

Über den Gestaltwandel der Melancholie

H. LAUTER und W. SCHÖN

Nervenklinik der Universität München (Direktor: Prof. Dr. K. KOLLE) und
Psychiatrische Klinik der Universität Göttingen (Direktor: Prof. Dr. J.-E. MEYER)

Eingegangen am 17. Januar/1. Dezember 1966

Beziehungen zwischen Zeitgeist und psychischen Krankheiten sind seit den ersten Hinweisen von ESQUIROL häufig beobachtet und gerade in letzter Zeit wiederholt beschrieben worden. Dabei hat man vor allem auf den Erscheinungswandel der abnormen Erlebnisreaktionen hingewiesen, die ihren Darstellungscharakter weitgehend verloren haben und heute fast ausschließlich als „Intimformen“ (VON BAEYER) in Erscheinung treten. Auch bei der progressiven Paralyse scheint der in einigen Lehrbüchern als klassisch beschriebene Größenwahn in den vergangenen Jahrzehnten von den stumpfen und inhaltsarmen Verlaufsformen verdrängt worden zu sein (ILLERT). Der gesellschaftliche und geistesgeschichtliche Hintergrund einer Kulturepoche steht also offensichtlich in einem engen Zusammenhang mit der Struktur der psychischen Störung. In dem „metabletischen“ (VAN DEN BERG) Gestaltwandel psychiatrischer Krankheitsbilder enthüllt sich die historische Veränderlichkeit des Menschen.

Über den Gestaltwandel endogener Psychosen liegen innerhalb des deutschsprachigen Schrifttums bereits einige gründliche Beobachtungen vor (KRANZ; VON ORELLI; LENZ). Sie weichen aber in ihren Ergebnissen und in deren Interpretation zum Teil nicht unerheblich voneinander ab. Wir haben daher noch einmal vergleichende Untersuchungen an einem relativ großen Krankengut durchgeführt und legen zunächst jene Befunde vor, die sich auf den Gestaltwandel der Melancholie beziehen.

Methodik

Der Untersuchung liegen die Krankenjournale der Münchener Nervenklinik zu Grunde, die im Jahre 1903 errichtet wurde. Obwohl also der Beobachtungszeitraum relativ kurz ist, wurde auf die Heranziehung von Anstaltspatienten aus einem früheren Zeitabschnitt verzichtet, um die Einheitlichkeit des Krankenguts und der Diagnostik nicht zu gefährden. Außerdem mußten wir uns bei der großen Zahl verfügbarer Krankengeschichten von vorneherein mit einer Stichprobenanalyse begnügen. Dabei wurden je 120 *Krankenblattnotizen aus vier Jahrgängen* — nämlich 1910 (nur Karteikarten), 1928, 1946 und 1963 — durchgesehen. Der untersuchte Zeitraum umfaßt also eine Spanne von 53 Jahren; zwischen den einzelnen Jahrgängen liegt ein Intervall von jeweils 17—18 Jahren. Die Krankengeschichten des Jahres 1910 waren durch Kriegseinwirkung verloren gegangen; für diesen Zeitraum

standen aber ausführliche, teilweise von KRAEPELIN selbst verfaßte „Zählkarten“ zur Verfügung, die zur wissenschaftlichen Auswertung bestimmt waren. Um uns von dem Informationswert dieser Zählkarten zu überzeugen, haben wir 30 Krankengeschichten eines späteren Jahrgangs mit den dazugehörigen Zählkarten verglichen und dabei für alle von uns untersuchten Symptome weitgehend miteinander übereinstimmende Eintragungen gefunden.

Die Stichproben erfolgten in der Weise, daß innerhalb jeden Jahrgangs die ersten 60 männlichen und die ersten 60 weiblichen Patienten mit der Diagnose „endogene Depression“, „Cyclothymie“ oder „Involutiondepression“ herangezogen wurden. Ausgeschieden wurden in jedem Aufnahmejahr eine etwa gleiche Anzahl diagnostisch fragwürdiger Fälle, ferner Patienten mit deutlichen organischen Veränderungen, sowie einige inhaltlich ungenügende Krankenblätter.

