

Aus der Universitäts-Nervenklinik Tübingen
(Direktor: Professor Dr. Dr. h. c. ERNST KRETSCHMER).

Die existentielle Depression.

Von
HEINZ HÄFNER.

(Eingegangen am 11. Mai 1953.)

Die Frage nach der Pathogenese jener Vielzahl vital-depressiver Verstimmungszustände, die ständig in psychiatrische Behandlung kommen, ist ein altes, aber immer noch aktuelles Problem. Wenn man von den psychopathischen und den exogensymptomatischen Verstimmungen abieht, die eine gewisse Sonderstellung genießen, dann bleiben für die Ätiologie der Depression 2 Möglichkeiten, die „endogene“ und die „reaktive“ Genese. JASPERS hat versucht Kriterien zu finden, die eine Unterscheidung zwischen beiden zulassen und die sich, entsprechend seiner psychopathologischen Grundkonzeption, in erster Linie auf die psychologische Verständlichkeit aufbauen. So meint er, daß bei reaktiven Formen der Inhalt der Psychose in verständlichem Zusammenhang mit dem Erlebnis stehen, und die Verstimmung in ihrem Verlauf vom auslösenden Erlebnis und seinen Zusammenhängen abhängig bleiben muß. Dort, wo Inhalt und Verlauf über den verständlichen Zusammenhang mit dem Erlebnis hinausgehen, müssen wir uns nach JASPERS eine reaktiv ausgelöste, aber nach eigenen Gesetzen weiterlaufende, endogene Erkrankung denken; eine endogene Depression müßte vor allem dann angenommen werden, wenn ein einschneidendes Erlebnis vor Ausbruch der Psychose überhaupt fehlt.

Gegen die Gründung der Diagnose auf die Begriffe „verständlich“ oder „unverständlich“ wurden jedoch schon frühzeitig erste Einwände geltend gemacht (siehe besonders KRETSCHMER, KEHRER und neuerdings PAULEIKHOFF). Es fehlte deshalb nicht an Versuchen, die Unterscheidung anders zu begründen. J. LANGE z. B. suchte die Differentialdiagnose auch im Außerpsychischen zu verankern und meinte, daß Gewichtsverlust, Tagesschwankungen und Obstipationen für die endogene Depression kennzeichnend seien. SCHRÖDER glaubte phänomenologisch die langhingelegene Traurigkeit bei depressiven Reaktionen von der Leere und dem Mangel an Gefühlsbereitschaft der Melancholiker trennen zu können, usw.

Das größte Verdienst um die Phänomenologie und die Systematik depressiver Verstimmungszustände hat jedoch zweifellos K. SCHNEIDER.

Vor allem erkannte er¹, daß der Versündigung- und Verarmungswahn und die Hypochondrie in cyclischen Depressionen nicht einfach aus dem Prozeßgeschehen abgeleitet werden können. Er vertrat dazu die bemerkenswerte Auffassung, daß in der depressiven Psychose die überindividuellen Grundängste des menschlichen Daseins aufgedeckt werden. Wir wollen allerdings mit den folgenden Erörterungen über den Standpunkt K. SCHNEIDERS hinausgehen, denn wir glauben einmal, daß das Auftreten und die Intensität der menschlichen Grundängste vom persönlichen Lebensentwurf,

¹ „Die Aufdeckung des Daseins durch die zyklische Depression“. Nervenarzt 21, 193 (1950).

seinen Konflikten und seinem möglichen Scheitern her mitbedingt wird (vgl. auch L. BINSWANGER). Erlebnismäßig sind jedenfalls die individuellen, aus persönlichen Konflikten entspringenden und die überindividuellen Ängste nicht zu trennen, wie auch die Konflikte meist überindividuelle Faktoren in der Persönlichkeit mit berühren. Wir werden zum anderen aber nicht nur die Ängste, sondern auch die Traurigkeit in unsere Frage nach der existentiellen Entstehungsmöglichkeit einbeziehen, weil kein prinzipieller Grund dafür besteht, beide nach getrennten Gesichtspunkten zu behandeln. Damit ist das Sosein und das Dasein der Psychose der Fragestellung unterworfen.

Um jenes weite Feld zwischen den zykllothymen Phasen einerseits und den depressiven Reaktionen andererseits auszufüllen, führte K. SCHNEIDER den Begriff der „Untergrundsdepression“ in seine Systematik ein. Untergrund ist für K. SCHNEIDER ein kausal wirkender Faktor, der die Stimmung beeinflusst. Im Gegensatz zum seelischen „Hintergrund“ ist er nicht erlebbar, sondern ein „Grenzbegriff, der die Erfahrung überschreitet“. Untergrundsdepressionen sind also vitaldepressive Verstimmungen außerhalb des manisch-depressiven Irreseins, in die zwar gewisse seelische Momente, Traumata, Bedrohungen oder abgeschlossene Tatbestände inhaltlich eingehen, die Weise ihrer Verarbeitung aber soll der endogene „Untergrund“ bestimmen. Ihnen sind die „endoreaktiven Dysthymien“ WEITBRECHTS an die Seite zu stellen.

Ohne uns zunächst zu äußern zu dem SCHNEIDERSchen Versuch, von der Seite der Endogenität in das Feld zwischen erlebnis-reaktiven und zykllothymen Depressionen vorzudringen, möchten wir den gleichen Vorstoß vom Psychisch-Reaktiven her unternehmen¹. Anlaß dazu gaben uns einige Fälle von vital-depressiven Verstimmungszuständen, die in den letzten Jahren an unserer Klinik zur Beobachtung kamen und für die uns eines charakteristisch schien: Es handelte sich um ausgeprägte Vitaldepressionen vom Charakter einer „endogenen Depression“, bei denen wir jedoch keinen Grund sahen, eine Endogenität anzunehmen und die aber auch weder nach Inhalt oder Verlauf, noch nach ihrer Intensität aus einem bestimmten Erlebnis oder Trauma heraus voll begründbar waren. Wenn man allerdings die auslösende psychische Situation bei ihnen allein als Trauma sieht, so müßten sie nach den von JASPERS gegebenen Kriterien zweifellos in der großen Einheitsdiagnose der reaktiv ausgelösten, aber eigengesetzlich endogen verlaufenden Depressionen untergebracht werden. Aus unserem bisherigen Erfahrungsgut, das Patienten im Alter von 24—61 Jahren umfaßt, wollen wir im nachfolgenden einen Präzedenzfall herausgreifen und an ihm lediglich die Zusammenhänge aufweisen, die uns für das aufgeworfene Problem wesentlich erscheinen:

Käthe M., 61 Jahre, Hausfrau.

