleist en Leonard tot één subtype van de cycloïde psychosen gerekend (Wernicke 1906; Pfuhlmann e.a. 1998).

Nadat Kleist, leerling van Wernicke, eerst het concept *phasische Psychosen* had ontwikkeld, introduceerde hij in 1928 uiteindelijk de term *zycloïde Psychosen*. In dezelfde periode had de Fransman Magnan een eigen concept ontworpen van een klinisch beeld, waarbij hij de psychopathologie omschreef als *bouffées délirantes de les dégénérées*, gekenmerkt door plotseling ontstane polymorfe psychotische symptomen, die in opeenvolgende families voorkwamen (Perris 1988; figuur 1). Het ‘bouffées-délirantes-Magnan-type’ – zonder de later als obsoleet beschouwde ‘les-dégénérées-gedachte’ – komt overeen met het Duitse concept van de cycloïde psychose en het Japanse concept van de atypische psychose (Mitsuda 1965; Fukuda 1990). Zowel de bouffées délirantes als de cycloïde psychose zijn, in tegenstelling tot de atypische psychose, opgenomen in de ICD-10.

Het concept van de ‘zycloïde Psychosen’ is vervolgens verder uitgewerkt door Leonard (1961). Leonard beschreef vijf nosologisch onafhankelijke groepen van endogene psychosen (zie tabel 1), waarvan de cycloïde psychose de benigne vorm is, gekarakteriseerd door een plotseling begin, episodisch verloop en compleet herstel tussen de episoden (Leonard 1961 1979; Perris 1990).

FIGUUR 1 Cycloïde psychose: de historische ontwikkeling van het concept



Zowel Wernicke als Leonard onderkennen de noodzaak psychiatrische ziekten te classificeren in homogene subgroepen van niet-organische psychosen om zodoende biologisch onderzoek te kunnen doen naar de prognose, behandeling en oorzaken van die ziekten (Franzek 1990; Ungvari 1993; Brockington e.a. 1982).

Klinisch beeld Leonard en later Perris (Leonard 1973; Perris 1988) hebben het ziektebeeld 'cycloïde psychose' – door hen als nosologische entiteit beschouwd – verder uitgewerkt (tabel 2). Perris omschreef het als een acute (eventueel postpartum geluxeerde) psychotische episode, die snel (binnen enkele uren of dagen) progressief verloopt en een polymorf klinisch beeld vertoont. Symptomen zijn onder meer verwardheid, stemmingswisselingen (die niet voldoen aan de criteria voor een stemmingsstoornis), hevige irreële angst, stemmingsincongruente wanen en/of hal-

TABEL 1 Classificatie volgens Leonard van endogene psychosen (Perris 1974)

Monopolaire affectieve psychose	Depressief Manisch
Bipolaire affectieve psychose	Manisch-depressief
Cycloïde psychose	Angstig-gelukkig Verward Motiliteit
Ongesystematiseerde schizofrenie	Affectparafrenie Katafasie Periodieke katatonie
Gesystematiseerde schizofrenie	Hebefrenie Paranoïdie Katatonie

lucinaties (thema: de dood), eufore stemming (gepreoccupeerd met God en religie) en a- of hyperkinesie, waarbij prodromale symptomen zeldzaam zijn (Perris 1974 1988). Dit beeld onderscheidt zich niet van het toenmalige concept van de schizo-affectieve psychose, zoals dat door Kasanin in 1933 beschreven werd (Kasanin 1933, 1994).

TABEL 2 Diagnostische criteria van een cycloïde psychose volgens C. Perris (1988)

- 1 Acuut psychotisch toestandsbeeld, niet veroorzaakt door drugs of trauma capitis. De eerste keer optredend bij patiënten tussen de 15 en 50 jaar.
- 2 Plotseling begin met snelle progressie van het psychotische toestandsbeeld binnen enkele uren tot dagen.
- 3 Tenminste vier van de volgende symptomen:
  - verwardheid
  - stemmingsincongruente wanen
  - gehoors- en/of visuele hallucinaties met de dood als thema
  - overweldigende angst, niet gerelateerd aan de situatie
  - diepe gevoelens van geluk of gevoelens van extase (religieus gekleurd)
  - akinetisch of hyperkinetisch bewegingspatroon
  - gedachten over de dood
  - stemmingswisselingen niet passend binnen de diagnose affectieve stoornis
- 4 Geen eenzijdige symptomatologie, maar eerder een presentatie met een bipolair karakter.

Het is opvallend dat bijna alle psychopathologische symptomen meestal in één episode tegelijk voorkomen. Leonard formuleerde nog drie subtypen van cycloïde psychosen: het 'beweeglijke', 'angstig-gelukkige' en 'verwarde' subtype (zie tabel 1, Perris 1974; Leonard 1979; Pfuhlmann e.a. 1998). In de praktijk wordt het 'beweeglijke' subtype vaak onderscheiden van de 'angstig-gelukkige' en 'verwarde' subtypen. De klinische symptomen van deze laatste twee zijn vaak tegelijk waar te nemen (Perris 1988). De 'beweeglijke' vorm komt postpartum het meest frequent voor.

