

Aus der Universitätsnervenklinik Münster (Direktor: Prof. Dr. med. FR. MAUZ)

Über die Bedeutung situativer Einflüsse bei der Auslösung endogener depressiver Phasen

Von

B. PAULEIKHOFF

(Eingegangen am 27. Juni 1958)

Bei dem — im Vergleich zu schizophrenen Bildern — auffallend einheitlichen und gut abgegrenzten Krankheitsbild der endogenen depressiven Phase ist der Versuch eines rein psychologischen Verstehens und einer ausschließlich psychotherapeutischen Behandlung bisher kaum gemacht worden, und die Abgrenzung der endogenen depressiven Phasen von erlebnisreaktiven Zuständen ist eindeutig und unbestritten. Allerdings ist auch in den letzten Jahren wiederholt auf die Bedeutung erlebnisreaktiver bzw. situativer Einflüsse bei der Entstehung (KURT SCHNEIDER), im Erscheinungsbild (WEITBRECHT) und in der Behandlung (MAUZ) endogener depressiver Phasen hingewiesen worden. Weiter wurde bei statistischer Betrachtung der situativen Auslösung endogener depressiver Phasen wiederholt hervorgehoben (LIPSCHITZ, ZIEHEN, KORNHUBER), daß die ersten Phasen im Vergleich zu den später auftretenden Phasen prozentual besonders häufig psychisch provoziert werden.

Die Frage nach der Bedeutung situativer Einflüsse bei der Auslösung endogener depressiver Phasen können wir unterteilen in die Fragen: Was wird ausgelöst? Wie wird ausgelöst? Welche situativen Einflüsse lösen aus?

In der Beantwortung der ersten Frage „Was wird ausgelöst?“ ist es wichtig, sich auf den gemeinsamen „seelischen Grund“ bzw. auf die Veränderungen des „seelischen Grundes“ zu besinnen, der die einzelnen Symptome trägt. Wir haben hier nicht in erster Linie auf die Erscheinungen der Traurigkeit, Hemmung, Unruhe u. a. zu achten, sondern müssen die diesen Erscheinungen zugrunde liegenden strukturellen Veränderungen zu erfassen suchen. Es interessiert hier nicht so sehr die Frage, was erlebt der Kranke in der depressiven Phase, sondern mehr die Frage, *zu welchen Erlebnissen ist der Kranke noch fähig* und zu welchen Erlebnissen ist er nicht mehr fähig, in welcher Weise sind im Vergleich zu gesunden Tagen seine Erlebnisdispositionen verändert?

Wir heben hier besonders hervor, daß es sich bei der Beantwortung der Frage: „Was wird ausgelöst?“ nicht darum handelt, die gesamte Symptomatik endogen depressiver Kranker, wie sie insbesondere von KRAEPELIN, LANGE, SCHROEDER, KURT SCHNEIDER, WEITBRECHT u. a. beschrieben und abgegrenzt worden ist,

auf eine gemeinsame seelische Grundstörung zurückzuführen, sondern wir wollen hier lediglich auf den im Rahmen unseres Themas wichtigen Aspekt hinweisen, in welcher Weise die Erlebnisfähigkeit bei endogen depressiven Kranken im Vergleich zu den Erlebnisdispositionen in gesunden Tagen verändert ist. Auf die möglichen Zusammenhänge der endogen depressiven Symptomatik mit diesen seelisch strukturellen Veränderungen können wir hier nur kurze Hinweise geben. — Der Begriff der endogenen depressiven Phase in dieser Arbeit deckt sich mit dem Begriff der cyclothymen Depression im Sinne von KURT SCHNEIDER. Im Unterschied zu KURT SCHNEIDER gebraucht MAUZ den Begriff der cyclothymen Depression in einem engeren Sinne, indem dieser Begriff nur die endogenen depressiven Phasen bei cyclothymen Persönlichkeiten umfaßt.

Der Kranke beantwortet die Frage, zu welchen Erlebnissen er nicht mehr fähig ist, oft auffallend klar und eindeutig. Viele endogen depressive Kranke bringen ihre Beschwerden in folgender Weise vor: Ich kann mich nicht mehr freuen. Ich habe keinen Mut mehr, kann mich nicht mehr entschließen und nicht mehr so arbeiten wie früher. Ich habe kein Interesse mehr an der Familie, am Beruf usw. Es ist auffallend, daß diese Kranken insbesondere „negative“ Beschwerden vorbringen und aufzählen, was sie nicht mehr können, wozu sie nicht mehr fähig sind. Diese Kranken spüren offenbar deutlich eine „negative“ Veränderung ihrer in gesunden Tagen vorhandenen Erlebnisfähigkeit, ihres strukturellen Erlebnisgrundes. (Vgl. den Begriff „Mangel an Gefühlsbereitschaft“ bei (SCHROEDER.)

Auf den Begriff der seelischen Struktur im Sinne des gegliederten Ganzen der individuellen seelischen Dispositionen (F. KRUEGER) sind wir an anderer Stelle näher eingegangen. Hier wollen wir darauf hinweisen, daß WELLEK zwischen Ausprägungs-, Ansprechbarkeits- und Gewichtigkeitszügen der seelischen Struktur unterscheidet. Unter einem Charakterzug versteht WELLEK „1. eine typische Ausprägungsmöglichkeit einer (personalen) Gliedstruktur (beliebigen Ranges); 2. eine typische Ansprechbarkeit einer (personalen) Gliedstruktur (beliebigen Ranges); 3. ein spezifisches (nicht mehr restlos typologisiertes) Gewichtigkeitsverhältnis unter Gliedstrukturen (beliebigen Ranges)“.

Im Rahmen dieser Arbeit dürfte die *Weise der Ansprechbarkeit der seelischen Struktur* besondere Beachtung verdienen. Wir können täglich beobachten, daß die Weise und Schwelle der Ansprechbarkeit der seelischen Struktur bei den einzelnen Menschen recht verschieden ist. Während bei diesem Menschen durch viele alltägliche Kleinigkeiten Freude und Begeisterung ausgelöst werden, ist jener Mensch vorwiegend ruhig und ausgeglichen oder auch verdrießlich und nur durch große Überraschungen zur vorübergehenden gelösten Begeisterung anzuregen. Der eine Mensch ist fast immer tätig, hilfsbereit und für neue Pläne schnell zu gewinnen, und ein anderer steht allen neuen Aufgaben zunächst zögernd und unentschlossen gegenüber und ist nur schwer zu bewegen, sich an neuen ungewohnten Unternehmen zu beteiligen. Die Interessengebiete bei den einzelnen Menschen sind in verschiedenem Maße mannigfaltig und vielseitig oder auch eng und starr, und

bestimmte Interessen sind bei einem Menschen leicht und schnell und bei einem anderen nur schwer und langsam anzusprechen.

Die oben angeführten „negativen“ Beschwerden endogen depressiver Kranker weisen darauf hin, daß bei diesen Kranken die Ansprechbarkeit seelischer Dispositionen, die strukturelle Bereitschaft des Sich-Freuens und Sich-Interessierens, des Sich-Entschließens und Handelns erschwert bzw. aufgehoben ist. Während bei reaktiver Trauer die strukturelle Ansprechbarkeit auf Grund des Angesprochenenseins der Struktur durch situative Bedingungen sekundär vorübergehend mehr oder weniger verändert ist, dürfte bei endogener Trauer eine primäre Veränderung der strukturellen Ansprechbarkeit vorliegen.

