

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

Die Verlustdepression Verlust und existentielle Krise

Von
A. LORENZER

(Eingegangen am 31. März 1959)

Der alte psychiatrische Wunschtraum, Krankheitseinheiten mit eindeutiger Entsprechung von Symptomatik und Genese aufzufinden, wurde auch bei den Depressionen nirgendwo Wirklichkeit. Das gilt nicht nur für die depressiven Randformen, sondern gilt auch für jene Kerngruppe der Depressionen, die mit vitaler Traurigkeit, Oppressionsgefühlen, Obstipation, Schlafstörungen und anderem einhergehen. Selbst dieses psychopathologisch so uniform wirkende Syndrom ist, — wie neuerdings auch KURT SCHNEIDER vermerkt — genetisch mehrdeutig: Unter demselben Bild können sich die verschiedensten Krankheitsvorgänge verbergen, das Syndrom ist ein „Sammeltopf“ der unterschiedlichsten Krankheiten.

Erst vor kurzem (1954) hat H. HÄFNER aus dem Gebiet dieses depressiven Kernsyndroms eine Gruppe unter der Bezeichnung „existentielle Depressionen“ ausgesondert. Das Wesentliche dieser Fälle ist, daß die Erkrankung „psychisch reaktiv“ in einer lebensgeschichtlichen Krise wurzelt: Die Depression bricht dort auf, wo ein Mensch „jeden tragenden Haltes und jeder unmittelbaren Wertrealisationsmöglichkeit beraubt wurde“ (HÄFNER).

W. TH. WINKLER hat auf dem letztjährigen Regensburger Fortbildungskurs einzelne Formen dieser existentiellen Depressionen genauer herausgehoben. Er stellte neben die „Wertverlustdepression“ und die „Schulddepression“ die „nihilistische Depression“ (WINKLER). Allen diesen „existentiellen Depressionen“ ist gemeinsam, daß das Dasein sinn- und wertlos geworden, „an einen Abgrund gelangt, von dem ein gewaltiger Sog ausgeht“ (WINKLER). Bei der „Wertverlustdepression“ z. B. ereignet sich diese Sinnentleerung dann, wenn — bei schon vorher eingeengtem Wert- und Daseinsentwurf — auch noch die letzte Möglichkeit, sich in der Verwirklichung von Werten zum Austrag zu bringen, verloren ging. So gründet die Depression bei einem von WINKLER vorgetragenen Fall im Verlust des einzigen Kindes einer menschlich längst isolierten Patientin, während im Beispiel HÄFNERs die Erkrankung unmittelbar nach dem Verlust des allerletzten Tätigkeitsraumes

einer alternden Frau ausbricht. In beiden Fällen wird in der Krisensituation mit einem Mal das Feld der bis dahin möglichen Wertverwirklichung vernichtet.

In den letzten Jahren hatten wir selbst immer wieder Gelegenheit, einzelne Fälle zu sehen, die genau diese Dynamik erkennen ließen. Sehr viel häufiger aber noch begegneten uns Patienten, deren Krisensituation zwar an jene Fälle erinnerte, bei denen aber alle eindrucksvollen dramatischen Akzente der „Wertverlustdepression“ fehlten. Hier fand sich an der Wurzel der Erkrankung nie ein „totaler“ Wertverlust. Der „Verlust“ bestand vielmehr lediglich in mehr oder minder geringfügigen Einbußen, die zwar nicht gerade als Bagatellverluste anzusprechen waren, deren Gewichtigkeit aber so gering anmutete, daß man zögern mußte, diese Fälle den „existentiellen Depressionen“ zuzurechnen; sie schienen weit eher jenen Depressionen zuzugehören, bei denen die Bedeutung des Erlebnisses lediglich darin besteht, eine bereitliegende endogene Phase auszuklinken (KRETSCHMER, MAUZ, JASPERS, WEITBRECHT u. a.).