Gehemmt-depressives, manchmal agitiertes Zustandsbild mit Veränderung der Vitalgefühle.

¹ Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, daß S. FREUD schon einen Versuch machte, einzelne Melancholien analytisch zu erklären, und zwar aus einer Regression der Libido in den oral-sadistischen Bereich mit Auftauchen der Ambivalenz und Objektverlust. Diese psychoanalytische Auffassung hat im Rahmen der Psychiatrie wenig Anklang gefunden, und wir können uns eine Stellungnahme insofern ersparen, als die Struktur der von uns beobachteten Melancholien keine wesentlichen Beziehungen zur FREUDSchen Konzeption besitzt.

Pat. wurde am 18. 6. 1951 von einem Kreiskrankenhaus eingewiesen, weil sie in suicidalen Absicht versucht hatte, sich mit einem Rasiermesser die Pulsader zu durchtrennen. Die A. radialis li. und ein Teil der Beugersehnen waren durchschnitten und inzwischen chirurgisch versorgt.

Bei der Aufnahme in der Klinik wirkt die Pat. zunächst agitiert depressiv, rutscht unruhig am Stuhl hin und her, fährt sich immer wieder über die Augen. Der Gesichtsausdruck ist gequält-verzweifelt mit angstvoll geweiteten Pupillen. Sie spricht meist mit tonloser Stimme und in großen Abständen. Es gelingt schwer, mit ihr Kontakt zu gewinnen oder ins Gespräch zu kommen. Im Saal läuft sie gequält auf und ab, ringt verzweifelt die Hände, oft von tonlosem Schluchzen geschüttelt: „Oh, das ist so arg, so schwer.“ Die Pat. klagt über Schlaflosigkeit, Verstopfung und schlechten Appetit.

Die neurologische Untersuchung ergibt einen normalen Befund, auch EEG und das Gefäßbild am Augenhintergrund zeigen nichts Pathologisches. Die Intelligenz ist, abgesehen von einem schweren Hemmungssyndrom mit Antriebshemmung, Denkhemmung, Einfallsarmut usw., offenbar ohne Ausfälle. Konstitutionell handelt es sich um eine Pyknika.

Exploration: „Ich kann nicht sprechen — es hat ja gar keinen Sinn — das Leben ist zu Ende — niemand kann mir noch helfen — ich bin nicht krank — ich bin an allem schuld — ich gehöre nicht hierher, ich gehöre ins Gefängnis — es gibt keinen Ausweg mehr — es kann nicht mehr so weitergehen — morgen bin ich tot — ich weiß nicht mehr, was ich tun soll — ich hab so große Angst.“ (Angst?) „Auf der Brust, so eng, und der Kopf ist so schwer.“ (Angst wovor?) „Ich weiß es nicht, es ist nichts übrig geblieben, mein ganzes Leben war falsch. Ich habe niemand, alle hassen mich — aber ich bin ja selbst schuld — das hätte ich niemals tun dürfen, das wird mir Gott nicht verzeihen.“ (Was?) Zeigt auf ihre Suicidverletzung: „Ich schäme mich so, ich kann ja nimmer nach Hause — die wissen alle, was ich gemacht habe — ich war so verzweifelt — das ganze Leben ist ja hoffnungslos — es kann nie mehr etwas aus mir werden — ich hab’ ja nicht mehr gewußt, was noch werden soll — und die Angst — da hab’ ich nicht mehr leben wollen.“

Spätere Exploration: „Mein Körper ist ganz anders, ich bin gar nicht mehr eigentlich wirklich, ich bin kein richtiger Mensch mehr. Ich war ja noch nie ein richtiger Mensch. Alles ist so leer.“ (Körper?) „Ja, außen ist es schon wie immer, aber innen bin ich ganz anders, es ist gar kein Leben mehr drin.“ (Welt?) „Da ist auch alles so leer. Wenn die anderen reden, so ist es, als ob es gar nicht wirklich wäre. Ich bin da und bin doch nicht ganz da. Ich sehe das gar nicht mehr richtig, was um mich ist. Ich weiß schon, daß die Blätter an dem Baum vor dem Fenster grün sind, aber es ist alles jetzt so blaß, es geht mich gar nichts mehr an.“

Ich hab’ so einen Verfolgungswahn, ich weiß genau, daß es Einbildung ist, ich komme aber nicht los. Es ist immer jemand hinter mir her, immer dicht hinter mir.“ (Wer?) „Es ist keine bestimmte Gestalt. Vielleicht bin ich es auch selbst und verfolge mich; mein besseres Ich, das mich nicht mehr erreichen kann. Alle haben mich ja verlassen, auch mein Mann hat nichts mehr von mir wissen wollen. Sie haben kein Interesse mehr an mir gehabt, weil ich ihnen nichts mehr geben konnte. Ich bin ja selbst an allem schuld.“ Sie gesteht, daß sie sich schon seit fast 12 Jahren selbst befriedigt und deshalb immer Schuldgefühle gehabt habe.

Anamnese: (Auf Grund eigener Angaben, Berichten des Mannes und eines Jugendfreundes der Pat.) Beide Eltern waren streng, aber schwerblütig, gemütlich und gesellig. In der Familie seien keinerlei Geisteskrankheiten bekannt.

Die Pat. war früher teilweise als Hausangestellte, teilweise als Bedienung in Gasthöfen tätig. Sie sei immer sehr fleißig, gesellig und lebenslustig gewesen, immer zum Scherzen aufgelegt. Schnell habe sie sich für eine Sache begeistern können, ihre

Stimmung sei aber ebenso schnell ins Gegenteil umgeschlagen. Einsamkeit habe sie nie ertragen und schon in der Jugend viele Freundschaften gehabt. Mit 46 Jahren habe sie einen um wenige Jahre älteren Witwer, ihren jetzigen Mann, kennengelernt. Er war kommunistischer Parteifunktionär und hatte aus erster Ehe zwei Kinder mit 16 und 13 Jahren. Es kam zur Heirat, obwohl sich beide Kinder aufs äußerste widersetzen und sich mehrmals tätliche Auseinandersetzungen ereigneten. Die Pat. gibt an, sie sei von ihrem Mann fasziniert gewesen, obwohl sie wenig mit ihm gemeinsam gehabt habe, so daß sie gegen größte Bedenken zur Eheschließung eingewilligt habe. Aus religiösen Gründen habe sie ihre früheren Freundschaften nach der Heirat völlig abgebrochen. Viele Bekannte hätten ihr auch die Verbindung mit ihrem Mann übel genommen. Mit dem Mann habe sie keine geistige Gemeinschaft zustande gebracht, er lebe in einer ganz anderen Welt. Er habe ihr immer den Kommunismus beizubringen versucht, was ihm aber nicht gelungen sei. Doch habe er es mit der Zeit fertig gebracht, sie dem Religiösen zu entfremden.

