

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

Über die Auslösung endogener depressiver Phasen durch situative Einflüsse*

Von
B. PAULEIKHOFF

(Eingegangen am 29. Dezember 1958)

WYRSCH hebt 1939 in einem Aufsatz die bemerkenswerte Tatsache hervor, daß zwischen Klinik und Erbbiologie in der Frage der Entstehung der manisch-depressiven Erkrankung beinahe verkehrte Fronten bestehen. „Die Klinik hätte nichts dagegen einzuwenden“, schreibt WYRSCH, „wenn das manisch-depressive Irresein, so wie sie es auffaßt, bis ins Letzte durch die Anlage bedingt wäre; die Erbbiologie aber verlangt nach auslösenden Ursachen und exogenen Faktoren“. Auch die Klinik lehrt zwar, was seit Jahrzehnten bekannt ist und worauf in früheren Jahren insbesondere ZIEHEN u. LANGE und in den letzten Jahren MAUZ, K. SCHNEIDER, W. SCHULTE u. WEITBRECHT hingewiesen haben, daß endogene depressive Phasen durch verschiedene äußere Umstände ausgelöst und beeinflußt werden können, aber die endogene depressive Phase ist in der Regel in ihrem klinischen Erscheinungsbild und Verlauf so unabhängig von dem auslösenden Ereignis, daß der Kliniker dem provozierenden Moment in der Regel keine allzu große Bedeutung beimessen konnte. Bei der klinischen Erörterung dieses Problems standen bisher Fragen nach Art und Häufigkeit auslösender Einflüsse im Vordergrund. Die Antworten auf diese Fragen waren nicht selten sehr unterschiedlich. Während z. B. ZIEHEN in der 4. Auflage seines Lehrbuches aus dem Jahre 1911 hervorhebt, daß bei nicht-periodischen Melancholien fast stets Gelegenheitsveranlassungen für den Krankheitsausbruch nachzuweisen sind und nach einer Statistik seiner Klinik (LIPPSCHITZ) in fast 70% aller Fälle plötzlich einsetzende, aber länger nachwirkende Affektschädigungen das auslösende Moment darstellen, schreibt BUMKE in der 7. Auflage seines Lehrbuches aus dem Jahre 1948: „Die Zwillingsforschung hat gezeigt, daß bei der Entstehung einer manisch-depressiven Psychose gelegentlich noch im Leben erworbene Einflüsse wirksam sein müssen.“ — „Über die Art dieser Umwelteinflüsse wissen wir aber noch nichts.“ Nach KORNHUBER sind nur 5—7% der Depressionen psychisch provoziert.

* Nach einem am 23. 10. 1958 auf der XI. Gütersloher Fortbildungswoche gehaltenen Vortrag.

Diese kurzen Hinweise zeigen, daß es sich bei dem Problem der Auslösung endogener depressiver Phasen um eine seit langem bekannte, aber noch wenig geklärte Frage in der Psychiatrie handelt. Wenig geklärt ist neben der Frage nach Art und Häufigkeit auslösender Ereignisse insbesondere die *Frage des Zusammenhangs*, der zwischen dem auslösenden Ereignis und dem Auftreten einer endogenen depressiven Phase anzunehmen ist. Bei der Gegenüberstellung von endogener depressiver Phase und depressiver Erlebnisreaktion wird mit Recht in erster Linie betont, daß die endogene depressive Phase ohne äußeren Anlaß aus inneren Gründen auftritt, in ihrer Symptomatik und ihrem Verlauf keine Abhängigkeit von situativen Ereignissen zeigt und die in der endogenen depressiven Phase geäußerten Sorgen und Befürchtungen nicht als ursächliches Motiv der Verstimmung anzusehen sind, während die depressive Erlebnisreaktion durch ein situatives Ereignis hervorgerufen wird, in ihrer Symptomatik und ihrem Verlauf von diesem Ereignis abhängig ist und das ursächliche Motiv den Kranken in der depressiven Verstimmung auch gedanklich als Thema beschäftigt. Theoretisch ist diese Abgrenzung sehr befriedigend und auch in der Praxis kann man unter Berücksichtigung dieser Unterscheidungsmerkmale in der Regel leicht eine Diagnose zwischen endogener depressiver Phase und depressiver Erlebnisreaktion stellen. Diese Abgrenzung ist theoretisch und praktisch so befriedigend, daß man vom klinischen Standpunkt aus diese Ordnung nur ungern ändert. Auch in der Beurteilung situativ ausgelöster endogener depressiver Phasen bzw. sogenannter reaktiver Melancholien hat man insofern an dieser Ordnung festgehalten, als man zumeist annimmt, daß bei diesen Kranken zunächst durch bestimmte Ereignisse reaktive Gemütsbewegungen bzw. Gemütserschütterungen hervorgerufen werden, die dann eine nach eigenen, inneren Gesetzen verlaufende endogene depressive Phase in Gang bringen. SCHRÖDER schreibt zu dieser Frage: „Unter einer Annahme ließe sich über die Möglichkeit dieser reaktiven Melancholien diskutieren, das wäre die Annahme, daß diejenigen Störungen des Stoffumsatzes oder der chemischen Steuerung, welche vermutlich den Melancholien zugrunde liegen, durch schwere und namentlich wiederholte oder langdauernde Trauergefühle in Gang gesetzt werden können und daß dann die so in Gang gesetzte Melancholie weiterhin unabhängig von den auslösenden affektiven Momenten ihren gesetzmäßigen Verlauf zu nehmen vermag.“

Dagegen sieht LANGE, der sorgfältige klinische Beobachtungen zu unserer Frage der Auslösung endogener Depressionen mitgeteilt hat, vom Klinischen her zwei verschiedene Arten des Zusammenhangs zwischen auslösendem Ereignis und endogener Melancholie und unterscheidet hier zwei Gruppen, die psychisch provozierten Melancholien und

die reaktiven Melancholien. Die psychisch provozierten Melancholien treten nach LANGE in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit niederdrückenden Erlebnissen auf, weisen alle Kennzeichen der typischen endogenen Depression auf und brauchen inhaltlich überhaupt nicht auf das Erlebnis hinzuweisen, während die reaktiven Melancholien eine fortbestehende Abhängigkeit vom auslösenden Erlebnis zeigen und auch im Erscheinungsbild deutlichere psychogene Verhaltensweisen bieten, ohne daß jedoch auf Grund des Gesamtbildes Zweifel an der Diagnose einer endogenen Melancholie besteht.