Wenn wir uns trotz allem nicht zu dieser Annahme entschließen konnten, so lag dies vornehmlich an der erstaunlichen Entsprechung von Persönlichkeitsartung und pathogenen Inhalten bei unseren Patienten. Während einerseits die Krisensituation durch einen menschlichen oder wirtschaftlichen Verlust gekennzeichnet war, fanden wir andererseits zugleich eine so eigentümlich problemgeladene Betonung des Besitzerlebens im Wertentwurf der Betreffenden, daß sich die Annahme einer inneren Abhängigkeit von Persönlichkeitseigentümlichkeit, Krisenerlebnis und Krankheit (im Sinne des Schlüsselerlebnisses KRETSCHMERS) aufzwang.

Die 50 Jahre alte Hausfrau Olga B. kam am 21. 2. 1956 in unsere Behandlung, nachdem bei ihr schon seit Weihnachten 1954 eine langhingezogene Depression (mit traurig-ängstlicher Verstimmung, „Druck auf der Brust“, Schlaflosigkeit, Obstipation) bestand.

Von der Pat. und ihren Angehörigen erfuhren wir, daß Frau B. zur Zeit ihrer Erkrankung in geordneten, wirtschaftlich auskömmlichen Verhältnissen gelebt hatte. Die Ehe konnte als gut gelten, „wenn auch der Mann im letzten fremd blieb“. Die Pat. hatte drei Söhne, die aber — wie sie sagte — schon „groß“ seien und „immer weiter von einem weggingen“. In den Jahren vor der Erkrankung hatte die Pat. ein Pflegekind angenommen, das ihr viel Freude bedeutete.

Dieses Kind wurde im Dezember 1954 innerhalb weniger Tage von ihr fortgenommen. Die Pat. gab an, sie habe dies zwar ohne Widerspruch hingenommen, da ihre Söhne schon seit längerem darauf gedrängt, das Kind wegzugeben, doch habe ihr dieser Verlust sehr weh getan und es sei „etwas in ihr verrückt worden“. Sie habe dies aber nicht gezeigt. Kurz danach, am Samstag vor Weihnachten sei plötzlich das „Schwere“ ganz über sie gekommen, sie habe einen Druck auf der Brust verspürt und habe gemeint, das Herz würde nicht mehr mittun.

Soviel wurde schon in den ersten Explorationen erkennbar. Weitere Gespräche machten die innere Abhängigkeit der Erkrankung vom

Erlebnis des Verlustes dieses Pflegekindes zunehmend offenbar. Den ersten tieferen Blicken schien sich dabei ein Strukturbild zu bieten, wie es die Häfnerschen Fälle zeigen. Auch in unserem Falle schien die pathogenetische Bedeutsamkeit des Erlebnisses darin zu liegen, daß an einer Lebensschwelle (dem Klimakterium) der Patientin ein letztes Tätigkeitsfeld (die Sorge um das Kind) genommen wurde. Die eingehendere Beschäftigung mit der Patientin deckte dann aber eine andere innere Dynamik auf: Für die Patientin war das Pflegekind weit weniger eine Aufgabe als ein „Besitz“ gewesen, ein letzter Besitz an menschlicher Nähe und Wärme — nachdem Mann und Kinder sich von ihr entfernt hatten.

Die eigenartige Nuancierung des zwischenmenschlichen Kontaktes bei unserer Patientin entsprach in ihren wesentlichen Zügen dem Verhalten der „primitiven Objektbeziehung“ (vgl. dazu BALINT). Diese Eigenart bedingte, daß die Patientin den Verlust des Pflegekindes buchstäblich als „Besitzeinbuße“ erlebte.

Warum diese „Besitzeinbuße“ aber so verhängnisvoll werden konnte, bedarf besonderer Darstellung und Erklärung. Wir werden versuchen, die Zusammenhänge von Verstimmung und Verlusterlebnis auf dem Hintergrund der Persönlichkeitseigenart (wie sie bei unserer Krankengruppe zu sehen ist) in einer zweiten, eingehenderen Falldarstellung aufzuklären:

Die 28 Jahre alte Hausfrau Martha Sch. wurde uns am 11. 10. 1955 vom Hausarzt zugewiesen. Die Pat. hatte im Juli 1955 entbunden. Entbindung, Wochenbett und Lactation waren zunächst unauffällig verlaufen. Etwa vier Wochen nach der Entbindung geriet die Pat. aber in eine zunehmende seelische Bedrücktheit, sie vermochte nicht mehr zu stillen, sie weinte viel, und begann sich mehr und mehr mit Vorwürfen zu quälen. Schließlich machte sie einen Suicidversuch.

