

Aus der Universitäts-Nervenlinik Mainz
(Direktor: Prof. Dr. H. KRANZ)

Die hypochondrischen Inhalte der cyclothymen Depression in ihren Beziehungen zum Krankheitstyp und zur Persönlichkeit

Von
W. JANZARIK

(Eingegangen am 19. November 1956)

Seitdem um die Jahrhundertwende WOLLENBERG die Krankheitseinheit Hypochondrie endgültig aufgelöst hatte, ist so vieles über hypochondrisch ausgestaltete Depressionen gesagt worden, daß es fast einer Rechtfertigung bedarf, wenn man das Thema erneut aufgreifen will. Spricht man von *hypochondrischen Inhalten* in cyclothymen Depressionen, so meint man die Erwartungen und Überzeugungen der Kranken, die von der Sorge um Gesundheit und Leben erfüllt sind und die dem Außenstehenden als unangemessen, als unsinnig oder wahnhaft erscheinen. Man ist sich darüber einig, daß die Mißempfindungen und Schmerzen, über die von sehr vielen Depressiven, nicht selten mit einer geradezu lästigen Aufdringlichkeit, geklagt wird, grundsätzlich noch nicht mit hypochondrischen Inhalten gleichzusetzen sind. Die engen Beziehungen, die zwischen den abnormen Sensationen hypochondrischer Kranker und ihren Inhalten bestehen können, hat man dabei schon immer beachtet und in geeigneten Fällen auch darüber nachgedacht, was von beiden das Primäre sei. Eine einheitliche Auffassung hat sich hier so wenig herausgebildet wie bei der Diskussion über die Beziehungen zwischen der Persönlichkeit der Kranken und dem hypochondrischen Inhalt ihrer Psychose.

Die prämorbidie Persönlichkeit depressiver Kranker ist gerade im Zusammenhang mit hypochondrischer Thematik schon wiederholt in den Blick gekommen, wobei man sich mit der sonst für den manisch-depressiven Formenkreis anerkannten Feststellung, daß es sich um vorwiegend syntone Menschen handele, nicht recht befreunden konnte. Die *Krankheit* Hypochondrie war im 19. Jahrhundert zurückgeblieben, aber die alten Fragestellungen blieben haften an dem, was nun zu einem *Leitsymptom* geworden war. Noch 1930 konnte JAHREISS in einer monographisch angelegten Arbeit die „hypochondrische Idee“ quer durch die psychiatrische Systematik hindurch verfolgen und nach ihren charakterologischen Voraussetzungen fragen. Hinter dem Leitsymptom steht ein *geschichtlicher Zusammenhang*, der einen Flügel der Cyclothymie mit der

„konstitutionellen Nervosität“ und der „Neurasthenie“ verbindet. Bis heute mag sich auf diesem Wege, ohne daß je eine derartige Ansicht wirklich hätte bewiesen werden können, die Tendenz behauptet haben, in den Kranken mit hypochondrischen Inhalten so etwas wie eine Minusvariante der sonst ihrer persönlichen Qualitäten wegen so geschätzten Cyclothymen zu sehen.

Um so beachtenswerter sind eingehende Untersuchungen über die hypochondrische Depression, die jüngst von SATTES vorgelegt wurden. Sie sprechen wohl für eine Sonderstellung der Kranken mit hypochondrischen Inhalten im Vergleich mit Depressionen anderer inhaltlicher Richtung, aber gerade *nicht* dafür, daß das Unterscheidende in der Persönlichkeit läge. Auch WEITBRECHT weist bei der Besprechung der hypochondrischen körperbezogenen Ängste, die sich bei einem nicht unerheblichen Teil cyclothymen Kranker finden und mit der Krankheit kommen und gehen, darauf hin, daß der cyclothyme Mensch der klassischen Kerngruppe *prämorbid* überwiegend ausgeglichen und synton, jedenfalls durchaus *nicht* der „geborene“ Hypochonder sei. Andererseits findet WEITBRECHT bei jener Gruppe von Kranken, die er als Dysthyme von den cyclothymen Depressiven abgrenzen will, in auffälliger Häufung Hypochondrien, zugleich ein Überwiegen psychasthenisch-reizbarer, empfindsamer, unliebenswürdig-kontaktschwacher Typen. Sollte WEITBRECHTS Vermutung wirklich bestätigt werden, daß sich hinter dem Syndrom der endo-reaktiven Dysthymie ein selbständiger morbus-Typ verbirgt, so könnte die Auseinandersetzung über die prämorbid Wesensart der hypochondrischen Depressiven eine überraschende Wendung erfahren: Man würde vor allem anderen zu prüfen haben, ob nicht zahlreiche „Cyclothyme“, deren hypochondrische Symptomatik man untersucht, in Wirklichkeit den Dysthymen WEITBRECHTS zuzurechnen wären. Aber auch ein skeptischer Standpunkt läßt sich vertreten: Hinter dem Syndrom der endo-reaktiven Dysthymie könnten neben manchen zweifelhaften Fällen genug Cyclothyme stehen, deren Persönlichkeit, wie das K. SCHNEIDER vor Jahrzehnten einmal ausgedrückt hat, durch ihre Reaktion auf den vital-depressiven Grundzustand dem klinischen Bild die dystone Farbe, und das hieße hier, ein hypochondrisches Gesicht gibt. Schon diese wenigen Hinweise auf die strittige Persönlichkeitsartung der Kranken machen jedenfalls deutlich, daß die hypochondrisch ausgestalteten Depressionen nach wie vor genug Fragen aufgeben.

Eigene Untersuchungen, über die im folgenden berichtet werden soll, stützen sich auf 86 Kranke, die nach der von K. SCHNEIDER übernommenen Art der Diagnosestellung als cyclothym Depressive aufgefaßt wurden. Die Beobachtungen entstammen dem gleichen unausgelesenen Gut von 200 Depressiven wie die bereits an anderer Stelle besprochenen 57 Kranken mit Verarmungsinhalten und weitere 85 Beobachtungen,

deren Auswertung einer Studie über die cyclothyme Schuldthematik vorbehalten bleibt. Gewisse Überschneidungen sind unvermeidlich, da zahlreiche Kranke, die sich mit Inhalten verschiedener Richtung beschäftigen, wiederholt berücksichtigt werden müssen. In dem hier aufgenommenen Zusammenhang geht es uns nicht darum, unter klinischen Gesichtspunkten eine besondere, hypochondrische Erscheinungsform endogener Depressionen abzugrenzen, wie das SATTES versucht hat, sondern es ist uns vor allem um die *hypochondrische Thematik* und ihre Vorbedingungen zu tun. Wir gehen zunächst auf die *Inhalte* und ihre Beziehungen zu den beiden anderen großen Themenkreisen ein (I), prüfen, ob diese Inhalte einem bestimmten *Krankheitstyp* zugeordnet sind (II) und fragen weiter, ob die *Persönlichkeit* der Kranken Besonderheiten erkennen läßt (III). Die abschließende *Besprechung* der Ergebnisse (IV) wird über *wertpsychologische* Gesichtspunkte den Anschluß an die eben erwähnte Untersuchung über den cyclothymen Verarmungswahn gewinnen.

I

Wenige Sätze genügen, um rein *beschreibend* zusammenzufassen, was uns an hypochondrischen Inhalten begegnet ist. Die Befürchtung oder die Überzeugung, unheilbar krank zu sein, sterben zu müssen, beschäftigt 70 von den 86 Kranken. „Ich bin unheilbar“, „mir ist doch nicht mehr zu helfen“, „warum läßt man mich nicht zu Hause sterben“, „ich habe nur noch ein paar Tage zu leben“ und ähnlich mit geringen Variationen hören wir die Kranken immer wieder klagen. Die Sorge um Gesundheit und Leben in dieser allgemeinen Formulierung ist in 46 Fällen, also in mehr als der Hälfte der Beobachtungen, der einzige hypochondrische Inhalt überhaupt. Bei 24 Kranken taucht dieser Grundinhalt auf neben anderen hypochondrischen Inhalten, gewissermaßen als deren *Résumé*. Dort, wo man einmal nicht über die schwere Krankheit oder den baldigen Tod jammern hört, sind die speziellen Inhalte so schwerwiegend, daß sich die Sorge um Gesundheit und Leben von selbst versteht. Bemerkenswert ist, daß die *Angst vor dem Sterbenmüssen* gar nicht so selten mit *Selbstmordgedanken kombiniert* ist, ja, daß sie sich sogar mit ernstesten Selbstmordversuchen vertragen kann. Ein Kranker nennt es selbst paradox, daß ihn die Angst vor dem Tod Tag und Nacht nicht zur Ruhe kommen lasse, und er doch zugleich ständig mit Selbstmordgedanken umgehe. Das Paradoxon verliert seine Schärfe, wenn man sich vergegenwärtigt, daß der Widersinn hier auf der *gedanklichen* Ebene liegt, logische Unstimmigkeiten aber in der Psychose bedeutungslos werden und nur wenige Kranke, zugleich mit einer gewissen Distanz sich selbst gegenüber, soviel Sinn für logische Schlüssigkeit bewahren, daß sie sich an solchen Unstimmigkeiten überhaupt stoßen. Maßgebend sind allein die auf einer

ganz anderen Ebene gelegenen *Erlebnistatsachen*. Zwischen psychotischer Angst und Verzweiflung (die die Schrecken von Siechtum und Tod als einen unter anderen möglichen Inhalten zum Gegenstand haben) und einer elementaren Fluchttenz (die dem Tod als dem scheinbar einzig möglichen Ausweg entgegendrängt) ist der Widerspruch *aufgehoben*, der rational zwischen den Inhalten, die für eine Repräsentation der psychotischen Erlebnistatsachen gewissermaßen gar nicht vorgesehen sind, zweifellos besteht.