**Classificatie** In de ICD-10 (code F23) wordt de cycloïde psychose omschreven als acute poly-

morphous psychotic disorder without symptoms of schizophrenia. Deze omschrijving komt grotendeels overeen met de 'kortdurende psychotische stoornis' (code 298.8) uit de DSM-IV. Deze laatste diagnose heeft echter de beperking dat de duur van de psychose tussen 1 dag en 1 maand moet zijn. Deze tijdslijmit sluit daardoor het klinische beeld van de cycloïde psychose uit, die gewoonlijk langer duurt.

**Epidemiologie** De cycloïde psychose ontstaat meestal op jonge leeftijd, bij primiparae binnen twee weken postpartum, en vertoont een constanter klinisch beeld bij recidieven dan de schizo-affectieve stoornis (Maj 1990). Onafhankelijk van een partus komt de cycloïde psychose ook voor (Maj 1988; Perris 1988). De cycloïde psychose komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen, met een incidentie van respectievelijk 5 en 3,6 per 100.000 (Brockington e.a. 1982; Lindvall e.a. 1993). Drie tot 4% van de psychiatrische opnames zijn cycloïde psychosen (Perris 1988). Ongeveer 10% van de opgenomen psychotische patiënten heeft een cycloïde psychose (Brockington e.a. 1982). Recent bleek in een onderzoek van Pfuhlmann dat de postpartumpsychose in meer dan de helft van de gevallen (47-54%) een cycloïde psychose was volgens de classificatie van Leonard (Leonard 1979; Pfuhlmann e.a. 1999). De postpartumpsychose kon ook een uiting zijn van schizofrenie (4-10%), een affectieve stoornis (12%) of een schizo-affectieve stoornis (25%) (Klompshouwer & Van Hulst 1994).

**Etiologie** Een groot deel van zijn leven heeft Leonard zich gericht op de mogelijk genetische etiologie van de endogene psychosen. Leonard was hierbij aanvankelijk overtuigd van een patroon van overerven volgens Mendel (Ungvari 1993). Een familiair voorkomen werd reeds door Leonard beschreven. Methodologisch goed onderbouwde familieonderzoeken zijn in de tijd van Leonard en Perris niet vaak en niet systematisch verricht (Leonard 1979; Perris 1988).

Meer recent werd een onderzoek gedaan bij tweelingen die waren opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis voor een 'schizofrenespectrumpsychose' en bij wie met de diagnostische bril van Leonard werd gediagnosticeerd. De vrijwel gelijke concordanties bij monozygote (38%) en dizygote (36%) tweelingen suggereerden het ontbreken van een genetische etiologie bij de cycloïde psychose. Omgevingsfactoren, zoals problemen tijdens de zwangerschap of partus, leken meer van invloed te zijn bij het ontstaan van de cycloïde psychose (Maj 1990; Franzek & Beckmann 1998).

Patiënten met het Prader-Willi-syndroom – deze hebben een defect op de lange arm van chromosoom 15 – vertonen klinische symptomatologie die meestal voldoet aan de criteria van de cycloïde psychose volgens Perris (Verhoeven e.a. 1998). Dit suggereert wel een genetische component bij het ontstaan van de cycloïde psychose.

De cycloïde psychose wordt geassocieerd met maternale respiratoire infecties in het eerste trimester van de zwangerschap (Stöber e.a. 1997). Bij een retrospectief onderzoek werden moeders van patiënten en van gezonde controlepersonen gevraagd naar het verloop van de zwangerschap middels een gestructureerd interview. Bij patiënten met een cycloïde psychose bestond een significant verhoogd voorkomen van respiratoire virusinfecties in het eerste trimester van de zwangerschap ten opzichte van patiënten met een bipolaire stoornis en gezonde controlepersonen. Een verstoorde rijping van de foetale hersenen (waarbij verstoring van zenuwcelmigratie) ten gevolge van een respiratoire virusinfectie van de moeder in het eerste trimester van de zwangerschap, zou mogelijk van invloed zijn op het ontstaan van de niet-familiaire cycloïde psychose.

In een aantal onderzoeken is gezocht naar een mogelijke biologische marker voor de cycloïde psychose, zoals de P300 (EEG-parameter), de CBF (cerebral blood flow) of de CT-parameters van de hersenen. Zo werden bij patiënten met een cycloïde psychose verschillen vastgesteld in de P300 ten opzichte van patiënten met schizofrenie (Strik e.a. 1996) en in de CBF ten opzichte van patiënten met

een bipolaire stoornis of schizofrenie (Warkentin e.a. 1990; Warkentin e.a. 1992). Deze verschillen vormden voor die auteurs een ondersteuning voor de validiteit van de diagnose cycloïde psychose. De conclusies moeten worden gerelativeerd, omdat deze bevindingen niet gerepliceerd zijn. Onderzoeksresultaten naar CT-afwijkingen in de hersenen (asymmetrie van de ventrikels, ventrikelgrootte) bij patiënten met een cycloïde psychose waren tegenstrijdig (Franzek e.a. 1996; Höffler e.a. 1997).