Die in der endogenen depressiven Phase zu beobachtende strukturelle Veränderung können wir vielleicht am ehesten als ein *Verstummen* des strukturellen Erlebnisgrundes bezeichnen. Sonst vorhandene Bereitschaften und Interessen sind in der endogenen depressiven Phase in mehr oder weniger ausgeprägter Weise verstummt, und diese Veränderung der Erlebnisfähigkeit kommt in den „negativen“ Beschwerden der Kranken deutlich zum Ausdruck. Der Kranke wird nicht mehr in der sonst gewohnten Weise von den situativen Gegebenheiten angesprochen, seine strukturelle Ansprechbarkeit ist mehr oder weniger verstummt.

Daß mit diesem Verstummen seelischer Dispositionen auch „positive“ Beschwerden verbunden sein können, ist wohl leicht einzusehen. Es gibt viele endogen depressive Kranke, die nicht in erster Linie davon sprechen, daß sie sich nicht mehr freuen können, nicht mehr so arbeiten können wie früher usw., sondern die ihre seelische Veränderung mehr als vitale Depression, als Bedrückung und schwere Last, als Hemmung oder auch als innere Unruhe erleben. Vitale Traurigkeit und Hemmung (vgl. den Begriff „Hemmung des Werdedranges“ bei v. GEBSATTEL) können in einen sinnvollen Zusammenhang mit dem Verstummen sonst vorhandener seelischer Dispositionen zu bringen sein. Aber auch Agitiertheit ist in enger Beziehung zu dem Verstummen der strukturellen Ansprechbarkeit zu sehen, wenn man bedenkt, daß gleichzeitig mit dem Verstummen andere Dispositionen frei werden können. Dieses mit dem Verstummen verbundene gleichzeitige *Freiwerden*, diese Aufdeckung seelischer Bereitschaften in der endogenen depressiven Phase dürfte insbesondere bei den paranoid gefärbten endogenen Depressionen zu beobachten sein. Wir wollen hier jedoch auf weitere Einzelheiten der verschiedenen endogen depressiven Erscheinungsbilder und ihrer Zusammenhänge mit strukturellen Veränderungen nicht näher eingehen.

Bevor wir die Frage „Wie wird ausgelöst?“ behandeln, bringen wir zunächst Auszüge aus zwei Krankengeschichten.

Fall 1: Auszug aus der Krankengeschichte eines 45 Jahre alten Pat., Dipl.-Ing., verh., 2 Kinder. — 1. stationäre Behandlung vom 4. 5. bis 18. 5. 1955. — Der im

Alter von 54 Jahren verstorbene Vater sei in den letzten Jahren so niedergedrückt gewesen. 1953 starb die Mutter des Pat. „Das hat mich vollkommen auseinandergerissen. Ich hing sehr an meiner Mutter.“ Anschließend 3 Wochen Sanatoriumsaufenthalt. — Pat. war in leitender Stellung in einem großen Unternehmen, sehr tüchtig, strebsam und gewissenhaft. Seit vielen Jahren war er als Nachfolger seines Chefs vorgesehen. Am 1. 1. 1955 trat sein Chef in den Ruhestand. Pat. wurde nun der 1. Direktor des großen Betriebes. „Mein Nachfolger war nicht eingearbeitet. Alle Geschäfte ruhten auf meinen Schultern. Das war sehr viel.“ Seit Weihnachten 1954 Klagen über Schlaflosigkeit. „Weil ich nicht schlafen kann, kann ich die Probleme nicht bewältigen. Ich schwimme. Aber der Druck, der auf mich lastet, ist schon länger. Keine berufliche Leistungsfähigkeit mehr, Stimmung unter Null, Kopfdruck hier vorne. Alles, was ich anpacken wollte, konnte ich nicht fertig bringen. Es hat keinen Sinn mehr, daß ich was machte.“ — Bei der körperlichen und neurologischen Untersuchung kein krankhafter Befund. Das Beschwerdebild mit Klagen über depressive Verstimmung, Arbeitsunlust, Interesselosigkeit, Konzentrationsschwäche, Insuffizienzgefühlen, Kopfdruck und Schlaflosigkeit sprach für das Vorliegen einer endogenen depressiven Phase. Nach elektrischer Durchflutung schnelle Besserung.

2. Aufnahme vom 2. 5. bis 13. 5. 1956. — „Pfingsten 1955 war es noch einmal so schlecht, daß ich fast wieder weinen mußte. Dann habe ich mir aber einen richtigen Ruck gegeben, und dann ging es wieder. Ich konnte mich wenigstens wieder richtig freuen. Juli/August 1955 war ich in Urlaub. Von August bis Weihnachten ging es einigermaßen. Ich konnte es schaffen, was an mich herangetragen wurde. Ich war wohl etwas zögernd. Aber das war wohl deshalb, weil ich allein stand und mich keiner beraten konnte. — Gegen Ende Januar 1956 ging die Schlaflosigkeit los. Da habe ich dann an alles gedacht. Außer der Schlaflosigkeit eben die Angstgefühle und die Depressionen. Wenn ich morgens ins Büro kam, dann hatte ich das Gefühl, als stände mir alles bis hier oben. Das war ein Brechgefühl, das kann man schlecht beschreiben. Mir war eben alles zuwider. Ich habe dann dagesessen wie ein Trauerkloß und brachte nichts zustande. Ich bringe einfach nichts fertig. Keine Lust und keine Freude mehr. Ich sitze dann am liebsten in einer Ecke und tue gar nichts mehr. Ich weiß den Grund nicht.“ — Nach elektrischer Durchflutung wieder schnelle Besserung.

Im Mai 1957 Beginn einer 3. depressiven Phase. Vom 3. 7. bis 13. 7. 1957 erneute stationäre Behandlung. Nach elektrischer Durchflutung wieder schnelle Besserung.

Nachdem es dem Pat. in den Monaten nach der Entlassung recht gut gegangen war, setzte Anfang 1958 erneut eine recht tiefe depressive Verstimmung ein, die jedoch unter einer Behandlung mit elektrischer Durchflutung wieder völlig gebessert werden konnte.