Unter den speziellen hypochondrischen Inhalten steht die *Carcinophobie* an erster Stelle. 17 Kranke fürchten oder sind der Überzeugung, an Krebs erkrankt zu sein. Vereinzelt werden die befallenen Organe genau bezeichnet oder die durch den Tumor bewirkten Sensationen und zusätzliche Komplikationen näher beschrieben. 7 Kranke fürchten *geschlechtskrank* zu sein, 6 glauben den Verstand zu verlieren oder beschäftigen sich in hypochondrischer Weise mit ihrer *Geisteskrankheit*, während andererseits einige Kranke sich entschieden gegen die Zumutung einer Gemütskrankheit verwahren und nur eine schwere körperliche Krankheit gelten lassen wollen. Ein „*Lungenleiden*“, „*Auszehrung*“, Tuberkulose wird von 6 Kranken behauptet. Bei der von 4 Kranken vorgetragenen Klage, innerlich sei alles tot, die Därme arbeiteten nicht mehr, ist die Abgrenzung von abnormen Leibempfindungen schon nicht mehr eindeutig möglich. Im übrigen handelt es sich um ganz individuelle Inhalte, die allenfalls von zwei verschiedenen Kranken in ähnlicher Form vorgebracht werden. Manches davon wird später noch in Beispielen erscheinen.

Eine nähere Besprechung verdient die *Überschneidung* der depressiven *Hypochondrie* mit der Thematik der *Schuld* und der *Verarmung*, auf die man besonders dann aufmerksam wird, wenn man sich an den Inhalten eines breiten Durchschnitts orientiert und sich nicht auf exemplarische Fälle mit überzeugend wahnhafter Ausgestaltung beschränkt. Nur bei 35 Kranken fanden wir hypochondrische Inhalte allein. Eine Kombination mit Verarmungsinhalten ergab sich in 14 Fällen, eine Kombination mit Schuldinhalten in 27 Fällen. Bei 10 Kranken fanden sich alle drei Themen, neben denen die seltenen Inhalte anderer thematischer Richtung vernachlässigt werden können.

Unter normalpsychologischen Voraussetzungen würde ein enger Zusammenhang zwischen *Hypochondrie* und *Verarmungsangst* naheliegen. Wer sich unheilbar krank weiß, so könnte man erwarten, müßte besorgt an seine wirtschaftliche Lage denken, sobald er nur den Blick über die Tatsache seiner hoffnungslosen Erkrankung hinausrichtet, und würde damit sekundär Verarmungsängste entwickeln müssen. Tatsächlich aber wird eine Beziehung zwischen den beiden Themen von den Kranken gar nicht häufig hergestellt. Dort, wo wirklich einmal die Verarmungsangst mit einer unheilbaren Krankheit und den dadurch verursachten Kosten

begründet wird, geschieht das mehr zufällig und ohne Nachdruck. Von einer sekundären Entstehung der Verarmungsinhalte aus der Hypochondrie konnten wir uns in keinem Falle überzeugen. Etwas anderes ist die Ableitung der Verarmungsangst aus der schweren Erkrankung *und* der daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit. Die tatsächlich erlebte Leistungseinbuße hat aber nichts mehr mit hypochondrischen Inhalten zu tun. Auch wenn die Klage über das Leistungsveragen, die sich zwanglos in die Hypochondrie wie in die Verarmungsangst einpassen kann, als Zwischenglied beide Themenkreise nicht selten verbindet, bestehen im ganzen doch nur lockere Beziehungen. Vielleicht liegt es gerade an der *normalpsychologischen Verwandtschaft* der zwei Themenkreise, daß in der Psychose Inhalte aus beiden Richtungen nebeneinander stehen können, ohne sich gegenseitig nennenswert anpassen zu müssen.

Viel enger sind dort, wo beide Themen gemeinsam auftreten, die Beziehungen zwischen *Hypochondrie* und *Schuld*. Bei der Hälfte der einschlägigen Beobachtungen gleichen sich die Inhalte aus beiden Themenkreisen einander an. Ein lockeres Nebeneinander, wie es bei der Kombination von Hypochondrie und Verarmungsangst die Regel ist, findet sich in erster Linie bei inhaltsarmen, vorwiegend vital gefärbten Depressionen. Die Verknüpfung der beiden Themen entspricht den im folgenden angeführten und nach der Häufigkeit der jeweils zugehörigen Beobachtungen geordneten Typen:

1. *Krankheit läßt schuldig werden.* Den Angehörigen wird eine unerträgliche Belastung aufgebürdet, der Kranke ist ein Hemmschuh für die ganze Familie, durch die eigene Krankheit ist auch die Gesundheit des Mannes geschädigt, die Kinder sind angesteckt, die Geisteskrankheit hat sich der ganzen Familie mitgeteilt, dem unschuldigen Enkelkind wird das gleiche Schicksal widerfahren. Wenn sich hier der eigentliche Schuldvorwurf auf die Folgen des Krankseins richtet, das Kranksein selbst aber einfach hingenommen wird, so wird dort, wo sich der Vorwurf aus der Ansteckung anderer durch eine *Geschlechtskrankheit* herleitet, die Krankheit zugleich als *Folge* von Schuld gewertet. Die einschlägigen Beobachtungen lassen sich damit auch der nächsten Gruppe zuordnen.

2. *Krankheit ist schuldhaft erworben.* Weil die Klinik zu spät aufgesucht wurde, durch den Besuch eines Heilpraktikers, durch unbeherrschtes Grübeln und Weinen, durch vieles Trinken ist ein unheilbares Leiden verschuldet, Onanie oder andere geschlechtliche Ausschweifungen haben einen Rückenmarksschwund, eine Verschiebung des Rückgrates, eine Vergiftung des Blutes verursacht.

3. *Krankheit ist Strafe für Schuld* und wird damit als wohlverdient in die führende Schuldthematik hineingenommen.

Beachtenswert ist die *unterschiedliche Durchsetzungsfähigkeit* beider Themen. Solange die Inhalte noch nicht erstarrt waren, beobachteten

wir wiederholt, daß das Schuldthema neu auftauchte oder zunehmend in den Vordergrund rückte bei gleichzeitiger Umformung oder Verdrängung hypochondrischer Inhalte, während uns eine einseitig hypochondrische Ausgestaltung mit Entwertung vorgegebener Schuldinhalte nicht begegnet ist.

Ein 60jähriges Fräulein vom Land, Haushälterin in einem Pfarrhaus, das sie in ihrer tüchtigen, resoluten und etwas geltungsbedürftig-lauten Art beherrscht, wird nach einem Suicidversuch eingewiesen. Seit 14 Tagen hatte sie über ein „Wühlen“ und Schmerzen im Leib geklagt und die Überzeugung vertreten, an einem Krebs zu leiden. Während des Klinikaufenthaltes verstummt das Gejammere über den Krebs. Sie sei selbst schuld an ihrer Krankheit, hört man sie klagen. Eigentlich sei sie auch nicht krank, sondern schlecht, heißt es dann; die Ärzte wüßten alles schon durch die Blutuntersuchung. Schließlich erfährt man — der jetzt allein maßgebende Schuldinhalt scheint sich auf ein tatsächliches Vorkommnis zu beziehen —, daß sie vor Jahren mit einem Hund Unzucht getrieben habe.

Eine 52jährige Frau, schon als Kind ängstlich, gehemmt, dabei eine schlechte Schülerin, von dem gewalttätigen Vater in jungen Jahren sexuell mißbraucht, klagt seit $\frac{1}{2}$ Jahr über zahlreiche Mißempfindungen und Schmerzen: Brennen in der Blase, Schmerzen im Leib, Schmerzen in der Lunge, Brennen im Schlund, Ohrensausen, Nachlassen der Sehkraft. Auch sie kommt nach einem Suicidversuch in die Klinik. Sie war zunächst der Überzeugung gewesen, krebskrank zu sein oder an einer Tuberkulose zu leiden. Als sie in den letzten Wochen ein Angstgefühl in sich hochsteigen fühlte, gewann sie die Gewißheit, unheilbar krank zu sein und die anderen Menschen anzustecken. Schließlich glaubte sie schon schuld zu sein, wenn jemand nur hustete oder einen roten Kopf bekam. Ihre Krankheit wurde jetzt bezeichnenderweise eine Geschlechtskrankheit. Sie sei ein Bazillenträger und stecke alle Menschen an, die mit ihr in Berührung kämen.

Eine 43jährige, zarte, sensible, im Wesen etwas egozentrische Frau wurde nach einem Umzug vor einem Jahr zunehmend depressiv. Sie jammerte über einen „Krampf im Nacken“, Schmerzen im Arm, Schmerzen am Herz „wie brennendes Feuer“ und begründete damit ihre Überzeugung, unheilbar krank zu sein. Über ein schwereres „Rückenmarksleiden“ und die jugendliche Onanie, die dieses Leiden verschuldet, hatten die hypochondrischen Inhalte Verbindung mit dem Schuldthema gewonnen, das schließlich prävalierte: Sie habe ihren Vater ruiniert, in unverantwortlicher Weise die armen Kinder in die schlechte Welt gesetzt; einen Menschen, der so viel verbrochen wie sie, gebe es nicht mehr.