*Validiteit van de diagnose* Zowel Kleist als Leonard waren overtuigd ten opzichte van de 'onafhankelijkheid' van de cycloïde psychose van schizofrenie en de affectieve stoornissen. Overlap in symptomen en een vergelijkbaar beloop werden door hen echter ook waargenomen (Mojtabai 2000). Door sommige auteurs wordt de cycloïde psychose op basis van deze gelijkenissen beschouwd als een atypische vorm van de bipolaire stoornis (Cutting 1990; Mojtabai 2000), terwijl Maj (1990) daarentegen net als Kleist en Leonard de cycloïde psychose juist niet beziet als een variant van de bipolaire stoornis of schizofrenie.

Concordanties tussen cycloïde psychosen en andere psychotische stoornissen (hier uitgedrukt in Cohens kappacoëfficiënt) zijn laag (0,05-0,4) (Brockington e.a. 1982; Perris 1988). Opvallend is ook de lage Cohens kappa (0,12) met de WHO (ICD) mania (Perris 1988). Elders werd een kappacoëfficiënt gevonden van 0,06 tussen de cycloïde psychose en de bipolaire stoornis (Brockington & Roper 1990). Dit ondersteunt de validiteit van de diagnose cycloïde psychose (Perris 1988). Daarnaast werd beschreven dat de symptomen behorende bij de 'verwarde' en 'angstig-gelukkige' subtypen van de cycloïde psychose zich statistisch significant onderscheiden van de symptomen van de schizo-affectieve stoornis (Jönsson e.a. 1991a en b).

Een in 1967 opgezet follow-uponderzoek naar de validiteit (en betrouwbaarheid) van de cycloïde psychose volgens Leonards classificatie, toont aan dat de cycloïde psychose in een periode

van 25 tot 30 jaar een valide diagnose is geweest (Tolna e.a. 2001).

De validiteit van de diagnose cycloïde psychose staat dus nog ter discussie. Onderzoek hier naar levert wisselende resultaten op; het bonte scala van symptomen vertoont deels wel, en deels geen overeenkomsten met symptomen van andere psychiatrische stoornissen.

**Prognose** Ook de prognose van de cycloïde psychose verschilt van die van de bipolaire stoornis en schizofrenie. De duur van de symptomen van de cycloïde psychose varieert van 2 tot 4 maanden. Patiënten met een cycloïde psychose hebben – in vergelijking met patiënten met een depressie, manie of schizofrenie – het hoogste percentage van ten minste nog 1 recidiefopname (72%) en de meeste recidieven per jaar. Na patiënten met schizofrenie (2,52 maanden) zijn patiënten met een cycloïde psychose gemiddeld per jaar het langst opgenomen in de kliniek (0,86 maanden). Patiënten met een depressie of een manie zijn gemiddeld respectievelijk 0,24 en 0,46 maanden per jaar opgenomen. Herstel tot het premorbide niveau na de psychotische episode (gemeten met de *Strauss-Carpenter Outcome Scale*) is bij patiënten met een cycloïde psychose vollediger (90%) dan bij patiënten met een bipolaire stoornis (74%) of schizofrenie (51%) (Beckman e.a. 1990; Brockington e.a. 1982).

**Behandeling** Voor de behandeling van de cycloïde psychose bestaan geen duidelijke richtlijnen. Aangaande de duur en dosering van de (medicamenteuze) behandeling(en) van de cycloïde psychose wordt verschillend gedacht, gecontroleerde onderzoeken ontbreken. De (oudere) beschikbare literatuur adviseert behandeling met lithium, eventueel aangevuld met een antipsychoticum. Lithium alleen is effectief gebleken voor de reductie van morbiditeit op de langere termijn (Perris 1978). Bij het angstig-gelukkige subtype van de cycloïde psychose wordt naast een antipsychoticum ook een anxiolyticum geopperd tot het antipsychoticum zijn werking doet. Bij

het beeld met akinesie als belangrijk symptoom wordt elektroconvulsiotherapie (ECT) overwogen. ECT wordt geadviseerd bij het verwarde subtype van de cycloïde psychose (Leonard 1979). In een recent gepubliceerde gevalsbeschrijving wordt volledig herstel door ECT bij een man met het beweeglijke subtype beschreven (Little e.a. 2000). Daarnaast wordt bij het verwarde subtype van de cycloïde psychose clozapine als behandeling overwogen, waarbij wel het gevaar voor het ontwikkelen van een maligne neuroleptisch syndroom – speciaal bij patiënten met een cycloïde psychose – wordt genoemd (Pfuhlmann 1998). Profylactische werking van een antipsychoticum is nooit aangetoond. Bij onvoldoende resultaat met lithium wordt omzetting naar carbamazepine geadviseerd (Ban 1990). Bovenstaande sluit grotendeels aan bij de huidige behandeling van de postpartumpsychose en de bipolaire stoornis (Klompshouwer e.a. 1988; Klompshouwer & Van Hulst 1994; Nederlands Vereniging voor Psychiatrie 2001).