Bei der Klinikaufnahme war die Pat. ruhig, äußerte kaum etwas, war dabei aber bereitwillig zugewandt. Wenn man mit ihr sprach, so saß sie still und etwas in sich versunken da und gab mit tonloser Stimme spärliche Antworten. Alles wurde langsam, zögernd vorgebracht. Die Bewegungen erschienen gebunden, der Blick war zumeist ängstlich unruhig, verzweifelt. Auf dem Saal hielt sich die Pat. abseits und weinte still vor sich hin. Sie nahm von sich aus keinen Kontakt auf, fügte sich aber allen Anordnungen ohne Schwierigkeiten.

Die neurologische Untersuchung ließ keine wesentlichen Auffälligkeiten erkennen. Konstitutionell handelte es sich um eine Athletica mit pyknischen Einschlägen.

Die Gespräche (mit der Pat. und mit dem Mann) deckten folgende lebensgeschichtlichen Zusammenhänge auf:

Die Pat. stammte aus einem kleinen Dorf im Hochschwarzwald. Sie war die Jüngste von neun Kindern. Der Vater war ein genügsamer und karger Mann, der es kaum vermochte, das tägliche Brot für die Kinderschar zu verdienen. Die Mutter war „gut“, aber sie mußte sich von früh bis spät absorgen, da man „oft nichts hatte“. Der Pat. war schon immer ein anschmiegsames, freundlichkeitssuchendes Wesen eigen. Sie war gesellig, dies aber mehr in passiv zurückhaltender Weise. Ihren späteren Mann lernte sie in jüngeren Jahren kennen. Er war der einzige Sohn aus einem mittleren, für jene Verhältnisse wohlhabenden Bauernhof. Die Eltern

des Mannes waren — und sind es auch heute noch — „fleißige Schaffer“, die „das Heft in der Hand haben“, und die an ihren überkommenen Ansichten festhalten. Die Beiden waren deshalb auch durchaus gegen die Heirat des Sohnes mit dem mittellosen Mädchen. Der Mann der Pat. (der seinen Eltern kaum gewachsen ist) hatte die Heirat zwar durchsetzen können, er hatte aber nicht erreicht, daß die Eltern den Hof übergaben. Die Pat. war unter diesen Umständen nicht gern auf den Hof gezogen, weil sie doch „nichts gehabt hat“. Trotz aller ursprünglichen Schwierigkeiten hatte sich das Zusammenleben aber überraschend reibungslos gestaltet. Schwiegereltern und Schwiegertochter arbeiteten auf dem Hof, der Mann erwarb in einem Betrieb einen guten Nebenverdienst. Allerdings, die junge Frau wurde durch die landwirtschaftliche Arbeit stark in Anspruch genommen, ihr „blieb kaum eigene Zeit“ um sich um das „Eigene“ (nämlich Kinder und Haushalt) richtig kümmern zu können. Das junge Paar hatte höchstens ein Kind gewollt, da sie sich „mehr nicht leisten konnten“. Als das zweite Kind kam, wurde es deshalb mit gemischten Gefühlen erwartet. Es erfüllte die Pat. mit Sorge, wie es „weitergehen könne“, d. h. wie sie bei vergrößerter Familie ihr „Sach versorgen solle“. Aus solcher Sorge heraus überredete die Pat. noch während der Schwangerschaft den Mann, vom elterlichen Hof weg ins Nachbardorf zu ziehen. Dieser Umzug vollzog sich ohne grobe Zwistigkeiten mit den Eltern des Mannes.

Schwangerschaft und Geburt verliefen gut, aber in den Wochen nach der Geburt gab es folgende schwerwiegende Veränderungen: Die Eltern des Mannes verkaufen einen Teil der Äcker, da sie — nun allein — mit der Hofarbeit nicht fertig wurden. Dies traf das junge Paar überraschend. Während der Mann sich jedoch nur anfänglich ernste Gedanken darüber machte, geriet die Pat. mehr und mehr in Grübeleien. Sie begann, ihrem Mann Vorwürfe wegen des Wegzuges von den Eltern zu machen. Nach kurzer Zeit schlügen diese Vorwürfe um in Selbstvorwürfe, sie beschuldigte sich wegen des Wegzuges, gab sich die Schuld, daß die Kinder nun „kein Erbe mehr bekämen“. Zunehmend wurde die Pat. depressiver, sie klagte bald auch über einen Druck auf der Brust, über eine innere Unruhe und dergleichen.