Wenn im Verlauf zweier bis dahin stilreiner Schulddepressionen auch hypochondrische Inhalte auftraten, so erst während der Remission bzw. in Zeiten vorübergehender Besserung. Ohne auf die gerade hier ungewöhnlich eindrucksvolle Schuldthematik einzugehen, führen wir die beiden Beobachtungen an:

Eine 20jährige Abiturientin, ein gemütvoll, begeisterungsfähiges Mädchen von schwärmerisch übersteigter Religiosität, macht ihre zweite depressive Phase durch. Die religiöse Schuldthematik verquickt sich mit Zwangsgedanken aggressiver Tendenz, daneben sind quälende Mißempfindungen in Brust und Hals bemerkenswert. Das Mädchen berichtet später, wie es sich auch nach Lockerung des anfänglichen Stupors bei voranschreitender Besserung immer noch verdammt und vor den Pforten der Hölle geglaubt habe. Hinzu sei sie jetzt von dem Gedanken einer unheilbaren Krankheit und dem Vorwurf gequält worden, sie sei zu spät in die

Klinik gekommen, wobei ihr selbst, rückblickend, die „Stilwidrigkeit“ dieser Zusammenstellung auffällig erscheint.

Die 56jährige Frau eines Richters, selbst akademisch gebildet, religiös, in gesunden Tagen temperamentvoll, fröhlich, tatkräftig, allerdings immer etwas um ihre Gesundheit besorgt und zu harmlosen Zwängen neigend, befindet sich schon ein ganzes Jahr wegen einer schweren Schulddepression, die jeder Behandlung trotzt, in der Klinik. Immer dann, wenn sich ihre Depression vorübergehend etwas bessert, jammert sie über Mißempfindungen und Schmerzen. Im Zusammenhang damit tauchen neben den Schuldinhalten hypochondrische Befürchtungen auf, so z. B., daß sie demnächst verhungern werde, weil die Speiseröhre nichts mehr hindurchlasse. Mit erneuter Vertiefung der Depression wird die körperliche Krankheit als Strafe in die Schuldthematik hineingenommen, bis schließlich die Verzweiflung über Gottesferne, Glaubenslosigkeit und ewige Verdammung wieder alles beherrscht.

Wir erwähnen in diesem Zusammenhang, daß eine *Progression in Richtung auf die Schuldthematik* auch bei zunächst vorherrschenden Verarmungsinhalten, hier allerdings weniger deutlich, nachweisbar ist. Darüber hinaus scheint es auch eine Progression in Richtung auf *paranoide* Inhalte zu geben. Auf das Phänomen des Symptomwandels bei zunehmender Vertiefung der Psychose, das damit berührt wird, soll in einem anderen Zusammenhang eingegangen werden.

II

Bei Besprechung der *thematischen Genese* hypochondrischer Inhalte sind zunächst diejenigen Beobachtungen gesondert zu behandeln, die eine Abhängigkeit der Themenwahl von mehr zufälligen, *lebensgeschichtlichen* Bedingungen vermuten lassen. Erst dann läßt sich etwas über die möglicherweise zu hypochondrischen Inhalten prädestinierenden Eigenheiten von *Psychose* und *Persönlichkeit* sagen. Engere Beziehungen zwischen den Inhalten und bestimmenden Eindrücken finden sich bei nicht mehr als 6 unter 86 Kranken, somit wesentlich seltener als im Umkreis des Verarmungsthemas.

Eine 33jährige frühere Graphikerin, eine körperlich zarte und zerbrechlich wirkende, aber zähe und willensstarke Frau, war seit 4 Monaten zunehmend verstimmt. Im Zeitpunkt der Aufnahme ist sie ängstlich, unruhig, jammerig und völlig verzweifelt wegen ihrer „Kreberkrankung“. Im ganzen Körper spüre sie Schmerzen. Sie glaube nicht, daß ihr noch zu helfen sei. Daneben stehen Vorwürfe, für das Kind nicht richtig gesorgt zu haben und dem Mann zur Last zu fallen. Sie selbst bezieht ihre hypochondrischen Ängste darauf, daß im Beginn der Erkrankung zwei Knoten in der Brust festgestellt wurden, die zunächst den Verdacht auf eine bösartige Geschwulst erweckten. Eine Operation erwies ihre Harmlosigkeit. Dennoch kam sie nicht mehr los von der jetzt das Krankheitsbild bestimmenden Angst, an einem Krebs zu leiden.

Eine 48jährige Frau von fröhlicher Wesensart, tatkräftig und lebenszugewandt, hat in früheren Jahren schon mehrere depressive Phasen durchgemacht. Vor wenigen Jahren hat sie ihren Mann und einen Sohn durch eine Fleischvergiftung verloren, sich aber durch dieses Unglück nicht umstoßen lassen. Auch in der Depression taucht nichts davon auf. Drei Monate vor der Klinikeinweisung wurde

im Verlaufe eines Rentenverfahrens eine ärztliche Untersuchung durchgeführt. Der Arzt sprach von einer harmlosen Geschwulst an der Gebärmutter und erwähnte die Möglichkeit einer Röntgenbestrahlung. Anknüpfend an die Bemerkung des Arztes entwickelte sich zusammen mit einer vitalen Depression eine quälende Krebsangst. Die Kranke klagt über Druck im Leib und im Hals, über innere Unruhe und eine Angst, die im Körper sitze. Sie sei völlig verkrebt, unheilbar, sie müsse sterben. Obwohl früher religiös indifferent, sucht sie Hilfe im Gebet. Daneben jammert sie über ihre „Verworfenheit“; der Teufel habe sie in den Händen. Auf der anderen Seite wird sie von zwanghaften Impulsen, Gott zu lästern, beunruhigt.

Eine 38jährige lebensfrohe und tüchtige Frau klagte seit einem $\frac{3}{4}$ Jahr über Schmerzen in den Ohren, die in den Hals zögen. Vor $\frac{1}{2}$ Jahr starb der Vater, zu gleicher Zeit erfuhr sie, daß ein Mann aus ihrem Dorf an einem Tumor erkrankt war. Seither galten ihr die Schmerzen als Zeichen einer unheilbaren Krankheit. Die Verstimmung vertiefte sich, der Schlaf wurde schlecht, sie wollte nichts mehr essen. In der Klinik weinte und jammerte sie, den Hals hatte sie mit Tüchern umwickelt. Bemerkenswert war ein Wechsel der Inhalte, als ihr nach einer ohrenärztlichen Untersuchung nachdrücklich versichert worden war, daß sie an keiner Geschwulst leide. Beim Rückweg von der Ohrenklinik, der an dem Haus für Geschlechtskranke vorbeiführte, erklärte sie plötzlich, von nun an bis zur Besserung an diesen Inhalt fixiert, sie sei geschlechtskrank, sie habe den Mann angesteckt, beide müßten sterben und die Kinder kämen ins Waisenhaus.

Eine 40jährige Frau, gewissenhaft, im Wesen zurückhaltend, von etwas beschränktem Verstand, hat schon vor einem Jahrzehnt eine depressive Phase von einjähriger Dauer durchgemacht, die damals von einer Phobie gegenüber Pferden begleitet war. Seit nahezu einem Jahr klagte sie über ein „Knacken“ im Kopf, Druck in der Kehle, Druck unter dem Rippenbogen. Sie weinte viel, wurde mit der Arbeit nicht mehr fertig und klagte, daß das Leben sie nicht mehr freue. 5 Wochen vor der Klinikaufnahme starb die Mutter, die von ihr gepflegt worden war, an einem Krebs. Seit sie von der Erkrankung der Mutter wußte, war sie von der Angst gequält, sie oder ihr Mann würden sich anstecken und auch an Krebs erkranken. Die Krebsfurcht weitete sich aus zu einer quälenden Phobie mit komplizierten Sicherungsritualien und klang erst nach Krampfbehandlung zusammen mit der vital-depressiven Verstimmung wieder ab.

Eine 50jährige Frau, gutmütig, weich, lebensuntüchtig und von beschränktem Verstand, litt schon nahezu ein Jahr unter einer vitalen Depression. Sie klagte über den schweren Druck, der auf ihr lastete, blieb im Bett und vernachlässigte sich. Als ein Arzt sie frug, ob sie einmal geschlechtskrank gewesen sei, war sie tief getroffen, hatte sie doch vor Jahrzehnten eine Tripperinfektion durchgemacht. Sie jammerte seither, daß sie unheilbar krank sei und quälte sich mit Vorwürfen: Sie habe ihr einziges Kind angesteckt, sie stecke die Mitpatienten an, sie sei „total verdorben“.