Von den insgesamt 480 ausgewerteten Krankengeschichten wurde eine Symptomenstatistik angelegt. Dabei wurden sämtliche Symptome vermerkt, die während des Klinikaufenthaltes an dem betreffenden Patienten beobachtet wurden. Einige Krankheitserscheinungen, die zunächst in der Aufstellung mit enthalten waren, wurden bei der späteren Auswertung nicht berücksichtigt, da sie wegen ihrer Seltenheit für eine vergleichende Betrachtung nicht geeignet waren. Die Verlaufsmerkmale der Krankheit wurden nicht erfaßt; die diesbezüglichen Angaben waren in vielen Fällen zu ungenau und reichten deshalb für den Zweck der Untersuchung nicht aus. Auch auf eine Aussage über die Prävalenz oder Inzidenz der Melancholie in den verschiedenen Zeitabschnitten haben wir wegen der sich hierbei ergebenden unüberwindlichen methodischen Schwierigkeiten verzichtet. Neben der Einteilung nach Aufnahmejahrgängen wurden die von uns untersuchten Kranken auch nach Geburtsjahrgängen geordnet, um hiermit mögliche Zusammenhänge zwischen den Krankheitssymptomen und den für die Persönlichkeitsprägung entscheidenden Kindheits- und Entwicklungsjahren der Patienten nachzuweisen; dabei wurden drei Jahrgangsgruppen gebildet: 190 Patienten waren vor 1880, 203 Patienten zwischen 1880 und 1914, 87 Kranke nach 1914 geboren.

Um die Abhängigkeit der depressiven Erscheinungen von sozialen Einflüssen festzustellen, haben wir unsere 480 Patienten nicht nur nach Aufnahme und Geburtsjahrgängen aufgegliedert, sondern darüber hinaus auch eine Einteilung nach verschiedenen sozialen Ordnungsgesichtspunkten — nämlich Geschlecht, Lebensalter, Beruf und Wohnortsgröße — vorgenommen. Das Ergebnis dieser Untersuchungen ist an anderer Stelle ausführlich dargestellt worden (SCHÖN); wir geben daher im folgenden nur die wichtigsten Befunde wieder. Die zunächst beabsichtigte Aufgliederung des Beobachtungsgutes nach konfessionellen Gesichtspunkten ließ sich nicht durchführen, da der überwiegende Teil der Patienten katholisch war und das Ausgangsmaterial der Protestanten — es waren insgesamt 69 — zu gering gewesen wäre, um eine sinnvolle Auszählung zu ermöglichen.

Diskussion der Methodik

Eine unterschiedliche Verteilung der depressiven Krankheitserscheinungen auf die miteinander verglichenen Patientengruppen kann natürlich nur dann mit der soziokulturellen Zeitsituation in Beziehung gebracht werden, wenn der Symptomenwandel nicht durch eine Inhomogenität des Ausgangsmaterials vorgetäuscht wird und somit in Wirklichkeit durch methodische Ungenauigkeiten bedingt ist. Wir haben daher zunächst unsere Methodik einer kritischen Prüfung unterzogen. Dabei mußten wir uns fragen, ob die Hospitalisierungsbedingungen im Einzugsgebiet der Münchner Klinik in den letzten 50 Jahren gleich geblieben sind. Die im Jahre 1922 erfolgte Umwandlung der ursprünglich rein psychiatrischen in eine gemischt

psychiatrisch-neurologische Klinik, der Wegfall einer größeren Münchner Privatklinik, die Auflösung der psychiatrischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing, sowie die zeitweise Überfüllung der Klinik mit neurologischen Fällen könnte sich natürlich auch auf die Auswahl der Depressionen ausgewirkt haben. Tatsächlich ist aber trotz der wechselnden Bettenkapazität und der unterschiedlichen Aufnahmepraxis die Zahl der endogenen Depressionen in den einzelnen Jahrgängen annähernd konstant geblieben. Dies spricht unter der Voraussetzung einer gleichbleibenden Melancholieinzidenz in der Bevölkerung zugunsten einer gleichmäßigen Auswahl des Krankenguts.