Allmählich habe sich ihre Verliebtheit abgekühlt und nach wenigen Jahren sei auch der sexuelle Kontakt unterblieben. Dadurch sei sie wieder in ihre alte Jugendsünde, die Onanie, zurückgefallen, was ihr aber verstärkte Schuldgefühle eingetragen habe.

Eigene Kinder habe sie nicht zur Welt gebracht. Die Kinder ihres Mannes hätten sie weiter tief gehaßt und keine Gelegenheit versäumt, ihr wehe zu tun. Nicht einmal den Haushalt habe sie führen dürfen, denn das sei ihrer Stieftochter vorbehalten gewesen. Um so mehr habe sie sich deshalb in einem Kolonialwarengeschäft betätigt, das ihr Mann geerbt hatte, und dessen Führung alleine in ihren Händen gelegen wäre. Mit Leidenschaft und Umsicht habe sie das Geschäft versorgt und alles gut über die Kriegsjahre und die Währungsreform gebracht. Die zweite Frau ihres Stiefsohnes — seine erste Ehe war nach kurzer Zeit geschieden worden — versuche nun seit einigen Jahren, sich in den Besitz dieses Geschäftes zu bringen und die Pat. herauszudrängen. Nach dem Bericht des Mannes sei es ein erbitterter Kampf gewesen; die Pat. habe nicht übergeben wollen. Immer habe sie gedacht, wenn sie das Geschäft nicht mehr habe, sei ihr Leben zu Ende. Sie habe im Geschäft ein kleines Nebenzimmer eingerichtet, das sei ihr eigentliches Reich gewesen. Dort habe sie jeden Tag mit bekannten Kundinnen zusammengesessen, Kaffee getrunken und geplaudert.

Vor einigen Monaten sei es der Frau des Stiefsohnes gelungen, den Ehemann der Pat. so weit zu bringen, daß er seine Frau zur Geschäftsübergabe zwang. Einige Zeit habe die Pat. die junge Frau noch einarbeiten müssen; damals sei sie schon sehr bedrückt gewesen. Einige Wochen vor der Klinikaufnahme aber habe die Schwiegertochter in einem erregten Auftritt der Pat. den Zutritt zum Geschäft endgültig verwehrt. Von diesem Tage an habe sie sich zurückgezogen, sinniert und kaum mehr ein Wort geredet. Sie habe von da an gedacht, das Leben sei sinnlos, es gäbe jetzt keinen Ausweg mehr; sie sei dann tief depressiv geworden. Einmal habe sie noch einen schwachen Versuch gemacht, aus „ihrem Nichts“ herauszufinden, als der Mann ihr sagte, sie solle doch im Garten arbeiten. Sie sei zwar dazu schon viel zu schwach gewesen, als sie aber nur den Garten betreten habe, sei sie von der Stieftochter hinausgeworfen worden, weil wegen dieses Gartens ein häßlicher Erbschaftsstreit im Gange sei. Von da an habe sie nicht mehr gekonnt und wenige Tage später den Selbstmordversuch unternommen.

Die Behandlung wurde, um die Pat. zunächst aus der tiefen Depression zu holen, mit 6 Elektro-Schocks und anschließender Existenzanalyse durchgeführt. Im einzelnen wurde versucht, die Wege zur Gemeinschaft und zum Religiösen wieder zu öffnen. Durch Besprechungen mit dem Ehemann konnte erreicht werden, daß die Pat. wieder ins Geschäft eintreten und es gemeinsam mit der Schwiegertochter —

in zeitlicher Ablösung — führen kann. Nach etwa 6 Wochen konnte die Pat. als symptomfrei entlassen werden.

Wiederaufnahme nach 1 Jahr, am 2. 8. 1952: Das Zustandsbild — gehemmt-depressiv — ist dem der ersten Aufnahme gleich. Die Anamnese ergibt, daß sich der Stiefsohn vor kurzer Zeit entschlossen hatte, das Geschäft, in dem seine Frau und seine Stiefmutter tätig sind, zu veräußern. Seit die Pat. von den Verkaufsverhandlungen gehört habe, sei sie wieder auffällig. Die Exploration der Pat. ergibt keine neuen Gesichtspunkte, nur daß sie seit der Entlassung zwar gesund war, aber weder zum Religiösen zurückgefunden, noch eine Gemeinschaft außerhalb des Geschäftszustande gebracht habe. Sie ist sich selbst diesmal des Ursprungs ihrer Depression bewußt und erklärt, weil sie sich wieder alleine auf ihr Geschäft gestürzt habe und alles andere beim alten ließ, sei es noch einmal so weit gekommen.

Nach 3 initialen Elektro-Schocks und existenzanalytischen Aussprachen wurde die Pat. etwa 5 Wochen später symptomfrei entlassen.

Überblickt man den dargestellten Fall, so ist der ätiologische Zusammenhang zwischen Psychose und Lebensgeschichte nicht von der Hand zu weisen. Ein bestimmtes Ereignis, ein psychisches Trauma, wenn man es so nennen will, gab den Startschuß für das Einsetzen der Depression. Man kann aber nicht sagen, daß dieses Trauma für sich betrachtet objektiv sehr schwerwiegend war, und zweifellos reicht es auch nicht aus, die Psychose voll zu motivieren. Den von JASPERS für die reaktive Depression aufgestellten Kriterien gehorcht der Fall also nicht.

Zunächst stehen 2 Fragen zur Klärung offen: Einmal ist zu erforschen, was zu dem Trauma hinzukommen mußte, um die Depression zu bewirken, zum anderen, warum die Psychose sich in ihrem Ablauf vom Initialerlebnis weitgehend unabhängig verhielt.

Was die erste Frage anbetrifft, so muß daran erinnert werden, daß E. KRETSCHMER in seiner Monographie über den sensitiven Beziehungswahn bereits sorgfältig herausgearbeitet hat, daß ein bestimmtes Erlebnis für verschiedene Charaktere von ganz unterschiedlichem Gewicht ist. Erst ein spezifischer Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit und dem Trauma läßt dieses zu einem „*Schlüsselerlebnis*“ werden. H. BINSWANGER war es dann, der im Anschluß an die Daseinsanalyse L. BINSWANGERS an einem Fall von paranoiden Schizophrenie aufwies, wie die Lebensgeschichte und der Weltentwurf des Patienten bestimmte Dispositionen geschaffen hatten, die besonders gefährdete Stellen im Gesamt der Persönlichkeit entstehen ließen.