Eine 47jährige Frau hatte vor $2\frac{1}{2}$ Monaten eine Freundin zum Heilpraktiker begleitet und sich dabei selbst, ohne bis dahin nennenswerte Beschwerden zu haben, zu einer Untersuchung bereden lassen. Sie wird als etwas ängstlich und empfindlich geschildert, als „Putzteufel“ mit zwanghaften Ängsten vor Beschmutzung. Im übrigen hat sie sich im Leben bewährt. Um ihre Gesundheit will sie nie besorgt gewesen sein und sich sogar lustig gemacht haben über die Leute, die immer zum Arzt gingen. Der Heilpraktiker sah ihr in die Augen, stellte eine „Leberentzündung“ fest und verkaufte ihr seine eindrucksvoll teuren Medizinen. Noch am selben Abend — man muß an eine „Auslösung“ denken — soll „die Angst“ aufgetreten sein. Die Frau wurde müde, schlief dabei schlecht, weinte und jammerte; nur am Abend legte sich ihre Unruhe. In der Klinik war sie äußerst agitiert. Sie fühlte sich schwer krank und war überzeugt von ihrem baldigen Tod. Ein Krebsgeschwür sei aufgebrochen

und ins Blut übergetreten. Sie habe keine Leber mehr. Durch Befühlen habe sie festgestellt, daß der Leib rechts viel dünner sei als sonst. Eines Nachts habe sie gespürt, wie die Leber „davongeflatschert“ sei. Von geringerer Bedeutung sind begleitende Schuldinhalte: Durch den Gang zum Heilpraktiker habe sie selbst ihren Tod verschuldet und sei damit auch schuld, daß ihr Kind Waise werde und ihre Mutter sterben müsse.

Die Bedeutung mehr zufälliger Faktoren bei der thematischen Genese hypochondrischer Inhalte wird dadurch noch weiter eingeschränkt, daß bei den wenigen Kranken, die wir in diesem Zusammenhang anführen konnten, entweder gewisse Persönlichkeitszüge auffällig sind, die nicht unwichtig für die spezielle Themenwahl zu sein scheinen, oder aber, daß schon vor dem thematisch richtunggebenden Erlebnis eine Depression von einem ganz bestimmten, *leibnahen* Typ nachzuweisen war, wie er gerade für Depressionen mit hypochondrischen Inhalten kennzeichnend ist.

Die Kranken, so zeigt sich immer wieder, klagen mit einer Aufdringlichkeit und Hartnäckigkeit über vielgestaltige *Mißempfindungen* und quälende *Schmerzen* wie nirgends sonst außerhalb des Themenkreises der Hypochondrie. Greifen wir aus unseren gesamten Beobachtungen diejenigen Kranken heraus, deren Inhalte *keine* Beziehung zur Hypochondrie haben, so finden wir hier nur zur Hälfte körperliche Beschwerden, während auf der Seite der Depressiven mit hypochondrischen Inhalten $\frac{4}{5}$ über Mißempfindungen und Schmerzen klagen. Nicht dieses Zahlenverhältnis ist entscheidend, sondern vor allem die unterschiedliche Qualität der abnormen Sensationen: Auf der einen Seite Druck oder Engigkeit, seltener ein dumpfer Schmerz in Brust, Hals, Leib oder Kopf mit mehr oder weniger Gefühlscharakter erlebt, auf der anderen Seite von der gefühlsnahen Oppression oder der Empfindung des Kalten, Leblosen, Abgestorbenen alle Übergänge zu heißen, brennenden, krampfenden, reißenden, stechenden Schmerzen vielfältiger Lokalisation. Bei den 17 Kranken, die *ohne* körperliche Beschwerden sind, steht die Hypochondrie, meist ohne spezielle Inhalte beschränkt auf die Überzeugung, unheilbar krank zu sein, nicht allein, sondern begleitet als Nebeninhalt das Schuld- oder Verarmungsthema. Eine Ausnahme machen lediglich zwei wahnhaft-nihilistische Depressionen:

Eine im Wesen unfrohe, nörglerische, wohl auch durch eine beginnende cerebrale Atherosklerose schon etwas wesensveränderte 63jährige Frau, die vor drei Jahrzehnten bereits einmal depressiv erkrankt war, wurde zwei Monate vor der Aufnahme traurig und gehemmt. Sie ist nahezu erstarrt, klagt, daß die Nerven nicht mehr arbeiteten, daß sie nichts mehr essen könne. Der Magen habe keinen Ansatz, die Därme seien ausgetrocknet, das Gehirn leer. Sie sei (bei 65 kg!) nur noch Haut und Knochen. Sie habe keine Wangen mehr, sie sei „versteint“. Auch die (hier zweitrangigen) Schuldinhalte sind nihilistisch gefärbt: Sie glaubt sich vom bösen Geist besessen und will sich nicht setzen, weil sie so schmutzig sei.

Eine 64jährige Frau, prämorbid schwernehmend und unfroh, macht ihre zweite depressive Krankheitsphase durch. Sie ist äußerst agitiert und jammert, man möge

ihr helfen, sie habe solche Angst. Sie habe keinen Darm, keine „Mutter“ mehr; alles sei ihr herausgerissen worden. Immer wieder steckt sie den Finger in den Mund, um Erbrechen herbeizuführen: Es müsse alles heraus.

Bei beiden Kranken haben wir jene Mißempfindungen und Schmerzen nicht nachweisen können, die sonst von den hypochondrischen Depressiven geklagt werden und von ihren speziellen Inhalten meist recht gut zu unterscheiden sind. Beide Patientinnen, die eine in ihrer Erstarrung, die andere in ihrer Agitiertheit, sind so unzugänglich, daß man nur die wahnhaften Inhalte fassen kann, aber keine Möglichkeit hat zu erfahren, was sonst in ihnen vorgeht, wie insbesondere sie ihren eigenen Körper erleben und was sie sagen würden, wenn sie sich von ihrem hypochondrischen Wahn auch nur vorübergehend distanzieren könnten. Nicht von ungefähr beruft man sich auf solche Nihilismen, wenn man im Umkreis der Hypochondrie Inhalte anführen will, die sich nicht mehr als „Reaktion auf den vitalen Gefühlszustand, also als endogen unterbaute Erlebnisreaktion“ (K. SCHNEIDER) verstehen lassen. Die Annahme liegt nahe, daß auch in solchen seltenen Fällen ganz bestimmte Mißempfindungen die seltsame intestinale Hypochondrie begleiten, ja schon die spezielle Themenwahl bestimmt haben. Nicht nach den Vorbedingungen des cyclothymen *Wahns*, sondern des *Wahnthemas* soll ja gefragt werden.

Gerade die wahnhaften Hypochondrien gehen im allgemeinen nicht nur mit quälenden Sensationen einher, sondern sind in der Mehrzahl auch inhaltlich eng mit den Mißempfindungen verknüpft. Gelingt es in der Exploration, das einförmige Gejammer in solchen Fällen zu durchbrechen, so stößt man hinter den oft recht ungewöhnlichen Inhalten auf geradezu banale Zusammenhänge: Der „Hirnriß“, der an die unglücklichen Kinder vererbt worden ist, wird von heftigen Kopfschmerzen abgeleitet; hinter einem „Nasenekzem, das in den Kopf aufgestiegen ist und das Blut vergiftet hat“, stehen ein Kribbeln in der Nase, Druck im Kopf und Ziehen in allen Gliedern; drückende Schmerzen in Rücken und Leib stellen sich als Pressen von Tumormassen dar, deren Durchbruch stündlich erwartet wird; Druck im Hals, Enge auf der Brust, Brennen im Kopf beweisen den Kehlkopfkrebs; seltsam verschrobene Inhalte, die sich mit einem im Unterleib gerissenen Nerven und einer Verschiebung in der Wirbelsäule befassen, stehen nach den späteren Angaben eines älteren Mädchens damit in Zusammenhang, daß es nach dem Einsetzen der Depression bei der Selbstbefriedigung Schmerzen, aber kein „Gefühl“ mehr hatte. Unter den speziellen hypochondrischen Inhalten lassen im wesentlichen nur die Befürchtung, geisteskrank zu sein und die den Schuldinhalten nahestehende Überzeugung von einer Geschlechtskrankheit engere Beziehungen zu gleichzeitigen Mißempfindungen und Schmerzen vermissen.

III

Wenn wir bei unseren cyclothymen Hypochondern einen durch Mißempfindungen und Schmerzen bestimmten *leibnahen Krankheitstyp* besonders häufig fanden und uns die von den Kranken geklagten Sensationen bedeutsam für die spezielle Themenwahl zu sein schienen, so sagen wir damit nichts Neues, sondern bestätigen nur Ergebnisse der schon erwähnten Untersuchungen von SATTES. Die ausgewählten hypochondrischen Depressionen, auf die SATTES sich stützt, lassen sich mit unserem viel weniger einheitlichen Krankengut nur bedingt vergleichen. Wenn dennoch enge Beziehungen eines bestimmten leibnahen Krankheitstyps nicht nur zu stilreinen hypochondrischen Depressionen, sondern zu den hypochondrischen Inhalten der Cyclothymen ganz allgemein bestehen, so ist das um so bemerkenswerter. Daß bei unserem Krankengut, dem ja nur zum kleineren Teil hypochondrische Depressionen im klinischen Sinne zugehören, andere Besonderheiten des von SATTES herausgearbeiteten Typs weniger überzeugend hervortreten, ist nicht verwunderlich. Jedenfalls haben wir unter Berücksichtigung der eigenen Beobachtungen, soweit sie sich auf die besondere Erscheinungsform der depressiven Psychose richten, keinen Anlaß, die Ergebnisse, zu denen SATTES kommt, in Frage zu stellen. Dies gilt auch für das von SATTES festgestellte auffällige Überwiegen von Kranken mit leptosomer Konstitution. Manche wenig ertragreichen Nebenwege der eigenen Untersuchungen können daher unberücksichtigt bleiben. Nicht unsere Zustimmung, sondern gewisse Vorbehalte sind näher zu begründen. Sie gelten der Auffassung, daß neben *somatischen* Vorbedingungen *psychologische* Gegebenheiten, also etwa auch die Artung der prämorbidem Persönlichkeit, für die spezielle inhaltliche Ausgestaltung depressiver Psychosen unwesentlich seien.

