

Aus der Universitäts-Nervenklinik Mainz
(Direktor: Prof. Dr. H. KRAUZ)

Zur Problematik depressiver Psychosen*

Von
N. PETRILOWITSCH

(Eingegangen am 5. März 1961)

Wenn sich gegenwärtig erhebliche Gegensätze in der Beurteilung depressiver Psychosen abzeichnen, so mag sich darin eine Reaktion auf die genügsame Gleichförmigkeit der Anschauungen einer verflossenen Epoche ausdrücken. Die traditionelle Klinik stellte dem mächtigen Kausalitätsverlangen des Laien das Postulat von der blinden, sinnfreien Eigengesetzlichkeit psychotischer Krankheitsverläufe entgegen. Wenn man in einfacher Dichotomie allein dem endogenen Geschehen die pathogenetische Bedeutung beimißt und die Meinung vertritt, die Wechselfälle des Lebens seien diesem Geschehen nur pathoplastisch aufgeprägt, so engt sich die Problematik der Wechselwirkungen von Außen und Innen weitgehend auf die Frage der „Auslösung“ ein. Diese wird allzu leicht schematisch-eindimensional gesehen und kulminiert dann in der Möglichkeit, daß eine aus inneren Gründen bereitliegende Phase durch okkasionelle Zwischenfälle vorzeitig ausgeklinkt werden kann. Diese Auffassung von der Macht des Endogenen paßt nicht ganz zur Einsicht, daß die depressive Verstimmbarkeit, wie es ZEH jüngst formulierte, im Grunde eine menschliche Fähigkeit schlechthin ist, eine allgemein biologische Reaktion darstellt, die sich bei verschiedensten Schädigungen, die die Psyche treffen, einstellen kann (BLEULER). Von hier aus möchte man sich möglichst um einen ganzheitlichen Entwurf bemühen und eher fließende Übergänge dort annehmen, wo scharfe nosologisch determinierte Trennungslinien gesehen werden.

Bedenklich ist nur, daß auf die Aera strikter Endogenität, die WERTBRECHT einmal „strohlangweilig“ nannte, ein überschießender, schrankenloser Psychologismus zu folgen droht, der der gesamten Symptomatik depressiver Zustände Sinnzusammenhänge unterlegt und die Endogenität depressiver Psychosen nicht diskutiert, sondern wegdiskutiert. Vielleicht käme man den Rätseln der Endogenität besser auf die Spur, wenn man das Zusammenspiel von Psychiatrischem und Somatischem belauschen und nicht jeweils nur die eine Seite des Geschehens unter die Lupe nehmen würde, um die Kehrseite um so leichter aus dem Gesichtsfeld zu verlieren.

* Auf Einladung von Prof. CONRAD am 1. 3. 1961 an der Univ.-Nervenklinik Göttingen gehaltener Vortrag.

Der seelische Schmerz fährt in die Glieder, beeinträchtigt das Allgemeinbefinden, provoziert leibliche Mißempfindungen, der seelisch Leidende ist zugleich ein vital Verstimmter. Einschneidende Störungen des vegetativ-endokrin unterbauten Gleichgewichtes des Gesamtorganismus werden gerade durch schwere Affektstöße bewirkt (KRETSCHMER) und chronische Affektirradiationen können sich im Syndrom der vegetativen Depression (LEMKE) manifestieren. Schon im Bereich der einfachen Erlebnisreaktion läßt sich ein „Feldwechsel“ beobachten, die gegenseitige Vertretung der psychischen und physischen Antwort auf ein Erlebtes. Das Wesen der sogenannten intermittierenden Erlebnisreaktion erschöpft sich nicht darin, daß eine schmerzliche Erfahrung nur von Zeit zu Zeit zu Quälereien führt, kennzeichnender ist es, daß sich die psychischen und physischen Reaktionen nach dem Modell von Figur und Hintergrund verhalten. Der das Bewußtsein überflutende seelische Schmerz wird von leiblichen Mißempfindungen begleitet, die den friedlosen Hintergrund des Gesamtgeschehens ausmachen. Wenn der Mensch den Schmerz in Hinwendung auf die Verpflichtungen des Alltags betäubt — Arbeit kann in diesem Sinne die beste Zerstreuung sein — dann drängen die vegetativen, leiblichen Mißempfindungen in den Vordergrund. Es liegt dann an der morosen Gestimmtheit, der erhöhten Erschöpfbarkeit, dem Kopfschmerz usw., daß in einem circulus vitiosus die Aufmerksamkeit des Subjektes auf das schmerzliche Ereignis gelenkt wird. In den körperlichen Mißempfindungen wird ein dumpfes Wissen um den seelischen Kummer unterhalten, sie können unter Umständen zu Remanifestationen führen, bis das auslösende Ereignis gleichsam psycho-somatisch indifferent geworden ist. Der Vorgang entspricht im Grunde jenem Geschehen, das SCHNEIDER als Hintergrundreaktion bezeichnet. Diese hat auch in der Konzeption von SCHNEIDER ein psycho-somatisches Doppelgesicht. Sie kann die psychosomatischen Folgen einer schlechten Nachricht genauso beinhalten wie die psychische Übererregbarkeit, die ein Kopfwehtag zur Folge hat. Aber auch der unerlebte und unerlebbare Untergrund, dieser tragende Grund unserer Durchschnittsstimmung, kann von beiden Zugangswegen her beeinflußt werden. SCHNEIDER weist nicht nur auf Änderungen des endogenen Untergrundes hin, die ohne erkennbare Ursache stattfinden, sondern nennt auch affektgeladene Erlebnisse, Tageszeit, Wetter, Schlaf, körperliches Befinden usw. als Noxen, die hier wirksam eingreifen können.

Auch wenn eine endogene Untergrundsverstimmung qualitativ etwas anderes ist als die endogen cyclothyme Verstimmung und man annehmen möchte, daß, bildlich gesprochen, die cyclothyme Depression in tieferen Bereichen des endogenen Untergrundes wurzelt, die nicht für die *Durchschnittsstimmung*, sondern für die biologisch tiefer verankerte *Temperamentslage* verantwortlich sind, darf man sich fragen, ob die Alteration des Untergrundes durch psychische Noxen wirklich bei der von SCHNEIDER umrissenen Untergrundsverstimmung halt machen muß. Diese Frage hat keine Berührungspunkte mit der These, daß bestimmte situative Konstellationen als psychische Noxe geradlinig und in eindeutigem Motivationszusammenhang zu depressiven *Krankheitsbildern* führen, die wir einer Konvention entsprechend als Psychosen bezeichnen. Hinter dieser Ansicht und der Übung, beispielsweise von „sogenannten“ Schizophrenien zu sprechen — sie entspricht dem psychoanalytischen und daseinsanalytischen Denkstil — verbirgt sich die Tendenz, den qualitativen Unterschied zwischen endogenen Psychosen und Erlebnis-

reaktionen im weitesten Sinne zuzudecken. Diese Hypothese hat unseres Erachtens nicht viel Wahrscheinlichkeit für sich. Es ist schon auffällig, daß belastende Konstellationen, über die sich der Mensch nicht hinwegzusetzen vermag, nicht einmal häufig zu einer rein depressiven Persönlichkeitsentwicklung führen. Der resignierende Pessimismus als Reaktion auf das Scheitern des eigenen Lebensentwurfs hat selten die Gestalt einer depressiven Entwicklung, er erscheint meist in asthenischer, dann oft auch hypochondrischer Verkleidung bzw. als ressentimentgeladener, räsonierender Pessimismus in der Form der paranoischen Fehlhaltung. Die depressiven Entwicklungen münden meist in einen vitalen Knick der Persönlichkeit ein. Die nicht bewältigten schweren seelischen Traumen wirken, wie es SCHNEIDER hervorhebt, auf lange Sicht sinnblind, als vitale Kraft. Eine Bestätigung dieser These ergibt sich neuerdings aus Erfahrungen im Entschädigungsverfahren. So fand KOLLE bei seinen Untersuchungen an langjährig Internierten einen hohen Prozentsatz von Kranken mit einem „asthenischen Syndrom“ und auch KLUGE fiel bei chronisch-reaktiven Verstimmungen ein unverkennbarer vitaler Knick der Persönlichkeit auf.

Bei dem Mißbehagen über die Unzulänglichkeit der traditionellen Anschauungen von der Endogenität psychotischer Krankheitsbilder dürfen wir gerade von Untersuchungen über die Wirkung erlebnisreaktiver, affektiver Einflüsse auf die vitale Ausstattung des Menschen den Ausweg aus dem Dilemma erhoffen, das uns zwei grundsätzliche Möglichkeiten bereiten. Wenn entgegen der überlieferten Ansicht jede Form und jeder Schweregrad depressiver Psychosen wirklich die Endstation psychoreaktiver Entwicklungen darstellen kann, dann haben wir keine Handhabe mehr trotz nachweisbarer Lebensschwierigkeiten und unter Bezugnahme auf den klinisch-symptomatologischen Aufbau die Endogenität einer Psychose zu behaupten. Dann wäre es tatsächlich folgerichtig, ohne Rücksicht auf das klinische Bild beispielsweise eine „existentielle“ Depression anzunehmen, wie dies HÄFNER tut, wenn man nur eine Liste lebensgeschichtlich relevanter Anlässe anzubieten hat. Die andere Möglichkeit ist die, daß wir in der diagnostischen Verlegenheit, die wenig prägnante und atypische Psychosen bereiten, bislang allzu schnell bereit gewesen sind, Heterogenes im Begriff der manisch-depressiven Psychosen zu subsumieren. Diese Möglichkeit beinhaltet die Chance, Stellenwert und Reichweite psychoreaktiver Einflüsse durch genauere klinische Differenzierung depressiver Psychosen zu bestimmen.