Auch hinsichtlich der diagnostischen Klassifikation dürfte sich unter den vier Klinikdirektoren (E. KRAEPELIN; O. BUMKE; G. STERTZ; K. KOLLE) nicht viel geändert haben. Natürlich läßt es sich nicht ausschließen, daß die eine oder andere atypische Melancholie im Jahre 1910 anders diagnostiziert wurde. Auf der anderen Seite ist aber der Begriff der endogenen Depression auch in den letzten Jahrzehnten im allgemeinen recht eng gefaßt worden; so wurden die depressiven Randpsychosen trotz ihrer teilweise endogenen Bedingtheit nicht zur Kerngruppe der Melancholie gerechnet, sondern zu den vegetativen Depressionen (LEMKE), den vitalisierten depressiven Reaktionen (STAEHELIN) oder zur Gruppe der endoreaktiven Dysthymie (WEITBRECHT) gezählt und daher in unserer Untersuchung nicht berücksichtigt.

Daß die von uns gewählten Stichproben einen repräsentativen Querschnitt durch die Depressionen der betreffenden Jahrgänge darstellen, läßt sich bei der geschilderten Art unseres Vorgehens wohl kaum bezweifeln.

Durch die Zuwanderung der Flüchtlingsbevölkerung nach 1945 hat sich die landsmannschaftliche Gliederung erheblich verschoben, was sich vor allem in der Zusammensetzung des Krankenguts in den letzten der von uns verglichenen Jahrgänge bemerkbar macht. Die Bedeutung dieses Faktors darf sicherlich nicht unterschätzt werden. Vermutlich weist aber die kulturelle Prägung dieses umgesiedelten Personenkreises insofern manche Ähnlichkeiten mit der der einheimischen Population auf, als es sich bei beiden Gruppen um eine vorwiegend katholische Bevölkerung handelt.

Was die Anzahl von ersten und wiederholten Phasen, sowie von unipolaren und bipolaren Verlaufsformen betrifft, so verhalten sich die verschiedenen Patientengruppen in dieser Hinsicht fast vollkommen gleich. Soweit sich dies aus den Krankenblatteinträgen eruieren ließ, erfolgte die Klinikaufnahme auch stets in dem gleichen Entwicklungsstadium des Krankheitsprozesses; es ist daher unwahrscheinlich, daß die Verschiedenartigkeit der Symptome in den einzelnen Jahrgängen lediglich durch die Unterschiedlichkeit des Verlaufsausschnittes zu erklären wäre. Von den Patienten der letzten Beobachtungsspanne war allerdings ein großer Teil bereits ambulant vorbehandelt. Autonomer Symptomenwandel und pharmakogene Pathomorphose sind also hier nicht klar voneinander abzugrenzen. Die Gleichmäßigkeit der Entwicklungstendenz während des ganzen beobachteten Zeitraums spricht aber dafür, daß einheitliche, von der Therapie weitgehend unabhängige Syndromentwicklungen vorliegen.

Die Gesamtzahl der depressiven Symptome blieb bei den einzelnen Patienten während der beobachteten Zeitspanne etwa gleich. Die geringere prozentuale Häufigkeit eines bestimmten depressiven Einzelsymptoms wird also nicht dadurch wieder wettgemacht, daß diesem Symptom infolge der gleichzeitigen Abnahme anderer depressiver Krankheitsäußerungen ein größeres Gewicht innerhalb des Gesamtbildes zukäme.

Da nach anderen Untersuchungen eine Abhängigkeit depressiver Symptome von verschiedenen Sozialfaktoren erwartet wurde, mußten

wir uns fragen, ob diese Faktoren gleichmäßig auf die verschiedenen Aufnahme- und Geburtsjahrgänge verteilt waren. Wenn einzelne Patientengruppen hinsichtlich dieser Sozialfaktoren erhebliche Abweichungen zeigen würden, so wäre der Erscheinungswandel der Melancholie durch die Verschiedenartigkeit dieser sozialen Einflüsse zu erklären. Die Untersuchung ergab jedoch, daß die für unseren historischen Vergleich herangezogenen Patientengruppen in Bezug auf Lebensalter, berufliche Gliederung und Wohnortgröße nur geringfügige Unterschiede aufwiesen, so daß die gefundenen Änderungen in der Erscheinungsform der Depression damit nicht erklärt werden können.