Wir greifen zurück auf die Gegenüberstellung von sogenannten hypochondrischen Depressionen und von Depressionen mit Schuld- und Verarmungsinhalten ohne alle körperliche Beschwerden, mit der SATTES, ähnlich wie vor ihm schon WEITBRECHT, eine „polare Struktur der endogenen Depression“ evident machen will. Die vitale Depression im Sinne von K. SCHNEIDER, so meint SATTES (S. 73f.), „scheint das allgemeine und große Stadium zu sein, das die meisten endogenen Depressionen einmal zu durchlaufen haben“. Die Mehrzahl der Depressionen bleibe auf diesem Stadium der vitalen Depression stehen. In anderen Fällen erfolge eine Scheidung in zwei Richtungen: Auf der einen Seite entwickle sich die hypochondrische Form der endogenen Depression, bei der Beschwerden körperlicher Art und ihre in typischer Weise folgende Bewertung das ganze Krankheitsbild eindeutig beherrschen. Auf der anderen Seite entstehe eine depressive Erkrankung, die ohne alle hypochondrischen Erlebnisse sei, bei der gewissermaßen die Erinnerung an die körperliche Verursachung und an die körperlichen Begleiterscheinungen der Krankheit ganz verloren gegangen sei und die deshalb mit ihren kennzeichnenden depressiven Wahnideen der Versündigung und Verarmung als der Prototyp der endogenen Depression imponiere. Bei der Gegenüberstellung beider Erscheinungsformen glaubte SATTES (S. 72) feststellen zu können, daß hier wie dort ungefähr ein Drittel

der Kranken vor Ausbruch ihrer Erkrankung auffälligere Wesenszüge bietet. „Im ganzen und großen trifft man hier wie da auf die gleiche Vielfalt der Erscheinungen, bei der durchaus keine Einheitlichkeit der prämorbidten Persönlichkeit festzustellen ist.“ Andererseits hatte SATTES wesentliche Unterschiede in der Konstitution der Kranken gefunden. Von den Patienten mit hypochondrischen Wahnhaltungen waren 20% pyknisch und 40% leptosom, umgekehrt in der Vergleichsgruppe 45,5% pyknisch und nur 20,5% leptosom. „Dieses Ergebnis“, so lesen wir (S. 77f.), „erscheint uns als ein Hinweis dafür, daß an der so oder so gestalteten Form der endogenen Depression, körperliche Faktoren eine wesentliche Beteiligung, um nicht zu sagen Verursachung, darstellen. . . Die körperliche Beschaffenheit des Erkrankten, wahrscheinlich sein vegetatives System, bestimmt . . . die besondere Art, wie er die körperlichen Beschwerden seiner Depression erlebt. Es ist die Frage, wie man sich die Unterschiede der vegetativen Verfassung im einzelnen vorzustellen hat, sei es als eine Herabsetzung der Reizschwelle für vegetative Mißempfindungen, als eine besondere Tonuslage, eine Entscheidung oder eine Klärung wird auch hier, wie bei anderen psychopathologischen Fragen nur durch physiologische Untersuchungen zu erwarten sein.“ „Es ergeben sich jedenfalls keine Anhaltspunkte dafür, daß es bestimmte psychologische Gegebenheiten wären, die zu dieser oder jener Form der endogenen Depression prädestinieren würden.“

Würden wir auch Formulierungen der Art, daß die Frage nach den Unterschieden der vegetativen Verfassung mit anderen psychopathologischen Fragen gleichgesetzt und eine Klärung dieser *psychopathologischen* Fragen nur von *physiologischen* Untersuchungen erhofft wird, stillschweigend hinnehmen, so müssen wir doch grundsätzliche Bedenken äußern gegen die Tendenz, Psychopathologie *more physiologico* zu treiben. Das nämlich tut man, wenn man in einer ausdrücklich *psychopathologisch* gemeinten Untersuchung *konstitutionsbiologischen* Befunden eine zentrale Stellung zumißt, aber nur ihren *somatischen*, ihren vegetativ-funktionellen Aspekt berücksichtigt, die andere Seite der *psychophysischen* Korrelationen indessen ausklammert. Unterscheiden sich zwei Gruppen von Kranken grundsätzlich in ihrem *Körperbau*, dann müssen auch Unterschiede in der *Persönlichkeitsartung* nachzuweisen sein, wenn wirklich der Grundansatz der Konstitutionslehre KRETSCHMERS — und daran zweifelt eigentlich niemand mehr — richtig ist. Wer immer seit KRETSCHMER und MAUZ bis zu WEITBRECHT und PETRILOWITSCH in jüngster Zeit auf den Körperbau von depressiven Kranken und zugleich auf ihre prämorbidte Wesensart und die besondere Symptomatik ihrer Psychosen geachtet hat, ist darauf aufmerksam geworden, daß sich Gruppen von vorwiegend leptosom-asthenischen Typen deutlich von Vergleichsgruppen vorwiegend pyknischer Patienten unterscheiden. Gerade die körperbauliche Sonderstellung, auf die SATTES bei seinen hypochondrischen Depressionen hinweist, läßt uns fragen, ob der Bevorzugung hypochondrischer Thematik nicht eben doch gewisse Eigenheiten der prämorbidten Persönlichkeit entsprechen, wie sie nun einmal der psychophysischen Ganzheit eines bestimmten Konstitutionstyps im Sinne von KRETSCHMER zugehören. Die bei unseren Kranken erhobenen körperbaulichen

Befunde sind nicht vollständig genug, um sie konstitutionsbiologisch auszuwerten. Wir müssen uns auf den *psychologischen* Aspekt beschränken, würden es aber nicht als grundsätzlichen Widerspruch, sondern eher als Ergänzung zu den Untersuchungen von SATTES werten, wenn sich selbst bei unserem viel weniger einheitlichen Krankengut gewisse Gemeinsamkeiten bei der Beschäftigung mit der prämorbidem Persönlichkeit der Kranken ergeben sollten, die, grosso modo, den *schizothymen* Temperamenten im Sinne von KRETSCHMER näher stehen als den *cyclothymen*.

Einen ersten wichtigen Hinweis gibt uns die Beobachtung, daß bei unseren Kranken die hypochondrischen Inhalte häufiger als sonst in cyclothymen Depressionen von phasenabhängiger Zwangssymptomatik begleitet werden. Unter den 200 Kranken des Ausgangsgutes sind 16 (8%) mit Zwängen. Bei Beschränkung auf die 151 Kranken mit Inhalten aus einem der drei großen Themenkreise finden sich Zwänge in 11 Fällen. Wenn nun bei 10 von diesen 11 Kranken hypochondrische Inhalte nachzuweisen sind, so ist das, absolut genommen, bei insgesamt 86 Kranken keine große Zahl. Nehmen wir aber, wie das auch im folgenden noch mehrfach geschehen wird, die 65 Kranken zum Vergleich, bei denen neben Verarmungs- und Schuldinhalten *keine* hypochondrischen Inhalte nachzuweisen waren und stellen fest, daß hier nur in einem Falle, nämlich neben Schuldinhalten, auch Zwangssymptomatik in Erscheinung trat, so ist dieses Verhältnis doch recht auffällig. Daß SATTES bei seinen ausgewählten wahnhaft-hypochondrischen Depressionen ähnliche Beobachtungen nicht machen konnte, ist nicht verwunderlich: Gerade in affektiv bewegten, inhaltsreichen Depressionen trifft man Zwänge seltener als bei emotionaler Entleerung in vorwiegend vital gefärbten Depressionen. Mit dem Einbruch psychotischer Dynamik kann ein Zwang, der in einer anderen, leichteren depressiven Phase nachzuweisen war, zurücktreten oder überhaupt verborgen bleiben. Ein zwanghaftes *Hängenbleiben an belanglosen Erlebnisspuren*, das uns wiederholt aufgefallen ist, oder ein Zählzwang, der gewissermaßen die innere Leere überbrückt, können leicht übersehen werden. Unsere Beobachtungen sind jedenfalls nicht ungewöhnlich. Schon die grundlegende Veröffentlichung von HEILBRONNER aus dem Jahre 1912 läßt die engen Beziehungen zwischen Zwang und Hypochondrie in endogenen Depressionen deutlich werden. Unter den 40 (vorwiegend leptosomen oder asthenischen) Kranken, die PETRILO-WITSCH im Anschluß an KLEIST unter dem Bild der „Entfremdungsdepression“ beschreibt, finden sich nicht weniger als 7 mit Zwängen; ausdrücklich verweist der Autor auf „bemerkenswert enge Beziehungen“ zwischen der Entfremdungsdepression und der Hypochondrie.

Die Häufigkeit von Zwängen bei depressiven Kranken mit hypochondrischen Inhalten ist an sich vieldeutig. K. SCHNEIDER weist darauf hin, daß in cyclothym depressiven Phasen auch bei sonst nicht anankastischen

Persönlichkeiten Zwangsvorgänge auftreten können. Sind es auch nicht immer prämorbid anankastische Menschen, die in der Depression Zwangssymptomatik entwickeln, so handelt es sich nach unseren Erfahrungen doch um eine Auswahl von Persönlichkeiten, die den *Selbstunsicheren* im Sinne von K. SCHNEIDER nahe stehen, auch wenn Züge von Selbstunsicherheit, die längst kompensiert waren, erst wieder durch das Erlahmen des vitalen Schwungs in der Depression aktualisiert wurden. MAYER-GROSS hat seine bekannte These von der „Enthüllung des Charakters in der Depression“ gerade auch auf die zusammen mit depressiven Phasen auftretenden Zwänge angewandt.