Die lebensgeschichtliche Erforschung unserer Fälle führte nun zu sehr interessanten Ergebnissen. Vergegenwärtigt man sich noch einmal kurz den geschilderten Fall, so hat man ursprünglich eine lebensfrohe, gemütvoll-zyklothyme Frau, die in ihrer Jugend sehr gesellig war und viele Freundschaften hatte. Ihr Lebensentwurf enthielt zunächst mehrere Wertbereiche, die von ihr realisiert werden und ihre Persönlichkeit fundieren. Sie hat ihren Beruf als Aufgabe, sie hat freundschaftlichen — allerdings etwas oberflächlichen — Kontakt zu Männern, sie ist in einer

Gemeinschaft, einem „Miteinander“ verwurzelt, auch das Sexuelle bleibt nicht unerfüllt, und schließlich intendiert sie in gewissem Rahmen auch religiöse Werte. Mit 46 Jahren heiratet sie einen Witwer, der KPD-Funktionär ist. Diese Ehe führt zur einschneidenden Umstrukturierung im Weltentwurf der Patientin. Sie verzichtet zunächst auf ihren Beruf und ihre bisherigen Freunde. Sie kann aber den Haushalt des Mannes nicht übernehmen, weil sie von den Kindern aus erster Ehe des Mannes verdrängt und gehaßt wird. Sie verliert auch in gewissem Rahmen ihre Verwurzelung in der Gemeinschaft, weil sich viele wegen ihrer Heirat von ihr abwenden. Der Mann bringt es im Laufe der Zeit fertig, sie aus ihrer offenbar nicht sehr tiefen religiösen Bindung zu lösen, und schließlich bleibt auch von der Zuneigung zum Mann nichts mehr übrig, nicht einmal mehr der sexuelle Kontakt. Mit den Stiefkindern liegt sie von Anfang an in Streit. Das ganze Gewicht ihres Lebensentwurfs liegt deshalb auf ihrer Tätigkeit in dem kleinen Geschäft. Hier hat sie einen Aufgabenbereich, hier ist auch die einzige Stelle, über die sie Verbindung zur Gemeinschaft hat. Der einstmals relativ breit basierte Lebensentwurf der Patientin ist also extrem eingengt und nahezu der ganze Werthorizont ihres Daseins liegt in der Tätigkeit im Geschäft eingeschlossen und hat damit ein erhebliches Gefährdungsmoment an dieser Stelle. Schon lange vor der Katastrophe zeigt sich ein Notsignal in Form der, bei einer 50jährigen Frau doch auffälligen Wiederkehr der Onanie. Wir können diese zweifellos verstehen als Ausdruck der Unerfülltheit unserer Patientin, in der die autoerotische Lust zum Ersatzwert wird für das eingengte, teilweise blockierte höhere Wertefeld, besonders auf der Seite liebender Hingabe. Es ist allerdings diese Reaktion bereits neurotisch und ein Hinweis darauf, daß schon vor der Heirat eine Einengung des Daseinsentwurfs bzw. des subjektiven Werthorizonts bestanden hat.

Als nun der Patientin das Geschäft genommen wird, kommt sie zu einem totalen existentiellen Scheitern, denn sie ist aus der Struktur ihres Weltentwurfs heraus, damit jedes tragenden Haltes und jeder unmittelbaren wesentlichen Wertrealisationsmöglichkeit beraubt. Kurz danach, als der Mann noch einmal in instinktiver Erkenntnis der Sachlage der Patientin ein neues Aufgabenfeld eröffnen will, nämlich sie zur Gartenarbeit schickt, ist die Patientin gar nicht mehr dazu in der Lage. Wenn sie aber von der Stieftochter auch noch aus dem Garten gewiesen wird, vertieft oder bestätigt dies natürlich das Erlebnis völliger Sinnlosigkeit ihres Daseins.

Das Entscheidende ist also, daß der Patientin mit dem initialen Erlebnis die Möglichkeit genommen ist, die Werte zu realisieren, für die sie sich mit ihrem Lebensentwurf entschieden hat. Ihr Dasein hat plötzlich seinen Sinn und seine zielgerichtete Dynamik verloren, denn im Intendieren und Erfüllen von Werten in allen Seinsschichten vollzieht sich

die Dynamik der menschlichen Person. Um mit v. GEBSATTEL zu sprechen, ist also eine totale „Werdenshemmung“ eingetreten.

Wie aber führt nun der Weg vom Zusammenbruch des Weltentwurfs, des existentiellen Halts, zur Vitaldepression? Diese Frage beantwortet sich für den vorwissenschaftlichen Menschen von selbst, für die Psychiatrie ist sie problematisch, aber entscheidend.

M. BLEULER versuchte eine biologische Hypothese für die psychische Entstehung von Depressionen zu geben. Er meinte, wenn alle Wege zur Triebbefriedigung eines Individuums verbarrikadiert seien, komme es zu einer biologischen Umschaltung auf Passivität. Abgesehen davon, daß Triebziele nur einen geringen Teil aus dem menschlichen Wertefeld umfassen und — wie unsere Fälle aufweisen — gerade auch die seelisch-geistigen Bereiche des Weltentwurfs für das völlige Scheitern entscheidend sind, ist diese Hypothese hier nicht anwendbar. Um der ganzen Thematik gerecht werden zu können, bleibt wohl nur ein sowohl empirischer als auch phänomenologischer Weg, der nicht versäumt, alle wesentlichen Einzelsymptome in ihrem ätiologischen Zusammenhang zu erhellen.