#### RELEVANTIE VOOR DE KLINISCHE PRAKTIJK

Het klinische beeld van de cycloïde psychose onderscheidt zich van de bipolaire stoornis (en schizofrenie). Overweldigende angst en incoherentie zijn bij de cycloïde psychose opvallend onderscheidende symptomen (Jönsson e.a. 1991a en b). De patiënt met het ‘gelukkige’ subtype van de cycloïde psychose is bijvoorbeeld niet zozeer stellig, luidruchtig en/of ontremd, wat bij de manische symptomatologie (in het kader van een bipolaire stoornis) wél het geval is (Perris 1988). En zo past agressie wel bij een manische episode, maar niet bij een cycloïde psychose. Het opvallende bipolaire karakter van de symptomen bij de cycloïde psychose treedt op binnen één episode, zelfs binnen dagen. Het bipolaire karakter is anders dan dat van het gemengde type van een manische episode bij een bipolaire stoornis (American Psychiatric Association 1994), omdat het bij de cycloïde psychose voornamelijk gaat om extre-

me angst versus geluk en niet zozeer om een manische versus depressieve stemming (Perris 1988). Patiënten met een cycloïde psychose hebben niet alleen een expansieve stemming, nog meer op de voorgrond staat hun altruïsme. Ze willen anderen gelukkig maken en zijn overtuigd van hun 'salvation to mankind by religious or political means' (Leonard 1961).

Samenvattend lijkt de klinische relevantie van de diagnose cycloïde psychose te liggen in de adequate herkenning van de polymorfe symptomatologie die mogelijk vergelijkbaar is met de postpartumpsychose en de (atypische) bipolaire stoornis. Er is sprake van een grote kans op recidiveren en een medicamenteuze behandeling is noodzakelijk.

#### EEN GEVALSBESCHRIJVING

Een 45-jarige gehuwde vrouw met 3 kinderen werd in september 2000 opgenomen in verband met een manifom gekleurde psychose, ontstaan nadat haar zoon voor observatie en diagnostiek werd opgenomen in een kinder- en jeugdpsychiatriekliniek. Bij hem werd de voorlopige diagnose 'autistiforme stoornis' gesteld.

Bij psychiatrisch onderzoek was sprake van een helder bewustzijn, motorische onrust, angst, verhoogd associatief en incoherent denken, een oninvoelbare wisselende stemming, variërend tussen eufoor en dysfoor met een labiel affect. Anamnestic waren er visuele hallucinaties, insomnia en een subjectief gevoel van innerlijke onrust. Heteroanamnestisch (partner) werd verteld dat deze symptomen twee weken voor opname waren ontstaan. Op somatisch (laboratorium, ECG) of neurologisch gebied werd geen pathologie gevonden.

Als werkdiagnose werd bij deze psychotische episode 'bipolaire-I-stoornis, laatste episode manisch met psychotische kenmerken' gesteld (volgens DSM-IV-classificatie). De symptomen van patiënte voldeden echter niet geheel aan de strikte descriptieve criteria voor deze stemmingsstoornis. Ontbrekende symptomen waren onder

meer 'opgeblazen gevoel van eigenwaarde of grootheidsideeën', 'toeneming van doelgerichte activiteiten' en 'zich overmatig bezighouden met aangename activiteiten waarbij een grote kans bestaat op pijnlijke gevolgen'. Daarentegen waren, naast de motorische onrust, de meest opvallende symptomen bij opname angst en incoherentie, welke niet onder de criteria voor de bipolaire stoornis vallen. Differentiaaldiagnostisch werd gedacht aan een 'kortdurende psychotische stoornis' of een 'schizo-affectieve stoornis'. Echter, de duur en combinatie van de symptomen voldeden ook niet geheel aan de classificatie volgens de DSM-IV, waardoor deze afvielen.