Folgen wir dem Hinweis, den uns das bevorzugte Auftreten von Zwangssymptomatik bei Kranken mit hypochondrischen Inhalten gibt, indem wir, nunmehr ohne Berücksichtigung von manifesten Zwängen, die prämorbid als „pedantisch“, „skrupulös“, „anankastisch“ geschilderten Kranken und in einer weiteren Gruppe die „Schüchternen“, „Unfreien“, „Ängstlichen“, „Sensiblen“, „Empfindlichen“ zusammenstellen, so finden sich unter den 86 Kranken 9 mit prämorbid anankastischen Zügen und 23, die als ängstlich, empfindlich, selbstunsicher galten. In der Vergleichsgruppe von 65 Kranken mit *nicht* hypochondrischen Inhalten stehen ihnen 4 bzw. 10 Kranke gegenüber. Auch hier wieder sagt die absolute Zahl nicht viel. Festgehalten sei lediglich, daß im Umkreis der Hypochondrie die Ängstlichen, Empfindlichen, Selbstunsicheren, Anankastischen nahezu *doppelt* so häufig vertreten sind wie in einer Vergleichsgruppe von Kranken mit Verarmungs- und Schuldinhalten *ohne* Hypochondrie. Auf ähnliche Zusammenhänge stößt man bei den „asthenischen“ Depressionen von MAUZ und bei den Beobachtungen von JAHREIS, soweit sie dem „manisch-depressiven Irresein“ zugehören. Besonderes Interesse verdienen schließlich die schon erwähnten Dysthymien von WEITBRECHT, auch wenn hier die hypochondrische Färbung des psychopathologischen Bildes als Charakteristikum gerade bei der *Abgrenzung* von der cyclothymen Kerngruppe gewertet wird. Die psychasthenisch reizbaren, empfindsamen, unliebenswürdig-kontaktschwachen Typen, von denen bereits die Rede war, fand WEITBRECHT beim M. D. I. in 11 %, bei den Dysthymen aber mit Einschluß einiger Psychopathentypen wie mehrerer Anankasten in nicht weniger als 62 %. Hypochondrische Symptomatik ergab sich bei 26 % der manisch-depressiven Kranken und bei 43 % der Dysthymen. Bemerkenswert war uns, daß auch hier auffällige Wesenszüge einer bestimmten Richtung, Hypochondrie und asthenischer Körperbau überdurchschnittlich häufig *gekoppelt* waren. Zu den eigenen Beobachtungen bleibt noch nachzutragen, daß bei den prämorbid ängstlichen Kranken die Sorge um die Gesundheit nur in drei Fällen schon in gesunden Tagen eine gewisse Bedeutung besessen hatte.

Die zweite Beobachtung, der wir Bedeutung zumessen, bezieht sich auf den Grad der *seelischen und intellektuellen Differenzierung* unserer Kranken. Anders als FLÜGEL in einer Studie über das Bild der Melancholie bei intellektuell Minderwertigen, aber auch abweichend von J. LANGE, konnte SATTES bei seinen hypochondrischen Depressiven keine Häufung von *intellektueller Minderbegabung* feststellen. Wenn wir unter 86 Kranken nur 9 fanden, die intellektuell unter dem Durchschnitt standen, so entspricht das zahlenmäßig in etwa den Ergebnissen von SATTES. Auffällig ist jedoch, daß der Vergleichsgruppe nur zwei mindere Intelligenzen zugehören, beides Kranke mit Verarmungsinhalten. Achtet man andererseits auf überdurchschnittliche intellektuelle Begabung, weiterhin auf seelisch differenzierte, überdurchschnittlich gebildete Menschen mit höherer Schulbildung oder akademischer Bildung, so findet man zwar auch bei einer solchen Auswahl genug an hypochondrischen Inhalten, jedoch ganz überwiegend dort, wo zugleich Schuldinhalte auftauchen, die meist sogar an erster Stelle stehen. Über die häufige Kombination von Hypochondrie und Schuldthematik teilt sich dem breiten Durchschnitt unserer Kranken gewissermaßen etwas von dem differenzierteren Wesen der Kranken mit Schuldinhalten mit. Hält man sich an „reine“ Fälle, so liegen die Kranken mit Verarmungsinhalten nach dem Grad ihrer seelischen und intellektuellen Differenzierung in der unauffälligen Mitte, die Kranken mit Schuldinhalten stehen *über*, die mit hypochondrischen Inhalten *unter* dem Durchschnitt. Wenn wir bei SATTES lesen, daß der fünfte Teil seiner depressiven Hypochonder östlichen Völkern angehört, und daß die überwiegende Mehrzahl der depressiven Erkrankungen von Ausländern aus dem Osten unter dem Bild einer (meist ziemlich einförmigen) hypochondrischen Depression verläuft, dann ist doch wohl die Vermutung berechtigt, daß bei dieser Menschengruppe, die u. a. auch durch die Auswanderung in den ersten Nachkriegsjahren eine negative Selektion von erheblichem Ausmaß durchgemacht hat, der geringere Grad seelischer und intellektueller Differenzierung eine Rolle spielt. Orientieren wir uns an den Ergebnissen von SATTES, so können wir uns jedenfalls nicht vorstellen, daß die ungewöhnliche Häufung von Hypochondrien gerade bei den Angehörigen östlicher Völker durch eine korrespondierende extreme Häufung von leptosomen Typen zu erklären wäre.

Wir hatten bereits erwähnt, daß in 9 Fällen unserer Beobachtung intellektuelle Minderbegabung festzustellen war. Auf die 35 Kranken mit isoliert hypochondrischer Symptomatik treffen allein 6 mindere Intelligenzen. Mit zwei Ausnahmen handelt es sich bei diesen 35 Kranken um ungebildete, wenig differenzierte Menschen. Achtet man in den beiden Ausnahmefällen auf die Persönlichkeit, so stößt man auf ganz bestimmte Wesenszüge: Die 59jährige Witwe eines höheren Beamten darf als eine gebildete und sympathische Dame gelten. Sie ist dabei sehr sensibel,

„nervös“, innerlich unausgeglichen und recht hilflos, seitdem der Ehemann, der sie verwöhnt und ihr immer alle Schwierigkeiten aus dem Wege geräumt hatte, gestorben ist. — Ein 53jähriger Volksschullehrer hat seinen jetzigen Beruf gewählt, nachdem er als Jurist gescheitert war. Er ist unverheiratet, im Wesen kontaktarm, fast schrullig zu nennen, seit jeher ein ängstlicher und pedantischer Mensch. — Wir sind nicht geneigt, das isolierte Auftreten von hypochondrischen Inhalten in diesen beiden Fällen als zufällig hinzunehmen, wenn wir die Kranken, die ausschließlich oder nahezu ausschließlich hypochondrische Symptomatik in überzeugend wahnhafter Ausprägung bieten, zusammenstellen und nachprüfen, was von den besprochenen Eigenheiten in dieser Kerngruppe wieder auftaucht. Unter den 12 Beobachtungen, die hierher gehören, finden wir zwei unterdurchschnittliche Intelligenzen und überwiegend unfrohe, empfindliche, ängstlich-gewissenhafte oder pedantische Menschen. Nur in drei Fällen waren ähnliche Züge nicht zu beobachten, lediglich der erwähnte leibnahe Krankheitstyp; im Gegenteil wird hier die prämorbid lebensfrohe, energische, ausgeglichene Wesensart hervorgehoben. Im übrigen sind auch die Persönlichkeitszüge, die einer negativen Wertung näher stehen, im allgemeinen bei unseren Kranken nicht aufdringlich. Man kann darüber hinwegsehen, wenn man sich nicht näher mit den einzelnen Menschen beschäftigt.

IV

Überblicken wir die bisher mitgeteilten Befunde, so sind sie im einzelnen nicht neu und auch keineswegs eindeutig. Schon die besondere Zusammensetzung des Krankengutes mahnt zur Vorsicht, handelt es sich doch nur zum geringsten Teil um reine Hypochondrien, überwiegend vielmehr um vielgestaltige Bilder, in denen hypochondrische Inhalte oft nur als unwesentlicher Nebeninhalt neben anderen Themen stehen. Dem Vorteil einer größeren Breite der Untersuchung, welcher damit auch die gerne vernachlässigte Überschneidung der Themen zugänglich wird, steht der Nachteil gegenüber, daß die Befunde aus einer großen Spielbreite heraus, in der wahrscheinlich auch viel Zufälliges aufgegangen ist, gewonnen werden mußten. Würde man nicht, wie es hier geschehen ist, den breiten Durchschnitt alltäglicher Fälle zum Ausgang nehmen, sondern würde man vorgefaßten Fragestellungen nachgehen und seine Kranken von vornherein danach auswählen, so wären die Grundlagen einheitlicher und das Ergebnis verlässlicher. Dennoch bliebe die Schwierigkeit, daß auch Befunde, die zuverlässig sein mögen, eine ganz verschiedene Wertung erfahren können.