Die größte methodische Schwierigkeit bleibt, daß die psychiatrischen Befunde, die unseren Vergleichen zugrunde liegen, von den verschiedensten Untersuchern erhoben wurden, die sich in Genauigkeit ihrer Beobachtung, Treffsicherheit ihres Urteils und Präzision ihrer Schilderung sehr unterscheiden und die in ihrer Einstellung von den kulturellen und wissenschaftlichen Anschauungen ihrer Zeit geprägt sind. Unsere Untersuchungsergebnisse spiegeln daher nicht nur das Lebensgefühl der Kranken sondern auch das *Weltbild der jeweiligen Ärzte* wider.

Begriffliche Abgrenzung der Symptome

Die zu unserem Vergleich herangezogenen Krankheitserscheinungen haben wir in folgender Weise definiert.

Als *Schuldgedanken* wurden alle jene Selbstvorwürfe zusammengefaßt, die mit einem subjektiv erlebten Schuldgefühl einhergingen. Je nach dem verletzten Wertbereich und der richtenden Instanz wurden diese Selbstanklagen in mehrere Schuld-kategorien aufgliedert.

Zu den *religiösen Vergehen* wurden alle solche Verfehlungen gegen göttliche oder kirchliche Gebote gerechnet, die nur von den Gläubigen der gleichen Religionsgemeinschaft als solche empfunden werden, außerhalb der betreffenden Glaubenslehre jedoch nicht als Verstöße gegen eine Wertordnung gelten würden, z. B. Glaubensverlust oder Glaubenszweifel, unwürdiger Empfang der Sakramente, nachlässiges oder seltenes Beten, Verstöße gegen bestimmte Kirchengebote u. ä. Die in einigen Krankengeschichten — besonders im Jahre 1910 — nicht näher beschriebenen „Versündigungsideen“ wurden hier ebenfalls angeführt, da es sich dabei wohl in der Mehrzahl der Fälle um Vergehen im Sinne der oben gewählten Definition oder zumindest um Verstöße gegen eine göttliche Instanz handeln dürfte.

Als „*ethische*“ *Vergehen* haben wir Verstöße gegen allgemein anerkannte ethische Gesetze bezeichnet, wobei Gott, der Staat, der Mitmensch oder das eigene Gewissen als verletzte Instanzen betrachtet wurden. Hierzu zählen z. B. Lügen, Ungehorsam, Lieblosigkeit gegenüber den Mitmenschen oder allgemeine Verstöße gegen die guten Sitten.

Unter dem Begriff *kriminelle Delikte* verstanden wir solche Schuldgedanken, die sich auf strafbare Handlungen im Sinne des Strafgesetzbuches, wie z. B. Diebstahl, Steuerhinterziehung, Abtreibung oder Meineid beziehen.

Die *sexuellen Vergehen* könnte man zwar zu den ethischen Verstößen und zum geringeren Teil auch zu den kriminellen Delikten zählen; sie wurden aber wegen ihrer Häufigkeit und ihrer psychologischen Sonderstellung getrennt aufgeführt.

Auch die *beruflichen Pflichtversäumnisse* haben wir als eine eigene Schuld-kategorie von den übrigen ethischen Verstößen abgetrennt. Die zu dieser Gruppe gehörigen Selbstanklagen beziehen sich vor allem auf den Vorwurf, faul oder ungenau in der Arbeit gewesen zu sein, die Arbeitszeiten nicht genau eingehalten oder den Haushalt vernachlässigt zu haben.

Bei den *Verstößen gegen Familienpflichten* handelt es sich um Selbstvorwürfe, die Kinder schlecht erzogen oder sich zu wenig um den Ehepartner gekümmert zu haben.

Bei den Patienten, die sich die *Schuld am Unglück Anderer* als Selbstvorwurf zurechnen, kann man zwei Gruppen unterscheiden: Patienten mit konkreten Selbstanklagen — sie seien Schuld an der Verarmung, der Krankheit, dem Tod oder der Verdammung Anderer — und eine etwa gleich große Gruppe von Kranken mit unbestimmten Selbstvorwürfen — sie seien schuld am „Unglück“ ihrer Mitmenschen. Diese Schuldgefühle beziehen sich zum Teil auf die eigene Familie, werden aber auch oft auf die weitere Umwelt des Patienten und schließlich sogar auf die ganze Menschheit ausgedehnt.