Bei der Klinikaufnahme standen die körperlichen Beschwerden zunächst ganz im Vordergrund, wenn auch von Anfang an Bekenntnisse geäußert wurden wie dieses: „Wir hätten halt warten sollen mit dem Heiraten, wenn es doch nicht reicht“ („Was reicht nicht?“): „das Geld, das Einkommen und alles“ „Jetzt weiß ich nicht weiter . . . ich bin gar nichts wert.“ An den Schwiegereltern habe ich mich auch versündigt, denen habe ich den einzigen Sohn weggenommen.“ „Alles ist aus, alles verkommt . . . der ganze Haushalt, das Sach, die Kinder . . . ich habe gar kein Interesse mehr daran, in mir ist alles leer, ich kann nicht mehr schaffen“ usw.

Zur Persönlichkeitseigenart der Pat. erfuhren wir u. a.: Die Pat. war von jeher außerordentlich bescheiden und zurückhaltend. Sie ließ immer anderen den Vortritt. Sie selbst erlaubte sich nicht, irgendwelche Wünsche zu äußern. Dies in der Ehe schon deshalb nicht, weil sie „nichts mitgebracht hatte“. Dabei war sie bemüht, sparsam zu haushalten und alles bestens in Stand zu halten. Sie war immer gutherzig, unfähig, irgend jemand etwas abzuschlagen. Sie tat den andern „alles“. Als fleißige Hausfrau verwendete sie auf die Pflege des Haushaltes so viel Zeit als ihr nur irgendwie blieb. Gegen die Inanspruchnahme auf dem schwiegerelterlichen Hof konnte sie sich nicht wehren. Sie konnte sich überhaupt nur schwer einer Forderung entziehen.

Die Angst vor der Armut zog sich durch das ganze Leben hindurch. Bei Unsicherheiten des Verdienstes, bei wirtschaftlichen Schwankungen und dergleichen wurde die Pat. schon immer von Sorgen um die Zukunft gequält.

Wir sehen eine Krankengeschichte, die eine Anzahl Fragestellungen offen läßt: Weder der Einfluß der endokrinen Umstellungen (Entbindung), noch die mögliche Bedeutung einer endogenen Disposition können eindeutig abgegrenzt werden, sondern müssen in ihrem vollen pathogenetischen Gewicht in unserem diagnostischen Blickfeld bleiben. Wir selbst sehen darin keinen entscheidenden Nachteil. Einem mehrdimensionalen Denken (im Sinne KRETSCHMERS) verpflichtet, erwarten wir ohnehin kein striktes Entweder-Oder.

Wie schwer das Gewicht anderer Faktoren aber auch sein mag, eines ist sicher: Die Verzahnung von Biographie und Erkrankung ist nicht zu übersehen. Der wichtigste Hinweis ergibt sich dabei aus einer bis ins einzelne gehenden, auffallenden Entsprechung von Krisenthematik und Charaktereigenheit, nämlich aus der beidseitigen Akzentuierung der Besitzproblematik, auf die wir vorstehend schon hingewiesen haben.

Untersuchen wir zunächst die Lebenssituation bei unserer Patientin: Seit ihrer Eheschließung lebte sie sehr beschränkt; ihre finanzielle Lage war zwar zufriedenstellend, sie verlor aber die Verfügung über ihre Arbeitskraft und ihre Zeit. Freizeit und wirtschaftliche Basis wurden nun durch die Geburt des zweiten Kindes weiter eingeschränkt. Die Patientin reagierte aber schon auf die Drohung einer Einschränkung mit der Flucht aus der Überforderung und Ausnützung im schwiegerelternlichen Haus, löste damit aber zugleich einen empfindlichen materiellen Verlust aus: Ein Teil des zukünftigen (und in der Erwartung schon vorweggenommenen) Besitzes ging verloren.