Die Beobachtung von LANGE, daß endogene Melancholien durch bestimmte Erlebnisse unmittelbar provoziert werden können, ohne daß überhaupt — auch nicht im Beginn — ein inhaltlicher Zusammenhang zwischen provozierendem Ereignis und endogener Depression besteht, dürfte darauf hinweisen, daß bei dieser Art von Auslösung reaktive Gemütsbewegungen keine besondere Rolle spielen. Man kann annehmen, daß in diesen Fällen die endogene depressive Verstimmung nicht als Folge, sondern an Stelle einer reaktiven depressiven Verstimmung auftritt. Auch eine andere Beobachtung spricht gegen die Annahme, daß in jedem Falle in erster Linie Art und Ausmaß reaktiver Gemütsbewegungen bei der Auslösung endogener depressiver Phasen von Bedeutung sind; das ist die Beobachtung, daß Kranke nach Abklingen einer situativ ausgelösten endogenen depressiven Phase bei später folgenden schweren Schicksalsschlägen keineswegs stets mit einer erneuten Phase erkranken, sondern solche Kranke später auch schwere seelische Erschütterungen auffallend gut bewältigen können. Und nicht zuletzt sind in diesem Zusammenhang die von W. SCHULTE mitgeteilten Beobachtungen hervorzuheben, daß endogene depressive Phasen nicht selten im Urlaub und bei Entlastungen auftreten, während Belastungen eine vorhandene depressive Phase sogar koupieren können.

Wir bringen nun einige Beispiele zur Frage der Auslösung endogener depressiver Phasen und zwar zunächst zwei Beobachtungen aus der Reihe der von LANGE im Jahre 1926 mitgeteilten 6 Fälle psychisch provozierter Melancholien.

1. „Beim letzten Dienstwechsel vor 13 Jahren 2–3 Monate sehr verstimmt, freudlos, gehemmt. Einige Wochen vor der Aufnahme starb die über alles geliebte Dienstherrin. Pat. konnte zunächst noch ein paar Tage arbeiten, wurde dann aber bald gehemmt, verstimmt. Im Krankenhaus schwere subjektive und objektive motorische und seelische Hemmung; voll Kummer über Unbrauchbarkeit und Schande, die sie der Familie mache, sonst frei von depressiven Ideen, insbesondere solchen, die sich mit der Dienstherrin befassen. Vor deren Tod aber sicher noch nicht krank.“

2. „Unmittelbar nach dem Tode des Dienstherrn, bei dem sie 14 Jahre Haushälterin gewesen war, vor jetzt 10 Jahren verstimmt, Gedanken, durch schlechtes Kochen und Versäumnisse aller Art am Tode des Herrn schuld zu sein. Ein Jahr lang schwermütig, wenn auch nicht so sehr wie jetzt. Nunmehr im Zusammenhang

mit Verdrießlichkeiten in einer neuen Stelle, die wohl vorwiegend durch das selbstgerechte Wesen der Pat. hervorgerufen sind, zunehmend verstimmt, appetitlos, schlaflos. Nach jedem leidlichen Schlaf besonders schwerer Tag, gehemmt, abgeschlagen. Zunehmendes Gefühl der ‚Versteinerung‘, der Gefühllosigkeit. Konnte nicht mehr lachen, nicht mehr weinen, nicht mehr denken, nicht mehr arbeiten, nahm ab.“

Wir haben gerade diese beiden Mitteilungen von LANGE ausgewählt, weil bei beiden Kranken zweimal im Leben im Abstand von 10 bzw. 13 Jahren endogene depressive Phasen in engem zeitlichen Zusammenhang mit Veränderungen im Dienstbereich auftraten, während beide Patientinnen andere seelische Erschütterungen, die es in der Zwischenzeit wahrscheinlich auch gegeben hat, offenbar ohne Auslösung einer erneuten Phase ertragen haben.

Aus unseren eigenen Beobachtungen wählen wir zunächst 10 endogen depressive Frauen aus, die wir selber im Monat Juni/Juli 1958 in der Klinik nacheinander gesehen und untersucht haben. Es handelt sich um 10 Kranke mit einer ersten endogenen depressiven Phase. Wir berichten etwas ausführlicher über 4 Kranke, während wir bei den übrigen 6 Kranken die situative Konstellation zur Zeit des Auftretens der endogenen depressiven Phase nur kurz erwähnen können.

Fall A: 43 Jahre alte Pat., früher Sekretärin, seit 1950 verheiratet. Eine ältere Schwester wurde 1954 wegen endogener Depression in der Klinik behandelt. Pat. zog am 27. Juni 1957 in eine größere und ruhigere Wohnung um, fühlte sich dort zunächst wohl und fuhr Mitte August 1957 mit ihrem Mann und ihrer 6jährigen Tochter in Urlaub. „Als wir im September zurückkamen, da war ich da eben nicht zu Hause. Da fing das an, daß ich dachte, das haben wir falsch gemacht, was wohnen hier alles für komische Menschen. Vorher in dem Wohnblock waren alles jüngere Frauen, mit denen man sprechen konnte, und hier war niemand, mit dem ich sprechen konnte, und es war alles so einsam. Und dann kam die Sonne nicht so ins Wohnzimmer wie vorher. Die Wohnung war mir nicht so vertraut. Das Kinderzimmer war anders als vorher, und das hat mich sehr gestört. Und die neue Wohnung hatte so einen feuchten Modergeruch, der mich störte. Ich mußte nun immer denken, wie schön das vorher war, was ich da jeden Tag gemacht hatte, wie mein Mann nach Hause kam, wie die Kinder gespielt haben. Das wurde immer mehr und ich habe nur noch um die Wohnung herumgesponnen.“ Im Januar 1958 wurde für September 1958 ein erneuter Umzug in eine andere Wohnung geplant, die genau so gebaut war wie die alte Wohnung. Im Mai 1958 fuhr Pat. zu ihren Eltern. Da wurde die Unruhe nach stärker. Bei der Klinikaufnahme am 16. Juni 1958 war Pat. depressiv, unruhig, gehemmt, interessenlos, schlaflos. „In der alten Wohnung bin ich durch den Lärm wohl nervös geworden, und durch die Einsamkeit wurde in der neuen Wohnung der Zustand wohl ausgelöst.“