Mit dem Begriff „*existentielle*“ *Schuld* wurden alle jene primären Schuldgefühle bezeichnet, von denen der Schwermütige in seiner ganzen Existenz durchdrungen ist, ohne daß ein Bezug zu einem bestimmten konkreten Vergehen nachzuweisen wäre. Der Patient gibt an, immer schon ein schlechter Mensch gewesen zu sein, zu allen Zeiten falsch gehandelt zu haben oder bringt in monotoner Weise immer wieder dieselbe Anklage vor: „Ich bin böse“, „ich bin der größte Sünder“; einige Patienten hielten sich für die Verkörperung des Bösen oder für den Teufel selbst.

Schuldfolgevorstellungen. Bei einer Reihe von Kranken sind die Schuldgedanken mit der Vorstellung verbunden, die Verfehlung würde nachteilige Folgen für die eigene Person nach sich ziehen. Diesen Schuldfolgen, die als bereits eingetreten oder als noch bevorstehend betrachtet werden, stehen die Patienten in unterschiedlicher Weise gegenüber; sie werden von einigen Kranken als Strafe aufgefaßt, von anderen als Mittel zur Sühne herbeigesehnt.

Wir haben versucht, auch die Schuldfolgevorstellungen in mehrere Kategorien einzuteilen. Bei den *religiösen Strafvorstellungen* ist Gott und zuweilen auch die Kirche richtende Instanz. Am häufigsten wird die Verdammung befürchtet, aber auch die Verlassenheit von Gott, Verlust der „heiligmachenden Gnade“ oder Exkommunikation. Das Vorhandensein *gerichtlicher Strafvorstellungen* haben wir immer dann angenommen, wenn der betreffende Patient die Strafe eines weltlichen Gerichtes in Form von Hinrichtung, Zuchthaus oder Gefängnis, Geldstrafen oder Enteignung erwartete. Bei einem Teil der Kranken äußert sich die Strafvorstellung als *Gefühl der Schande*, Ehrlosigkeit und Verworfenheit, oder als Überzeugung, weder die Liebe der Angehörigen zu verdienen noch der ärztlichen Betreuung wert zu sein. Hier ist also die Mitwelt die richtende Instanz.

Die *Verarmungsgedanken* zeigten sich bei unseren Patienten in der wahnhaften Überzeugung von bereits eingetretener oder noch bevorstehender Verarmung, in die meist nicht nur der Patient selbst sondern auch seine Familie, die Mitmenschen und in einigen Fällen die ganze Welt mit einbezogen wurde.

Den Begriff der *hypochondrischen Vorstellung* haben wir in unserer Untersuchung sehr eng gefaßt und darunter eine unbegründete wahnhafte Angst vor schwerer oder unheilbarer Krankheit verstanden.

Als *Klagen über körperliche Beschwerden* bezeichneten wir alle solche Äußerungen, bei denen diffuse oder lokalisierte körperliche Funktionsstörungen wie Herzstiche, Magenkrämpfe, diffuse Schmerzen, Brennen, Hämmern oder Klopfen am ganzen Körper angegeben wurden.

Die *Vitalstörungen* im engeren Sinne — wie Schlaflosigkeit, Inappetenz, Gewichtsabnahme oder Nachlassen der Libido und Potenz — wurden *nicht* berücksichtigt. Stichproben-Kontrollen hatten ergeben, daß Schlafstörungen und andere vitale Veränderungen der Depression in den verschiedenen Jahrgängen *keine* wesentlichen Unterschiede zeigten.

Zu den *Insuffizienzvorstellungen* zählten wir Klagen über Minderwertigkeit oder Wertlosigkeit der eigenen Person oder der eigenen Leistung, die nicht mit einem ausdrücklichen Schuldvorwurf verbunden waren.

Die *Klagen über Arbeitsunfähigkeit oder Leistungsabfall* bedürfen keiner weiteren Erläuterung.

Von *unbegründbaren Angstzuständen* haben wir in allen jenen Fällen gesprochen, bei denen eine quälende, unbestimmte Angst im Vordergrund des Erlebens stand.

Als „*paranoische*“ *Gedanken* haben wir einen Beziehungs- oder Verfolgungswahn bezeichnet, bei dem der Zeiger der Schuld nicht auf das eigene Ich sondern auf die Umwelt gerichtet war.