Wenn wir einen für uns wertvollen Menschen oder eine wertvolle Sache verlieren, so sind wir traurig. Traurigkeit stellt sich also ein, wenn einem werthaften Akt der Aktgegenstand oder die Realisationsmöglichkeit entzogen wird¹, vorausgesetzt, daß es bewußtes Erlebnis bleibt. Dies ist ein phänomenologischer — d. h. wesensgesetzlicher — Tatbestand. WEITBRECHT glaubt nun den Unterschied zwischen endogen-vitaler und erlebnisbedingter, „normaler“ Traurigkeit darin sehen zu können, daß man sich „mit der normalen Traurigkeit mit all seinen seelischen Möglichkeiten und Kräften auseinandersetzen, sie verarbeiten, ihr Positives sehen und sie sogar lieben lernen“ könne. Wenn wir der Frage nachgehen, woraus die Traurigkeit bei einer einfachen, erlebnis-reaktiven Depression eigentlich überwunden wird, so ergeben sich doch interessante Momente. Nimmt man zuerst einen Alltagsfall, etwa den Verlust eines wertvollen Kunstwerkes. Die Traurigkeit mag zuerst groß sein, allmählich aber tritt sie zurück hinter die anderen Aufgaben des Tages; schließlich wird sie vielleicht auch überwunden aus der Erkenntnis heraus, daß dem persönlichen Leben noch höhere und andere Werte gesetzt sind als dieser Besitz. Ähnlich verläuft eine reaktive Depression, die etwa durch den Tod eines geliebten Menschen verursacht wurde: Die Traurigkeit wird überwunden, indem sich der Trauernde auf andere Werte besinnt. Zunächst gelingt dies immer — und nur — aus dem bestehenden Lebensentwurf heraus, d. h. die noch gegebenen Werte werden realisiert. Man überwindet dann die Traurigkeit aus seiner religiösen Haltung oder

¹ Vgl. SCHELER: „Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik“.

weicht ihr aus und wendet vielleicht einer anderen Person mehr Liebe zu, stürzt sich in die Arbeit, in das Vergnügen und sucht dort Vergessen.

Damit erscheint die einfach „erlebnisreaktive“ Traurigkeit verursacht durch den Verlust eines Teilausschnittes aus dem Wertefeld und sie wird zunächst überwunden aus der übrig gebliebenen Wertdynamik heraus. Diese Überwindung gelingt um so leichter, je geringer der verlorene Wertebereich und je breiter die verbliebene Wertbasis ist. Was aber geschieht, wenn, wie in den beiden dargestellten Fällen, der wesentlichste Teil des Wertefelds blockiert, wenn der ganze Daseinsentwurf zusammengebrochen ist? Dann steht offenbar zunächst keine Dynamik zur Überwindung der Traurigkeit mehr zur Verfügung, die Depression geht über das rein Erlebnisreaktive hinaus.

Man kennt psychotische Reaktionen, die durch ein existentiell bedeutsames Trauma hervorgerufen werden. ALLERS beschrieb paranoische Reaktionen in sprachfremder Umgebung, die in allen Fällen mit einem depressiven Zustandsbild, teilweise auch mit Suicidversuch, einsetzten. R. SIEVERTS berichtete über depressive Verstimmungszustände, verursacht durch Freiheitsentzug bei Strafgefangenen, und ODEGARD über depressive Reaktionen bei Emigranten.

Wenn man näher zusieht, unterscheiden sich diese Krankheitszustände doch wesentlich von der existentiellen Depression. Diese setzt nämlich voraus, daß durch einen bestimmten Weltentwurf eine Daseinseinengung auf umschriebene Wertbereiche erfolgte, die dann durch spezifische Erlebnismomente blockiert werden, so daß die Gesamtheit der wesentlichen Wertmöglichkeiten verschüttet ist. Das kann in Ausnahmefällen einmal auch durch die Gefängnishaft oder eher durch die Entwurzelung eines Emigranten hervorgerufen werden. Im allgemeinen steht aber in diesen Fällen noch eine Wertdynamik zur Verfügung — und sei es nur in der täglichen Arbeit —, so daß sie insoweit den erlebnisreaktiven Depressionen zuzurechnen sind. Dies wird auch daran deutlich, daß etwa die von ALLERS mitgeteilten Fälle sofort von psychotischen Erscheinungen frei waren, als sie wieder in muttersprachliche Umgebung kamen.

Dem Problem der existentiellen Depression stehen wesentlich näher die Umzugs- und Entwurzelungsdepressionen (J. LANGE u. a.). Sie finden sich gerade bei älteren Leuten, denen das Realisieren bisher nicht erfüllter Werte, die Umstellung auf einen neuen Lebensentwurf sehr schwer fällt. Neben den lebensgeschichtlichen Faktoren, der mit dem Alter oft zunehmenden Festlegung auf einen bestimmten Entwurf, spielen hier zweifellos auch biologische Momente herein. Wenn man sich nämlich als nicht mehr fähig erlebt, die Leistungen zur Realisation eines bestimmten Wertefelds zustande zu bringen, ist dieses Wertefeld natürlich auch als Quelle für die Persönlichkeitsdynamik blockiert. Man wird deshalb, bei älteren Menschen häufiger als bei jüngeren, existentielle Depressionen

finden; man wird ihnen begegnen, wenn eine Entwurzelung, ein Konkurs, der Verlust des geliebten Partners usw. einen spezifisch auf diesen Wertebereich eingeengten Daseinsentwurf treffen.

Wir haben schon aufgewiesen, daß die Überwindung der Traurigkeit nur von einer noch vorhandenen Wertdynamik her gelingt. In der existentiellen Depression ist also zunächst keine Möglichkeit gegeben, diese Traurigkeit zu überwinden. Damit wäre es an der Zeit, die eingangs aufgeworfene Frage nach dem „erlebnisunabhängigen“ Verlauf dieser Depressionsform zu beantworten. Frägt man zuvor noch, wie überhaupt ein Ausweg aus der existentiellen Depression möglich wäre, so bleibt als Antwort nur der Aufbau eines neuen Daseinsentwurfs, das Erschließen neuer Wertmöglichkeiten oder die Rückkehr zum alten, unter Aufhebung des blockierenden Erlebnismoments — sofern das letztere möglich ist. Das aber gelingt dem Kranken offenbar zunächst nicht, und der Grund liegt darin, daß die Traurigkeit so tief ist, daß sie alle wertsetzenden Akte lähmt. In diesem Bereich hat G. KAESTNER mit seiner These vom Wertverlöschen in der Depression sicher recht. Der Weg führt also in einen Zirkel: Die existentielle Depression besitzt zunächst keine Eigendynamik zur Überwindung ihrer Traurigkeit mehr. Diese tiefe Traurigkeit aber lähmt die Fähigkeit zum Setzen neuer Werte. Wird eine solche Depression nicht behandelt, so verläuft sie „eigengesetzlich“, d. h., sie dauert so lange, bis die Zeit die Tiefe der Verstimmung etwas gemindert hat — denn jeder Affekt wird mit lebensgesetzlicher Notwendigkeit im Laufe langer Zeit schwächer — und dann der Neuaufbau von Werten gelingt. Das mag je nach der Tiefe der Depression und je nach der Charakterstruktur des Patienten einige Monate oder auch Jahrzehnte dauern. Es hängt überdies entscheidend davon ab, wie weit die Umwelt dem Patienten Wertmöglichkeiten, etwa des liebenden Kontakts, erleichtert und entgegenbringt.