Toen patiënte 27 jaar was, werd zij voor de eerste keer psychotisch, binnen 2 weken na haar eerste partus. De diagnose 'klassiek amentieel beeld' werd gesteld (een toestandsbeeld van acute verwardheid, waanachtige waarnemingen, onrust, angst en bewustzijnsdaling in het puerperium (Carp 1937)). Zes weken opname en behandeling met haloperidol volgden. Na de bevalling van haar jongste dochter – patiënte was 33 jaar – ontstond de tweede postpartumpsychose, ook binnen 2 weken. Ze werd 3 maanden opgenomen en succesvol behandeld met lithium (met haloperidol ontwikkelde zij een maligne neuroleptisch syndroom). Een 'kortdurende psychotische stoornis' werd als diagnose gesteld. De derde psychose ontstond thuis tijdens een 'drukke tijd' – op haar 37ste. Vijf maanden opname, de diagnose 'psychotische stoornis Niet Anderszins Omgeschreven' en behandeling met perfenazine waren het gevolg. De vierde psychose volgde een jaar later na een blaasverzakingsoperatie. Met succes werd – ambulante – perfenazine gegeven. Na de behandelingen van de psychotische episoden werd in het verleden telkens (poliklinisch) het antipsychoticum en na de tweede opname het lithium na geleidelijke afbouw gestopt. Patiënte herstelde na iedere opname volledig tot het premorbide niveau.

Uit de heteroanamnese (partner) bleek dat de aanloop naar, en de verdere ontwikkeling (1-2 weken) van de psychosen altijd op dezelfde manier verliepen. Instabiliteit, verstoord slaap-

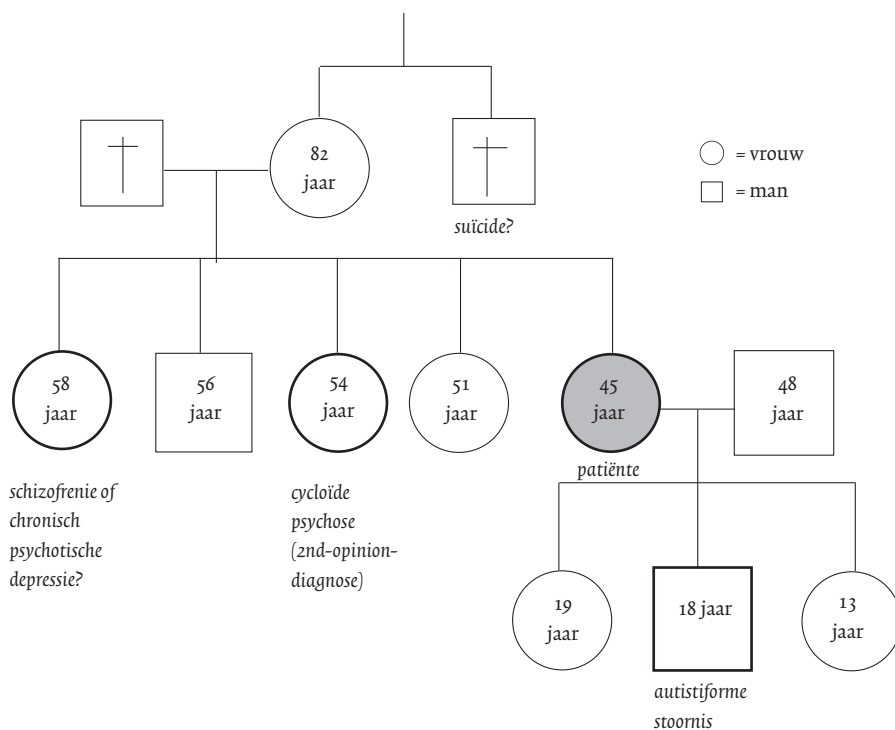
ritme, eufore stemming en 'chaotisch en druk in doen en spreken' waren kenmerken ervan. Daarnaast bestonden angst, rusteloosheid, verhoogd associatief en verward denken. Gehoorshallucinaties waren bij de tweede en derde opname aanwezig. Visuele hallucinaties bestonden in mindere mate. Vóór iedere opname was er een stressvolle of belastende omstandigheid die tot 'de psychotische ontsporing' leidde: een langdurige partus, drukte thuis of op het werk, een blaasoperatie en bij de laatste opname problemen met hun zoon.

De familieanamnese van patiënte was een 'eye-opener' voor onze uiteindelijk gestelde diagnose. De oudste zus (58 jaar) werd recentelijk opgenomen en heeft volgens patiënte een psychose (mogelijk in het kader van schizofrenie of een chronisch psychotische depressie). De tweede zus (54 jaar) kreeg – na een *second opinion* – de diagnose 'cycloïde psychose' (eerste psychose op haar 47ste jaar). Bij haar herkent patiënte de meeste van haar symptomen.

Gezien de klinische symptomatologie, de voorgeschiedenis, heteroanamnese en familieanamnese van patiënte werd in de loop van de opname uiteindelijk de diagnose 'cycloïde psychose' gesteld, met een levenslange kwetsbaarheid voor recidieven. De behandeling behoefde hierbij geen wijziging.