Einen Fortschritt und einen Testfall in Richtung auf eine vorsichtige Teilrevision des Fragenkomplexes „Endogenität“ stellt die *Abgrenzung der Dysthymien* durch WEITBRECHT dar. An den Dysthymien läßt sich verfolgen, wie eine vom Seelischen her angebahnte Verstimmung nach kurzer Zeit einverleibt, somatisiert wird. In der Klinik sieht man die

Dysthymien erst in fortgeschrittenem Stadium, wenn die reaktive Verstimmung einverlebt ist und bereits endogene Züge aufweist. Gelingt es aber, die *Anfänge* zu erfassen, so kann man feststellen, daß viele Kranke alle von SCHNEIDER beschriebenen depressiven Reaktionsformen durchlaufen. Sie können anfänglich das Bild einer depressiven Erlebnisreaktion bieten, später eine Bereitschaft zu Hintergrundsverstimmungen zeigen und schließlich in Untergrundsdepressionen eimünden. Von den letzteren lassen sich die Dysthymien streckenweise nicht unterscheiden. Die nicht sehr intensive und relativ kurz anhaltende Untergrundsverstimmung erstarrt und vitalisiert sich zum Syndrom der ausgeprägten Dysthymie. Dieses Umskippen der seelischen in leibnahe Traurigkeit läßt sich mit einem von BLEULER in anderem Zusammenhang gebrauchten Bild illustrieren. In einer ersten Phase wird — vergleichbar mit dem Verhalten des verzweifelten Kleinkindes — der Kranke von der schmerzenden und nagenden Verzweiflung als direkte Folge des Erlebnisses beherrscht. Allmählich versiegen aber die Tränen, das Jammern hört auf, die schmerzende Vorstellung tritt in den Hintergrund, den Kranken freut und fesselt aber nichts mehr, er ist innerlich erstarrt und verliert die Beziehung zu seinen früheren Interessengebieten. Die Dysthymie gewinnt nun dadurch Krankheitswert, daß sich, anders als in der Untergrundsverstimmung, die prospektive Tendenz, die Zukunftgerichtetheit des Menschen gegenüber den hemmenden Auswirkungen der Verstimmung nicht mehr durchzusetzen vermag. Auf dem Höhepunkt der Verstimmung läßt sich die Dysthymie von einer Vitaldepression cyclothymen Gepräges nicht immer sicher unterscheiden, wenn man darunter eine symptomarme Psychose versteht, die durch vitale Traurigkeit und begleitende, vorwiegend vegetative Funktionsstörungen gekennzeichnet ist. Sowohl das dysthyme als auch das vitaldepressive Syndrom kann durch äußere Noxen nicht nur ausgeklinkt bzw. provoziert, sondern auch in direktkausalem Nexus unterhalten werden. Die unter dem unverkennbaren Einfluß modischer Zeitströmungen auf Kosten der Somatogenese überschätzte Psychogenese depressiver Krankheitsbilder findet in der Beobachtung ihre Grenze, daß somatische und psychische Faktoren zum gleichen Krankheitsbild führen — und dies obendrein in vergleichbarem Zahlenverhältnis.

WEITBRECHT hat bekanntlich Dysthymien gleichermaßen bei psychoreaktiven als auch bei somatischen Traumen beobachtet, die psychogene Auslösung überwog nur geringfügig. Und SCHULTE hat bei seinen Untersuchungen an Dystrophikern gerade auf Fälle hingewiesen, die den Dysthymien entsprechen, wobei das Hauptgewicht in diesen Fällen auf dem somatoreaktiven Anteil lag. Man möchte vermuten, daß auch hinsichtlich der „ätiologischen Zwischenglieder“ nicht selten Analogien bestehen, daß also trotz der grundverschiedenen Ausgangsfaktoren die psychopathologisch relevante Symptombildung auf vergleichbare Weise eingeleitet wird. In erster Linie ist hier an den Schlafentzug zu denken, der sich im Gefolge

organischer Störungen genauso einzustellen pflegt, wie im Zusammenhang mit chronischen Konfliktsituationen.

JUNG hat auf Grund statistischer Untersuchungen an 2000 Kranken die Ansicht vertreten, daß die Schlafstörung das Achsensyndrom der Depression darstelle und hat die, allerdings bescheidene, Zunahme der Depressionen an der Freiburger Klinik in den Jahren 1943—1945 mit dem Schlafentzug in Verbindung gebracht, dem die Bevölkerung durch die Fliegerangriffe ausgesetzt war.

Die psychische Resistenzminderung durch Schlafstörungen wird jedenfalls leicht unterschätzt; mancher Kliniker schießt genauso übers Ziel, wenn er Schlafstörungen unbesehen für Initialsymptome einer endogenen Depression ohne eigenes pathogenetisches Gewicht erklärt, wie es mancher Psychoanalytiker tut, wenn er eine endogene Depression als Neurose verkennt, nur weil ihm der Nachweis einer auffälligen Mutterbindung gelungen ist.

Die klinische Symptomatik unserer 27 stationär behandelten Dysthymien wurde beherrscht von einer mehr trübsinnigen denn traurigen, meist moros-düsteren, nörglerischen und quängelnden Stimmungslage, die nicht selten einen vorwurfsvoll-aggressiven Begleitton aufwies. Eine tieftraurige, verzweifelte Gestimmtheit ohne das Beiwerk anderer affektiver Qualitäten ist selten. Auf dem Hintergrund starken Insuffizienzbewußtseins und einer lustlosen, matt-resignierenden oder mehr unzufrieden-ressentimenthaltigen Einstellung baut sich meist eine hartnäckige neurasthenisch-hypochondrische Symptomatik auf. Allgemeine Klagen über Nachlassen des Konzentrationsvermögens und der geistigen Spannkraft, über Schlafstörungen, Krisen des Selbstgefühls und über Insuffizienzgefühle verflechten sich mit zahlreichen Organmißempfindungen. Phobische Erscheinungen sind nicht selten, gelegentlich ist ein Zwangsdanken zu beobachten, das um auslösende Ereignisse kreist, mitunter auch intensive Todesfurcht, die mit einer Carcinophobie in Zusammenhang stehen kann. Die anfangs eher lebhaften Expressivbewegungen weichen im weiteren Verlauf häufig einer leichten psychomotorischen und sprachlichen Hemmung. Der anfängliche Modulationsreichtum der Dysthymien, in dem sich die Auseinandersetzung des Subjektes mit der hereinbrechenden Verstimmung konkretisiert, wird um so geringer, je stärker bereits die seelisch-reaktive Traurigkeit von der leibnahen, vitalen abgelöst ist. Das Bedürfnis nach Kontakt zur Welt erlischt aber niemals völlig. Während die Verhaltensweisen des schwer endogen verstimmten Menschen als reiner *Ausdruck* tiefen Leids imponieren, entbehrt die in Kummerfalten gelegte Stirn, die leidvolle Miene, die hängende Körperhaltung und der schleppende Gang bei Dysthymen nicht des *Darstellungscharakters*. Die Fähigkeit, Ausdruckserscheinungen spontan zu setzen und in bezug auf die Wirkung auf den Betrachter bewußt einzusetzen, erlischt bei Dysthymien nicht. Demonstrative Züge mit finaler Tendenz können in das Zustandsbild einfließen. Für schwere endogene Verstimmungen ist es demgegenüber charakteristisch, daß die Einwirkmöglichkeit des Subjektes auf die

Symptomgestaltung beeinträchtigt ist. Mit Recht wird das Wiederweinenkönnen als ein Zeichen der Besserung gewertet, denn in diesem Zeichen — wir sahen es sich unmittelbar nach Schockbehandlungen einstellen — artikuliert sich bereits eine Reaktionsmöglichkeit auf die Tatsache der depressiven Verstimmung. Obwohl die Dysthymie endogene Züge aufweist, läßt sich am ganzen Krankheitsverlauf die innige Verflechtung der Krankheit mit den Sorgen, Bedürfnissen, Wünschen, Ansprüchen und Strebungen der Persönlichkeit gut verfolgen, wie sie sich aus ihrer Lebensgeschichte ergeben. Eine Voraussetzung für diese schwer enträtselbare Verbindung normalpsychologischer und psychopathologischer Fakten zu einem Syndrom ist in der Tatsache gegeben, daß die Krankheit den Dysthymen nicht so plötzlich und unvorbereitet trifft, wie den Depressiven. Man darf sagen: je abrupter eine Krankheitsphase sich einstellt — ein periodisch Depressiver konnte den Einbruch einer neuen Phase daran erkennen, daß ihn eine Kinovorführung „innerlich unbeteiligt“ ließ, am Tage darauf brach die Depression in voller Stärke aus —, um so wahrscheinlicher ist der rein endogene Charakter des Geschehens, und je schleichender der Beginn, um so mehr ist mit der Mitwirkung vorbereitender äußerer Faktoren zu rechnen.