Ergebnisse

a) Die Abhängigkeit des Krankheitsbildes vom Aufnahme- und Geburtsjahrgang

In der Tabelle (siehe S. 296) ist die Häufigkeit der von uns untersuchten depressiven Symptome in den einzelnen Aufnahme- und Geburtsjahrgängen tabellarisch zusammengestellt. Die angeführten Zahlen drücken den prozentualen Anteil jener Patienten aus, die das betreffende Symptom aufweisen, bezogen auf die Gesamtzahl der endogenen Depressionen der jeweiligen Jahrgänge. Die Pfeile zeigen das Ansteigen (\rightarrow) oder die rückläufige Tendenz (\leftarrow) der betreffenden Krankheitserscheinung innerhalb unseres Beobachtungszeitraums an; sofern eine solche Entwicklungstendenz nicht erkennbar ist, wurde dies durch einen waagrechten Strich ($-$) gekennzeichnet, während bei einem nicht eindeutigen, fraglichen Entwicklungstrend der Pfeil in Klammern [\leftarrow] gesetzt wurde. Der Signifikanzgrad der Ergebnisse wurde nach dem Chi-Quadrat-Test errechnet; eine Irrtumswahrscheinlichkeit unterhalb von 1% wurde mit $+++$, unterhalb von 2% mit $++$ und unterhalb von 5% mit $+$ bezeichnet; Ergebnisse, die eine Irrtumswahrscheinlichkeit über 5% aufwiesen, wurden als statistisch nicht signifikant (\emptyset) betrachtet. Bei dem Vergleich der einzelnen Geburtsjahrgänge ist zu berücksichtigen, daß die Altersverteilung in den drei Vergleichsgruppen insofern unterschiedlich ist, als die Klinikaufnahme bei den nach 1914 geborenen Kranken durchschnittlich in jüngeren Jahren erfolgte.

Aus der tabellarischen Zusammenstellung ergibt sich, daß die Schuldgedanken sowohl in den späteren Aufnahmen als auch in den jüngeren Geburtsjahrgängen in statistisch signifikanter Weise abgenommen haben. Besonders solche Selbstvorwürfe, die sich auf religiöse Vergehen beziehen, weisen einen deutlichen Rückgang auf; das gleiche gilt aber auch in etwas geringerem Grad für die „ethischen“ Vergehen. Bei der Schuldkategorie

Tabelle. Die Häufigkeit verschiedener depressiver Symptome in den einzelnen Aufnahme- und Geburtsjahrgängen

Symptome	Aufnahmejahrgänge					Geburtsjahrgänge						
	Prozentualer Anteil der Patienten, die das betreffende Symptom aufweisen, bezogen auf die Gesamtzahl der endogenen Depressiven des jeweiligen Aufnahmejahrganges					Entwicklungs-tendenz	Signifi-kanz	Prozentualer Anteil der Patienten, die das betreffende Symptom aufweisen, bezogen auf die Gesamtzahl der endogenen Depressiven der jeweiligen Geburtsjahrgänge			Entwicklungs-tendenz	Signifi-kanz
	1910 (120 Pat.)	1928 (120 Pat.)	1946 (120 Pat.)	1963 (120 Pat.)	vor 1880 (190 Pat.)			1880—1914 (203 Pat.)	nach 1914 (87 Pat.)			
<i>Schuldgedanken</i>	61,6	59,2	52,2	42,5	←	←	++	63,2	52,2	37,9	←	++
<i>Schuldkategorien</i>												
religiöse Vergehen	20,8	11,6	11,6	7,5	←	←	++	15,8	13,3	5,7	←	∅
„ethische“ Vergehen	12,5	10,0	7,5	5,0	←	←	∅	10,5	7,9	6,9	←	∅
kriminelle Delikte	12,5	8,3	10,8	5,0	(←)	(←)	∅	7,9	13,3	2,3	—	++
sexuelle Vergehen	10,8	13,3	13,3	6,6	←	←	∅	13,2	10,3	8,0	←	∅
Verstöße gegen												
Berufspflichten	3,3	13,3	15,8	20,0	→	→	+++	6,8	15,3	21,9	→	++
Verstöße gegen Familien-												
pflichten	1,6	2,5	5,0	11,6	→	→	+++	1,1	6,9	10,4	→	++
Schuld am Unglück												
Anderer	14,2	20,8	20,0	12,5	—	—	∅	19,5	18,2	8,0	←	+
„existentielle“ Schuld	10,8	12,5	10,0	12,5	—	—	∅	13,2	9,9	11,5	—	∅
<i>Schuldfolgevorstellungen</i>	32,5	32,5	36,6	14,1	(←)	(←)	+++	36,3	29,1	12,6	←	++
Religiöse Straf-												
vorstellungen	15,0	17,5	7,5	3,3	(←)	(←)	+++	18,4	5,9	5,7	←	++
Gerichtliche Straf-												
vorstellungen	19,2	15,0	16,7	6,7	←	←	+	19,5	14,8	2,3	←	++
„Schande“ als Schuldfolge	6,6	10,0	11,7	2,5	—	—	+	10,0	7,8	2,3	←	∅