Betrachten wir nun — im Vergleich zu dieser Krisensituation — das Charakterbild der Patientin:

Der hervorstechendste Zug ist eine tiefgreifende Störung des Besitzstrebens und zwar eine ausgeprägte Gestörtheit sowohl der „kaptativen“ wie der „retentiven“ Strebungen.

Die Patientin ist „überbescheiden“, „sie will nichts für sich“; sie traut sich nicht, irgend etwas zu beanspruchen; sie hat keine Wünsche usw. Sie ist dazuhin gutherzig, freigiebig, kann nichts abschlagen, tut alles den anderen; sie wirtschaftet und spart für die anderen.

Wie nicht anders zu erwarten, tauchen zwar immer wieder Sprengstücke kaptativen und vor allem retentiven Antriebserlebens auf. Diese ungeordneten Entladungen verdichten sich aber nirgends zu festen Haltungen.

Zu beachten haben wir dabei, daß eine doppelte, d. h. „bipolare“ Gehemmtheit des Besitzstrebens vorliegt. Gehemmt ist ja nicht nur das „Nehmen“, sondern zugleich auch das „Festhalten“ des Besitzes. Selbstverständlich beschränkt sich die Hemmung des Antriebserlebens nicht nur auf die kaptativen und retentiven Bereiche allein. Wir finden genügend Andeutungen auch anderer — z. B. aggressiver — Gehemmtheiten. In die Krisensituation etwa ist eine Spannung des Geltungsstrebens und eine Schuldproblematik innig eingeflochten. Die Dominanz

der Besitzproblematik wird dadurch aber nur wenig bestritten. Ja, diese Dominanz verrät sich gerade in der Nuancierung der andersartigen Persönlichkeitsfehlhaltungen besonders deutlich.

Die Unfähigkeit, sich gegen Ausnützung zu wehren, mag als eindeutiges Stigma einer Schwäche der aggressiven Triebgruppe gelten. In der Wehrlosigkeit unserer Patientin weist sich aber zugleich auch die Gestörtheit des Besitzstrebens mit aus; erscheint sie doch gerade als Wehrlosigkeit gegen Zu-„Griffe“, Über-„Griffe“ in den Lebens-„Raum“, Überforderung, Ausbeutung und dergleichen. Man sieht, die Betonung der Besitzthematik färbt alle anderen Persönlichkeitszüge und Haltungen unverkennbar an¹.

In verschiedenster Weise wird also die Besitzthematik artikuliert. Wenn wir der besonderen, unaustauschbaren Eigenart dieser Artikulation aber nun näher nachgehen, so werden wir eine fundamentale Eigentümlichkeit im Weltbild, im Daseins- und Wertentwurf unserer Patienten (mit denen wir uns hier beschäftigen) gewahr: Wir stoßen auf eine charakteristische Destruktion der „Güterwelt“ (SCHELER). In allen Äußerungen dieser Patienten tauchen immer wieder Worte auf wie „Besitz“, „besitzen“, „haben“. Die Güter, die den Patienten vordringlich vorschweben, sind vornehmlich materieller Art; es geht um „Hab und Gut“, „Besitz“, „Sach“, „Haushalt“, „Reichtum“ usw. Genau korrespondierend dazu werden die entsprechenden Strebungen betont, nämlich „bekommen“, „haben“, „erhalten“, „bewahren“, wobei sich diese Betonung auch im Negativ andeutet, so etwa wenn die Rede ist von „nichts“ für sich wollen, „nichts beanspruchen“, oder wenn vor der Angst vor der Armut, von der Sorge um wirtschaftliche Existenz und ähnlichem gesprochen wird.

Nun muß man sich an dieser Stelle klar machen, daß dieses Vorziehen bestimmter Werte (hier die Werte des „Besitzes und Besitzens“) nicht nur zu einer selektiven Bevorzugung bestimmter einzelner Güter (materieller Güter etwa) führt, sondern daß diese Einengung auf bestimmte Werte vielmehr auch eine tiefgreifende Verzerrung jeder einzelnen erfahrbaren Wirklichkeit mit sich bringt. Die Welt wandelt ja je nach der spezifischen Eigenart des Wertentwurfes (HÄFNER) des Einzelnen ihr Gesicht². Die Einengung auf bestimmte Werte, das Vorziehen gewisser Güter, bedingt nicht nur eine Einengung des Gesichtsfeldes,

¹ Nicht zuletzt machen derartige Schattierungen das Individuelle, Eigene der Persönlichkeit aus. Individualität läßt sich ja auch nicht in diese oder jene Kategorie eingliedern. Einteilungen sind, wie KRETSCHMER in anderem Zusammenhang gezeigt hat, stets nur schwerpunktsmäßige Zuordnungen.