Fall 2: Auszug aus der Krankengeschichte einer 47 Jahre alten Pat., Hausfrau, zwei unverheiratete Töchter. Stationäre Behandlung vom 14. 2. bis 6. 4. 1957. — Die vorwiegend pyknisch gebaute Pat. war mit einem ausgeprägt leptosom gebauten Mann, Konstrukteur, verheiratet. Die gemütswarne, gesprächige, zugewandte Pat. nennt ihren Mann kalt, still, verschlossen. „Wir passen eben nicht zusammen.“ — Seit der Heirat im Jahre 1934 Wohnung in derselben Stadt. „Dezember 1952 wollten wir in die 1. Etage des Hauses ziehen, in dem wir seit vielen Jahren parterre li. wohnten. Aber die Leute, die neben uns wohnten, hatten bessere Beziehungen zum Hausverwalter als wir — so denke ich mir das — und bekamen die Wohnung in der 1. Etage, so daß wir nur in die Wohnung parterre re. ziehen konnten. Die Wohnung in der 1. Etage wäre größer gewesen und hat auch eine schönere Aussicht. Oben ist der Blick viel freier ins Grüne, wir gucken immer so auf eine Mauer. Seitdem bin ich

sehr nervös, obwohl wir inzwischen mit den Hausbewohnern wieder gut stehen; aber das Vertrauen ist natürlich weg. Ja, ich war seelisch erschüttert. Sicher hat das (die jetzige Krankheit) damit etwas zu tun. In dieser Wohnung, wo wir jetzt wohnen, wollte ich schon damals nicht hinein. Da wohnte während des Krieges ein Inspektor, der hatte viel Theater mit seiner Frau. Meine andere Wohnung war klein, aber sonnig, die jetzige ist dunkel. Ich habe dann immer das bedrückte Gefühl. Die Frau des Inspektors war der Schreck des Häuserblocks. Die war so gewöhnlich und hat immer so Lärm gemacht, hat meine Kinder verprügelt. Im Anfang mußte ich oft an diese Inspektors-Familie denken. Davor habe ich mich geekelt und oft gedacht, wenn hier die Wände sprechen könnten. Wir sind umgezogen, weil wir vorher nur zwei Zimmer hatten und jetzt drei Zimmer haben.“

Im Frühjahr 1953 war Pat. über zwei Monate depressiv, ängstlich, ratlos, schlaflos, suicidal, konnte nicht mehr kochen und den Haushalt versorgen. Unter ambulanter Behandlung mit Megaphen Besserung. — Im März 1954 über 4 Monate erneut depressiv, ängstlich — wie im Vorjahr. Nach ambulanter Behandlung mit 8 elektrischen Durchflutungen wieder „so gut, wie es ihr selten gegangen ist“.

Im März 1955 wieder Beginn der depressiven Beschwerden. Dauer etwa 8 Wochen. Nach etwa 8 Cardiazol-Behandlungen völlige Besserung der Beschwerden.

Im Juli 1956 während eines Urlaubs im Schwarzwald wurde Pat. erneut depressiv, ängstlich, arbeitsunlustig. Unter Megaphenbehandlung vorübergehende Besserung, die nur wenige Wochen anhielt. Bei der stationären Behandlung gab Pat. u. a. an: „Ach, ich komme überhaupt nicht mehr fertig, ich mache mir zuviel Theater mit dem Haushalt, und ich bin zu geizig. Zu Hause war ich so unruhig, ich hetzte immer hin und her, wußte dann nicht mehr, was ich machen wollte und bin dann nie fertig. Auch bin ich so interessenlos geworden. Morgens ist es immer viel schlechter als abends. Ich weiß nicht, was ich anziehen soll, auch mit den Haaren werde ich nicht fertig. Ich bin mit mir selbst nicht mehr zufrieden, ich fühle mich minderwertig. Wenn ich allein in der Wohnung bin, habe ich Angst, ich muß dann immer darüber nachdenken, wie ich mich am besten umbringen kann. Oft denke ich auch, die Wand fällt um, die Wand fällt um, mach Schluß mit deinem Leben. Aber diese Gedanken habe ich nur in der Wohnung, wenn ich draußen bin, dann geht es mir immer viel besser.“ — Körperlicher und neurologischer Befund o.B. Unter Behandlung mit elektrischer Durchflutung völlige Besserung des Zustandes. In einem Brief vom 11. 6. 1958 teilt Pat. mit, daß es ihr gut gehe und sie sich in der Wohnung inzwischen ganz gut eingelebt habe.

Diese zwei Beispiele mögen hier zunächst zur Veranschaulichung genügen. Ohne die Beschaffenheit und den Aufbau der seelischen Struktur dieser Kranken in allen Einzelheiten zu kennen, kann man wohl auf Grund der Beschwerdeschilderung deutlich sehen, daß in den depressiven Phasen die strukturelle Ansprechbarkeit herabgesetzt bzw. mehr oder weniger verstummt ist. Von beiden Kranken wird der Mangel an sonstiger Erlebnisfähigkeit hervorgehoben, daß sie keine Lust und keine Freude mehr haben, nicht mehr so interessiert sind und nicht mehr so arbeiten können wie früher. Die schwermütige, unruhige, ängstliche Stimmung wird als grundlos erlebt, steht aber offenbar in engem Zusammenhang zu den Beschwerden des Nicht-mehr-Könnens. Wenn bei dem Patienten die berufliche Situation und bei der Patientin die häusliche Situation in der depressiven Phase besonders belastend und bedrückend wirken, so könnte das darauf hinweisen, daß dem Beruf bzw. der Wohnung im

Aufbau des Situationsgefüges dieser Kranken eine besondere Bedeutung zukommt. Unser Patient hatte auch kaum andere Interessen als seine beruflichen Aufgaben gewissenhaft zu erledigen, und unsere Patientin war in erster Linie darauf bedacht, eine gemütliche häusliche Atmosphäre zu schaffen.

In engem zeitlichen Zusammenhang mit dem Auftreten der ersten endogenen depressiven Phase ist bei unseren Kranken eine wichtige, eingreifende Veränderung in der beruflichen bzw. häuslichen Situation zu beobachten. Beide Kranke erleben zwar keinen unmittelbaren Zusammenhang zwischen den situativen Veränderungen und dem Auftreten ihrer Depression, sie vermuten jedoch, daß Zusammenhänge bestehen könnten, und es ist auch anzunehmen, daß Zusammenhänge bestehen. Wie sind diese Zusammenhänge beschaffen?

Der strebsame Patient hätte eher Grund gehabt, sich über seinen beruflichen Erfolg zu freuen, als traurig und mißgestimmt zu werden. Er war seit Jahren als Nachfolger seines Chefs vorgesehen, und der berufliche Aufstieg kam für ihn nicht überraschend und traf ihn nicht unvorbereitet. Er stand diesem Vorhaben auch keineswegs ablehnend gegenüber und war auch fähig, die Stelle des Chefs auszufüllen. In der Klinik war jedoch auffallend, daß er genaue Vorschriften für sein Verhalten verlangte, und man hatte auch sonst den Eindruck, daß unser Patient besonders gern und gewissenhaft die Anordnungen seines Chefs ausgeführt hatte und weniger gern selbständig Entscheidungen traf. Er war insofern der geeignete 2. Mann in dem großen Unternehmen und war auf Grund seiner charakterlichen Eigenschaften in diesem Aufgabenkreis ganz angesprochen und ausgefüllt gewesen. Er erwartete das Ausscheiden seines Chefs daher mit etwas gemischten Gefühlen. Er verließ einen seine Ansprüche und Interessen ganz ansprechenden und erfüllenden Aufgabenkreis und hatte in seiner neuen beruflichen Stellung eine zunächst ihn weniger ansprechende Tätigkeit zu übernehmen, insbesondere mehr Verantwortung zu tragen und mehr selbständige Entscheidungen zu treffen. In seinen früheren Aufgabenkreis war er ganz hineingewachsen, und er hatte dort mit großem Interesse und großer Gewissenhaftigkeit seine ganze Arbeitskraft eingesetzt. Er war jedoch entschlossen und bereit, diesen Aufgabenkreis zu verlassen und seine neue Stellung mit demselben Interesse und derselben Gewissenhaftigkeit auszufüllen.