Wenn wir feststellten, daß bei unseren Kranken *Mißempfindungen* und *Schmerzen* eine besondere Rolle spielen und von hier aus enge Beziehungen zu den hypochondrischen Inhalten bestehen, so kann dieser

Befund um so eher als gesichert gelten, als er lediglich eine Bestätigung der besonders auch auf diesen Zusammenhang gerichteten Untersuchungen von SATTES darstellt. Und doch liegt hier eine grundsätzliche Schwierigkeit. Schon JAHREISS hat sie mit aller Deutlichkeit gesehen, wenn er von den Mißempfindungen der Hypochonder u. a. schreibt: „Sie sind körperliches Gerüst und zugleich erlebter Beweis der hypochondrischen Idee. Daraus leitet sich ihre Kraft her, die hypochondrische Reaktion zu eröffnen und weiterzuleiten; zugleich aber auch ihre Doppelläufigkeit: die hypochondrische Reaktion hervorrufen zu können, und durch die hypochondrische Konstellation hervorgerufen zu werden.“ Der Nachweis noch so aufdringlicher Mißempfindungen und Schmerzen besagt noch *nicht*, daß ein von der Psychose getragenes und letztlich jedem Zugriff entzogenes leibliches Geschehen die spezielle hypochondrische Themenwahl erzwungen hätte. Das, was als leibnaher Krankheitstyp erscheint, könnte erst *sekundär* diesen besonderen Charakter bekommen haben; die ängstlich-sorgsame Beachtung an sich belangloser, nahezu ubiquitärer und jedenfalls in cyclothym depressiven Phasen alltäglicher Sensationen, und damit persönlichkeitseigene, psychologische Voraussetzungen, könnten das eigentlich Entscheidende gewesen sein. Wenn wir einen besonders leibnahen Krankheitstyp vermuteten, oder wenn SATTES annimmt, „daß die asthenische Konstitution gerade jenes physische Korrelat ist, das zu den körperlichen Vorgängen besonders prädisponiert, die ihrerseits die Grundlage und den Ausgangspunkt der entsprechenden Beschwerden bilden“, so mag eine vorwiegend *somatisch* orientierte Betrachtungsweise dieser oder anderer Richtung vielen Fällen gerecht werden. Welche Fälle das im einzelnen sind, ob z. B. unter den wahnhaft hypochondrischen Depressionen nihilistischer Färbung im Rückbildungsalter ein *primär* leibnaher Typ besonders häufig vertreten ist, wäre an Hand sorgfältiger Persönlichkeitsanalysen zu prüfen. Je genauer man die prämorbidie Wesensart der Kranken kennt, um so enger würde vermutlich der Bereich eines primär leibnahen Krankheitstyps, der nichts mit bestimmten Wesenszügen zu tun hat, abgegrenzt werden können. Hier kommt es uns nur auf das Grundsätzliche an, und das heißt, neben der somatisch orientierten Betrachtungsweise auch einem *psychologisch* orientierten Standpunkt Geltung zu verschaffen, wie das J. LANGE schon 1921 versucht hat. Selbst bei der Durchführung eines *konstitutionsbiologischen* Ansatzes würde man nicht darauf verzichten wollen, die ganzheitliche Grundannahme *methodisch* auseinanderzunehmen, um ihren *psychologischen* Aspekt an den *psychopathologischen* Tatbestand heranzutragen.

Die Prüfung der Frage, ob bestimmte *Wesenszüge* und vergleichsweise *geringe seelische und intellektuelle Differenzierung* die Bevorzugung gerade hypochondrischer Thematik erklären könnten, kann sich nur beschränkt an den Ergebnissen einer gleichgerichteten eigenen Untersuchung über

den persönlichkeitseigenen Hintergrund des cyclothymen Verarmungswahns orientieren. Hier konnten wir feststellen, daß vor allem wirklichkeitsnahe, tätige, überdurchschnittlich fleißige Menschen, deren Trachten schon aus soziologischen Bedingungen vorzüglich auf Erwerb und Besitz gerichtet ist, in der Depression Verarmungsinhalte entwickeln. Wenn wir annahmen, daß sich in der Verarmungsangst die Gefährdung eines richtungsgebenden Wertes widerspiegelt, so kam es uns besonders darauf an, daß Besitz als der Wert, um den es diesen Kranken geht, nicht, wie oft sonst, als statische Gegebenheit einfach hingenommen, sondern als abhängig von der eigenen Schaffenskraft erlebt wird. Die Vermutung lag nahe, daß der richtungsgebende Wert dadurch, daß er eng in einen dynamischen Zusammenhang eingefügt ist, mit dem Erlebniswandel, den die depressive Psychose setzt, auch in besonderem Maße gefährdet wird. Übertragen auf die hypochondrische Thematik würde das heißen, daß in erster Linie solche Menschen in der Depression Angst um Gesundheit und Leben haben müßten, die prämorbid ihre Gesundheit, ihre vitale Existenz als ausgezeichneten Wert erleben, den es zu erringen und zu behaupten gilt. Davon aber kann keine Rede sein, so wenig wie die Sorge um den Leib prämorbid eine nennenswerte Rolle spielt. Die Fähigkeit zu naiver Lebensfreude, mit der manche Menschen ihre körperliche Gesundheit und Leistungsfähigkeit erleben, aber auch die sentimentalische Bejahung der vitalen Existenz auf höheren Stufen seelischer Differenzierung haben im übrigen gar keine Beziehungen zu den besonderen Eigenheiten unserer Kranken. Sollten sich auch hier *wertpsychologische* Gesichtspunkte anwenden lassen, so wird man jedenfalls *nicht*, wie beim Verarmungswahn, von der Gefährdung eines richtungsweisenden Wertes ausgehen können.

Ein fruchtbarer Ansatz scheint uns in einer Formulierung zu liegen, mit der WEITBRECHT auf die Frage, wieso der Mensch überhaupt hypochondrisch sein könne, antwortet: In aller Zurückhaltung könne man meinen, „die Möglichkeit zur Hypochondrie sei der Kaufpreis, die Kehrseite der dem Menschengestalt eigentümlichen, wenn auch begrenzten *Providenz*, der Vorschau und Sorge damit auch um sein leibliches Gesundbleiben und Folge des Wissens um dessen Gefährdungsmöglichkeiten“. Wir nehmen diesen Gedanken auf und führen ihn fort, wenn wir vermuten, daß zwar überall dort Hypochondrie möglich ist, wo Menschen über das unmittelbare Gegenwärtige hinausschauend Künftiges vorwegnehmen können, daß aber die Angst um die Notdurft des Lebens und erst recht die Angst um die Seele noch *mehr* als nur die Fähigkeit zu einer *Providenz* in engen Grenzen voraussetzen. Will man mit K. SCHNEIDER hier die Urängste des Menschen sehen, die durch die cyclothyme Depression lediglich aufgedeckt werden, so wird man sich fragen müssen, ob diese Ängste nicht auf *verschiedener Ebene* liegen. Wirklich *universell menschlich*

scheint uns allein die Sorge um den Leib zu sein, sofern jene anspruchslose Differenzierungsstufe erreicht ist, auf der ein vorausgreifendes Sorgen überhaupt möglich wird. Die Sorge um den Besitz und die Versündigungsangst sind viel spezieller, abhängig auch von festumrissenen Werten, die zu erfassen und deren Gefährdung zu befürchten nicht jedermanns Sache ist, auch nicht, wie wir glauben, in der cyclothymen Depression. Manche vitalen Depressionen sind von vornherein inhaltlos, nach unseren Erfahrungen eher die „leichteren“ Formen und vor allem diejenigen, bei denen Traurigkeit und Hemmung und nicht Angst und Agitiertheit im Vordergrund stehen. Wenn aber in cyclothymen Depressionen Inhalte auftauchen, dann ist Hypochondrie der Inhalt, der *nahezu überall* bereitliegt und der *nichts* an individuellen Wertrichtungen, sondern nur den *psychotischen Erlebniswandel* voraussetzt, um sich zu manifestieren. Schon die *Veränderung im Erleben der eigenen Körperlichkeit*, die trotz ihrer Vielgestaltigkeit in cyclothymen Depressionen gleichsinnig bleibt und die selbst in den nicht vitalen Depressionen, etwa als Verlust der körperlichen Frische und Spannkraft, nachweisbar ist, weist den Kranken in die Richtung hypochondrischer Thematik.

Tatsächlich nun sind die hypochondrischen Inhalte, wenigstens bei unserem Krankengut, *nicht häufiger* als die Schuldinhalte. Wir vermuten, daß sie nur darum nicht mit Abstand an erster Stelle stehen, weil sie nicht, wie die Inhalte aus den beiden anderen Themenkreisen, einer ausgeprägten Wertrichtung zugehören, und überall dort, wo übergeordnete Werte wirklich verbindlich sind und in der Depression die Gefährdung dieser Werte erlebt wird, der Platz für die *geringerwertige* Sorge um den Leib *eingeeengt*, wenn nicht *versperrt* bleibt. Verwandte Gedankengänge klingen bei v. ORELLI an, der der Häufigkeit nach hypochondrische Inhalte gegenwärtig an erster Stelle findet und für die „zentrale Stellung der Gesundheit, die die Krankheit zum tauglichsten Objekt für die grenzenlose Angst des Schwermütigen werden läßt“, einmal den ausgebauten Krankheitskult unserer Zeit, daneben aber auch das Fehlen von anderen Werten verantwortlich macht. Nicht daß ein Mensch in seiner Depression *hypochondrisch* wird, bedarf u. E. der Erklärung, sondern daß er es *nicht* wird, daß er jene erste, allgemein zugängliche Stufe inhaltlicher Ausgestaltung in cyclothymen Depressionen kaum betritt oder sie überhaupt überspringt.