Unsere Patientin und mit ihr alle beobachteten Fälle wiesen eine Reihe von Symptomen auf, die man früher als pathognomisch für die Endogenität des Leidens ansah. Da ist als erstes, wesentlichstes Symptom die vitale Traurigkeit. Wir führten bereits aus, daß der totale Wertverlust zur seelischen Traurigkeit führen muß. Die Störung der Vitalgefühle, jenes zuständlichen, nicht objektbezogenen, ich-fernen Zumuteseins muß sich also der ich-näheren Traurigkeit zugesellen. Nun wissen wir, daß jeder emotionale Akt mit subjektiven intransitiven Gefühlszuständen durchtränkt ist (H. KUEHN u. a.). Mit zunehmender Gefühlstiefe wächst aber bei den seelischen oder intentionalen Gefühlen auch die Intensität der entsprechenden fundierenden Gefühlsschichten, also besonders des Lebens- und Leibgefühls, das in allen emotionalen Akten mit enthalten ist (M. SCHLER). Vitales Zumutesein überhaupt erscheint so als Ganzheit der in der Vitalschicht gegebenen, zuständlichen Gefühlskomponenten

aller emotionalen Akte der Person. Tragen sie, wie bei der existentiellen Depression, praktisch durchweg negative Tönung, dann ist auch das Leibgefühl am Tiefpunkt angelangt. Ist nur ein Teil der emotionalen Akte blockiert, wie in der reinen, erlebnisreaktiven Depression, so ist die Alteration der Vitalgefühle eine partielle. Der *Unterschied zwischen der existentiellen und der erlebnisreaktiven Depression* ist damit — das verdient besonders hervorgehoben zu werden — in der emotionalen Schicht, also im Hinblick auf die Depression selbst *nicht qualitativ, sondern quantitativ*.

Die Schicht der Vitalgefühle ist ein Schnittpunkt biologischer und psychischer Faktoren. Gegeben ist sie uns aber ausschließlich erlebnismäßig und niemals als Außerpsychisches. Sofern sie nicht alleine, sondern in Gemeinsamkeit mit den anderen Bereichen emotionalen Erlebens alteriert ist, läßt sich auf sie keine Differentialdiagnose zwischen primärpsychischer oder biologischer Ätiologie gründen. Wo aber eine echte „vitale“ Depression besteht, dort sind neben der spezifischen Alteration der vitalen und Empfindungsgefühle mit Enge, Schwere, Opressionsgefühl und dumpfem Kopfdruck auch Störungen des Schlafes, des Appetits, der Darmtätigkeit usw. vorhanden. Wir glauben darin ein einfaches psychosomatisches Gesetz erblicken zu können. Selbstverständlich ist damit dieses Problem, dem wir große Bedeutung zumessen, noch nicht gelöst. Wir sehen nur in dem gegebenen Rahmen keine Möglichkeit, darauf näher einzugehen. Im übrigen ist der Zusammenhang von Störungen der Vitalfunktion mit Traurigkeit, gleich welchen Ursprungs, wenn sie nur tief genug ist, in jüngerer Zeit durchaus anerkannt (vgl. GRUHLE, WEITBRECHT u. a.).

Unter Zugrundelegung unserer ätiologischen Interpretation der existentiellen Depression wird aber auch das Depersonalisationssyndrom, das unser Fall aufwies, in seiner Genese verständlich. V. v. GEBSATTEL hat in seiner ausgezeichneten psychopathologischen Studie das Syndrom der Entfremdung zurückgeführt auf die innere Leere. Der Verlust jeglicher Daseinserfüllung, jeder intentionalen Zuwendung zur Welt, die „Störung des sympathetischen Grundverhältnisses von Mensch und Welt“ (E. STRAUS) bringt das Depersonalisationserlebnis mit sich. Von der Leere ist aber nur ein Schritt zur Möglichkeit ihrer existentiellen Entstehung. Das aus dem Zusammenbruch des Weltentwurfs resultierende Nichtigkeitserlebnis und die aus der begleitenden vitalen Traurigkeit hervorgehende Unvollziehbarkeit werthafter Akte werden als Leere erlebt. Ebenso wie v. GEBSATTEL dies sah, ist auch in unserem Fall die Begegnung mit dem nun vollziehbaren Selbst, das vergebliche Ergreifenwollen des Daseinsinhalts im Erlebnis des Verfolgtwerdens vom eigenen Ich realisiert.

Wenn man die Frage nach dem Ursprung der Hemmung stellt, so ist zunächst einmal die „Werdenshemmung“ und der „Stillstand der inneren Zeit“ (E. STRAUS) schon aus dem Wesen des totalen existentiellen

Scheiterns erklärt. Werden und innere Zeit als Geschichtlichkeit schreiten nur vorwärts im Vollzug eines, die Zukunft ergreifenden Entwurfs. Die „vitale“ Hemmung aber steht als solche mit der vitalen Traurigkeit in unmittelbarem Zusammenhang. Wie WEITBRECHT zeigte, führt schon die normale Traurigkeit zu einer mehr oder weniger ausgeprägten allgemeinen Hemmung. Eine, die ganze Existenz im tiefsten ergreifende Traurigkeit ist aber lähmend, lähmend wie das Entsetzen, mit dem sie das Außer-sich-sein gemeinsam hat.

Wie bei der vitalen Hemmung, die man ebenso das „Gelähmtsein“ nennen könnte, ist auch bei der Angst eigentlich überflüssig, ihren ätiologischen Zusammenhang mit der Ursprungsweise der existentiellen Depression zu beschreiben. Wenn das Dasein jedes tragenden Halts, seines Weltentwurfs beraubt wird, wenn alle gelebten Werte zu Verlust gehen oder nicht realisierbar sind, dann fällt es — wie auch die Existenzphilosophie aufwies — in die Angst. v. GEBSATTEL hat diesen Sturz in die Leere in Gestalt einer Zwangsvorstellung an seinem zit. Fall beschrieben. L. BINSWANGER spricht klar aus, daß die Angst kommt, wenn die Welt eines Menschen im Wanken ist und daß sie um so größer wird, je weniger von dieser Welt an Halt verbleibt. Dem ist nichts hinzuzufügen.