Fall B: 42 Jahre alte Pat., ledig, lebt zusammen mit zwei ledigen Schwestern und einem 48 Jahre alten ledigen Halbbruder auf dem 65 Morgen großen elterlichen Hof. Im Februar 1958 Unterleibsoperation, bei der eine Uterusamputation vorgenommen und das re. cystische Ovar entfernt wurde. An demselben Tag im Februar 1958 hat sich der ledige Halbbruder verlobt und will September 1958 heiraten. Etwa im Mai 1958 teilte die zukünftige Schwiegermutter des Bruders den 3 Schwestern mit, daß für sie ein Haus gebaut werden solle und sie noch vor der Heirat den elterlichen Hof verlassen müßten. Über diese Angelegenheit war vorher

wohl schon gesprochen worden, aber noch nichts Endgültiges beschlossen worden. Pat. hat sich sehr geärgert, aber erst einige Wochen später, etwa Mitte Juni, als nach den Angaben der Pat. und ihrer Schwestern der Ärger schon abgeklungen war, wurde sie anders, weinte und grübelte viel. Bei der Aufnahme in die Klinik am 18. Juli 1958 nach einem Suicidversuch klagt die sehr gehemmte und interessenlose Pat.: „Bin so müde, kann mich gar nicht konzentrieren, kann keine Nacht schlafen, vergeß alles. Es ist so, als wenn der ganze Körper nicht arbeitet.“

Fall C: 30 Jahre alte Pat., seit 1950 verheiratet. Am 29. März 1958 Geburt einer zweiten Tochter. „Unsere 7 Jahre alte Marie-Luise hat immer gequält, sie wolle gern ein Schwesterchen. Wir haben uns alle sehr auf das Kind gefreut. Ich habe alles vorbereitet, und wenn mein Mann abends nach Hause kam, mußte ich ihm alles zeigen. Auch wenn sonst jemand kam, mußte ich zeigen, was ich gekauft hatte. Einige Tage vor der Geburt bin ich nicht mehr ausgegangen, damit nur unterwegs nichts passiert. Die Geburt ging schnell. Wo die Hebamme dann sagte, daß das Kind nur 4 Pfd. wiege, da kriegte ich schon die Sorgen, ob ich es wohl groß kriege. Ich habe oft gefragt: Sind die anderen Kinder denn auch so klein? Eine Frau neben mir hatte ein Kind von $7\frac{1}{2}$ Pfd. Da habe ich immer gedacht: Schade, daß mein Kind nicht auch so groß ist. Als die Schwester dann (etwa 4 Tage vor der Entlassung) zu mir sagte: „Unter 5 Pfd. gibt es der Arzt nicht mit nach Hause“, da mußte ich zum ersten Male weinen. Als ich (am 9. Tag nach der Geburt) nach Hause kam, da war alles so dunkel, so komisch und fremd. Ich hatte keine Lust, alles so interessenlos. Mir war, als wenn die Entbindung schon Jahre her wäre, als wenn die Zeit still stehe. Alles war so weit weg. Wenn die Mahlzeiten für das Kind da waren, dann war es besonders schlimm. Solange das Kind nicht zu Hause war, mußte ich immer nach draußen laufen. Als das Kind (10 Tage später) nach Hause kam, war das nicht mehr, aber sonst hat sich der Zustand nicht gebessert.“ Bei der Klinikaufnahme am 25. Juni 1958 war Pat. interessenlos, lustlos, gehemmt.

Fall D: 25 Jahre alte Pat., früher Büroangestellte, seit Februar 1957 verheiratet. Im Juli 1957 Geburt einer Tochter. Kind etwa 4 Wochen lang gestillt. „Zuerst fühlte ich mich richtig stolz und glücklich“. Etwa Februar 1958 ging Pat. mit ihrem Kind zum Arzt, weil eine Hüfte nicht in Ordnung zu sein schien. „Der Kinderarzt sagte: An der Hüfte ist was, aber ich kann noch nicht sagen, was es ist. Als er das sagte, ging ein Zucken durch meinen ganzen Körper. Jedesmal, wenn ich vom Arzt kam, war ich ganz schockiert. Als ich im April zum Orthopäden geschickt wurde und hörte, daß es eine Hüftgelenkverenkung sei, war ich ganz fertig. Ich mußte immer denken, warum muß mir das gerade passieren, und mußte immer in andere Kinderwagen schauen nach den Kindern, die schon sitzen konnten. Ich habe gedacht, ob das überhaupt was wird und wie schrecklich das ist, wenn das Kind später humpelt, und wirst Du mit dem Kind überhaupt fertig, so daß ich schließlich ganz unselbständig wurde.“ Von Mitte Juni bis Anfang Juli 1958 fuhr Pat. mit ihrem Mann in Urlaub; während des Urlaubs fiel dem Ehemann auf, daß seine Frau sich nicht mehr richtig freuen konnte, kein Interesse mehr hatte und ängstlich war. „Zu Hause kriegte ich dann nichts mehr fertig, konnte nicht schlafen, hatte keine Freude mehr am Kind, war so dösig, als wenn ich ein Brett vorm Kopf gehabt hätte, es ging alles so schwer, als wenn ich gar keinen Willen mehr gehabt hätte. Es machte alles keinen Spaß mehr. Mit dem Kind und mit der Hüfte war mir nachher alles egal.“ Bei der Klinikaufnahme am 22. Juli 1958 war Pat. vorwiegend agitiert-ängstlich.