Die endogene depressive Phase setzt in dem Zeitpunkt ein, als unser Patient die Nachfolge seines Chefs anzutreten hatte. Während er bisher die beruflichen Anforderungen mit Interesse und Freude erledigt hatte, fühlte er sich von seinem neuen Aufgabenkreis nicht mehr so angesprochen und zum Handeln angeregt. Das Sich-Interessieren- und Sich-Freuen-Können, das Sich-Entschließen- und Handeln-Können läßt im Zeitpunkt des beruflichen Aufstiegs nach.

Da unser Patient — wie viele endogen depressive Kranke — keinen Grund für das Nachlassen seiner beruflichen Interessen und seiner Leistungsfähigkeit angeben kann, können wir auch wohl nicht annehmen, daß der Wegfall der bisherigen beruflichen Aufgaben und das Anrücken neuer beruflicher Anforderungen bei ihm zunächst depressive Reaktionen auslösten, die schließlich in eine endogene depressive Phase übergingen. Reaktive Erlebnisweisen scheinen bei der Auslösung der endogenen depressiven Phase keine besondere Rolle zu spielen. Eher hat man den Eindruck, daß ein primäres strukturelles Nicht-Angesprochenwerden vorliegt.

Die beruflichen Anforderungen, die unser Patient als 2. Mann im Betrieb zu erledigen hatte, waren im Vergleich zu den Anforderungen, die als Chef auf ihn warteten, sehr viel anders beschaffen. Der Wechsel in den (äußeren) situativen Anforderungen verlangte eine (innere) strukturelle Umstellung. Wenn unser Patient auch seit vielen Jahren als Nachfolger seines Chefs vorgesehen war, so wurde diese Umstellung doch plötzlich mit dem Ausscheiden seines Chefs notwendig. Die strukturelle Umstellung, die Anpassung an die neuen beruflichen Anforderungen gelingt nicht, sondern im Zeitpunkt des beruflichen Aufstiegs wird ein strukturelles Versagen, ein Verstummen der strukturellen Ansprechbarkeit bzw. ein Nicht-mehr-Angesprochenwerden von den neuen beruflichen Aufgaben deutlich. Es könnte sein, daß für unseren Patienten bei diesem Nicht-Gelingen der notwendigen strukturellen Umstellung die Ablösung von den früheren Aufgaben ebenso schwierig war als die Anpassung an die neuen Anforderungen.

Wenn wir auch die Zusammenhänge zwischen Struktur und Situation, die hier im einzelnen wirksam sind, heute noch keineswegs überschauen können, so dürfen wir bei unserem Patienten doch wohl annehmen, daß der Wechsel in den situativen Anforderungen in Verbindung mit einer mangelhaften Bereitschaft zur notwendig erforderlichen strukturellen Umstellung bei der Auslösung der endogenen depressiven Phase von wesentlicher Bedeutung ist.

Bei unserer Patientin trat die erste endogene depressive Phase im Frühjahr 1953 auf. Die Patientin berichtete, daß sie in den Monaten vorher viel Ärger und seelische Erschütterungen gehabt habe. Sie bewohnte mit ihrem Mann, der nach ihren Angaben wegen seines kalten, stillen, verschlossenen Wesens nicht zu ihr paßte, und zwei Töchtern eine kleine, aber sonnige Zwei-Zimmer-Wohnung und wollte im Dezember 1952 in eine größere Wohnung mit schöner Aussicht in der 1. Etage ziehen. Eine andere Familie in dem Hause bekam jedoch diese Wohnung, und unsere Patientin zog in eine dunkle Drei-Zimmer-Wohnung mit schlechter Aussicht. Diese Wohnung hatte während des Krieges ein Inspektor mit seiner Frau bewohnt, die „der Schreck des Häuserblocks“

war. Diese Wohnungsangelegenheit hatte unsere Patientin tief erschüttert.

Bei unserer Patientin könnte man — eher als bei unserem Patienten — annehmen, daß diese seelische Erschütterung die endogene depressive Phase ausgelöst habe. Es ist aber auffallend, daß die endogene depressive Phase — insbesondere nach den Angaben des Ehemannes — erst Monate nach der Enttäuschung und dem Ärger über die Wohnungsangelegenheit aufgetreten ist und die Patientin zwar angab, daß zwischen der seelischen Erschütterung und ihrer Krankheit wohl ein Zusammenhang bestehe, sie aber offenbar einen notwendigen Zusammenhang nicht erlebt hat. Ein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang zwischen der seelischen Erschütterung und dem Auftreten der endogenen depressiven Phase scheint nicht zu bestehen.

Der Einwand, der hier gemacht werden könnte, daß wegen des Fehlens eines unmittelbaren zeitlichen Zusammenhangs zwischen der mit dem Wohnungswechsel verbundenen seelischen Erschütterung und dem Auftreten der endogenen depressiven Phase ein innerer Zusammenhang zwischen dem Wohnungswechsel und dem Auftreten der endogenen depressiven Phase überhaupt zweifelhaft sei, ist an Hand dieser einen Krankengeschichte nicht eindeutig zu widerlegen. Wenn man aber berücksichtigt, daß gerade bei Frauen das Auftreten einer endogenen depressiven Phase in Verbindung mit einem Wohnungswechsel auffallend oft zu beobachten ist, ohne daß in der Mehrzahl der Fälle besondere seelische Erschütterungen mit dem Wohnungswechsel verbunden sind, und man andere ähnliche Fälle, die wir hier nicht näher darstellen können, mitberücksichtigt, so ist es unseres Erachtens doch recht wahrscheinlich, daß bei unserer Patientin dem Wohnungswechsel eine wesentliche Bedeutung für die Auslösung der endogenen depressiven Phase zukommt.

Unsere Patientin war bereits mit Widerwillen und Abneigung in die zwar größere, aber dunkle Wohnung mit schlechter Aussicht umgezogen und fühlte sich von Anfang an in ihrer neuen Wohnung nicht heimisch und geborgen. Die Erinnerung daran, daß sie die nach ihrer Ansicht ihr zustehende Wohnung mit schöner Aussicht in der 1. Etage nicht bekommen und in ihrer jetzigen Wohnung früher eine ihr äußerst unsympathische Familie gewohnt hatte, dürfte ihre neue Wohnung für sie noch düsterer und bedrückender gemacht haben. Sie fühlte sich in ihrer neuen Wohnung nicht angesprochen und konnte sich nicht mit Interesse der Verschönerung ihrer Wohnung widmen, sondern sah täglich in erster Linie die Mauer, die ihre Aussicht versperrte, und die Wände, in denen sich früher so schreckliche Familienszenen abgespielt hatten.