Der Vollständigkeit halber sei auch noch auf das Symptom der Tagesschwankungen eingegangen, das unsere Fälle zeigten. Geht man aus von dem grundsätzlichen Wissen unserer Patientin um ihr unerfülltes Selbst, um den Aufgabencharakter ihres Daseins, so erlebt sie den Abend als Tor zur Ruhe, zur Nacht, die wenig Forderungen an den Menschen stellt. Der Morgen aber bringt die aufkommenden Forderungen des Tages mit sich, er läßt die lähmende Traurigkeit und das Versagen tiefer erleben. Der Tag nämlich hat für das Dasein — im Maximum am Morgen — Aufforderungscharakter, die Nacht jedoch beinhaltet Zurücksinken in das Zuständliche, in Ruhe und Schlaf. Anders verhält sich die Beziehung zu Tag und Nacht bei erlebnisreaktiven Depressionen. Weil sie zu einer begrenzten Werterfüllung fähig sind, bringt für sie der Tag die Möglichkeit der Ablenkung durch Arbeit usw.; der Abend aber läßt hier mit der Entspannung, mit dem Zurücksinken auf sich selbst die Erinnerung an das trauerbewirkende Erlebnis aufkommen.

Als letztes bleiben die Schuldgefühle. Wenn, wie im dargestellten Fall, die latent vorhandenen Schuldgefühle wegen des Onanierens in den Vordergrund treten, so ist das zunächst schon aus der Dynamik der Depression klar. KRETSCHMER formulierte einmal: „Wenn man einem Leben eine starke zielgerichtete Strömung gibt, so reißt sie die Hindernisse mit sich fort; in stagnierendem Wasser aber wird das kleinste Steinchen auf dem Grund sichtbar.“ Nun, die existentielle Depression enthält einen völligen inneren Stillstand, einen Verlust der vorwärtsführenden Dynamik, deshalb werden sich latente Schuldgefühle manifestieren können.

Darüber hinaus aber haben die existentiell Depressiven noch ein anderes, viel tieferes Schuldgefühl; so sagt etwa unsere Patientin: „Ich bin nicht krank“ — „ich bin an allem schuld“ — „mein ganzes Leben war falsch“ — „es ist nichts übrig geblieben“. Wenn man sich daran erinnert, daß die Patientin in gewissem Umfang darum weiß, daß ihr persönlicher Lebensentwurf wesentliche Mitbedingung des Scheiterns war, wenn man auch daran denkt, daß ihr die grundsätzliche Dissonanz zwischen dem Idealbild ihres Selbst und der Leere des Ich erlebnismäßig gegeben ist, so wäre die Möglichkeit denkbar, daß daraus auch ein existentielles Schuldgefühl entspringt.

Wenn wir damit versucht haben, die Ätiologie aller wesentlichen Symptome der existentiellen Depression aus dem Psychischen — und dem Geistigen — abzuleiten, so sind wir uns des hypothetischen Charakters unseres Unternehmens bewußt. Wir glauben aber, daß dieser Hypothese ein weitaus größerer Wahrscheinlichkeitswert zukommt, als der Theorie von der Untergrundsdepression (K. SCHNEIDER) — die der Autor auf den „nicht erlebbaren“, „die Erfahrung überschreitenden“ „Grenzbegriff“ des Untergrundes stützt —, wenn man sie als erklärende Hypothese auf unsere Fälle und überhaupt auf Depressionen anwenden will.

Der Dualismus von kausaler Endogenität und kausal bedeutungslosem Inhalt hat die psychopathologische Forschung auf ein methodisch nicht vertretbares und psychiatrisch unfruchtbares Geleise geschoben. Wenn Autoren wie BÜRGER-PRINZ, KRAUSS und WEITBRECHT zugeben, daß durch Verlust aller sozial-psychischen Beziehungen akut Depressionen manifest werden können und, daß endogene Depressionen, wenn eine Entwurzelungssituation besteht, wenig Neigung zur Remission zeigen, so konzipieren sie zumindest eine teilkausale Wirkung des Psychischen in diesen Fällen. Einen klaren, methodisch einwandfreien Standpunkt vertritt dagegen E. KRETSCHMER. Er sieht im endogenen Moment der Psychose, ihrer konstitutionellen Präformierung, eine dynamische körperlich-seelische Reaktionsform, die konditional mit anderen Faktoren zusammen am Ursprung der Psychose steht. Das Problem der kausalen Genese läßt sich also nicht mit der Verallgemeinerung einer einseitigen Hypothese, wie es die Lehre von der „Somatose“ ist, in allen Fällen befriedigend lösen. Nur die faktorenanalytische Betrachtung, die Auflösung des einen Krankheitsbildes in seine pathogenetischen Faktoren ist die psychopathologische Methode, mit der jedem Fall gerecht zu werden ist.

Die charakterliche und konstitutionelle Präformierung spielt zweifellos auch bei der Genese existentieller Depressionen, sicher mehr noch bei ihren Randformen, die den reaktiv ausgelösten zykllothymen Phasen nahestehen, eine gewisse Rolle. Auch in unserem Fall bestand prämorbid eine zykllothyme, zwischen heiter-geselliger Daseinsfreude und Nieder geschlagenheit (diathetische Proportion KRETSCHMERS) schwingende

Charakterstruktur. Wo diese Reaktionsform wesentlich labiler ist, mag auch ein nicht so tiefgreifendes Erleben zu längeren depressiven Schwankungen führen. Allerdings darf in der konstitutionellen Charakterstruktur niemals eine *conditio sine qua non*, sondern nur ein begünstigender Faktor für das Zustandekommen der depressiven Reaktion beim existentiellen Scheitern gesehen werden.

Vollständigkeitshalber wäre noch darauf hinzuweisen, daß bei Schizophrenen, wenn ein psychisches Trauma für die Entwicklung der Psychose von Bedeutung ist, nicht nur die reagierende Persönlichkeit, sondern auch das Trauma selbst anders strukturiert zu sein pflegt. Während bei der existentiellen Depression das initiale Erlebnis den Weg zur Wertrealisation auf ganzer Breite einfach verschließt, muß das Trauma bei der Schizophrenie so geartet sein, daß es mühsam kompensierte Ambivalenzen treffen und zum unlösbaren Konflikt innerhalb der Persönlichkeit aufreißen kann (HÄFNER u. WIESER).