Während die endogene Depression bei der Kranken A nach einem Umzug in eine größere und ruhigere Wohnung und bei der Kranken B vor einem Wohnungswechsel auftritt, nachdem sie erfahren hatte,

daß sie das elterliche Haus verlassen müsse, beginnt die endogene depressive Phase bei der Kranken C im Wochenbett etwa in dem Zeitpunkt, als sie am 9. Tag nach der Entbindung ohne ihr nur 4 Pfd. wiegendes Kind aus dem Krankenhaus nach Hause entlassen wird, und bei der Kranken D etwa 11 Monate nach der Entbindung, nachdem sie erfahren hatte, daß ihr Kind eine Hüftgelenksluxation habe. Bei den übrigen 6 Patientinnen unserer Untersuchungsreihe von 10 Kranken war die situative Konstellation zur Zeit des Auftretens der endogenen Depression so, daß bei einer Kranken ebenfalls eine Wohnungskündigung dem Beginn der Depression unmittelbar vorausging und bei drei anderen Kranken im Alter von 32, 34 und 36 Jahren die endogene Depression im Abstand von 1, 2 und 3 Monaten nach einer Entbindung auftrat, als der Säugling oder ein anderes Kind erkrankte oder der Mutter sonst Kummer machte. Bei einer 55 Jahre alten Patientin, bei der wegen Krebsverdacht, der sich aber nicht bestätigte, eine Abrasio ausgeführt wurde, traten die ersten endogenen depressiven Beschwerden bei der Rückkehr aus dem Krankenhaus in Erscheinung, und bei einer 31 Jahre alten schwangeren Frau setzt die endogene Depression in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Teilnahme an Exerzitien ein, die — ohne daß ein inhaltlicher Zusammenhang bestand — von der Patientin selber als auslösendes Moment — da sie sich die Predigten zu sehr zu Herzen genommen habe — angegeben wurden.

Bei allen 10 Kranken finden sich also situative Ereignisse, die für die Auslösung der endogenen depressiven Phase von Bedeutung sein könnten. Die Frage, die sich uns hier allerdings sogleich aufdrängt, ob diese situativen Ereignisse lediglich zufällig zeitlich mit dem Auftreten der endogenen Depression zusammentreffen oder als wesentliche auslösende Momente anzusehen sind, ist im Einzelfall bei unserer heutigen Einsicht in die Weise der Auslösung kaum eindeutig zu beantworten. Wir haben heute noch keine ausreichenden Kriterien, auf die wir uns in der Beantwortung dieser Frage stützen können. Man hat bisher vom klinischen Standpunkt aus so sehr die Unabhängigkeit der endogenen depressiven Symptomatik von der Situation betont, daß eine angemessene Beurteilung der Frage nach der Bedeutung situativer Einflüsse bei der Auslösung endogener depressiver Phasen nicht möglich war. Die endogene Eigengesetzlichkeit der Schwermut steht außer Frage, aber sie schließt nicht aus, daß eine Abhängigkeit von der Situation in gewissen Grenzen bestehen könnte. Wir können hier keine Beweise, sondern nur Hinweise und Anregungen geben, in welcher Weise eine solche Abhängigkeit von der Situation im Beginn der endogenen Depression bei unseren Kranken vorhanden sein dürfte.

Im Hinblick auf Art und Häufigkeit der situativen Umstände ist bei 8 von den 10 Kranken unserer Untersuchungsreihe auffallend, daß

die endogene depressive Verstimmung in 3 Fällen vor bzw. nach einem Wohnungswechsel und in 5 Fällen wenige Tage bzw. mehrere Wochen oder Monate nach einer Entbindung in zeitlichem Zusammenhang mit einer zusätzlichen Belastung auftritt. Daß bei unseren 10 Kranken in 3 Fällen ein Wohnungswechsel mit dem Beginn der endogenen depressiven Phase zeitlich zusammenfällt, ist kein Zufallsbefund unserer Untersuchungsreihe, sondern es ist auch sonst bekannt, daß ein Wohnungswechsel besonders häufig mit dem Beginn einer endogenen Depression zusammentrifft. Vergleichbar mit dem Ereignis eines Wohnungswechsels sind auch wohl die in den beiden Beispielen von LANGE als provozierenden Moment erwähnten Veränderungen im Dienstbereich, zumal wenn man die zu jener Zeit bestehenden patriarchalischen Verhältnisse zwischen Dienstherrn und Angestellten mit ihrer engen Wohngemeinschaft berücksichtigt. Bei diesen Ereignissen weist bereits die Häufigkeit ihres Zusammentreffens mit dem Beginn endogener depressiver Phasen darauf hin, daß nicht nur ein zufälliger zeitlicher Zusammenhang, sondern ein ursächlicher Zusammenhang im Sinne der Auslösung bestehen dürfte.

Der Beginn der Depression fällt bei unseren Kranken A und B zeitlich nicht unmittelbar mit dem Wohnungswechsel zusammen. Die Kranke A zog im Juni in ihre neue Wohnung, fuhr im August mit ihrem Mann in Urlaub und — ohne daß Ärger oder sonstige Gemüterschüttelungen vorausgegangen waren — trat die endogene depressive Symptomatik plötzlich auf, als die Patientin aus dem Urlaub zurückkehrte und sich nun in ihrer neuen Wohnung nicht zu Hause fühlte. Bei der Kranken B begann die endogene Depression vor dem Wohnungswechsel, aber erst mehrere Wochen nach der Nachricht, daß sie das Elternhaus verlassen müsse. Der zunächst sehr heftige Ärger über diese Nachricht war — nach den Angaben der Patientin und ihrer Schwestern — bereits weitgehend abgeklungen, als die endogene Verstimmung einsetzte. Bei beiden Kranken fällt jedoch der Beginn der endogenen Depression insofern mit einem kritischen Punkt in der Gesamtsituation des Wohnungswechsels zusammen, als von der Kranken A, die den Umzug in die größere und ruhigere Wohnung selber geplant und gewünscht hatte und die zunächst in den ersten Wochen nach dem Umzug mit der Einrichtung ihrer neuen Wohnung sicher sehr beschäftigt war, erst bei der Rückkehr aus dem Urlaub die innere Umstellung auf die neuen Wohnverhältnisse verlangt wurde, während der Kranken B, der entgegen ihren persönlichen Wünschen das Verlassen des Elternhauses befohlen worden war, wohl erst nach Abklingen des Ärgers über diese Nachricht die Notwendigkeit deutlich vor Augen trat, sich an die veränderte Situation anzupassen und sich auf den bevorstehenden Wohnungswechsel umzustellen. Unter Mitberücksichtigung anderer ähnlicher Fälle sind wir der Ansicht, daß

das wesentliche Moment für die Auslösung der endogenen depressiven Phase bei beiden Kranken nicht in einer reaktiven gefühlsmäßigen Erschütterung liegt, sondern eher darin besteht, daß sich beide Kranke aufgrund einer mangelhaften Umstellungsbereitschaft an die durch den vollzogenen bzw. bevorstehenden Wohnungswechsel veränderte Situation nicht in der rechten Weise anpassen können.