Da zwischen den reaktiven Gemütsbewegungen (wenigstens in ihrem Höhepunkt), die mit dem Wohnungswechsel verbunden waren, und dem Auftreten der endogenen depressiven Phase kein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang zu bestehen scheint, ist bei unserer Patientin unseres Erachtens mit Recht die Frage zu stellen, ob die reaktiven Gemütsbewegungen bei der Auslösung der endogenen depressiven Phase

überhaupt eine wesentliche Rolle spielen oder ob nicht eher das Nicht-Angesprochenwerden von ihrer neuen Wohnung bzw. auch das Fehlen anderer sie ansprechender und interessierender situativer Bedingungen bei der Auslösung der endogenen depressiven Phase von größerer Bedeutung sind. Das Nicht-Angesprochenwerden von ihrer Wohnung und die dunkle, düstere Atmosphäre ihrer Wohnung dürften gerade erst nach Abklingen der mit dem Wohnungswechsel verbundenen reaktiven seelischen Erschütterungen, also etwa zum Zeitpunkt des Auftretens der endogenen depressiven Phase stärker in den Vordergrund getreten sein. Die Interessen und die Ansprüche unserer Patientin, in deren Mittelpunkt der Wunsch nach einer schöneren Wohnung stand, wurden zunächst mit der möglichen Aussicht auf eine schönere Wohnung in besonderer Weise aktiviert und dann plötzlich nicht angesprochen und erfüllt. In ähnlicher Weise wie unser Patient von den neuen beruflichen Aufgaben nicht angesprochen wird, ist bei unserer Patientin ein Nicht-Angesprochenwerden von der neuen Wohnung zu beobachten. Auch unsere Patientin ist — wie unser Patient — nicht in der Lage, sich auf die neuen situativen Anforderungen in entsprechender Weise umzustellen, um ihre neue Wohnung trotz der vielen Mängel anregend und ansprechend zu finden.

Wenn wir berücksichtigen, daß unsere Kranken in der endogenen depressiven Phase von ihrer Situation nicht mehr in der sonst gewohnten Weise angesprochen werden bzw. bei unseren Kranken die Ansprechbarkeit des strukturellen Erlebnisgrundes verändert ist, so erscheint es naheliegend, daran zu denken, daß auch bei der Auslösung der endogenen depressiven Phase das *Nicht-Angesprochenwerden* von der Situation von wesentlicher Bedeutung sein könnte. Die eingreifenden Veränderungen im Situationsgefüge unserer Kranken, der berufliche Aufstieg bzw. der Wohnungswechsel stellen neue Anforderungen an unsere Kranken und verlangen eine tiefgreifende strukturelle Umstellung. Unsere Kranken sind jedoch in ihren Ansprüchen und Interessen so festgelegt, daß die notwendig erforderliche strukturelle Umstellung zunächst nicht möglich ist. Die veränderte Situation paßt nicht recht zu den Interessen und Ansprüchen unserer Kranken, und eine Anpassung an die neuen situativen Bedingungen gelingt nicht. Damit wird ein Mangel, ein Fehlen an ansprechenden und interessierenden Faktoren bei gleichzeitig vorhandenem Bedürfnis nach solchen Faktoren deutlich. Unseres Erachtens sind bei beiden Kranken dieser Mangel und dieses Fehlen ansprechender situativer Gegebenheiten in Verbindung mit einer mangelhaften strukturellen Anpassungsbereitschaft und weniger die Belastung mit neuen Anforderungen und dadurch bedingte reaktive Gemütsbewegung bei der Auslösung der endogenen depressiven Phase von wesentlicher Bedeutung. Die Ansprechbarkeit des strukturellen Erlebnisgrundes verstummt, weil er nicht mehr in passender und anpassungsfähiger Weise angesprochen wird.

Auf die von uns zu Beginn dieser Ausführungen gestellten 3 Fragen ergeben sich an Hand dieser Beispiele (kurz zusammenfassend) folgende Antworten: Bei der Auslösung der endogenen depressiven Phasen wird in erster Linie eine auffällige Veränderung der Ansprechbarkeit des strukturellen Erlebnisgrundes im Sinne eines Verstummens der Ansprechbarkeit deutlich. Diese veränderte Ansprechbarkeit des strukturellen Erlebnisgrundes scheint durch ein Nicht-Angesprochenwerden von der Situation ausgelöst zu werden. In engem zeitlichen Zusammenhang mit dem Auftreten der ersten endogenen depressiven Phase sind wichtige Veränderungen im Situationsgefüge der Kranken zu beobachten, die insbesondere dadurch gekennzeichnet sind, daß unsere Kranken sich von der neuen Situation in ihren im Vordergrund stehenden Interessen und Ansprüchen nicht angesprochen fühlen und sich den neuen situativen Anforderungen zunächst nicht anpassen können.

Bemerkenswert ist noch bei unseren Kranken, daß im Anschluß an die erste endogene depressive Phase im Jahre 1955 bzw. 1953 bei unserem Patienten in den Jahren 1956, 1957 und 1958 und bei unserer Patientin in den Jahren 1954, 1955 und 1956/57 weitere endogene depressive Phasen auftreten. Bei den später folgenden Phasen waren keine erneuten eingreifenden Veränderungen im Situationsgefüge zu beobachten, die für die Auslösung der Phasen hätten verantwortlich gemacht werden können. Es ist aber zu berücksichtigen, daß jene situativen Schwierigkeiten, die die erste endogene depressive Phase auslösten, später noch bestehen. Unser Patient war weiter in der verantwortungsvollen Stellung als 1. Direktor eines großen Unternehmens tätig, und unsere Patientin wohnte weiter in ihrer dunklen Wohnung mit schlechter Aussicht. Zwar fühlte sich unser Patient in gesunden Tagen den beruflichen Anforderungen gewachsen, aber er berichtete bei den späteren klinischen Behandlungen — auch nach Besserung der Depression — gern von den Schwierigkeiten, die sich für ihn in der Zusammenarbeit mit seinen Mitarbeitern ergaben, und von der Verantwortung, die auf ihn lastete, und unser Patient dürfte auch später in seiner Stellung als Chef nicht so zufrieden gewesen sein wie in seiner früheren Stellung als 2. Mann im Betrieb. Unsere Patientin fühlte sich auch in den folgenden Jahren in ihrer neuen Wohnung nicht wohl, wenn sich auch das Verhältnis zu den anderen Hausbewohnern schon lange wieder gebessert hatte; sie hatte schon wiederholt die Möglichkeit eines Wohnungswechsels in Erwägung gezogen.

Die für die Persönlichkeitsstruktur unserer Kranken in mancher Hinsicht ungünstige berufliche bzw. häusliche Situation könnte das Auftreten der später folgenden endogenen depressiven Phasen in irgendeiner Weise begünstigen. Zwar scheinen die depressiven Phasen einen weitgehend eigengesetzlichen Rhythmus zu haben und in ihrem Auftreten

von anderen situativen Belastungen weitgehend unabhängig zu sein, aber vielleicht hätte eine passendere berufliche bzw. häusliche Situation das Auftreten weiterer Phasen verhindern können (vgl. W. SCHULTE). Eine umfassendere Beantwortung dieser Frage ist wohl erst möglich, wenn nähere Einzelheiten über das Zusammenwirken von Struktur und Situation bei der Auslösung der ersten endogenen depressiven Phase bekannt sind. Hier wollen wir besonders hervorheben, daß bei schnell aufeinanderfolgenden endogenen depressiven Phasen insbesondere die auslösende situative Konstellation im Zeitpunkt des Auftretens der ersten endogenen depressiven Phase zu berücksichtigen ist. Hiermit dürfte auch die oben erwähnte Beobachtung, daß die ersten endogenen depressiven Phasen im Vergleich zu den später auftretenden Phasen prozentual besonders häufig psychisch provoziert werden, besser verständlich sein.