Wenn man sich die Frage vorlegt, welcher Art die Wegbereiter der Dysthymie sind, so findet man, daß im Beginn nicht ein einzelner plötzlicher Schicksalsschlag und kein markantes Einzelereignis steht. Die Dysthymie nimmt ihren Ausgang von *Dauerkonstellationen*, die das Leben des späteren Kranken belasten und denen er sich aus eigener Kraft nicht zu entziehen weiß. Weit eindeutiger als in der Cyclothymie bleibt in der Dysthymie der Verstehenszusammenhang gewahrt und die Krankheitssymptomatik schmiegt sich geradezu an den individuellen Lebensweg an. Das Bedrückende liegt hier mehr im Atmosphärischen, im dauernd mitschwingenden und den Alltag überschattenden Bewußtsein, aus einem Teufelskreis nicht mehr ausbrechen zu können. Eheliche Konflikte und berufliche Dauerbelastungen spielen dementsprechend eine große Rolle.

In unserem Krankengut finden sich unter anderem die vereinsamte Witwe mit einzigem, verwöhntem und mißrattem Sohn, sodann die mit einem Trinker in unglücklicher Ehe lebenden Frau, die sich mit ungewollten Schwangerschaften konfrontieren muß, und auch die alternde Jungfer, der die tyrannische Mutter und das ungünstige „Betriebsklima“ an der Arbeitsstelle gleichermaßen zusetzen. Typisch ist die Summation pathogenetisch bedeutsamer Faktoren, wobei nicht selten eine hinzukommende somatische Noxe als letztes Mosaiksteinchen die Erkrankung in Gang bringt. Ein Behördenangestellter mittleren Alters lebt in unharmonischer Ehe, hat seit Jahren Schwierigkeiten mit seinen Vorgesetzten und gerät in eine dysthymische Verstimmung, nachdem sich bei ihm zu alldem noch eine schnell fortschreitende Hörverschlechterung eingestellt hat. Eine von Haus aus lebenslustige, in ihren an das Leben gesetzten Hoffnungen aber enttäuschte Frau ist nach der Eheschließung mit einem 25 Jahre älteren Mann in einem engen,

spießbürgerlichen Rahmen gefangen, der sie nicht befriedigt, und erkrankt im Anschluß an mehrere, protrahiert verlaufende grippale Infekte. Nicht selten lassen sich ausschließlich somatische Noxen nachweisen. Wir sahen Dysthymien im adynamischen Rekonvaleszenzstadium nach akuten Infekten auftreten, aber auch nach operativen Eingriffen, Hepatitiden, Nebenhöhlenaffektionen, Schädeltraumen und im Gefolge ungewöhnlich intensiver klimakterischer Beschwerden.

Die *Krankheitsdauer* übertraf die der Cyclothymen; zeitlich schwer abgrenzbare Verläufe von 1—3 Jahren waren häufig. In bezug auf die prämorbidie Charakterausformung ergab sich eine breite Streuung ohne eindeutige Dominanz eines einzigen Typs. Neben ängstlich-unsicheren, still-zurückhaltenden, schwernehmend-gedrückten, wehleidig-ichbezogenen und pedantisch-anankastischen Persönlichkeiten fanden sich ehrgeizig-strebsame und auch aktive, gesellige NATUREN; auffällig ist immerhin die Häufung psychopathischer Varianten.

Zur *Differentialdiagnose* hat v. BAEYER darauf hingewiesen, daß die Unterscheidung den Depressionen gegenüber, die durch schwere Schuldgefühle bei fehlendem Krankheitsbewußtsein gekennzeichnet sind, keine Schwierigkeiten bereitet, dem gehemmten, hypochondrischen, vitaltraurigen und krankheitseinsichtigen Typus gegenüber aber schwierig sein kann. In der Tat findet man die schweren primären Schuldgefühle bei Dysthymen nicht. Die Selbstvorwürfe des Dysthymen lehnen sich vielmehr eng an lebensgeschichtliche Sachverhalte von aktueller Thematik an. Allgemeinmenschliche Problematik, so das metaphysische Schuldbewußtsein (i. S. von JASPERs), das jeden einzelnen mitverantwortlich macht für alles Unrecht und alle Ungerechtigkeit in der Welt, spielt kaum je eine Rolle, und die überdimensionale Vergrößerung und Verzerrung belangloser und längst desaktualisierter Erlebnisinhalte, wie sie bei Cyclothymen zu beobachten sind, vermißt man genauso wie jene puritanische Strenge des Schuldbewußtseins, die schon die Intention auf das Böse, den bösen Gedanken als nicht wiedergutzumachende Schuld wertet. Die Schuldgefühle gelten seltener dem Unrecht, das man anderen zugefügt hat, als den Selbstbehinderungen, den vertanen Chancen und verpaßten Gelegenheiten, zu ihnen gesellt sich oft ein Anflug von sentimentalier Selbstbemitleidung und von egozentrischem Bezug auf aufgezwungene Beschränkungen des persönlichen Entfaltungsstrebens. Der Depressive unterwirft sich dem gnadenlosen Schuldspruch seines Gewissens, der Dysthyme zieht, meistensfalls, sich und besonders die anderen zur Rechenschaft in ausdrücklichem Bezug auf die Schwierigkeiten bei der Realisierung des eigenen Daseinsentwurfs. In manchen Fällen erscheinen die eigenen Verfehlungen „tabuiert“, die Irrtümer werden nicht eingestanden, wenn sie in lebhaftem Gegensatz zum Leitbild von der eigenen Persönlichkeit stehen und daher als unannehbar empfunden werden. Schließlich hat das Schuldgefühl des Dysthymen nicht jene bewußtseinsfüllende, jede andere seelische Regung abtötende

Kraft wie bei vielen Depressiven, sondern tritt — auch hierin dem normalen Erleben ähnlich — mit anderen Symptomen alternierend in Erscheinung.

Auch die übrige Symptomatik erreicht nicht jenen Schweregrad, den man von der cyclothymen Depression her kennt. Dies erleichtert die Abgrenzung der Dysthymie von dem gehemmten Typus der Cyclothymie. Der Dysthyme leidet gewiß unter dem Erleben des „Nichtkönnens“ (v. GEBSATTEL), eine nennenswerte, durch den Betrachter objektivierbare psychomotorische und sprachliche Hemmung tritt aber nur in schweren Fällen auf. Schwerste, bis zum depressiven Stupor heranreichende Hemmungszustände kommen nicht vor. Auch die gehemmten Dysthymen bleiben gut anregbar, die Kranken entfalten, wenn man auf ihre zentralen Problemkreise zu sprechen kommt, meist sogar eine unerwartete Gesprächigkeit. Das hypokinetisch-gehemmte Verhalten des Dysthymen läßt sich durch das richtige Wort zur richtigen Zeit oft schlagartig durchbrechen. Selbst die hypochondrischen Beschwerden, die im Mittelpunkt des Geschehens stehen, erreichen nicht jene Starre und unkorrigierbar-wahnartige Gewißheit, unheilbar krank zu sein, wie man dies von hypochondrischen Depressionen her kennt. Die hypochondrischen Beschwerden, die bei Depressiven oft so ubiquitär sind, daß der Kranke seiner rationalen Eingriffsmöglichkeit beraubt, ein jedes gerade angebotene Organ für krank erklärt, zeigen bei Dysthymien in bezug auf die Organwahl eine stärkere Abhängigkeit von den Vorstellungen des Kranken über seine Krankheit und über den Aufgabenkreis der einzelnen Organe, wobei die emotionale Valenz früher durchgemachter Leiden offenkundig nachzuwirken pflegt. Auch hierin ist der Dysthyme an die Realität angepaßter, in seiner Haltung lebensnaher und von seiner persönlichen Lebensgeschichte abhängiger als der Depressive.

Auf dem Boden von Vitalmißempfindungen kommt es bei Dysthymien leicht zu somato- und autopsychischen Entfremdungserlebnissen. Das Gefühl der Gefühllosigkeit aber, also die Entfremdung, die sich auf die zwischemenschliche Kommunikation bezieht und die bei Entfremdungsdepressionen als Ausdruck dafür auftritt, daß die Stärke der Gefühle, zu der Depressive noch fähig sind, den Anspruch nicht zu befriedigen vermag, der von den intakten kernhaften Persönlichkeitsbereichen ausgeht, tritt bei Dysthymien, in ausgeprägter Form jedenfalls, nicht auf. Die Bewährung des Gemüts in aktuellen Gefühlsakten ist bei Dysthymien weniger beeinträchtigt als bei Depressionen, weil die Alteration des dynamischen Erfüllungsgebietes der noch immer richtungweisenden strukturellen Ansprüche an Fühlen und Verhalten durch die vitale Baisse — der weniger intensiven Verstimmung entsprechend — nicht einschneidend ist. Zudem vermißt man bei Dysthymien die Intention, die „Wärme“ noch aktualisierbarer Gefühlsregungen am habituellen „Standard“ in jener subtilen Selbstreflexion zu messen, wie es der Depressive tut. Der Dysthyme ist in seiner größeren Selbstbezogenheit mehr auf die Beurteilung der Regungen anderer ausgerichtet, die seiner Person gelten, als auf die analysierende Zergliederung der eigenen gerichteten Gefühle. Diese Beobachtung steht im

Einklang mit der Feststellung von JUNG, daß bei Untergrundsdepressionen, die ja in nächster Nachbarschaft zur Dysthymie stehen, das Mitfühlen erhalten bleibt.