De beschreven patiënte maakte vijf keer een maniform gekleurde psychose door. Zij had in verband met haar positieve familieanamnese voor affectieve stoornissen bij haar eerste partus mogelijk een verhoogde kans op een postpartum-psychose (Klompshouwer & van Hulst 1994). Na haar eerste psychotische episode werd de kans op weer een psychose na haar tweede partus ongeveer 50%, mede door de afwezige lithiumprofylaxe. Retrospectief gezien had patiënte waarschijnlijk lithiumprofylaxe moeten krijgen, waarbij de kans op een recidief postpartum (cycloïde?) psychose teruggebracht had kunnen worden naar 10% (Klompshouwer & van Hulst 1994; Stewart 1988;

FIGUUR 2 Stamboom van de patiënte uit de gevalbeschrijving





Stewart e.a. 1991). Bij patiënte lijkt haar diagnose onnodig vaak gewijzigd (Vergouwen e.a. 2001), waardoor zij geen adequate vervolgbehandeling – profylaxe met lithium en psycho-educatie – heeft kunnen krijgen. Dat bij patiënte na haar eerste postpartumpsychose niet consequent de diagnose bipolaire stoornis met psychotische kenmerken is gesteld, is waarschijnlijk niet zonder reden geweest. Waarschijnlijk voldeed patiënte niet aan de kerncriteria voor een manisch psychotische episode, maar wél aan de criteria voor een cycloïde psychose.

Met behulp van psycho-educatie kon patiënte na de laatste opname voorbereid worden op haar kwetsbaarheid voor recidiverende (cycloïde) psychosen, de (vroeg) herkenning hiervan én de consequenties voor de inrichting van haar leven (zoals medicatiegebruik, stressoren). Vooralsnog verschilt dit niet van de reguliere behandeling van de bipolaire stoornis. Op dit moment wordt patiënte op onze polikliniek behandeld met een onderhoudsdosering met lithium.


## CONCLUSIES EN DISCUSSIE

De recidiverende, acuut en snel progressief optredende psychose met polymorfe symptomatologie met volledig herstel tot premorbide functioneren is een klinisch beeld dat in de literatuur, afhankelijk van het land, verschillende benamingen heeft. De cycloïde psychose (Duitsland, Zweden), bouffée délirante (Frankrijk) en de atypische psychose (Japan) zijn voorbeelden hiervan. Deze diagnoses onderscheiden zich in klinische psychopathologie van schizofrenie en de bipolaire stoornis (Hatotani 1996).

De recidiverende psychosen in de gevalsbeschrijving komen op basis van de symptomatologie, de hetero- en familieanamnese en het beloop, het meest overeen met de diagnose ‘cycloïde psychose’ (verwarde en angstig-gelukkige subtype) volgens de classificatie van Leonard en Perris (Leonard 1979; Perris 1988). De gevalsbeschrijving illustreert dit wellicht weinig bekende ziektebeeld, dat wel in de ICD-10, maar niet in de DSM-IV voorkomt. Een (postpartum)psychose

kan een cycloïde psychose zijn, waarna levenslange kwetsbaarheid bestaat voor psychotische recidieven. Vertrekkend vanuit de fenomenologie wordt de cycloïde psychose, vastgesteld volgens de criteria van Leonard (Duitsland) en Perris (Zweden), door sommige auteurs beschouwd als een nosologische entiteit. Problemen met de semantiek – vertaling van Duits naar Engels en daarmee de betekenis van vooral de subtypen van de cycloïde psychose – zijn mogelijk een reden geweest dat Engelssprekende psychiaters (Amerika, Engeland) zich weinig hebben laten overtuigen van dit ziektebeeld (Cutting e.a. 1978).

De validiteit van de cycloïde psychose als nosologische entiteit blijft ter discussie staan. De beschikbare, hoofdzakelijk Europese literatuur over de cycloïde psychose – waarin verslaglegging van vooral retrospectief onderzoek – is vooral gericht op de diagnostiek en in beperkte mate op de prognose. De specifieke medicamenteuze behandeling en de (mogelijk beperkte genetische) etiologie is tot op heden weinig systematisch onderzocht, wat de beoordeling van de klinische relevantie van de diagnose bemoeilijkt. Gezien de mogelijk niet geringe prevalentie van het syndroom is meer systematisch prospectief onderzoek naar de plek van dit ziektebeeld in het spectrum tussen de bipolaire stoornis en schizofrenie, evenals naar de medicamenteuze (onderhouds)behandeling, ons inziens dan ook gerechtvaardigd.

 Wij danken de patiënte uit de gevalsbeschrijving voor haar toestemming deze te mogen publiceren.