Die Weise der situativen Auslösung endogener depressiver Phasen, wie wir sie an Hand dieser beiden Beispiele dargestellt haben, macht deutlich, daß das Zusammenwirken von seelischer Struktur und persönlicher Situation im Beginn situativ ausgelöster endogener depressiver Phasen offenbar wesentlich anders ist als im Beginn reaktiver Depressionen. Während im Beginn einer reaktiven Depression die persönlichen Interessen und Bedürfnisse in besonders eindringlicher Weise von einem bestimmten situativen Ereignis angeregt und angesprochen werden und die Struktur antwortet und re-agiert und sich in der Regel mit dem Ereignis beschäftigt und auseinandersetzt, ist die situative Auslösung einer endogenen depressiven Phase eher dadurch gekennzeichnet, daß die Gesamtsituation des Kranken infolge eines bestimmten situativen Ereignisses plötzlich in ihrem Grundgerüst erheblich verändert wird und dann nicht mehr anregend und ansprechend wirkt, und die Struktur nicht auf ein bestimmtes situatives Ereignis reagiert, sondern verstummt. Im Gegensatz zur reaktiven Depression wird das auslösende situative Ereignis bei der endogenen depressiven Phase überhaupt nicht — auch nicht im Beginn der Phase — zum Motiv einer Reaktion; und nicht selten hat man den Eindruck, daß die Tatsache, daß ein bestimmtes situatives Ereignis nicht zum Motiv einer Reaktion werden kann, für die Auslösung der endogenen depressiven Phase von wesentlicher Bedeutung ist.

Wir können hier auf die Unterschiede, die zwischen der Motivation einer reaktiven Depression und der situativen Auslösung einer endogenen depressiven Phase bestehen, nicht ausführlicher eingehen und können hier auch nicht erörtern, welche anderen Weisen der situativen Auslösung endogener depressiver Phasen neben der hier dargestellten sonst noch vorkommen. Wir wollen hier jetzt noch auf Schwierigkeiten hinweisen, die sich bei der Erfassung der für die Auslösung endogener depressiver Phasen wirksamen situativen Einflüssen ergeben.

LANGE betont schon in der Frage der ursächlichen Bedeutung seelischer Einwirkungen für die Entstehung von „Melancholien“ mit Recht, es bestehe volle Übereinstimmung darüber, „daß vielfach diese ursächlichen Beziehungen von dem Kranken und seinem Umkreis nur konstruiert sind, daß in der Regel im Gegenteil die Psychose es ist, die irgendwelche objektiv wenig belangvollen Ereignisse übertrieben werten und ihnen zu Unrecht eine ursächliche Bedeutung zuerkennen läßt“. Nicht selten ist zu beobachten, daß Kranke in ihrer endogenen depressiven Verstimmung als Grund ihrer Depression von gegenwärtigen familiären Schwierigkeiten oder von früheren, oft lange zurückliegenden Verfehlungen berichten, die nach Abklingen der Phase keine Rolle mehr spielen und keine Bedeutung mehr zu haben scheinen. Gelegentlich hat man jedoch auch den Eindruck, daß die Kranken in der Psychose manches deutlicher und ausgeprägter erleben, was sie sonst nur im stillen ärgert. Wenn endogen depressive Kranke bestimmte situative Ereignisse als Motive ihrer Verstimmung anführen, so handelt es sich bei diesen Motivationen allerdings in jedem Falle um konstruierte Zusammenhänge bzw. auch um paranoide Verkennungen, da die endogene depressive Phase ihrem Wesen nach kein ursächliches Motiv hat und haben darf. Und die oben dargestellte Weise der situativen Auslösung macht es auch verständlich, daß im Beginn situativ ausgelöster endogener depressiver Phasen keine motivierte Reaktion vorliegt und die Kranken keinen unmittelbaren „positiven“ Zusammenhang zwischen situativen Ereignissen und dem Auftreten der endogenen depressiven Phase erleben und erleben können, da es sich mehr um einen „negativen“ Zusammenhang handelt und eher ein Mangel an bestimmten situativen Faktoren die endogene depressive Phase auslöst.

Neben den Kranken, die Zusammenhänge zu Unrecht konstruieren, gibt es bekanntlich auch die Gruppe von Kranken, die in auffallend kritischer Weise mit Bestimmtheit sagen, daß ihre Krankheit bzw. Schwermut eigentlich keinen Grund habe, die aber von allen eventuell vorhandenen situativen Schwierigkeiten offen sprechen und — insbesondere wenn man danach fragt — auch recht kritisch erwägen, ob und in welcher Weise Zusammenhänge bestehen könnten. Und schließlich gibt es noch eine dritte Gruppe von Kranken, die bestimmte für die Auslösung der endogenen depressiven Phase wichtige situative Gegebenheiten eher verschweigen bzw. vielleicht doch vorhandene Zusammenhänge zwischen ihrer Schwermut und bestimmten situativen Ereignissen eher bestreiten. Ein Verschweigen bzw. Bestreiten von situativen Einflüssen kann man gelegentlich insbesondere bei Kranken mit familiären Schwierigkeiten beobachten, und man hat bei diesen Kranken nicht selten den Eindruck, daß sie in ihrer ordentlichen und korrekten Art von den vorhandenen Schwierigkeiten nur ungern erzählen

bzw. diese Schwierigkeiten auch gar nicht wahrhaben wollen oder können.

Hierzu führen wir als Beispiel die Krankengeschichte einer Mutter an, die von der Verlobungs- bzw. Heiratsabsicht ihrer jüngsten Tochter nur ungern erzählte.