Die Tatsache, daß sich schwere, somatisierte Dysthymien von einer Vitaldepression nicht immer unterscheiden lassen, zeigt die Mehrdeutigkeit dieses depressiven Krankheitsbildes. Das Syndrom der leibnahen, vitalen Traurigkeit gehört nach SCHNEIDER zu den wesentlichen Kennzeichen der cyclothymen Depression, ist für diese aber nicht spezifisch, sondern kann auch bei Verstimmungen anderer Genese auftreten. Die Hauptschwierigkeit für die klinische Zuordnung ergibt sich daraus, daß das Syndrom der Vitaldepression sowohl ein Durchgangssyndrom sein kann und als solches beispielsweise im Zusammenhang schizophrener oder auch exogener Psychosen auftreten, als auch ohne nennenswertes Beiwerk das Bild einer echten cyclothymen Phase prägen kann. Es gibt Cyclothymien, die sich im vitaldepressiven Syndrom erschöpfen. Dies gilt nach unserem Eindruck besonders für die ersten Phasen, die übrigens von nicht wenigen Kranken auch ohne klinische Behandlung überstanden werden. Das Vorkommen von Vitaldepressionen im Klimakterium und in der Involution bei Menschen, die früher keine Depressionen durchgemacht haben — schon STRANSKY hatte hervorgehoben, daß einmalige depressive Phasen selten in der ersten Lebenshälfte und meist im Rückbildungsalter auftreten — macht es wahrscheinlich, daß das vitaldepressive Syndrom durch äußere Faktoren leichter provoziert werden kann als die Cyclothymie und die Bedeutung der anlagemäßigen Bereitschaft entsprechend geringer sein dürfte. Für das volle Bild der in mehreren Phasen ablaufenden cyclothymen Psychosen ist eine entsprechende Disposition ausschlaggebend. Wenn man in diesen Psychosen eine präformierte Reaktionsweise i. S. von HOCHÉ sieht, so ist diese auf einen bestimmt determinierten Personenkreis beschränkt. Äußere Einflüsse sind hier offenbar nur im Sinne der traditionellen Provokation und Dekompensation von Phasen wirksam und bestenfalls für die Frage „warum gerade jetzt“ maßgebend, wenngleich die endogene Selbstherrlichkeit nicht ganz so uneingeschränkt gelten dürfte, wie man es früher anzunehmen pflegte. In einem hohen Prozentsatz von Cyclothymien findet man, wie es STRANSKY 1911 formulierte, „determinierende Veranlassungsursachen“, wenn auch von sehr unterschiedlichem Gewicht. Der Kreis der Menschen aber, die psychische oder somatische Noxen unter bestimmten Voraussetzungen mit dem Syndrom der Vitaldepression beantworten, ist dagegen zweifellos größer, weniger exklusiv. Der Nachweis eines vitaldepressiven Syndroms von endogenem Gepräge schließt — in diesem Punkte erscheint die Kritik psychogenetisch eingestellter Autoren an der wirklichkeitstrennen Abschirmung und Überdehnung des „Endogenen“ berechtigt — die ausschlaggebende Rolle äußerer Faktoren nicht aus. Um eine sichere, reine Endo-

genität behaupten zu können, müssen wir, worauf noch eingegangen wird, an das klinische Bild größere Ansprüche stellen. Hiervon unbeschadet ist freilich festzuhalten, daß selbst eine reaktiv in Gang gekommene Vitaldepression nach den Erfahrungen von WINKLER psychotherapeutisch erst angehbar ist, nachdem es gelungen ist, die endogene Verstimmung durch somatische Behandlungsmaßnahmen aufzuhellen.

Wenn man die karge Symptomatik der Vitaldepression mit dem voll entwickelten, „vielgestaltigen“ (LEONHARD) Bild einer teils mit manischen, teils mit depressiven Phasen verlaufenden Psychose vergleicht, könnte man geradezu die Frage stellen, inwieweit Vitaldepressionen so etwas wie eine rudimentäre Cyclothymie darstellen können. Diese Betrachtungsweise wird durch die Beobachtung nahegelegt, daß den vielgestaltigen, produktiven Bildern depressiver Psychosen, wie sie z. B. im Verbande einer Schuld- oder Verarmungsdepression auftreten, auch eine besondere Schwere der Verstimmung entspricht, wenn man den Schweregrad daran mißt, wie weit und wie nachhaltig die Persönlichkeitshaltung von der Verstimmung geprägt wird. Prinzipiell zu unterscheiden hat man erstens den *Modulationsreichtum reaktiv-endogener Dysthymien*, der der erhaltenen Reagibilität des Subjektes entspricht, zweitens die *Symptomarmut vitalisierter Psychosen* mit zunehmender Dominanz der endogenen Züge als Ausdruck der nachlassenden Fähigkeit zur Konfrontierung mit der leibnahen Verstimmung und drittens die reichhaltige, *bunte Symptomatik schwerster endogener Verstimmungen* als Ausdruck einer krankheitsimmanenten psychischen Leistung des überwältigten, in einem depressiven Lebensstil befangenen, seiner natürlichen Freiheitsgrade beraubten Kranken. Diese Differenzierung entspricht verschiedenen klinischen Schweregraden der Depression.

Während man bislang die periodischen Depressionen im Begriff der manisch-depressiven Psychosen aufgehen ließ, nimmt man zunehmend von der Seltenheit manischer Psychosen Notiz und hier und da wird die Neigung erkennbar, die manisch-depressiven Psychosen von den periodischen Depressionen ganz zu trennen. Von der erbiologischen Problematik ganz abgesehen, entsprechen die depressiven Phasen, die im Rahmen der manisch-depressiven Erkrankung auftreten, dem — schweren — Verlauf periodischer Depressionen so weitgehend, daß die völlige Trennung beider Psychoseformen problematisch erscheint. Vielleicht sollte man sich mit einer Korrektur der Gewichtsverteilung begnügen. Die manisch-depressiven Psychosen sind nicht die umfassende Klammer, sondern nur eine — seltene — Sonderform der Cyclothymie, die unter bestimmten Voraussetzungen, die noch weitgehend ungeklärt sind, realisiert wird, entsprechend wie wir syndromatisch eine hypochondrische, eine Schuld-, Entfremdungs- und Verarmungsdepression differenzieren.

Unter diesem Aspekt erscheint es prüfenswert, ob es im Sinne von KLEIST und LEONHARD neben bipolaren cyclothymen Psychosen, die eine Bereitschaft zu depressiven *und* manischen Phasen aufweisen, auch monopolare Psychoseformen gibt, die keine Disposition zu gegensinnigen Phasen erkennen lassen. Allem Anschein nach sind die monopolaren periodischen Depressionen weit zahlreicher als die bipolaren manisch-depressiven Psychosen. Von 300, von uns unter Mitwirkung von HEINRICH untersuchten Kranken, über die wir an anderer Stelle berichten werden, haben nur 32 Kranke neben depressiven auch manische Phasen durchgemacht. Dabei mag die habituelle Ausformung des Temperaments zu den Faktoren zählen, die dafür maßgeblich sind, ob die cyclothyme Psychose bipolar oder monopolar abläuft. Präpsychotisch handelt es sich bei den Kranken mit manischen Phasen mit großer Mehrheit um hypomanische, aktive, gesellige, unternehmende Menschen mit vielseitigen Interessen und extravertierter Veranlagung. Die schon traditionelle Beobachtung, daß die Cyclothymen intellektuell eher über dem Durchschnitt stehen, dürfte für die Manisch-Depressiven im engeren Sinne zutreffen. Diese Menschen erweisen sich ihrem Temperament entsprechend als schnell umstellbare, attente, sehr leistungsfähige Menschen von meist beachtlicher Lebensklugheit und vitaler Intelligenz. Wir haben aber andererseits nicht den Eindruck, daß sich die Cyclothymen sonst in intellektueller Hinsicht in irgendeiner Weise signifikant von der Durchschnittsbevölkerung abheben.