Innerhalb des soeben skizzierten Zusammenhanges finden auch die früheren Feststellungen zur *Persönlichkeit* unserer Kranken ihren Platz. Durchschnittliche bis geringe Intelligenz und geringe seelische Differenzierung auf der einen Seite, eine eher ängstliche, empfindlich-empfindsame Wesensart, anankastische Züge andererseits scheinen hier nicht ohne Grund häufiger zu sein als dort, wo sich keine hypochondrischen Inhalte nachweisen lassen. Es sind Wesenszüge, die den Menschen in den

Entwürfen, mit denen er sein Leben gestaltet, *nicht* über sich hinausgreifen lassen, ihn *nicht* auf Werte außerhalb einer engen, statisch orientierten Eigenwelt verweisen, sondern ihn in erster Linie *bei sich selbst* verharren lassen. E. KAHN hat in einem ganz anderen, aber eben doch vielleicht nicht durchgehend andersartigen Zusammenhang, nämlich bei der Schilderung seiner komplexen Psychopathentypen, auf die *gesteigerte Ichzuwendung* der „hypochondrischen Psychopathen“ hingewiesen. Trotz des grundsätzlichen Unterschiedes zwischen psychopathischen und psychotischen Hypochondern bleibt die Parallele, daß sich auch bei unseren Kranken häufiger als sonst bei den Cyclothymen eine Grundhaltung nachweisen läßt, die man in einer abkürzenden Formel als *Fürsichsein* gegenüberstellen kann dem strebenden *Fürethwassein* und dem umgreifenden *Füreinandersein* als den Grundhaltungen jener Menschen, die in der Depression bevorzugt Verarmungsinhalte bzw. Schuldinhalte entwickeln.

Zusammenfassung

Die im Anschluß an eine Studie über den Verarmungswahn vorgelegten Untersuchungen über die *hypochondrischen* Inhalte der cyclothymen Depression gelten einer Gruppe von Kranken, die besonders im Hinblick auf die hier vermuteten Besonderheiten der prämorbidem Persönlichkeit schon wiederholt Beachtung gefunden haben. Berücksichtigt wurden mit 86 Beobachtungen diejenigen unter insgesamt 200 cyclothym Depressiven, bei denen in irgendeiner Form, allein oder neben anderen Inhalten, hypochondrische Befürchtungen nachzuweisen waren. Gerade die *Überschneidung mit anderen Themen* schien uns eines näheren Eingehens wert. Wir erwähnten die scheinbar *paradoxe Kombination* von hypochondrischer Todesbefürchtung mit Suicidtendenzen und machten auf die *Progression* hypochondrischer Inhalte in Richtung auf die *Schuldthematik* aufmerksam. Weit seltener als beim Verarmungswahn ließ sich eine Abhängigkeit der speziellen Themenwahl von *lebensgeschichtlichen* Bedingungen nachweisen. Bei der anschließenden Schilderung eines durch *Mißempfindungen* und *Schmerzen* gekennzeichneten *leibnahen* Krankheitstyps und bei der Besprechung der engen Beziehungen, die zwischen den abnormen Sensationen und den Inhalten der Kranken bestehen, bewegten wir uns auf Wegen, die schon wiederholt gegangen worden sind. Wir fanden mit JAHRREIS und SATTES in den Mißempfindungen und Schmerzen eine wesentliche Vorbedingung hypochondrischer Thematik, zweifelten aber, ob nicht hinter der leibnahen Erscheinungsform der depressiven Psychose auch wieder persönlichkeits-eigene, *psychologische* Voraussetzungen verborgen seien.

Die früher wiederholt geäußerte Vermutung, daß gewisse *Persönlichkeitszüge* zur Bevorzugung hypochondrischer Thematik prädestinierten,

war durch eine Veröffentlichung von SATTES in Frage gestellt worden, hatte doch SATTES bei seinen ausgewählten hypochondrischen Depressiven keine Unterschiede gegenüber einer Vergleichsgruppe von Kranken mit Inhalten anderer Richtung feststellen können. Andererseits war dem Autor aufgefallen, daß unter seinen depressiven Hypochondern leptosome, asthenische Typen in auffälliger Weise überwogen. Hier schien uns eine zu weiterem Fragen anregende Unstimmigkeit zu liegen, denn wenn sich zwei Gruppen von Kranken grundsätzlich durch ihren *Körperbau* unterscheiden, müssen auch Verschiedenheiten in der prämorbid *Persönlichkeitsartung* erwartet werden. Selbst bei unserem recht uneinheitlichen und für typologische Abgrenzungen wenig geeigneten Krankengut ließen sich in überdurchschnittlicher Häufigkeit gewisse Besonderheiten feststellen: Phasenabhängige Zwangssymptomatik und parallel dazu eine ängstliche, empfindliche, selbstunsichere, pedantische oder schon prämorbid anankastische Wesensart, andererseits gegenüber dem Durchschnitt ein geringerer Grad seelischer und intellektueller Differenzierung.

Bei einer abschließenden *psychologischen* Interpretation der thematischen Genese hypochondrischer Inhalte, die sich gleichberechtigt neben einer *somatisch* orientierten Betrachtungsweise vertreten läßt, waren uns die erwähnten Eigenheiten der prämorbid *Persönlichkeit* wichtig. Es sind Wesenszüge, die auch das individuelle *Wertgefüge* bestimmen, die den Menschen *nicht* über sich hinausgreifen, ihn nicht für *etwas*, für *andere* da sein lassen, sondern ihn in erster Linie *auf sich selbst* verweisen. Wir folgten einem Gedanken von WEITBRECHT, wenn wir annahmen, daß die Möglichkeit, hypochondrisch zu werden, jedem Menschen gegeben ist, sofern er überhaupt so etwas wie Providenz besitzt. Nicht daß ein Mensch in seiner Depression *hypochondrisch* wird, sondern daß er es *nicht* wird, daß er jene erste, allgemein zugängliche Stufe inhaltlicher Ausgestaltung in cyclothymen Depressionen kaum betritt oder sie überhaupt überspringt, schien uns einer Erklärung bedürftig zu sein.

Literatur

- FLÜGEL, F. E.: Das Bild der Melancholie bei intellektuell Minderwertigen. Z. Neur. **92**, 634 (1924). — HEILBRONNER, K.: Zwangsvorstellung und Psychose. Z. Neur. **9**, 301 (1912). — JAHREISS, W.: Das hypochondrische Denken. Arch. f. Psychiatr. **92**, 686 (1930). — JANZARIK, W.: Der lebensgeschichtliche und persönlichkeits-eigene Hintergrund des cyclothymen Verarmungswahns. Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. **195**, 219 (1956). — KAHN, E.: Die psychopathischen Persönlichkeiten. Handb. Geisteskrankh. V. Berlin 1928. — KRETSCHMER, E.: Körperbau und Charakter. 1. Aufl. Berlin 1921; 21./22. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg 1955. — LANGE, J.: Über manisch-depressives Irresein bei Juden. Münch. med. Wschr. **1921**, 1357. — Die endogenen und reaktiven Gemüteserkrankungen und die manisch-depressive Konstitution. Handb. Geisteskrankh. VI. Berlin 1928. — MAUZ, F.: Der konstitutionsbiologische Aufbau der endogenen Psychosen als Grundlage einer klinischen Systematik und Prognostik. Aus: GAUPP, R., u. F. MAUZ: Krankheits-

einheit und Mischpsychosen. Z. Neur. **101**, 1 (1926). — Die Prognostik der endogenen Psychosen. Leipzig 1930. — MAYER-GROSS, W.: Bemerkungen zur psychiatrischen Charakterkunde. Z. Neur. **89**, 68 (1924). — ORELLI, A. v.: Der Wandel des Inhaltes der depressiven Ideen bei der reinen Melancholie. Schweiz. Arch. Neur. **73**, 217 (1954). — PETRILOWITSCH, N.: Zur Psychopathologie und Klinik der Entfremdungsdepression. Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. **194**, 289 (1956). — SATTES, H.: Die hypochondrische Depression. Halle 1955. — SCHNEIDER, K.: Über Depressionszustände. Z. Neur. **138**, 584 (1932). — Die Aufdeckung des Daseins durch die cyclothyme Depression. Nervenarzt **21**, 193 (1950). — Die psychopathischen Persönlichkeiten. 9. Aufl. Wien 1950. — Klinische Psychopathologie. 4. erw. Aufl. d. Beitr. z. Psychiatrie. Stuttgart 1955. — WEITBRECHT, H. J.: Zur Psychopathologie der zyklthymen Depression. Arbeiten zur Psychiatrie, Neurologie und ihren Grenzgebieten. (Festschrift für KURT SCHNEIDER.) Willsbach und Heidelberg 1947. — Über Hypochondrie. Dtsch. med. Wschr. **1951**, 312. — Zur Typologie depressiver Psychosen. Fortschr. Neur. **20**, 247 (1952). — WOLLENBERG, R.: Die Hypochondrie. Wien 1904.

Dr. WERNER JANZARIK, Mainz, Univ.-Nervenklinik, Langenbeckstr. 1