Fall 3: Auszug aus der Krankengeschichte einer 58 Jahre alten Pat. Stationäre Behandlung in der Klinik vom 11. 3. bis 6. 5. 1958. — Hausfrau, 5 Kinder, ein Sohn 1945 gefallen, 3 Kinder verheiratet, die jüngste 25 Jahre alte Tochter seit Geburt gehbehindert und noch zu Hause. Ehemann seit 6 Jahren Rentner. 1950 und 1951 Unterleibsoperation, sonst immer gesund gewesen. — Im Oktober 1957 wurde Pat. weinerlich und jammrig, klagte über Bauchbeschwerden, Appetitlosigkeit und Schlaflosigkeit. Von Mitte Dezember 1957 bis Mitte Januar 1958 stationäre Behandlung im Heimatkrankenhaus. Nach der Entlassung weiter unruhig, schlapp, schlaflos und arbeitsunlustig. Am 9. 3. 1958 Suicidversuch mit Essig-Essenz. „Ich konnte es nicht mehr aushalten, diese Schlaflosigkeit.“ — Der Ehemann der Pat. gab an, daß sich die jüngste Tochter Ostern 1958 verloben und nach der Eheschließung nach Bayern ziehen wolle. Das habe die Mutter im September 1957 erfahren. Die Mutter wolle das nicht so gern und habe sich darüber sehr aufgeregt, besonders weil es die jüngste Tochter sei. Bei der Heirat der anderen Kinder habe sich die Mutter aber auch sehr aufgeregt. — Die vorwiegend leptosom gebaute Pat. machte bei der Aufnahme in die Klinik einen depressiven, gehemmten Eindruck; im Gespräch beantwortete sie alle Fragen und gab u. a. folgende Antworten. (Haben Sie sich aufgeregt?) „Gar nicht, ich habe solchen ruhigen Haushalt.“ — (Kinder verheiratet?) „Nein, die jüngste ist noch zu Hause, die heiratet wohl nicht, die ist seit der Geburt etwas gehbehindert.“ — (Tochter verlobt?) „Ja, das hatte sie wohl vor. Aber ich weiß nicht, ob sie da jetzt wohl noch hinfährt. Ostern wollte sie sich verloben, aber ich glaube nicht, daß sie dahin fährt, wenn ich nicht da bin. In Bayern wohnt der Bekannte, da wollte sie hin, mein Sohn wollte mitfahren.“ — (Wann kennen gelernt?) „Im Sommer, sie ist dort in Urlaub gewesen.“ (Hat Tochter alles erzählt?) „Ja, als sie nach Hause kam.“ — (Wann war das?) „Das weiß ich nicht mehr, im Spätsommer, September glaube ich.“ — (Haben Sie sich aufgeregt?) „Nein, warum denn.“ — (Einverstanden?) „Oh ja!“ — (Fällt das nicht schwer?) „Damit muß man sich doch abfinden.“ — (Was gedacht?) „Nichts habe ich mir gedacht.“ — (Beruf des Verlobten?) „Das weiß ich nicht mehr, er hat es gesagt, aber ich habe es vergessen.“ — (Verlobten gesehen?) „Ja, Weihnachten war er bei uns, aber da lag ich im Krankenhaus.“ — (Hat er Sie besucht?) „Ja, das hat er.“ — (Plan der Tochter?) „Darüber haben wir noch nicht gesprochen. Ich wollte erst wieder gesund werden.“

Nach der Behandlung mit elektrischen Durchflutungen deutliche Besserung des seelischen Zustandes und bei der Entlassung aus der Klinik war Pat. in ihrem Verhalten freundlich und aufgeschlossen. Die endgültige Nachricht von der Verlobung ihrer Tochter am Osterfest 1958 nahm Pat. stillschweigend auf.

Deutlicher, als es in dieser schriftlichen Wiedergabe des Gesprächs zum Ausdruck kommen mag, war während des Gesprächs selbst zu beobachten, daß diese Mutter nur sehr ungern an die bevorstehende Verlobung bzw. Heirat ihrer Tochter dachte und nur ungern davon erzählte. Auch später nach Abklingen der Depression beschäftigte sie sich nur sehr ungern mit dieser Angelegenheit, und alle Fragen, die dieses Thema betrafen, beantwortete sie stets in auffallend zögernder und

knapper Weise. Auf die Fragen, ob sie sich über diese Verlobungsnachricht nicht aufgeregt habe und ob es für sie nicht schwer sei, wenn die Tochter nach Bayern ziehe, antwortete die Patientin auch nach Abklingen der Depression stets, daß sie sich darüber gar nicht aufgeregt habe und man als Mutter damit doch einverstanden sein müsse.

Neben dem Wohnungswechsel ist die Heirat der Kinder gerade bei endogen depressiven Müttern recht oft als auslösendes situatives Ereignis anzutreffen. Die endogene depressive Phase tritt nach unseren Erfahrungen in der Mehrzahl der Fälle einige Monate vor der Hochzeit und seltener nach der Hochzeit auf, und viele endogen depressive Mütter betonen zwar, daß sie mit der Heirat der Tochter und auch mit dem Schwiegersohn einverstanden und nicht gegen die Heirat ihrer Tochter seien, aber man hat dabei doch den Eindruck, daß gerade für diese Mütter die Heirat ihres Kindes eine große Lücke in ihrem Familienkreis (vgl. das von uns beschriebene Phänomen der Lücke im Situationsgefüge) bedeutet. Die Heirat wird von den Müttern im Interesse der Tochter, das in den Vordergrund gestellt werden muß, als notwendig und willkommen angesehen, ist aber im eigenen Interesse, das jedoch nicht in den Vordergrund gestellt werden darf, ein schmerzlicher Verlust.

Unter Mitberücksichtigung anderer ähnlicher Fälle, die in unserer Klinik beobachtet wurden, ist unseres Erachtens bei unserer Patientin die geplante Verlobung bzw. Heirat der jüngsten Tochter als auslösendes situatives Ereignis für die endogene depressive Phase anzusehen. Und auch bei dieser Mutter dürften — in ähnlicher Weise wie bei den beiden anderen Beispielen — für die Auslösung der endogenen depressiven Phase weniger reaktive Gemütsbewegungen als vielmehr in erster Linie die durch die geplante Heirat der Tochter in ihrem Grundgerüst veränderte Situation, die nun nicht mehr zu den Interessen und Ansprüchen unserer Patientin paßt und an die sich unsere Patientin zunächst nicht anpassen kann, von wesentlicher Bedeutung sein. Dabei darf man das Ereignis der bevorstehenden Heirat der jüngsten Tochter nicht isoliert von der übrigen Situation der Patientin betrachten, sondern man muß in der Beurteilung der Bedeutung dieses Ereignisses die Gesamtsituation, insbesondere auch das Verhältnis zum Ehemann, der seit 6 Jahren Rentner ist, und die Tatsache, daß die anderen Kinder bereits verheiratet sind und die jüngste Tochter wegen ihrer Gehbehinderung nach Ansicht der Mutter nicht heiraten werde, mitberücksichtigen.

Es ist auffallend, daß in den vorliegenden statistischen Untersuchungen über die Auslösung endogener depressiver Phasen durch seelische Einwirkungen die Heirat der Kinder als wichtiges auslösendes Ereignis bei endogen depressiven Müttern kaum Erwähnung findet. Diese Tatsache dürfte darauf hinweisen, daß dieses Ereignis von den Müttern oder

deren Angehörigen nur selten als „Grund der Depression“ angeführt und daher oft übersehen wird.

Die Tatsachen, daß endogen depressive Kranke zu Unrecht ursächliche Zusammenhänge zwischen ihrer Depression und situativen Ereignissen konstruieren und aber auch für die Auslösung der Depression wichtige Ereignisse verschweigen können, machen deutlich, daß sich leicht ein schiefes Bild von der Häufigkeit und Bedeutung situativer Einflüsse bei der Auslösung endogener depressiver Phasen ergeben kann, wenn man sich in der Beantwortung dieser Frage lediglich auf die mehr oder weniger spontan vorgebrachten Angaben der Kranken — oder auch deren Angehörigen — stützt und nicht im Gespräch mit den Kranken und deren Angehörigen auf diese Frage und die mit ihr verbundenen Schwierigkeiten besonders achtet.