Die manisch-depressiven Psychosen bieten in ihren depressiven Phasen fast durchweg ein vielgestaltiges Bild. Die Psychosen erschöpfen sich nicht im schlichten Bild einer Vitaldepression, sondern bieten eine Fülle produktiver Symptome. Wir finden Depressionen mit stark ausgebildeter Hemmungssymptomatik, die bis zum Stupor heranreicht, ängstlich-agitierte und hypochondrische Bilder, Schuld-, Verarmungs- und Entfremdungssymptome, des weiteren Psychosen mit Zügen von Ratlosigkeit und mit paranoidischem und anankastischem Einschlag. Für die besonders hohe Durchschlagkraft der anlagebedingten Krankheitsbereitschaft spricht die auffallend hohe Zahl von Krankheitsphasen; wir haben Kranke mit sieben, acht und neun Phasen beobachtet. Das *Durchschnittsalter* bei der ersten Krankheitsphase lag mit 34 Jahren vergleichsweise niedrig, was in gleichem Sinne verwertbar ist. Die Dysthymien beginnen hingegen erst mit 41 Jahren und die Vitaldepressionen mit 47 Jahren. Es sei hier eingefügt, daß wir die 50 Kranken, die bis jetzt nur eine Phase durchgemacht haben und diese Phase das Bild einer symptomarmen Vitaldepression darbot, trotz vorhandener Fehlerquellen getrennt erfaßt haben, um die Unterschiede zum Gros der Cyclothymien besser herausarbeiten zu können. Zu den Unterschieden gehört die Verteilung der Körperbautypen. Bei den Dysthymien zeigt sich ein starkes Überwiegen der Leptosomen, bei den Vitaldepressionen ein geringes Überwiegen der Leptosomen, bei den Cyclothymen ein leichtes Überwiegen der Pykniker und bei den Manisch-Depressiven i. e. S. ein deutliches Überwiegen der Pykniker.

Gegen die generelle Annahme einfacher Entsprechungen von starker anlagemäßiger Disposition und jugendlichem Alter spricht das Verhalten mancher Sondergestaltungen der cyclothymen Verstimmungen. Die hypochondrische Depression

beginnt mit 40 Jahren verhältnismäßig spät, was wohl mit dem höheren Anteil der Kranken in der beginnenden Involution und mit psychosomatischen Auswirkungen der hormonal-endokrinen Umstellung zusammenhängt, die leicht in den Verband der Depression einbezogen werden. Die Schulddepression beginnt mit 46 Jahren spät und auch die paranoischen Beimengungen sind erst bei älteren Kranken nachweisbar. Die Schuldthematik ist ja, psychologisch verständlich, bei durchstrukturierten, reiferen Persönlichkeiten zu erwarten und nicht etwa in der Sturm- und Drangperiode des noch ungebundenen jungen Menschen mit ihrer in die Welt hinausgreifenden expansiven Thematik. Im Argwohn, in der Atmosphäre des Sich-beeinträchtigt-Fühlens, in der Furcht vor dem homo homini lupus mag sich — im Sinne der Darlegungen von WEITBRECHT — „eine grundsätzlich bereitliegende menschliche Haltung“ entfalten, wobei die Revelation vorzugsweise bei älteren Menschen zu erwarten ist.

Ein weiterer Orientierungspunkt ergibt sich aus dem Vorhandensein ausgeprägter Tagesschwankungen der Stimmungslage. Ein solcher, dem normalen Tagesrhythmus skandierend aufgeprägter depressiv-rhythmisierender Faktor (ENGEL) ist in Form der typischen Tagesschwankung bei manisch-depressiven Kranken fast ausnahmslos nachweisbar, die Schuld- und die Entfremdungsdepression weisen ihn in vier Fünftel der Fälle auf, bei den Dysthymien liegt der Prozentsatz bei nur einem Viertel, wobei hier die Schwere der Verstimmung maßgebend zu sein scheint. Auch die familiäre Belastung mit Psychosen und Suiciden liefert Anhaltspunkte. Die Schuld- und die Entfremdungsdepression zeigen mit über zwei Dritteln der Fälle die stärkste Belastung und auch bei den Manisch-Depressiven ist über die Hälfte der Kranken familiär belastet. Der Anteil der Vitaldepressionen liegt demgegenüber bei nur einem Drittel.

Es kommt noch ein weiterer, wenig beachteter differentialdiagnostischer Anhaltspunkt hinzu: wenn man die Symptomatologie der depressiven Krankheitsbilder überschaut, so fällt es auf, daß diese um so produktiver, bunter und vielgestaltiger ist, je geringer die Rolle äußerer Faktoren am Krankheitsgeschehen ist, je reiner, unverfälschter sich die Endogenität des Leidens darstellt. Es lohnt, der Frage nachzugehen, welche Schlüsse sich aus dem Unterschied zwischen vielgestaltigen und symptomarmen Bildern ergeben. Wir gehen in erster Annäherung von der alten Feststellung aus, daß die depressiven Kranken hinsichtlich des Krankheitsbewußtseins grundsätzliche Unterschiede erkennen lassen. Man pflegt das erhaltene und das fehlende Krankheitsbewußtsein gegenüberzustellen und auf zwei klinisch wohlbekannte Typen endogen depressiver Psychosen hinzuweisen, die dieser Differenzierung entsprechen. Weitere Ansätze für die Theorie der Depression ergeben sich daraus aber nicht. Vielleicht ist es aber zweckmäßig, zunächst zwischen *Krankheitsbewußtsein* und *Krankheitseinsicht* zu unterscheiden. Mit *Krankheitseinsicht* ist der Tatbestand gemeint, daß der Kranke um seine pathologisch veränderte Stimmungslage Bescheid weiß und begreift,

daß der Beschwerdenkomplex von dieser Depression herührt, daß er folglich seinem Leiden in der gleichen Weise gegenübersteht, wie es die Menschen üblicherweise tun, wenn sie an einer körperlichen Krankheit mit körperlichen Begleitsymptomen erkranken. Wo diese Einsicht bei somatischen Krankheiten zunächst nicht besteht, da gewinnt sie der Kranke, sobald er über die Zusammenhänge aufgeklärt und in die Lage versetzt wird, laienhaft unzulängliche Vorstellungen zu korrigieren. Das gleiche Verhalten beobachtet man bei Dysthymien und meisten Vitaldepressionen. Der Kranke begreift von vornherein oder nach entsprechender Aufklärung, daß seine Beschwerden Ausdruck einer Erkrankung sind, bemüht sich seinem Leiden gegenüber genauso objektivierend Stellung zu nehmen, wie es körperlich Kranke tun und verarbeitet seine Beschwerden in der Art, die seiner habituellen Veranlagung entspricht. Die Fähigkeit zu spezifisch persönlichkeitsseigenen Stellungnahmen erscheint in keiner Weise eingeengt. Das *Krankheitsbewußtsein* dagegen meint nicht eine solche Fähigkeit zur individuellen Konfrontation mit dem Leiden, von dem das Subjekt heimgesucht wird, sondern allgemeiner und anspruchsloser, die Tatsache, daß sich der Mensch überhaupt dessen bewußt ist, krank zu sein. Es gibt nun nicht nur ein *Krankheitsbewußtsein*, das auf dem Boden klarer Krankheitseinsicht gedeiht, sondern auch ein — meist sogar verschärftes — *Krankheitsbewußtsein* trotz fehlender Krankheitseinsicht.

In der hypochondrischen Depression z.B. ist der Kranke nicht seiner Depression, seinem wirklichen Leiden gegenüber krankheitsbewußt, er gewinnt vielmehr aus der Depression heraus die wahnhafte Überzeugung, unrettbar krank zu sein. Der Kranke urteilt, durch die Depression bedingt, nach krankheitstypischen aber persönlichkeitsfernen Maßstäben, er überschätzt seine körperlichen Mißempfindungen unter normalpsychologischem Aspekt in „maß-loser“ Weise. Sowohl in der Schulddepression mit ihrem fehlenden *Krankheitsbewußtsein* als auch in der hypochondrischen Depression mit ihrem übersteigerten *Krankheitsbewußtsein* fehlt es in gleicher, pathologischer Weise an *Krankheitseinsicht*. In beiden Fällen wird der Mensch von der Depression in einer Weise überwältigt und in seiner Stellungnahme bestimmt, daß wenig Raum bleibt für Einstellungen, die sich an den individuellen Maßstäben der Person orientieren. Bei erhaltenem *Krankheitsbewußtsein* müssen wir dementsprechend zwischen einsichtigem, sachgerechtem und intentional verfehltem *Krankheitsbewußtsein* unterscheiden. Eine weitere Differenzierung ergibt sich daraus, daß auch die *Krankheitseinsicht* intentional fehlgesteuert sein kann, vorzugsweise bei depressiven Zuständen, an deren Genesee erlebnisreaktive Momente ausschlaggebend beteiligt sind. Um die Verschleierung schamhaft verschwiegener Erlebnisinhalte bemühte Kranke sind besonders „*krankheitseinsichtig*“, d. h. allzu gerne bereit, ihre Beschwerden unter ein Geschehen von Krankheitswert zu subsumieren, wodurch sie eine rückhaltlose Freilegung unangenehmer Zusammenhänge zu vermeiden hoffen. Die *Krankheitseinsicht* bleibt in solchen Fällen fakultativen Ab- und Verdrängens grundsätzlich gewahrt. Nach dem Ergebnis unserer Untersuchungen bestehen nun enge Beziehungen zwischen den Krankheitsfällen mit fehlender *Krankheitseinsicht* (wobei es nebensächlich ist, ob das *Krankheitsbewußtsein* aufgehoben oder intentional fehlgesteuert ist) und produk-

tiver, vielgestaltiger Symptomatik mit eindeutig endogenem Gepräge des Zustandsbildes einerseits und den Krankheitsfällen mit erhaltener Krankheitseinsicht, weniger reichhaltiger Symptomatik und geringerer Tiefe der Verstimmung, die ja meist mit einer stärkeren Beteiligung äußerer Faktoren korrespondiert, andererseits.