Bei der Kranken B wurde wenige Monate vor dem Beginn der endogenen Depression an demselben Tag, als sich ihr Halbbruder verlobte, eine Unterleibsoperation mit Uterusamputation und Entfernung des rechten Ovars durchgeführt. Bei der Kranken B besteht wohl kein ausreichender Anhalt, diese eingreifende Operation ebenfalls als auslösendes Moment anzusehen. Somatisch-biologische Faktoren dürften jedoch mit Wahrscheinlichkeit bei jenen endogenen Depressionen eine ursächliche Rolle spielen, die im Wochenbett auftreten, wie es bei unserer Patientin C der Fall ist. Wir stellen hier diese somatisch-biologischen Zusammenhänge nicht in Frage, sondern fragen zusätzlich, ob bei der Kranken C als auslösendes Moment auch die Tatsache eine Rolle spielt, daß ihr Kind nur 4 Pfd. wog und sie zunächst ohne ihr zu leicht befundenes Kind nach Hause gehen mußte. Die Patientin gibt einen unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang zwischen diesen Ereignissen und dem Auftreten ihrer Schwermut an. Bei den anderen Kranken unserer Untersuchungsreihe liegt zwischen Entbindung und Auftreten der endogenen Depression ein Abstand von 1, 2 und 3 Monaten, und bei der Kranken D tritt die endogene Verstimmung erst 9 Monate nach der Entbindung auf, nachdem sie — schon seit einiger Zeit — erfahren hatte, daß ihr Kind eine Hüftgelenksluxation habe. Schon die in unserer Untersuchungsreihe vorhandene Häufigkeit des Auftretens typischer endogener Depressionen im Abstand von Tagen, Wochen oder Monaten nach einer Entbindung dürfte wiederum darauf hinweisen, daß hier nicht nur ein zufälliger zeitlicher, sondern ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Ereignis der Entbindung bzw. dessen Folgen vorliegen dürfte. Dabei ist besonders bemerkenswert, daß die endogene Verstimmung nur bei einer Patientin in unmittelbarem Anschluß an das Wochenbett auftritt, während sich die anderen Kranken zunächst nach der Entbindung mehrere Wochen bzw. Monate sehr wohl fühlen und erst später bei einer zusätzlichen Belastung erkranken. Wir fragen hier lediglich, ob bei diesen endogenen depressiven Müttern als auslösendes Moment für das Auftreten der endogenen Depression auch die durch die Geburt eines Kindes veränderte seelische Situation zu berücksichtigen ist, die gerade in der Zeit nach dem Wochenbett von der Mutter eine innere Umstellung und Anpassung erfordert und die sehr besorgte und wenig selbständige Mütter bei einer weiteren Belastung auch wohl leicht überfordert. Um eine befriedigende Antwort auf diese Frage geben zu können, wird man weitere Erfahrungen

sammeln und sich eingehender als bisher um die Weise der Auslösung der Schwermut im Einzelfall kümmern müssen.

Sucht man die Bedeutung des auslösenden Ereignisses für den Kranken im Einzelfall zu erfassen, so hat man sich insbesondere auch mit der Frage zu beschäftigen, in welcher Weise man die *subjektiven Angaben* der Kranken verwerten kann. SCHRÖDER schreibt: „Es kommt kaum ein Fall in die Sprechstunde des Arztes oder in die Klinik zur Aufnahme, bei welchem nicht ein oder mehrere äußere Umstände als Ursachen für die Krankheiten angegeben werden.“ Ähnliche Formulierungen sind in der Literatur häufiger zu finden und sind mit der Vorstellung verbunden, daß der endogen depressive Kranke doch nach einer Ursache für seine Schwermut suchen müsse. Bei unseren 10 Kranken hatte man keineswegs den Eindruck, daß sie nach einer Ursache suchten. Alle Kranken lehnten es eher ab, daß die von uns hervorgehobenen auslösenden Ereignisse als Hauptursache für ihre Erkrankung anzusehen seien. Die Kranke C (mit dem Säugling von 4 Pfd.) betonte z. B. wiederholt, sie wolle auf keinen Fall die Schwester für ihre Erkrankung verantwortlich machen; vielleicht habe das ja auch mit der Erkrankung nichts zu tun. Andere Kranke gaben an, daß die Ereignisse wohl als „Auslösung“ anzusehen sein, die Erkrankung wohl „ins Rollen gebracht“ oder „wohl etwas, aber nicht viel“ mit der Erkrankung zu tun haben könnten. Insgesamt muß man bei unseren Kranken sagen, was auch sonst zu beobachten ist, daß die subjektive Stellungnahme zu dem evtl. vorhandenen auslösenden Ereignis auffallend kritisch und zurückhaltend ist und man keineswegs ein besonderes Bedürfnis nach laienhaft konstruierten kausalen Zusammenhängen feststellen kann. Auch die in der endogenen depressiven Phase nicht selten geäußerten Sorgen, Befürchtungen und Grübeleien werden von den Kranken meist nicht als Grund der Depression angesehen.