² SCHELER demonstriert dies an dem augenfälligen Unterschied zwischen dem Förster und dem Spaziergänger, für die derselbe Wald eine je andere Bedeutung hat, ein je anderes „Milieu“ ist.

eine verzerrende Vorwahl in der Erfassung der Wirklichkeit, sondern sie führt auch zu einer Entstellung jeder Einzelerfahrung. Bei unseren Fällen können wir deutlich sehen wie aus allem Begegnenden die Aspekte der Besitzbarkeit herausgelockt werden. Unter den Händen unserer Patienten wird — wie bei der Sagengestalt des Midas — alles zu einer besitzbaren Sache. Das heißt aber nicht mehr und nicht weniger, als daß wir bei diesen Patienten ein höchst eigenümliches — verschoben und verformt anmutendes — Wertpanorama finden. Der „Standpunkt“ und die Welt dieser Patienten erscheinen (gemessen an der vollen Möglichkeit menschlicher Existenz) verengt, verzerrt. Daß daraus vor allem eine ernste Denaturierung der Mitweltbeziehungen resultiert, ist unmittelbar einleuchtend. Mitmenschen, Mann und Kinder werden zu besitzbaren Gegenständen.

Die Patientin, deren Krankengeschichte wir darstellten, spricht z. B. in der Psychose davon, daß sie den Mann den Schwiegereltern „weggenommen“ habe. Sie redet von den Kindern wie von Gegenständen, deren Beschaffung man sich leisten oder nicht leisten kann.

Die Mitmenschen werden nur als „Objekte“ genommen. Die personale Ich-Du-Beziehung ist durch eine Ich-Es-Beziehung (BÜBER) ersetzt, wobei das besondere Kolorit dieser Beziehungen vom „Besitzen“ bestimmt wird. Alles ist dem Wertprimat des „Besitzens“ unterworfen; selbst die Zeit wird hier zu einer „besitzbaren Sache¹“.

Daß die Fixierung auf einen so weitgehend eingeengten Wertentwurf gleichbedeutend ist mit dem Verfehlen einer vollen personalen Existenz, ist unverkennbar. Ein derartig verengtes, in seiner personalen Entfaltung begrenztes Dasein wird aber — wie BINSWANGER u. v. GEBSATTEL aufgewiesen haben —, schon an sich in die bedrohliche Nähe des Nichts und der Schwermut gerückt.

Wenn wir die Eigenart einer solchen Wertwelt, eines derartigen Wertentwurfes uns vor Augen stellen und wenn wir dazu die Eigenart des Krisenerlebnisses — des „Verlustes“ — bedenken, so wird plötzlich die schwerwiegende Bedeutsamkeit auch eines scheinbar banalen Verlusterlebnisses durchsichtig. Der Verlust ist die Vernichtung des Besitzes. Diese Besitzvernichtung wird, je ausschließlicher ein Wertentwurf auf Besitz und besitzen verengt ist, notwendig umso mehr als Bedrohung der Wertwelt insgesamt erlebt, sie stellt damit auch ganz allgemein — so muß es diesen Patienten erscheinen — die Möglichkeit, Werte zu verwirklichen, in Frage (da ja das weite Feld anderer Werte uneröffnet, verborgen ist).

Nun darf an dieser Stelle aber nicht übersehen werden, daß damit das volle Ausmaß der Krisenkonstellation unserer Patientin noch nicht genügend geklärt ist. Ein ständiger Wechsel gehört zum Wesen des

¹ „Er betonte das ‚mein‘ so laut, daß ich sofort begriff: alles im Leben gehörte ihm ... er besaß seinen Charakter genau wie seinen Appetit und seine Hose ...“ (Maupassant, L'ami Patience, Übers. von Heinz Kotthaus).