Dem Verständnis näher gebracht werden diese Zusammenhänge, wenn man die Tatsache fehlender Krankheitseinsicht als ein Indiz dafür wertet, daß die depressive Erkrankung dem Subjekt eine depressive Lebensform aufzwingt, in der für die zurückgedrängten extrapsychotischen Persönlichkeitsdispositionen nur noch wenig Platz ist. Es ist verständlich, daß bei erhaltener Krankheitseinsicht das Denken und Tun der Kranken noch weitgehend von den habituellen Anschauungen geprägt werden, da das Bewußtsein des Kranken von der depressiven Symptomatik noch nicht völlig überflutet wird.

Die mannigfaltigen, bewußtseinsfüllenden Krankheitssymptome der Depressiven, die ihre Krankheitseinsicht eingebüßt haben, sprechen demgegenüber dafür, daß sich die krankheitstypische depressive Lebensform — für die Dauer der Phase — etabliert hat. Bei Depressiven mit erhaltener Krankheitseinsicht heben sich die depressiven Symptome noch als ein Störungsfaktor aus dem Erlebnisfluß ab, während die produktive Symptomatik der krankhedsuneinsichtigen Kranken als Ausfluß einer das Erlebnisfeld ausfüllenden depressiven Lebensform gewertet werden darf. Ein solcher radikaler Umschwung des Lebensstils ist bei Depressionen, deren Dynamik auf erlebnisreaktive Faktoren zurückgeht, *niemals* zu beobachten. Betrachtet man die Frage der Krankheitseinsicht vor dem Hintergrund einer sich etablierenden depressiven Lebensform und in bezug auf ein klinisches Ordnungsprinzip, so hat man ein differentialdiagnostisch bedeutsames Kriterium für die Abgrenzung endogener und psychoreaktiver Depressionszustände im weitesten Sinne gewonnen. Fehlende Krankheitseinsicht schließt die psychoreaktive Genese der Depression aus, erhaltene Krankheitseinsicht spricht, für sich allein genommen, nicht gegen die Endogenität des Zustandsbildes. Von diesem Hintergrund aus wird es psychologisch einsichtig, daß man primäre Schuldgefühle, den hypochondrischen und den Verarmungswahn als *typische Manifestationsweisen* der depressiven *Lebensform* nur bei schweren endogenen Depressionen und nicht bei Dysthymien antrifft.

Es ergibt sich schon aus den besprochenen Zusammenhängen, daß man der Meinung, die einzelnen Sondergestaltungen depressiver Psychosen ließen sich aus den Besonderheiten der Lebensgeschichte ableiten, nicht ohne Skepsis gegenüberstehen kann. Es wäre verfehlt, anzunehmen, daß derjenige an einer Schulddepression erkranke, der präpsychotisch realiter besonders viel Schuld auf sich geladen hatte. Genauso wie kriminelle Zwangsimpulse beim Zwangskranken nicht

dafür sprechen, daß dieser ein besonders schlechter Mensch wäre, sondern eher für die Hellhörigkeit und Ansprechbarkeit seines Gewissens, so wird man auch bei Depressiven mit Schuldinhalten eher ein „gebildetes Gemüt“ (KRUEGER) und eine entfaltete Reuefähigkeit erwarten, als ein Übermaß an Schuld. Das Auftreten einer Schulddepression bei einem gemütlösen und gewissenlosen Menschen dagegen wäre psychologisch widersinnig. Die Virulenz der Psychose und die damit zusammenhängende Reichhaltigkeit oder Kargheit der Symptomatik ist einer unter zahlreichen Faktoren, die für die Symptomgestaltung in Betracht zu ziehen sind. Aus der Zugehörigkeit zu den einzelnen Altersphasen können sich weitere Modifikationen ergeben. Im Zusammenhang mit der Psychologie des betagten Menschen, mit dem allmählichen Erlöschen der Prospektivität, mit permanent drohenden Verlusten, mit der Ver einsamung und der Todesnähe mag das Auftreten paranoischer und ängstlich-agitierter Symptomatik stehen bei Menschen, die in früheren Phasen solche Züge nicht erkennen ließen. In der beginnenden Involution zeigen die Vitaldepressionen — wohl unter dem Einfluß der biologischen Umbruchzeit — eine Tendenz zur hypochondrischen Generalisierung. Bestehende klimakterische Beschwerden werden recht häufig in den Verband einer endogenen Verstimmung einbezogen. Wir sehen eine zunehmende Bereitschaft zu hypochondrischer Erlebnisverarbeitung andererseits auch bei solchen Kranken, die in kurzen Intervallen depressive Phasen durchmachen. Obwohl sich die Kranken zwischen den Phasen mit der überstandenen Krankheit — wohl aus dem wieder uneingeschränkten Gesundheitsgefühl heraus — nicht auseinandergesetzt hatten, dürfte die hypochondrische Einstellung, die die neu hereinbrechende Phase beherrscht, eine späte Antwort auf die Tatsache darstellen, daß der Kranke wiederholten Krankheitsepisoden ausgesetzt gewesen ist. Die Möglichkeit zu einer solchen Antwort ist allerdings nur bei leichteren Verstimmungen noch realisierbar. Für die Wahl der besonderen Depressionsform sind innere, im weitesten Sinne konstitutionelle Gründe maßgebend, die Besonderheiten der habituellen psychophysischen Strukturen, wobei natürlich in erster Linie an die Ergebnisse der Kretschmerschen Schule über die körperlichen Zuordnungen zu erinnern ist. Die Frage, ob ein Mensch in der Depression in hypochondrischer Befangenheit lediglich um sein leibliches Wohl besorgt ist, ob er von der Furcht vor angeblich drohender Verarmung oder von der Sorge um Menschen und Dinge, denen er sich verpflichtet weiß, gequält wird, reicht darüber hinaus in unzureichend geklärte charakterologische und sozialpsychologische Bezüge hinein. Ansätze zu diesem Thema finden sich i. S. der von SCHNEIDER aufgezeigten Forschungsrichtung bei JANZARIK. Mit präpsychotischen, eventuell mit auslösenden Erlebnisinhalten steht nicht die *Form* der Psychose, sondern allenfalls und

gar nicht einmal häufig die *speziellen Inhalte* der Psychose in Beziehung. In der Depression gelangen neben der von SCHNEIDER hervorgehobenen allgemeinmenschlichen Problematik nicht selten auch die hochindividuellen, uneingestandenen „Achillesfersen“ zum Durchbruch. Körperlische Mißbildungen und Entstellungen, die unter Umständen in gesunden Tagen i. S. eines Thersiteskomplexes (STUTTE) durch Boshaftigkeit, ressentimentgeladene, überkompensierende Aggressivität abreaktiert werden, können als unverstellter, nackter Tatbestand zu einem der depressiven Themen werden. Auch intellektuelle Minderbegabung und mangelnde Lebenstüchtigkeit können, wie wir gelegentlich beobachtet haben, in den entsprechenden Selbstvorwurf gekleidet werden. Die Einsicht in die Grenzen der eigenen Möglichkeit verschwindet mit dem Abklingen der Depression schlagartig, die Freilegung der persönlichen Schwächen durch die Verstimmung setzt sich in gesunden Tagen keineswegs — oder doch nur extrem selten — in besinnungsvolle Konfrontation fort. Ein solches Aufdecken der Lebensproblematik in und durch die Depression gibt natürlich leicht Anlaß zu unhaltbaren psychogenetischen Hypothesen. In Wirklichkeit sind hier keine kausalgenetischen Beziehungen gegeben, sondern gerade umgekehrt können sich aus der thematischen Gestaltung der Psychose rückblickend Anhaltspunkte auf Problemkreise ergeben, die den Kranken außerhalb der Psychose beschäftigen oder die er in gesunden Tagen abdrängt, aus Bequemlichkeit und aus Mangel an Selbstverständnis. Ein bestimmter Selbstvorwurf kann für die extrapsychotische Problematik in entsprechender Weise kennzeichnend sein, wie sich der hauptsächliche hypochondrische Inhalt tatsächlich auf eine nicht intakte Organfunktion, einen locus minoris resistantiae, beziehen kann. Daß die Psychose nicht nur mit dem Erlebnismaterial der Persönlichkeit arbeitet, sondern daß sich auch deren Einstellungen mindestens streckenweise auf die Symptomgestaltung auswirken, offenbart sich in manchen Details.

Eine Kranke z. B. quälte sich mit Selbstvorwürfen ab, deren keineswegs belangvolle Thematik sich auf zwei Jahrzehnte zurückliegende Ereignisse bezog, während sie die Tatsache, ihrem Ehemann noch in letzter Zeit untreu gewesen zu sein, nicht in das Schuldbewußtsein einbezog. Der Ehemann entpuppte sich als ein liebloser, egoistischer, herzloser Mensch.