Will man die Bedeutung des auslösenden Ereignisses für den Kranken im Einzelfall beurteilen, muß man die *Situation* — und zwar die Gesamtsituation — und die *Charakterstruktur* des Kranken in gleicher Weise berücksichtigen. SCHRÖDER schreibt, gegen die Annahme auslösender affektiver Momente spreche die Tatsache, „daß sehr schwere traurige Einzelerlebnisse bei den weitaus meisten Menschen keine Melancholie im Gefolge habe. Man müßte deshalb jedesmal, wenn das doch der Fall ist, die weitere Annahme der besonderen Bereitschaft oder Anlage gerade zu manisch-depressiven Schwankungen bei diesen Menschen machen, würde aber dadurch die Entscheidung über die Bewertung des affektiven Momentes von neuem erschweren.“ Im Gegensatz zu dieser Ansicht von SCHRÖDER darf man wohl sagen, daß die Annahme und Berücksichtigung einer persönlichen Bereitschaft oder Anlage schon notwendig ist, um die Bedeutung des auslösenden Ereignisses für den Kranken beurteilen zu können. Die Kranke B hat z. B.

zwei ledige Schwestern, die sich in einer ähnlichen Situation befinden und auch das Elternhaus verlassen müssen. Für die drei Schwestern ist jedoch die durch die geplante Heirat des Bruders entstandene neue Situation deshalb nicht die gleiche, weil die Schwestern in ihrer Charakterstruktur und damit in ihrer Umstellungsbereitschaft und Anpassungsfähigkeit an die neue Situation verschieden sind.

Die Frage, welche Charakterstruktur bei Menschen mit endogen depressiver bzw. manisch-depressiver Erkrankung am häufigsten anzutreffen ist, hat man in der Literatur wiederholt erörtert. Aufgrund der Vorstellung, daß es sich bei der manisch-depressiven Störung um eine Gemütskrankung handle, hat man in der Beantwortung dieser Frage in erster Linie die gemütliche Veranlagung zu heiteren und depressiven Verstimmungen beachtet. REISS konnte bereits 1910 in ausführlichen und gründlichen Untersuchungen, die auf Anregung von GAUPP gemacht wurden, feststellen, daß diese gemütliche Veranlagung bei manisch-depressiven Kranken sehr verschieden sein kann. Bei der Beschäftigung mit dem Problem der Auslösung endogener Depressionen gewinnt man den Eindruck, daß man weniger auf die gemütliche Veranlagung zu heiteren und depressiven Verstimmungen als vielmehr auf die *Interessen* dieser Kranken zu achten hat. Es ist immer wieder zu beobachten, daß es sich bei diesen Kranken um ordentliche, treue, tätige, strebsame und tüchtige Menschen handelt, die sich mit ihrer ganzen Kraft für ein bestimmtes Interessengebiet insbesondere familiärer und beruflicher Art einsetzen und sehr gewissenhaft und beständig ihre Pflicht erfüllen. Die sozialen Verhältnisse dieser Kranken sind daher — wie MAUZ nachgewiesen hat — in der Regel geordnet und aufsteigend. Diese Kranken haben bestimmte Interessensphären mit fester Ordnung, aber sie sind in ihren Interessengebieten oft einseitig, eingeleisig und insofern festgelegt, als sie sich nicht für mehrere Gebiete interessieren und sich nur schwer auf andere Gebiete umstellen können. Sie haben zwar sonst im Umgang mit den Mitmenschen keine Anpassungsschwierigkeiten, sind eher beliebt und gesellig, aber wenn die feste Ordnung *ihrer* Interessensphäre ins Wanken kommt, dann fällt es ihnen schwer, sich anzupassen und umzustellen. Vom Gesichtspunkt der Auslösung endogener depressiver Phasen wird in vielen Fällen *keine* innere Beziehung zwischen einer besonderen depressiven Veranlagung bzw. einer zunächst bestehenden reaktiven depressiven Verstimmung und dem Auftreten der endogenen depressiven Verstimmung deutlich, sondern es ist viel eher insofern ein innerer Zusammenhang zur Interessensphäre bzw. zur Interessenlosigkeit und Mutlosigkeit (Schwermut) der Kranken zu erkennen, als das auslösende Ereignis oft so beschaffen ist, daß es in besonderer Weise die Hauptinteressensphäre der Kranken stört und die durch das Ereignis veränderte Situation die Interessen der Kranken nicht mehr anspricht

und ausfüllt. Man könnte sagen, die Kranken werden interessenlos und mutlos, weil ihre im Vordergrund stehenden Interessen nicht mehr in passender Weise angesprochen werden und die Kranken sich auf die neue Situation nicht in entsprechender Weise umstellen können. Da mit zunehmendem Alter im Vergleich zur Jugend die Interessensphären eher fester und starrer werden und die Umstellungsbereitschaft und Anpassungsfähigkeit eher abnimmt, könnte in dieser Richtung vielleicht auch eine Erklärung für die Tatsache gefunden werden, daß endogene depressive Phasen bevorzugt im mittleren und höheren Alter auftreten.

Wenn wir soeben darauf hingewiesen haben, daß bereits für die Beurteilung des auslösenden Ereignisses die Berücksichtigung einer persönlichen Bereitschaft oder Anlage notwendig ist, so ist die Annahme einer persönlichen Bereitschaft oder Anlage für das Auftreten endogener depressiver Phasen ohne Zweifel von ganz entscheidender Bedeutung. Wie diese Anlage zur endogenen Depression beschaffen ist, können wir hier nicht näher erörtern und ist heute auch noch weitgehend ungeklärt. Hier heben wir besonders hervor, daß das auslösende Ereignis in keinem Falle als Hauptursache, geschweige denn als einzige Ursache für das Auftreten der endogenen Depression, sondern immer nur als *eine Bedingung* unter anderen Bedingungen im Sinne auslösender bzw. provozierender Momente anzusehen ist.

Neben der Frage der situativen Auslösung sind auch die Fragen der situativen Abhängigkeit im *Verlauf* und *Ausgang* endogener depressiver Phasen von nicht geringer Bedeutung. Eine Kranke unserer Untersuchungsreihe betonte wiederholt: „Wenn Sie mir sagen, daß ich wieder ganz gesund werde, bin ich für einige Stunden ganz ruhig, aber es hält nicht an.“ Und als die Kranke C einmal einen besonders schlechten Tag gehabt hatte, sagte sie am folgenden Tag: „Da Sie mir gestern auf meine Frage, wann ich entlassen werde, keine Antwort gegeben haben, mußte ich den ganzen Tag weinen.“ Auch das Abklingen endogener depressiver Phasen scheint gelegentlich — wenn auch weitaus seltener als die Auslösung der Phasen — durch ein besonderes situatives Ereignis mitbedingt zu sein. W. SCHULTE berichtet über einen 50 Jahre alten Bauern, dessen endogene Depression nach erfolgloser stationärer Behandlung von mehreren Monaten plötzlich in dem Zeitpunkt ausheilte, als die Schreckensnachricht eintraf, seine einzige Tochter sei tödlich verunglückt. Eine endogen depressive Mutter mit 3 Kindern, die 1956 in unserer Klinik beobachtet und in ungebessertem Zustand auf eigenen Wunsch die Klinik wieder verlassen hatte, erzählte uns später über die Besserung ihrer Schwermut, daß zunächst nach ihrer Entlassung aus der Klinik ihre Mutter den Haushalt und die Kinder versorgt habe. Ihre Mutter, die seit Jahren unter stärkeren Herzbeschwerden leide, habe sich in dieser Zeit besonders wohl gefühlt. In dem Zeitpunkt, als die Mutter wieder