	+	Ø	++	++	+	+	+	+
	↓	↑	↑	↑	↑	(↑)	↑	↓
	11,5	27,6	63,2	25,3	70,1	29,9	35,6	11,5
	21,2	24,1	41,9	18,2	62,1	11,8	32,0	18,7
	25,8	22,6	24,7	10,5	30,5	14,7	22,1	24,7
	Ø	Ø	++	++	+	++	++	++
	↓	(↑)	↑	↑	↑	(↑)	↑	(↓)
	14,2	26,7	55,0	25,8	70,0	29,2	40,8	10,0
	22,5	24,2	44,2	18,3	56,5	10,0	32,5	25,8
	23,3	25,0	35,8	11,6	50,8	17,5	25,8	15,8
	25,0	20,0	20,8	10,0	26,6	8,3	15,8	27,5
Verarmungsgedanken								
Hypochondrische Vorstellungen								
Klagen über körperliche Beschwerden								
Insuffizienzvorstellungen								
Klagen über Arbeitsunfähigkeit oder Leistungsabfall								
Unbegründbare Angstzustände								
Suicidgedanken								
Suicidversuche								

der kriminellen Delikte wird die absteigende Tendenz bei den im Jahre 1946 aufgenommenen Patienten unterbrochen. Bei den 13 Kranken, die innerhalb dieses Jahres derartige Selbstvorwürfe äußern, handelt es sich in 7 Fällen um das Delikt der Urkundenfälschung. Selbstbezeichnungen wegen politischer Vergehen kommen unter unseren 480 Patienten im ganzen nur 12mal vor; dabei ist in 11 Fällen der Aufnahmejahrgang 1946 betroffen.

Die Selbstvorwürfe wegen sexueller Vergehen sind erst in dem letzten Aufnahmejahrgang zurückgegangen. Diese Annahme ist durch die geringere Anzahl der Selbstanklagen wegen Onanie bedingt, während sich an der Häufigkeit der übrigen sexuellen Vergehen kaum etwas geändert hat.

Während also die bisher genannten Schuldgedanken ausnahmslos zurückgegangen sind, haben im Gegensatz hierzu alle solche Selbstvorwürfe zugenommen, die sich auf Verstöße gegen Berufs- oder Familienpflichten beziehen. Was die Häufigkeit der beiden übrigen Schuld Kategorien — die Schuld am Unglück Anderer und die „existentielle“ Schuld — betrifft, so läßt sich hier keine eindeutige Entwicklungstendenz erkennen.

Bei der Betrachtung der Schuldfolgevorstellungen fällt vor allem ein Gipfel im Jahr 1946 auf, von dem besonders die gerichtlichen Strafdiebstahls betroffen sind; die Angst vor einem Berufsverbot und vor einer Enteignung tritt bei den im Jahre 1946 aufgenommenen Patienten genauso häufig auf wie in allen drei übrigen Jahrgängen zusammen. Innerhalb der letzten Beobachtungsspanne, also in dem Zeitraum