Man könnte uns noch die Frage vorlegen, warum wir unsere Patientin einer Schockbehandlung und nicht nur einer Psychotherapie unterzogen haben. Diese Frage beantwortet sich aus dem, was wir über die existentielle Depression ausführten, von selbst. Es soll nicht die grundsätzliche Möglichkeit rein psychotherapeutischer Heilung bestritten werden. Aber solange die tiefe, lähmende vitale Depression besteht, hat die Psychotherapie keinen Boden, auf den sie bauen könnte. Ähnliches berichtet auch FROMM-REICHMAN, die bei der Psychotherapie Schizophrener bessere Erfolge verzeichnet als bei Depressiven. Wenn allerdings mit Hilfe des organischen Schocksyndroms (v. BAEYER) die affektive Seite der Depression weitgehend blockiert ist, lassen sich allmählich neue Wertsetzungen und Wertrealisationen anbahnen, und bald gelingt auch eine existenzanalytische Erhellung.

Wir sind weit davon entfernt zu glauben, daß der von uns mit dem Begriff „existentielle Depression“ bezeichnete psychische Entstehungsmodus für die Mehrzahl der sogenannten endogenen Depressionen zutrifft. Wir glauben allerdings zur Ausfüllung des großen weißen Flecks zwischen reaktiven und zyklischen Depressionen ein Weniges beigetragen zu haben. Die konkrete Klärung der Frage, ob eine bestimmte Depression existentiell oder endogen ist, ermöglicht aber nur eine, die übliche psychiatrische Exploration an Tiefe und Ausführlichkeit übertreffende charakterologische, lebensgeschichtliche und daseinsanalytische Erhellung des Einzelfalles.

Zusammenfassung.

Unter dem Begriff „existentielle Depression“ wird ein vital-depressiver Verstimmungszustand verstanden, der nach seiner Genese weder endogener noch im JASPERSchen Sinne erlebnisreaktiver Natur ist. Es wird

an 2 Fällen dargestellt, daß es durch einen bestimmten Daseinsentwurf zur extremen Einengung der Wertbereiche kommt. Daraus erwächst die Gefahr, daß ein bestimmtes Erlebnis alle Wertrealisationsmöglichkeiten blockieren und zum totalen Zusammenbruch des Daseinsentwurfs führen kann. Aus einem solchen umfassenden Scheitern entspringt die existentielle Depression. Im Gegensatz zur erlebnisreaktiven Depression, in der nur ein Teilbereich an Wertrealisationsmöglichkeiten zu Verlust ging und bei der aus den verbliebenen Werten heraus die Überwindung der Traurigkeit möglich wird, ist in der existentiellen Depression alle Wertdynamik erloschen. Die existentielle Depression kann deshalb nicht unmittelbar aus sich selbst heraus überwunden werden und läuft über das Erlebnis hinaus „eigengesetzlich“ fort. Für die Entstehung der Einzelsymptome aus dem Verlust aller wesentlichen Wertmöglichkeiten werden Hypothesen gegeben.

Literatur.

- ALLERS, A.: Z. Neur. **60**, 281 (1920). — BAeyer, W. v.: Die moderne psychiatrische Schockbehandlung. Stuttgart 1951. — BINSWANGER, H.: Z. Neur. **133**, 36 (1931). — BINSWANGER, L.: Traum und Existenz u. Daseinsanalyse und Psychiatrie in Vorträge u. Aufsätze I. Bern 1947. — BLEULER, M.: Die Depression in der ärztlichen Allgemeinpraxis. Basel 1948. — BÜRGER-PRINZ: Psychopathologische Bemerkungen zu den zyklischen Psychosen. Nervenarzt **21**, 505 (1950). — Psychiatrie und Probleme der Umwelt. Stud.gen. **4**, 227 (1947). — CLIFFORD, W., SCOTT, M., and W. DAWSON: Brit. Med. J. **4560**, 1051 (1948). — DAVID, L., and W. GARNETT: Dis. Nerv. Syst. **10**, 177 (1949). — FREUD, S.: Trauer und Melancholie in Ges. Schriften, Bd. 10. London 1924. — FROMM-REICHMAN, F.: Confinia neurol. **9**, 158 (1949). — GEBSATTEL, V. v.: Über zeitbezogenes Zwangsdenken in der Melancholie. Gegenwartsprobleme der psychiatr.-neurol. Forschung. Stuttgart 1939. — Nervenarzt **10**, 169, 248 (1937). — GRUHLE, H. W.: Dtsch. med. Wschr. **1942**, 62. — HÄFNER, H., u. ST. WIESER: Arch. Psychiatr. u. Z. Neur. **190**, 394 (1953). — HUTTER, A.: Arch. Psychiatr. Schweiz **49**, 105 (1942). — Föl. psychiatr. Neerl. **52**, 164 (1949). — JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie. 5. Aufl. Heidelberg 1946. — KAESTNER, G.: Das Wertverhalten in der endogenen Depression in Festschr. f. K. SCHNEIDER, Heidelberg 1947. — KEHRER, F. A.: Das Verstehen und Begreifen in der Psychiatrie. Stuttgart 1951. — KRAUSS, P.: Nervenarzt **18**, 127 (1947). — KRETSCHMER, E.: Der sensitive Beziehungswahn. 3. Aufl. Heidelberg 1950. — Psychotherapeutische Studien. Stuttgart 1949. — Körperbau und Charakter. 20. Aufl. Heidelberg 1951. — KÜHN, H.: Nervenarzt **18**, 5 (1937). — LANGE, J.: Zirkuläres Irresein in GÜTT: Hdb. der Erbkrankheiten. Stuttgart 1942. — ODEGARD: Emigration and Insanity. Kopenhagen 1932. — PAULEIKHOFF, B.: Arch. Psychiatr. u. Z. Neur. **189**, 355 (1952). — SCHELER, M.: Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Halle 1916. — Wesen und Formen der Sympathie. Leipzig 1923. — SCHNEIDER, K.: Fortschr. Neur. **17**, 429 (1949). — Beiträge zur Psychiatrie II. Stuttgart 1948. — Z. Neur. **65**, 109 (1921). — Nervenarzt **21**, 193 (1950). — SIEVERTS, R.: Die Wirkungen der Freiheitsstrafe und Untersuchungshaft auf die Psyche der Gefangenen. Hamburg 1929. — STERN, E.: Mschr. Psychiatr. **113**, 377 (1947). — WEITBRECHT, H. J.: Fortschr. Neur. **17**, 437 (1949). — Zur Psychopathologie der endogenen Depression in Festschr. f. K. SCHNEIDER. Heidelberg 1947.

Dr. med., Dr. phil. HEINZ HÄFNER, Tübingen, Univ.-Nervenklinik.