krank und arbeitsunfähig geworden sei, sei sie plötzlich wieder gesund gewesen. MAUZ hat besonders darauf hingewiesen, daß man in der Therapie endogen depressiver Kranker auch die Situation berücksichtigen muß, in der die Kranken nach ihrer Gesundung leben müssen. Wir wollen hier diese therapeutische Frage nicht ausführlicher behandeln und hier nur darauf hinweisen, daß gelegentlich bei jenen Kranken, deren endogene depressive Phase besonders lange dauert oder bei denen in kurzen zeitlichen Abständen mehrere endogene depressive Phasen auftreten, auch die persönliche Situation dieser Kranken als wesentliche Bedingung für den ungünstigen Verlauf der Erkrankung in Betracht zu ziehen ist.

Bei den bisher erwähnten 10 Kranken unserer Untersuchungsreihe handelte es sich um die erste endogene depressive Phase. Als 11. endogen depressive Kranke kam am 24. 7. 1958 eine 51 Jahre alte Frau zur Aufnahme, die bereits in den Jahren 1936, 1938 und 1942 nach Entbindungen und dann im Jahre 1950 mit endogenen depressiven Phasen erkrankt war. Bei dieser gemütlich weichen und etwas ängstlichen Mutter stand die Sorge um ihre 3 Kinder im Mittelpunkt ihrer Interessen. Sie sagte: „Ich habe immer so Angst um meine Kinder. Ich meine immer, die Kinder schaffen das nicht, was sie sich als Ziel setzen. Diese Sorgen habe ich immer gehabt und habe immer die Mütter beneidet, die anders waren. Auf die Frage nach auslösenden Momenten für das Auftreten der endogenen depressiven Phasen nach den Entbindungen gab sie an: „Als 1936 meine Tochter geboren wurde, kam es (das Schwermütige) etwa 8 Tage später. Ich hatte gleich eine Brustentzündung und konnte nicht stillen und da machte ich mir Sorgen, ich kriegte das Kind nicht groß. 1938 war die Geburt im Juli und da kam die Depression im Herbst. Der Junge war so zart und hatte bald einen Husten. Und die Gisela wurde da auch krank, hatte es an der Bauchspeicheldrüse. Das hat mir viel Sorgen gemacht. 1942 war die Geburt im März und da kam die Unruhe und Schlaflosigkeit Ende Mai oder Juni. Dafür weiß ich keinen Grund.“ Als diese Mutter, die 1943 mit ihren Kindern von Berlin nach Ostpreußen evakuiert worden war, bei Kriegsende unter vielen Strapazen aus Ostpreußen fliehen mußten, fühlte sie sich nach ihren Angaben besonders stark und konnte vielen Menschen auf der Flucht helfen. Als sie im Januar 1949 die endgültige Nachricht erhielt, daß ihr Mann (von Beruf Redakteur einer Zeitschrift) seit 1945 vermißt sei, habe sie sich mit den anderen Frauen getröstet, die dasselbe Schicksal hatten wie sie. Schließlich habe im Frühjahr 1950 ein Streit mit dem Nachbarn, der ihren Sohn zu Unrecht — wie sich später herausgestellt habe — beschimpft habe, das Schwermütige dann wohl wieder ins Rollen gebracht. Der Nachbar habe gesagt: „Wenn Dein Mann das wüßte, daß der Sohn Bernd so verlogen ist, würde er sich im Grabe umdrehen. Das hat mich sehr gepackt und da

fand ich keine Ruhe. Die Depression kam ziemlich bald anschließend.“ Für die letzte Phase, die zur Aufnahme in die Klinik führte, konnte die Patientin kein auslösendes situatives Moment angeben.

Diese Mutter gibt nur Sorgen um ihre Kinder als auslösende Momente an, während sie den Verlust ihrer Wohnung in Berlin, die Flucht bei Kriegsende und die Nachricht, daß ihr Mann vermißt sei, ohne erneutes Auftreten einer Depression ertragen hat. Das Anlagemoment für das Auftreten der endogenen Depression steht außer Frage, es ist aber zu fragen, ob und in welcher Weise die von der Patientin hervorgehobenen besonderen Sorgen um die Kinder hier den Zeitpunkt des Auftretens der Phasen mitbestimmen. Daß von Kranken mit mehreren endogenen depressiven Phasen in ihrem Leben für einige Phasen, insbesondere für die erste Phase auslösende situative Momente angegeben werden, für andere Phasen dagegen keine auslösende Momente angegeben werden können, ist auch sonst nicht selten zu beobachten.