## LITERATUUR

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4de editie). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Ban, T.A. (1990). Clinical pharmacology and Leonard's classification of endogenous psychoses. *Psychopathology*, 23, 331-338.
- Beckmann, H., Fritze, J., & Lanczik, M. (1990). Prognostic validity of the cycloid psychosis. A prospective follow-up study. *Psychopathology*, 23, 205-211.
- Brockington, I.F., Perris, C., & Meltzer, H.Y. (1982). Cycloid psycho-

- ses: diagnostic and heuristic value. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 170, 651-656.
- Brockington, I.F., & Roper, A. (1990). An evaluation of the concept of cycloid psychosis. *Psychopathology*, 23, 193-195.
- Carp, E.A.D.E. (1937). *Psychosen op exogenen grondslag en geestelijke defectoestand*. Amsterdam: Scheltema & Holkema.
- Cutting, J.C., (1990). Relationship between cycloid psychosis and typical affective psychosis. *Psychopathology*, 23, 212-219.
- Cutting, J.C., Clare, A.W., & Mann, A.H. (1978). Cycloid psychosis: an investigation of the diagnostic concept. *Psychological Medicine*, 8, 637-648.
- Franzek, E. (1990). Influence of Carl Wernicke on Karl Leonard's nosology. *Psychopathology*, 23, 277-281.
- Franzek, E., Becker, T., Hofmann, E., e.a. (1996). Is computerized tomography ventricular abnormality related to cycloid psychosis? *Biological Psychiatry*, 40, 1255-1266.
- Franzek, E., & Beckmann, H. (1998). Different genetic background of schizophrenia spectrum psychoses: a twin study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 76-83.
- Fukuda, T. (1990). Cycloid psychoses as atypical psychoses: 'concordance' and 'discordance'. *Psychopathology*, 23, 253-258.
- Hatotani, N. (1996). The concept of 'atypical psychoses': special reference to its development in Japan. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 50, 1-10.
- Höffler, J., Bräunig, P., Krüger, S., e.a. (1997). Morphology according to cranial computed tomography of first-episode cycloid psychosis and its long-term course: differences compared to schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 184-187.
- Jönsson, S.A., Jonsson, H., Nyman, A.K., e.a. (1991a). The concept of cycloid psychosis: sensitivity and specificity of syndromes derived by multivariate clustering techniques. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 353-362.
- Jönsson, S.A., Jonsson, H., & Nyman, G.E. (1991b). The concept of cycloid psychosis: the discriminatory power of symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 22-25.
- Kasanin, J. (1933). The acute schizo-affective psychoses. *American Journal of Psychiatry*, 13, 97-126.
- Kasanin, J. (1994). The acute schizoaffective psychoses. 1933. *American Journal of Psychiatry*, 151(Suppl.), 144-154.
- Kleist K. (1928). Ueber zyklode, paranoide und epileptode Psychosen und uber die Frage der Degenerations Psychosen. *Schweiz Archives der Neurologie und Psychiatrie*, 23, 3-37.
- Klompshouwer, J.L., & van Hulst, A.M. (1991). Classification of postpartum psychosis: a study of 250 mother and baby admissions in The Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 255-261.
- Klompshouwer, J.L., & van Hulst, A.M. (1994). Psychiatrische stoornissen bij kraamvrouwen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 138, 1009-1014.
- Klompshouwer, J.L., van Hulst, A.M., & de Boer, J.E. (1988). Psychiatrische stoornissen na de bevalling. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 3, 269-283.
- Leonard, K. (1961). Cycloid psychoses-endogenous psychoses which are neither schizophrenic nor manic depressive. *Journal of Mental Science*, 107, 632-648.
- Leonard, K. (1979). *The Classification of Endogenous Psychoses* (5de editie). New York: Irvington.
- Lindvall, M., Axelsson, R., & Ohman, R. (1993). Incidence of cycloid psychosis. A clinical study of first admission psychotic patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 242, 197-202.
- Little, J.D., Ungvari, G.S., & McFarlane, J. (2000). Successful ECT in a case of Leonard's cycloid psychosis. *The Journal of ECT*, 16, 62-67.
- Maj, M. (1988). Clinical course and outcome of cycloid psychotic disorder: a three-year prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 182-187.
- Maj, M. (1990). Cycloid psychotic disorder: validation of the concept by means of a follow-up and a family study. *Psychopathology*, 23, 196-204.
- Mitsuda, H. (1965). The concept of 'atypical psychoses' from the aspect of clinical genetics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 41, 372-377.
- Mojtabai, R. (2000). Heterogeneity of cycloid psychoses: a latent class analysis. *Psychological Medicine*, 30, 721-726.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2001). *Richtlijn bipolaire stoornissen*. Amsterdam: Boom.
- Perris, C. (1973). Cycloid psychoses: historical background and nosology. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 27, 369-373.
- Perris, C. (1974). A study of cycloid psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 253, 1-77.
- Perris, C. (1978). Morbidity suppressive effect of lithium carbonate in cycloid psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 35, 328-331.
- Perris, C. (1988). The concept of cycloid psychotic disorder. *Psychiatric Developments*, 6, 37-56.
- Perris, C. (1990). The importance of Karl Leonard's classification of endogenous psychoses. *Psychopathology*, 23, 282-290.
- Pfuhlmann, B. (1998). Das Konzept der zykliden Psychosen. Entwicklung, klinischer Stellenwert und derzeitiger Stand der Forschung. *Fortschreibung in Neurologie und Psychiatrie*, 66, 1-9.
- Pfuhlmann, B., Franzek, E., Beckmann, H., e.a. (1999). Long-term course and outcome of severe postpartum psychiatric disorders. *Psychopathology*, 32, 192-202.
- Pfuhlmann, B., Stöber, G., Franzek, E., e.a. (1998). Cycloid psychoses