Besitzes mit dazu. „Verlieren“ und „gewinnen“, geben und nehmen gehören ebenso zum Lebensvollzug wie ein- und ausatmen. Den Verlust von heute gleicht der Gewinn von morgen aus. Auch bei einem weitgehend auf die Besitzwelt eingeengten Dasein bleibt das „Verlieren“ ein Wesenszug der rhythmischen Bewegung des Lebens, solange nicht der natürliche Austausch des Besitzes gestört ist.

Eine derartige Austauschstörung liegt aber bei unseren Patienten vor. Wir kennzeichneten sie vorher als „bipolare“ Störung des Besitzstrebens mit retentiver und kaptativer Gehemmtheit zugleich: Die Unmöglichkeit, sich das Notwendige zu nehmen, verbindet sich mit der Unfähigkeit, das Eigene zu behaupten. Während bei einer kaptativen Gehemmtheit, die isoliert auftritt, versucht wird, einen Besitzschwund durch eine Versteifung der retentiven Haltung auszugleichen, muß in unserem Fall der Verlust eine Angst vor einer unausgleichbaren Verarmung auslösen; es kann hier ja das Vorhandene weder vermehrt noch festgehalten werden. Diese Verarmungsangst wird bei einer Wertwelt, wie wir sie eben zu skizzieren suchten, dabei notwendig als Wertverlustangst, d.h. als Angst vor dem Verlust der gesamten Wertwelt erlebt. Eine derartige Bedrohung muß einen existentiellen Schock auslösen, denn die Angst vor völliger Wertvernichtung röhrt an die im Dasein ruhende Urangst vor dem Nichts.

An dieser Stelle taucht nun die Frage auf: Woher kommt diese Einengung der Wertwelt, woher diese Störung und Fixierung im Bereich des Besitzproblems? Eines ist hier von vornherein sicher: Störung der Besitzproblematik und Fixierung an das Besitzthema gehören — wie die tiefenpsychologische Forschung in vielen Beispielen zeigen konnte — stets zusammen. Eine so umfassende Gestörtheit der Besitzstrebungen, wie wir sie bei unseren Patienten fanden, muß also notwendig zu einer Dominanz der Besitzthematik im subjektiven Wertentwurf führen.

Es bleibt die Frage: Woher stammt die Störung im Besitzerleben? Zu dieser Frage müssen wir eine eigene Antwort schuldig bleiben; wir selbst hatten bei unseren Fällen keine Gelegenheit in längerer analytischer Arbeit dem feineren Geflecht der Persönlichkeitsentwicklung nachzugehen. Wir können hier nur auf die ausgedehnten tiefenpsychologischen Untersuchungen zur Entwicklung des Besitzstrebens hinweisen, wobei wir vor allem auf folgende Resultate aufmerksam machen möchten: Nach alter psychoanalytischer Meinung spielt bei den Depressiven einerseits der „Objektverlust“ in der Versuchungs- und Versagenssituations eine wesentliche Rolle während andererseits nach dieser Auffassung die „orale“ Problematik (FREUD, ABRAHAM, FENICHEL, RADO u. a.) für die Persönlichkeitsstruktur von ausschlaggebender Bedeutung ist. „Oralität“ ist aber aufs engste verflochten mit der Besitzthematik, wie auch SCHULTZ-HENCKE (gerade im Zusammenhang mit Untersuchungen zur depressiven Fehlhaltung) ausdrücklich hervorhebt. Die „Verlust-“ und die „Besitzproblematik“ der Depressiven beschäftigte also schon die verschiedensten tiefenpsychologischen Untersuchungen.

Was das neuerliche Herausstellen der Themen „Verlust und Besitz“ (bei Depressiven) rechtfertigt, ist, daß in den von uns untersuchten Fällen der Wertproblematik die entscheidende Schlüsselstellung in der

Krisensituation zukommt. Wertanalytische und tiefenpsychologische Erhellung zusammen machen erst erkennbar, wie die Depression aus der Krise herauswächst: Das depressive Syndrom gründet im drohenden Zusammenbruch der „Güterwelt“. In einem Zusammenbruch, der — um es noch einmal zu wiederholen — aus einer ganz charakteristischen lebensgeschichtlichen Gegebenheit herauswächst: Die Wertwelt unserer Patienten ist extrem auf Werte des Besitzes und Besitzens eingeengt, daraus resultiert eine erhöhte Anfälligkeit für „Verluste“. Zugleich ist beim Patienten die „Fähigkeit zu besitzen“ — schon im Bereich elementarer Strebungen — gestört: Besitz kann weder erworben noch festgehalten werden. Der Teufelszirkel dieser Patienten heißt: Überwertigkeit der Besitzthematik und Unfähigkeit zu besitzen.