Wir können diese Reihe von Beispielen weiter fortsetzen. Als 12. Patientin kam ein 26jähriges lediges Mädchen in unsere Behandlung, das sich in der Stellung als Schneiderin nicht wohl fühlte und schon seit 6 Jahren ein Verhältnis mit einem Studenten hatte, der seit zwei Jahren eine Prüfung, die wichtig war, um heiraten zu können, immer wieder aufschob. Es war geplant, daß diese Prüfung nun im Frühjahr 1958 abgelegt werden sollte. „Die Interessenlosigkeit kam schlagartig in dem Zeitpunkt, als mein Bräutigam sagte, er wolle erst im Herbst das Examen machen.“ — Als 13. Patientin wurde am 4. 8. 1958 eine 31 Jahre alte Frau in die Klinik aufgenommen, die in zeitlichem Zusammenhang mit einem geplanten Wohnungswechsel bereits während der Schwangerschaft bis zur Geburt einige Monate depressiv verstimmt war. Nach der Entbindung am 24. 2. 1958 fühlte sich diese Mutter zunächst trotz hohen Fiebers im Wochenbett glücklich und zufrieden. Etwa 3 Monate nach der Entbindung wurde sie erneut schwermütig, mutlos, interessenlos. Zum 1. September 1958 war ein Wohnungswechsel geplant, mit dem die Patientin nicht einverstanden war. — Als 14. Patientin kam am 12. 8. 1958 eine 55 Jahre alte Mutter von zwei Kindern in die Klinik. Diese Patientin, die seit 11 Jahren von ihrem Mann getrennt lebte, war im Dezember 1957 in eine andere schönere Wohnung umgezogen. Die endogene depressive Phase trat $\frac{1}{2}$ Jahr nach dem Wohnungsumzug etwa in dem Zeitpunkt auf, als sich ihr Sohn verlobte. Das Auftreten endogener Depressionen in engem zeitlichen Zusammenhang mit der Verlobung bzw. Heirat der Kinder oder dem Fortgehen der Kinder aus dem Elternhaus ist auch sonst bei endogen depressiven Müttern auffallend häufig zu beobachten.

Schließlich kam an 21. 8. 1958 als 15. endogen depressive Patientin eine 48 Jahre alte Frau in unsere Behandlung, deren Krankheitsgeschichte

deutlich an zwei von W. SCHULTE mitgeteilte Beobachtungen erinnerte. SCHULTE berichtet über zwei Kranke, bei denen die endogene Depression erst einige Zeit nach der Entlassung aus der Kriegsgefangenschaft in einer Zeit eindeutiger Entlastung erstmalig auftrat. Unsere Patientin war von 1945 bis Juli 1948 in russischer Gefangenschaft. Nach der Entlassung aus der Gefangenschaft beginnt bei ihr die erste endogene depressive Phase mit schweren Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen, die bis zum Frühjahr 1949 dauert. Vom 10. 1. 1949 bis 30. 3. 1949 wurde die Patientin in der Klinik stationär behandelt. Anschließend war sie dann 9 Jahre lang gesund. Wenige Wochen nach einem Umzug in eine neue Wohnung trat im Juni 1958 die zweite endogene depressive Phase auf. Der Ehemann sagte: „Die Wohnung habe ich eigentlich nur wegen meiner Frau gebaut. Der Umzug kann mit der Erkrankung nichts zu tun haben, weil die neue Wohnung doch viel schöner und besser ist als die alte.“

Zusammenfassung

In unserer Untersuchungsreihe von 15 Kranken, die wir nicht nach besonderen Gesichtspunkten ausgewählt, sondern in den Monaten Juni, Juli, August 1958 nacheinander in der Klinik untersucht und behandelt haben, ist besonders bemerkenswert, daß die *situativen Ereignisse des Wohnungswechsels und der Entbindung* auffallend häufig mit dem Beginn einer endogenen depressiven Phase zusammentreffen. Bei dem Ereignis der Entbindung ist an Hand dieser Beispiele besonders hervorzuheben, daß die endogene Depression keineswegs stets im Anschluß an das Wochenbett, sondern meist erst Wochen oder Monate nach der Entbindung bei einer zusätzlichen Belastung auftritt. Neben den Ereignissen des Wohnungswechsels und der Entbindung konnten wir sonst — wie oben bereits vermerkt — die Verlobung bzw. Heirat der Kinder oder das Fortgehen der Kinder aus dem Elternhaus auffallend häufig bei endogen depressiven Frauen als auslösendes situatives Ereignis antreffen, wenn auch dieses Ereignis in unserer Untersuchungsreihe nur einmal Erwähnung findet. Bei diesen drei Gruppen von auslösenden situativen Momenten dürfte neben der Häufigkeit des Zusammentreffens mit dem Beginn endogener depressiver Phasen auch die Art der Ereignisse einen inneren Zusammenhang mit der Schwermut im Sinne der Auslösung wahrscheinlich machen. Es handelt sich hier um Ereignisse, die meist nicht in erster Linie Anlaß zu einer depressiven Erlebnisreaktion bilden, sondern *die in besonderem Maße eine innere Umstellung und Anpassung an eine neue Situation notwendig machen*. Es ist auch in vielen Fällen im Beginn situativ ausgelöster endogener depressiver Phasen zunächst *keine reaktive* depressive Verstimmung zu beobachten, sondern die *endogene* depressive Verstimmung scheint unmittelbar ausgelöst bzw. provoziert

zu werden, und der Zusammenhang zwischen auslösendem Ereignis und endogener depressiver Phase dürfte meist wesentlich anders sein als der Zusammenhang zwischen situativem Ereignis und depressiver Erlebnisreaktion. Das auslösende situative Ereignis ist in keinem Falle als Hauptursache für das Auftreten der endogenen Depression, sondern stets nur als eine mehr oder weniger wesentliche Bedingung für den Zeitpunkt des Auftretens der endogenen depressiven Phase anzusehen. Zur weiteren Klärung dieser Probleme ist es wohl notwendig, einmal bei allen endogen depressiven Kranken die Situation zur Zeit des Auftretens der endogenen depressiven Phase genau zu untersuchen.

Literatur

Vgl. die Literaturangaben in der Arbeit: PAULEIKHOFF, B.: Über die Bedeutung situativer Einflüsse bei der Auslösung endogener depressiver Phasen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **197**, 669 (1958). — Weitere Literaturangaben: BUMKE, O.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 7. Aufl. München: J. F. Bergmann 1948. — KORNHUBER, H.: Die Auslösung cyclothymen Depressionen durch seelische Erschütterungen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **193**, 391 (1955). — LANGE, J.: Über Melancholie. Z. Neurol. **101**, 293 (1926). — REISS, E.: Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. Klinische Untersuchungen über den Zusammenhang von Veranlagung und Psychose. Z. Neurol. **2**, 347 (1910). — WYRSCH, J.: Die Bedeutung der exogenen Faktoren für die Entstehung und den Verlauf des manisch-depressiven Irreseins und der genuinen Epilepsie. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. **43**, 187 (1939).

Doz. Dr. Dr. B. PAULEIKHOFF, Münster (Westf.), Univ.-Nervenklinik