- predominant in severe postpartum psychiatric disorders. *Journal of Affective Disorders*, 50, 125-134.
- Spitzer, R.L., Endicott, J., & Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35, 773-782.
- Stewart, D.E. (1988). Prophylactic lithium in postpartum affective psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 485-489.
- Stewart, D.E., Klompenhouwer, J.L., Kendell, R.E., e.a. (1991). Prophylactic lithium in puerperal psychosis. The experience of three centres. *British Journal of Psychiatry*, 158, 393-397.
- Stöber, G., Kocher, I., Franzek, E., & Beckmann, H. (1997). First-trimester maternal gestational infection and cycloid psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 319-324.
- Strik, W.K., Fallgatter, A.J., Stoerber, G., e.a. (1996). Specific P300 features in patients with cycloid psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 471-476.
- Tolna, J., Pethö, B., Farkas, M., e.a. (2001). Validity and reliability of Leonard's classification of endogenous psychoses: preliminary report on a prospective 25- to 30-year follow-up study. *Journal of Neural Transmission*, 108, 629-636.
- Ungvari, G.S. (1993). The Wernicke-Kleist-Leonard School of Psychiatry. *Biological Psychiatry*, 34, 749-752.
- Vergouwen, A.C.M., Koopmans, M.W.J., & Kuipers, T. (2001). Symptomen en beloop van de manie: niet altijd een klassieke presentatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 727-731.
- Verhoeven, W.M.A., Curfs, L.M.G., & Tuinier, S. (1998). Prader-Willi syndrome and cycloid psychoses. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42, 455-462.
- Warkentin, S., Nilsson, A., Karlson, S., e.a. (1992). Cycloid psychosis: regional cerebral blood flow correlates of a psychotic episode. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 23-29.
- Warkentin, S., Nilsson, A., Risberg, J., e.a. (1990). Regional cerebral blood flow in schizophrenia: repeated studies during a psychotic episode. *Psychiatric Research*, 35, 27-38.
- Wernicke, C. (1906). *Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen*. Neuausgabe der Zweiten Auflage. Nijmegen: Arts & Boeve.
- World Health Organization. (1992). *International classification of diseases 10*. Geneva: World Health Organization.

## AUTEURS

W.G.E. KUYCK is psychiater in opleiding en werkzaam bij GGZ 's-Hertogenbosch.

R. VONK is psychiater en werkzaam bij GGZ 's-Hertogenbosch.

Correspondentieadres: W.G.E. Kuyck, GGZ 's-Hertogenbosch, Bethaniestraat 2, 5201 DZ Den Bosch.

E-mail: W.Kuyck@planet.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 31-7-2002.

## SUMMARY

Cycloid psychosis: a forgotten diagnosis? A literature review – W.G.E. Kuyck, R. Vonk –

**BACKGROUND** The clinical picture of cycloid psychosis was introduced in 1928 by the German Kleist and further developed by his pupil Leonard. Together with Wernicke they did not agree with Kraepelin's classification of psychoses into two types: manic-depressive psychosis and schizophrenia. According to some authors cycloid psychosis is a validated diagnosis which can also now be clearly distinguished from bipolar disorder and schizophrenia.

**AIM** To search the literature for articles that describe the historical development and the modern clinical relevance of the concept of cycloid psychosis.

**METHOD** Literature was obtained by using Medline search, using as key words psychosis, cycloid, postpartum and history. The acquired articles were used to gain related articles.

**RESULTS AND CONCLUSIONS** Cycloid psychosis, which is mainly luxated following childbirth, has symptoms of both a (schizo-)affective disorder and a psychotic disorder (Not Otherwise Specified). This illness is not classified in the DSM-IV, but it is in the ICD-10. Of the psychiatric illnesses that develop after childbirth 47-54% is a cycloid psychosis. According to different authors cycloid psychosis is a validated diagnosis of a nosologic entity. However the (long-term) medical treatment and the possible genetic inheritance have not been studied systematically and so far investigations have not met the standards of modern research. Consequently it is difficult to assess the clinical relevance of cycloid psychosis.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 2, 97-108]

**KEY WORDS** cycloid psychosis, history, postpartum-psychosis, (schizo-)affective disorder