Es ist insbesondere schwierig, festzustellen, ob und in welcher Weise ein situatives Ereignis für einen Menschen bzw. für die Auslösung einer endogenen depressiven Phase wirklich belangvoll und von wesentlicher Bedeutung ist. Denn wir haben dabei weniger das „*objektiv Belangvolle*“ (vgl. LANGE) als vielmehr das „*subjektiv Belangvolle*“ eines Ereignisses zu beachten. Während z. B. für die eine Mutter die Heirat ihres Kindes in erster Linie ein erfreuliches Ereignis darstellt, kann das gleiche Ereignis für eine andere Mutter vorwiegend ein schmerzlicher Verlust bedeuten. Und jeder weiß wohl aus eigener Erfahrung, daß das gleiche „objektive Ereignis“ an einem Tage subjektiv sehr belangvoll und an einem anderen Tage oder auch schon an dem gleichen Tage zu einem anderen Zeitpunkt subjektiv fast belanglos sein kann. Es ist auch bekannt, daß größere Katastrophen, die eine Gruppe von Menschen betreffen, in der Regel besser ertragen werden als ein objektiv wesentlich geringeres Mißgeschick, das nur einen einzelnen Menschen angeht.

Um das subjektiv Belangvolle eines einzelnen Ereignisses beurteilen zu können, muß man stets die persönliche Situation des Menschen als Ganzes berücksichtigen. Man muß in der Beantwortung der Frage nach der Bedeutung situativer Ereignisse für die Auslösung endogener depressiver Phasen alle zeitlich mit dem Auftreten der endogenen depressiven Phase zusammenhängenden Ereignisse und die Stellung und Bedeutung der einzelnen Ereignisse im Rahmen der Gesamtsituation im Zeitpunkt des Auftretens der endogenen depressiven Phase zu erfassen suchen. Um die Situation des Kranken als Ganzes und das subjektiv Belangvolle eines einzelnen Ereignisses im Rahmen der Gesamtsituation beurteilen zu können, muß man die seelische Struktur des Kranken in ihrem entsprechenden Entwicklungsstadium möglichst genau kennen, da der Aufbau des Situationsgefüges und die Stellung und Bedeutung der einzelnen Ereignisse im Rahmen der Gesamtsituation

von der seelischen Struktur, insbesondere von der Charakterstruktur in hohem Maße abhängig sind.

Die Beantwortung der Frage nach der Bedeutung situativer Einflüsse bei der Auslösung endogener depressiver Phasen erfordert also insbesondere eine eingehende Beschäftigung mit der Persönlichkeitsstruktur und der Situation endogen depressiver Kranker. Wir müssen nähere Einzelheiten über das Zusammenwirken von seelischer Struktur und persönlicher Situation bei der Auslösung endogener depressiver Phasen, über das „Wie“ der situativen Auslösung kennen, um im Gespräch mit den Kranken und deren Angehörigen eine auf diese Frage gezielte Anamnese aufnehmen zu können.

Zusammenfassung

Bei Kranken mit endogenen depressiven Phasen wird ein Verstummen der strukturellen Ansprechbarkeit deutlich. An Hand von Beispielen wird gezeigt, daß im Beginn situativ ausgelöster endogener depressiver Phasen die Kranken sich infolge wichtiger situativer Veränderungen von ihrer Situation nicht mehr angesprochen fühlen und sich den neuen situativen Anforderungen nicht in entsprechender Weise anpassen können. Dieser Mangel an ansprechenden situativen Gegebenheiten in Verbindung mit einer mangelhaften strukturellen Anpassungsbereitschaft dürfte bei unseren Kranken in erster Linie das Verstummen der strukturellen Ansprechbarkeit bzw. die endogene depressive Phase auslösen; wir konnten bei unseren Kranken nicht feststellen, daß reaktive Gemütsbewegungen bei der Auslösung der endogenen depressiven Phase eine wesentliche Rolle spielen. Neben den endogen depressiven Kranken, die Zusammenhänge zwischen ihrer Schwermut und situativen Ereignissen zu Unrecht konstruieren, gibt es auch jene Kranken, die für die Auslösung der endogenen depressiven Phase wichtige situative Ereignisse eher verschweigen. Die Erfassung und Beurteilung der für die Auslösung der endogenen depressiven Phase belangvollen situativen Ereignisse ist schwierig und erfordert eine eingehende Berücksichtigung der seelischen Struktur und persönlichen Situation der Kranken.

Literatur

- GEBSATTEL, V. E. v.: Zeitbezogenes Zwangsdenken in der Melancholie. *Nervenarzt* 1, 275 (1928). — KORNHUBER, H.: Über Auslösung zyklotyper Depressionen durch seelische Erschütterungen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 193, 391 (1955). — KRAEPELIN, E.: *Psychiatrie*. 8. Aufl. Bd. I u. III. Leipzig 1909 u. 1913. — KRUEGER, F.: *Zur Philosophie und Psychologie der Ganzheit*. Schriften aus den Jahren. 1918—1940. Berlin, Göttingen, Heidelberg 1953. — LANGE, J.: Die endogenen und reaktiven Gemüteskrankungen und die manisch-depressive Konstitution. *Handb. d. Geisteskrankh.* VI. Berlin 1928. — LIPSCHITZ, R.: Zur Ätiologie der Melancholie. *Msschr. Psychiat. Neurol.* 18, 193 (1905). — MAUZ, FR.: Die Prognostik der endogenen

Psychosen. Leipzig 1930. — Psychiatrie und Psychotherapie. Hamburger Ärzteblatt **1949**, **43**. — PAULEIKHOFF, B.: Das Phänomen der Lücke in der Psychopathologie. Arch. Psychiat. Nervenkr. **195**, **31** (1956). — SCHNEIDER, KURT: Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionszustände. Z. Neur. **59**, 281 (1920). — Zur Differentialdiagnose der Depressionszustände. Fortschr. Neur. **23**, **1** (1955). — Klinische Psychopathologie. 4. Aufl. Stuttgart 1955. — SCHROEDER, P.: Stimmungen und Verstimmungen. Leipzig 1930. SCHULTE, W.: Die Entlastungssituation als Wetterwinkel für Pathogenese und Manifestierung neurologischer und psychiatrischer Krankheiten. Nervenarzt **22**, 140 (1951). — WEITBRECHT, H. J.: Zur Psychopathologie der zyklotymen Depression. (Festschrift für KURT SCHNEIDER.) Willsbach und Heidelberg 1947. — Zur Typologie depressiver Psychosen. Fortschr. Neur. **20**, 247 (1952). — Endogene Psychose und Lebenskrise. Nervenarzt **25**, 465 (1954). — WELLEK, A.: Die Polarität im Aufbau des Charakters. Bern 1950. — ZIEHEN, TH.: Psychiatrie. 4. Aufl. Leipzig 1911.

Doz. Dr. Dr. B. PAULEIKHOFF, Münster (Westf.), Univ. Nervenlinik