Der Zustand einer anderen Kranken, die sich heftige Vorwürfe machte, weil sie vor 3 Jahren ihren Mann mit einem Jugendfreund hintergangen hatte, verschlimmerte sich zusehends, nachdem der vertrauensselige Mann dem in der Klinik abgelegten Geständnis seiner Frau keinen Glauben schenkte. Die noble Gesinnung des Gatten akzentuierte die eigene Verfehlung in einer Weise, die nicht mehr aus der Depression heraus verstehbar, sondern nur in normalpsychologischen Zusammenhängen zu erhellen ist. Wir mußten dem Ehemann raten, das Sühneverlangen seiner Frau zu akzeptieren.

Da die psychotischen Inhalte auf wunde Punkte der Lebensgeschichte hinweisen können, mag es in manchen Fällen sinnvoll sein, im Anschluß

an die somatische Therapie und unmittelbar nach Abklingen der Verstimmung mit psychotherapeutischen Bemühungen nachzustößen. Die psychotherapeutische Arbeit kann bereits einsetzen, wenn die affektive Baisse gerade eben überwunden ist, die Schuldkomplexe aber noch nicht ganz ihre personale Relevanz verloren haben. Gerade in dieser Übergangszeit zeigt der Mensch eine starke gemütliche Ansprechbarkeit und ist für Zuspruch aufgeschlossener als nach völliger Genesung, denn erst der Genesene richtet jene „Charakterschranken“ (WELLEK) und Widerstände wieder auf, die die einleitende Kontaktaufnahme behindern. Eine nachfolgende psychotherapeutische Behandlung gewinnt aus der Erfahrung heraus erhebliche Bedeutung, daß die Gefahr der Remanifestation der Psychose bzw. eines Rezidivs durch persönliche Schwierigkeiten erhöht wird. Die, womöglich ausschließliche, psychotherapeutische Behandlung der Schulddepression, wie sie unter anderen von BOSS vertreten wird, halten wir dagegen für ein äußerst bedenkliches Vorgehen, das die Suicidgefahr erhöhen kann.

Wenn auch die Artung der psychophysischen Strukturen für die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Form der Depression ausschlaggebend sein dürfte, spielen hinsichtlich des genaueren symptomatologischen Aufbaus der Zustandsbilder auch Faktoren eine Rolle, die sich aus der Kohärenz von Einzelsymptomen zueinander ergeben. Dies sei in wenigen Zügen am Beispiel der Entfremdungsdepression dargestellt.

Die Entfremdungsdepressionen gehen bekanntlich nicht selten mit hypochondrischer Symptomatik einher und es gibt sogar Übergänge zwischen den beiden Erlebnisweisen. Wir haben sowohl bei endogener Entfremdungsdepression als auch bei asthenischer Psychopathie sowie asthenischer Persönlichkeitsentwicklung nach schwerer Dystrophie solche Übergänge gesehen, wobei zunächst über die Entfremdung des ganzen Körpers oder einzelner Organe geklagt wurde, die dann allmählich in hypochondrische Erlebnisweisen entsprechender Lokalisation überging. Es liegt also gleichsam an der psychologischen Nähe beider Symptome, wenn die Entfremdungsdepression ein hypochondrisches Beiwerk aufweist — das Gefühl der Entfremdung begünstigt die hypochondrische Selbstbespiegelung. Die Kranken mit hypochondrischer Depression sind im eindeutigen Gegensatz zu den Entfremdungsdepressionen, die mit fast 50% Probanden mit höherer Schulbildung weit an der Spitze unserer Depressionen liegen, Menschen von wenig differenzierter Persönlichkeitsstruktur und niedrigem Intelligenzniveau. An diesem Unterschied mag es liegen, daß KLUGE auch außerhalb der Psychosen, bei Erschöpften mit reaktiven Verstimmungszuständen den gleichen Tatbestand feststellen konnte, das Überwiegen der hypochondrischen Bilder bei undifferenzierten und der Entfremdungserscheinungen bei differenzierten Persönlichkeiten. Freilich stellt der Differenzierungs-

grad der Persönlichkeit für sich allein genommen keine zureichende Erklärung dar. Bei der Entfremdungsdepression kommt es wesentlich auf die Verbindung von differenzierter Persönlichkeit mit der geringen Belastungsfähigkeit der asthenischen Konstitution mit ihren psychischen und somatischen Korrelaten an, insbesondere mit ihrer Affinität zur analysierenden Selbstzergliederung (PETRIOWITSCH). Der geringe Differenzierungsgrad der Kranken mit hypochondrischen Verstimmungen ist als solcher natürlich unspezifisch, hier scheint die Egozentrität, die Selbstbezogenheit und Selbstbefangenheit der Ausgangspersönlichkeit von Bedeutung zu sein. Das nun darüber hinaus die hypochondrische Erlebnisbereitschaft ganz andere Gründe haben kann, ist bei der allgemein menschlichen und durch situative Zusammenhänge leicht aktivierbaren Anfälligkeit gerade für dieses Erlebnis nicht verwunderlich.

Es liegt andererseits wiederum an psychologisch einleuchtenden Besonderheiten der Situation, wenn, wie CONRAD hervorhebt, Entfremdungssymptome nicht selten bei Depressionen im Wochenbett zu beobachten sind. Das Interesse der Mutter kreist im besonderen Maße, ja fast ausschließlich, um ihr Neugeborenes, und es ist ohne weiteres evident, daß schon geringe Änderungen in der emotionalen Zuwendung, wie sie durch die Depression unausweichlich bedingt werden, ausreichen, um die kleinen Schwankungen der Intensität des emotionalen Rapportes in intrapsychischer Potenzierung zu einem ausgeprägten Entfremdungssyndrom werden zu lassen.

Das gleiche klinische Bild kann das Ergebnis sehr verschiedener Faktoren sein. Man sieht, um ein Beispiel anzuführen, Depressionen mit ausgeprägter Ratlosigkeit nicht selten bei Menschen von geringem Persönlichkeitsniveau auftreten, bei denen man sich fragen darf, inwieweit das ratlose Verhalten als Ausdruck mangelnden Vermögens aufzufassen ist, sich an die ungewohnten Bedingungen der depressiven Situation anzupassen. Die über das ahnungslose Subjekt einbrechende Depression kann sehr wohl eine Situation darstellen, der ein dürftig strukturierter Mensch fassungslos, nicht begreifend, also in psychologischem Wortsinne ratlos, gegenüberstehen kann. Andererseits finden wir aber ratloses Verhalten nicht selten auch bei Cyclothymien vom Typus der Entfremdungsdepression. Möglicherweise erwächst hier die Ratlosigkeit sekundär aus der tiefreichenden Störung der emotionalen Kommunikation mit der Umwelt, die das Subjekt unter Umständen sogar am eigenen Identitätsbewußtsein irre werden läßt. Gerade das Gefühl der Gefühllosigkeit, also das Bewußtsein, nicht nur traurig zu sein, sondern auch anders zu fühlen als früher, scheint häufig von einer flüchtigen Ratlosigkeit begleitet zu werden.

Am Beispiel der Entfremdungsdepression läßt es sich auch zeigen, daß die *Artung der Persönlichkeit* nicht nur für die Form der Verstimmung

bedeutsam ist, sondern auch *Rückwirkungen auf Verlaufsgesetzmäßigkeiten* der Verstimmung haben kann. Wie wir an anderer Stelle ausgeführt haben, fällt es auf, daß die Entfremdungsdepression nicht selten einen protrahierten Verlauf nimmt und keine gut abgrenzbaren Phasen erkennen läßt. Da die Kranken ganz überwiegend dem leptosomasthenischen Konstitutionstypus zugehörig sind, stellt sich die Frage, inwieweit dieser Konstitutionstypus schon an sich zu protrahiertem und damit atypischem Verlauf disponiert. Parallelen ergeben sich nicht nur zu den dysthymischen Verstimmungen, die auch überwiegend bei Leptosomen auftreten, sondern auch zu den schon früher beobachteten, im Handbuchbeitrag von LANGE erwähnten, protrahierten asthenischen Depressionen.

Es kommt noch ein weiterer Faktor hinzu. Bei manchen Kranken läßt sich anamnestisch eine schon präpsychotisch deutliche Bereitschaft zu passageren Entfremdungsphänomenen eruieren, wie sie sich vorzugsweise bei asthenischen Psychopathen findet. In einigen Fällen stellte sich im Abklingen der Psychose ein sich lange hinziehendes subdepressives Übergangsstadium ein, das an Untergrundsverstimmungen bei psychopathischen Persönlichkeiten erinnerte und in dem eine, nur ganz allmählich nachlassende, Disposition zu Entfremdungserlebnissen festzustellen war. Einen ganz analogen Verlauf zeigen auch die Zwangsdépressions. Auch bei diesen, in der Regel schon präpsychotisch anankastischen Menschen mündet die Psychose nicht selten in eine subdepressive Übergangsphase ein, die mehr durch ausgeprägte Zwangssymptome gekennzeichnet ist als durch eine intensive Verstimmung. Es ist möglich, daß psychische Phänomene, die sowohl *Leitsymptome* einer *depressiven Phase* darstellen, als auch zu den *Eigenschaften* der habituellen *Persönlichkeit* gehören, die Bedeutung eines *Brückensymptoms* erlangen können, dergestalt, daß sie bei entsprechenden Voraussetzungen sowohl eine Psychose zu provozieren vermögen, als auch im Abklingen der Verstimmung — gerade weil sie den persönlichkeits-eigenen Anteil des Gesamtgeschehens repräsentieren — das Abbrechen der Phase hinauszögern.