Bei solchem Teufelskreis vermag ein Verlust bzw. ein „Verlieren“ die Angst vor existentiell bedrohlicher Verarmung, die Panik vor dem „Nichts“ auszulösen. Die Besitzverarmung wird hier als Ankündigung des Wertbankerotts erfahren. Die depressive Symptomatik ist Ausdruck der Panik, Ausdruck des Erlöschens der emotionalen Teilhabe an einer Welt, in der das Gesamt der Werte unwiderruflichem Untergang, unaufhaltsamer Nichtung verfallen scheint. Die Depression ist nicht eine beliebige Reaktion auf irgendein Krisenerlebnis. Das depressive Syndrom ist das genaue Abbild der inneren Katastrophe.

Zusammenfassung

Verlustsituationen spielen an der Wurzel vieler depressiver Erkrankungen eine eigentümliche Rolle, die in ihren besonderen Schattierungen schon verschiedentlich untersucht wurde.

Wir konnten eine Krankengruppe beobachten, bei der sich Verlusterlebnis und Persönlichkeitseigenart überraschend präzis (nach Art des Schlüsselerlebnisses KRETSCHMERS) entsprachen. Der Verlust traf Menschen, die gegen das Verlieren deshalb besonders sensibilisiert waren, weil ihr Wertentwurf auf Werte des „Besitzes“ und „Besitzens“ eingeengt war, wobei eine „bipolare“ Besitzstörung, nämlich eine kaptativ-retentive Austauschstörung diese Verlustanfälligkeit dramatisch akzentuierte. Schon eine relativ erträgliche Besitzeinbuße vermochte deshalb die Angst vor dem Verlust der gesamten Wertwelt aufzudecken. Diese existentielle Katastrophe kam in dem resultierenden depressiven Syndrom (nach Art einer „existentiellen Depression“ HÄFNER) zum Ausdruck.

Literatur

- BALINT, M.: Über Liebe und Haß. *Psyche* (Heidelberg) 6, 19 (1952). — BIBRING, E.: Das Problem der Depression. *Psyche* (Heidelberg) 6, 81 (1952). — BINSWANGER, L.: Ausgewählte Vorträge und Aufsätze. Bern: Francke 1947. — BÜBER, M.: Dialogisches Leben. Zürich: Gregor Müller 1947. — FREUD, S.: Ges.

Werke, Bd 10, Imago Publishing Co., Ltd 1950. — GEBSATTEL, V. v.: Prolegomena einer medizinischen Anthropologie. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1954. — HÄFNER, H.: Die existentielle Depression. Arch. Psychiat. Nervenkr. **191**, 351 (1953/54). — Schulderleben und Gewissen. Stuttgart: Klett 1953. — JASPERS, K.: Allgem. Psychopathol. 5. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1953. — KRETSCHMER, E.: Der sensitive Beziehungswahn. 3. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1950. — Körperbau und Charakter. 21. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1955. — SCHELER, M.: Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Bern: Francke 1954. — SCHNEIDER, K.: Die Untergrunddepression. Fortschr. Neurol. Psychiat. **17**, 429 (1949). — SCHULTZ-HENCKE, H.: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Stuttgart: Thieme-Verlag 1951. — WEITBRECHT, H. J.: Zyklothymie. Fortschr. Neurol. Psychiat. **17**, 437 (1949). — Zur Psychopathologie der endogenen Depression in „Arbeiten zur Psychiatrie, Neurologie und ihrer Grenzgebiete“, Festschrift für Kurt Schneider. Willsbach u. Heidelberg: Scherer 1947.

Dr. A. LORENZER, Tübingen, Univ.-Nervenklinik, Osianderstr. 22