Derartige Symptome stellen die „Tuchfühlung“ zwischen Ausgangspersönlichkeit und depressiver Psychose her. An einer solchen Tuchfühlung, an „Zugriffsmöglichkeiten zwischen Erkrankung und Persönlichkeit“ liegt es, wie es BÜRGER-PRINZ dargelegt hat, wenn die Tatsache der durchgemachten Psychose für das Subjekt nicht folgenlos bleibt, sondern in den Entwicklungsgang der Persönlichkeit einbezogen wird. Die Behauptung psychogenetisch orientierter Autoren, eine psychologische Nähe zwischen Charakteraufbau und depressiver Verstimmung sei grundsätzlich gegeben, findet bei der Untersuchung einer großen Zahl von Kranken keine Bestätigung. Für die *Kerngruppe* der

Cyclothymie gilt unverändert der Satz, daß „nach Abklingen der Depression zumeist nichts mehr übrig ist von der Berührung mit dem Numinosen in der wiedergewonnenen cyclothymen Behäbigkeit“ (WEITBRECHT). Wenn man bei Dysthymien, weniger deutlich auch bei Vitaldepressionen, eine Häufung problematischer Charaktere findet und diese beiden Krankheitsbilder offenbar als ein Grenzgebiet angesprochen werden müssen, in dem Reaktives (bzw. Exogenes) und Endogenes in besonders inniger Verflechtung kausal wirksam sind, so bedeutet dies keine „Aufweichung“ des Prinzips der Endogenität depressiver Psychosen, sondern weist auf die Aufgabe hin, den zunächst grob abgesteckten Bereich des Endogenen in geduldiger *klinischer Kleinarbeit* zu präzisieren, von der ein- zur mehrdimensionalen Diagnostik, vom allgemeinen Schema zur komplexen Wirklichkeit voranzuschreiten.

Die Gefahr von Fehlinterpretationen, die aus der individualisierenden biographischen Detailforschung erwächst — so nützlich sie auch als Gegengewicht gegen die allzu globale, nur an Krankheitseinheiten orientierte Forschung sein mag — deutet auf das Erfordernis hin, die *syndromatische Betrachtungsweise* als die gleichsam mittlere Dimension unserer Untersuchungsmöglichkeiten nicht zu vernachlässigen. Sie bietet, ohne die Preisgabe klinisch-nosologischer Differenzierungen, Ansätze für die Erfassung individueller Variation und deren wissenschaftliche, und d. h. ja *kontrollierbare* Aufarbeitung.

Zusammenfassung

Das dysthyme Syndrom bildet nicht nur symptomatologisch einen reaktiv-endogenen Mißzustand, sondern stellt vielfach auch unter genetischem Aspekt ein Übergangsstadium dar: seelisch-reaktive Verstimmungen können fließend in Hinter- und Untergrundverstimmungen übergehen, sich sodann im dysthymen Syndrom verfestigen und schließlich in das Zustandsbild einer symptomarmen Vitaldepression einmünden. In symptomatologisch-phänomenologischer Analyse wird zu zeigen versucht, daß die Erkenntnis von der nosologischen Vieldeutigkeit nicht nur des dysthymen, sondern auch des vitaldepressiven Syndroms nicht zur Preisgabe nosologischer Unterscheidungen zu führen braucht, sondern, bei stärkerem Hervortreten der syndromatischen Betrachtungsweise, neue Impulse zu genaueren klinischen Differenzierungen bietet. Angesichts der modischen Überbewertung erlebnisreaktiver Faktoren werden abschließend Auswirkungen besprochen, die sich aus der habituellen Artung der Persönlichkeit für die Symptom- und Verlaufsgestaltung der Depressionen ergeben.

Literatur

- BAEYER, W. von: Zur Psychopathologie der endogenen Psychosen. Nervenarzt 24, 316 (1953).

- BLEULER, M.: Die Depression in der ärztlichen Allgemeinpraxis. 2. Aufl. Basel: Schwabe 1948.
- BOSS, M.: Diskussionsbemerkung. 16. Int. Kongr. f. Psychol. Bonn 1960.
- BÜRGER-PRINZ, H.: Psychopathologische Bemerkungen zu den cyclischen Psychosen. Nervenarzt 21, 505 (1950).
- CONRAD, K.: Die symptomatischen Psychosen. In: Psychiatrie d. Gegenwart. Band 2. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960.
- ENGEL, S. W.: Die depressiven Wellen des Tages. Fortschr. Neurol. Psychiat. 25, 342 (1957).
- HÄFNER, H.: Die existentielle Depression. Arch. Psychiat. Nervenkr. 191, 351 (1954).
- HOCHÉ, A.: Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. Z. ges. Neurol. Psychiat. 12, 540 (1912).
- JANZARIK, W.: Die cyclothyme Schuldthematik und das individuelle Wertgefüge. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 80, 173 (1957).
- JASPERS, K.: Die Schuldfrage. Heidelberg: Schneider 1946.
- JUNG, R.: Zur Klinik und Pathogenese der Depression. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 119, 163 (1952).
- KOLLE, K.: Die Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung in psychiatrischer Sicht. Nervenarzt 29, 148 (1958).
- KLUGE, E.: Über psychotische Störungen bei Erschöpfung. Psychiatr. Neurol. med. Psychol. 3, 10 (1951).
- KLUGE, E.: Über die Folgen schwerer Haftzeiten. Nervenarzt 29, 462 (1958).
- KRETSCHMER, E.: Körperbau und Charakter. 22. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1955.
- KRETSCHMER, E.: Medizinische Psychologie, 11. Aufl. Stuttgart: Thieme 1956.
- LANGE, J.: Die endogenen und reaktiven Gemütserkrankungen und die manisch-depressive Konstitution. In: BUMKE, Hdb. d. Geisteskr. Bd. 6, Berlin: Springer 1928.
- LEMKE, R.: Über die vegetative Depression. Psychiatr. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) 1, 161 (1949).
- LEONHARD, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen. Berlin: Akademieverlag 1957.
- PETRILOWITSCH, N.: Zur Psychopathologie und Klinik der Entfremdungsdepression. Arch. Psychiat. Nervenkr. 194, 289 (1956).
- PETRILOWITSCH, N.: Zur differenzierten Therapie depressiver Zustandsbilder. Med. Welt (im Druck).
- SCHNEIDER, K.: Die Untergrunddepression. Fortschr. Neurol. Psychiat. 17, 429 (1949).
- SCHNEIDER, K.: Die Aufdeckung des Daseins durch die cyclothyme Depression. Nervenarzt 21, 193 (1950).
- SCHNEIDER, K.: Klinische Gedanken über die Sinngesetzlichkeit. Mschr. Psychiatr. 125, 666 (1953).
- SCHNEIDER, K.: Zur Differentialdiagnose der Depressionszustände. Fortschr. Neurol. Psychiat. 23, 1 (1955).
- SCHULTE, W.: Hirnorganische Dauerschäden nach schwerer Dystrophie. München: Urban & Schwarzenberg 1953.
- SCHULTE, W.: Cerebrale Defektsymptome nach schwerer Hungerdystrophie und Möglichkeiten ihrer Kompensierung mit einem Blick auf Heimkehrerdepressionen und forensische Komplikationen. Nervenarzt 24, 415 (1953).
- STRANSKY, E.: Das manisch-depressive Irresein. Hdb. d. Psychiatr. v. Aschaffenburg. Spez. Tl., 6. Abtl. Leipzig-Wien: Deuticke 1911.

- STUTTE, H.: Körperliche Selbstwertkonflikte als Verbrechensursache bei Jugendlichen. *Mschr. Kriminol.* **40**, 71 (1957).
- WEITBRECHT, H. J.: Zur Psychopathologie der cyclothymen Depression. In: *Arbeiten zur Psychiatrie, Neurologie und ihren Grenzgebieten*. Wilsbach und Heidelberg 1947.
- WEITBRECHT, H. J.: Zur Typologie depressiver Psychosen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **20**, 347 (1952).
- WEITBRECHT, H. J.: Cyclothymes Syndrom und hirnatriphischer Prozeß. *Nervenarzt* **24**, 489 (1953).
- WEITBRECHT, H. J.: Affektive Psychosen. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.* **73**, 379 (1954).
- WEITBRECHT, H. J.: Depressive und manische endogene Psychosen. In: *Psychiatrie d. Gegenwart*, Bd. 2, Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960.
- WINKLER, W. TH.: Formen existentieller Depressionen und ihre psychotherapeutische Behandlung. *Regensburger Jb. f. ärztl. Fortbild.* Bd. VI, Stuttgart: Schattauer 1957/58.

Doz. Dr. Dr. N. PETRILOWITSCH, Mainz, Univ.-Nervenklinik