zwischen 1946 und 1963 haben die Schuldfolgevorstellungen erheblich abgenommen. Auch der leichte Rückgang der Verarmungsgedanken macht sich besonders in jüngster Zeit bemerkbar. Die hypochondrischen Vorstellungen sind geringfügig, die Klagen über körperliche Beschwerden sehr deutlich angestiegen. Auch die Insuffizienzvorstellungen gewinnen in den letzten Jahrzehnten stark an Bedeutung; sie beziehen sich im Jahre 1963 in erster Linie auf die Leistung, in den übrigen Jahrgängen dagegen mehr auf die eigene Person. Diese stärkere Betonung der Leistung kommt auch in der Tatsache zum Ausdruck, daß die Klagen über Arbeitsunfähigkeit oder Leistungsabfall stark zugenommen haben. Grundlose Angstzustände werden besonders in den Krankengeschichten des Jahres 1963 häufig erwähnt, während sie unter den im Jahre 1946 aufgenommenen Kranken nur wenig vertreten sind. Bemerkenswert ist, daß die Suicidversuche innerhalb des letzten Aufnahmejahrgangs deutlich zurückgegangen sind; dies wird man wahrscheinlich mit dem meist frühzeitigen Einsetzen der thymoleptischen Therapie in Verbindung bringen dürfen. Die Summe von Suicidgedanken und Selbstmordversuchen ist relativ konstant geblieben; lediglich im Jahre 1946 scheint eine erhöhte Suicidalität vorzuliegen.

Von den in der Tabelle nicht angeführten Symptomen seien zunächst die paranoischen Gedanken erwähnt, an deren Häufigkeit sich offenbar nichts geändert hat. Die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes kommt in den Krankengeschichten des Jahres 1946 ebenso häufig vor wie in allen drei übrigen Jahrgängen zusammen. Zwangssymptome treten offenbar im Jahre 1963 wesentlich häufiger auf als in früheren Jahrzehnten. Bei allen diesen Symptomen ist jedoch die Zahl der Fälle zu gering, um irgendwelche Schlußfolgerungen daraus abzuleiten.

b) Abhängigkeit des Krankheitsbildes vom Geschlecht

Unter den 480 Ausgangsprobanden waren Männer und Frauen gleich häufig vertreten.

Während nach den Untersuchungen von VON ORELLI und JANZARIK Schuldgedanken beim weiblichen Geschlecht häufiger vorkommen, ließ sich in unserem eigenen Krankengut hinsichtlich der Schuldgedanken keine Geschlechtsdifferenz erkennen. Bei der Aufschlüsselung der einzelnen Schuldkategorien zeigten sich allerdings gewisse Unterschiede: Männer bezichtigten sich häufiger krimineller Delikte und sexueller Verfehlungen, während bei Frauen Verstöße gegen die Familienpflichten und existentielle Schuldgedanken wesentlich häufiger vorhanden waren. Männer klagten sich etwas häufiger der Schuld am Unglück Anderer an; bei genauerer Untersuchung zeigte sich, daß sich diese Selbstvorwürfe bei Frauen mehr auf die Schuld am Unglück ihrer Familie bei Männern dagegen eher auf die Schuld am Unglück der weiteren Umwelt oder der

ganzen Menschheit bezogen. Schuldfolgevorstellungen, vor allem die Furcht vor gerichtlichen Strafen, waren bei Männern wesentlich häufiger, bei Frauen spielten hingegen religiöse Strafvorstellungen eine etwas größere Rolle. Verarmungsgedanken wurden von Männern häufiger vorgebracht, in geringerem Maße auch hypochondrische Befürchtungen und Klagen über körperliche Beschwerden. In den auf die berufliche Leistung bezogenen Vorstellungen und Beschwerden — Insuffizienzgedanken, Angst vor künftiger Arbeitsunfähigkeit und Klagen über Leistungsver-sagen — stehen die Frauen den Männern zahlenmäßig etwas nach. Suicidgedanken und Selbstmordversuche sind auf beide Geschlechter etwa gleichmäßig verteilt.

c) Abhängigkeit des Krankheitsbildes vom Lebensalter

Die Patienten wurden in 4 Altersgruppen aufgeteilt: Die 1. Gruppe umfaßt Patienten, die das 30. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, die 2. Gruppe Kranke zwischen 30 und 45 Jahren, die 3. Gruppe Kranke zwischen 45 und 60 Jahren und die letzte Gruppe Patienten, die das 60. Lebensjahr überschritten hatten.

Die Schuldgedanken waren in den höheren Altersklassen etwas häufiger vertreten. Die jüngsten und die ältesten Patienten klagten sich in stärkerem Maße rein religiöser und ethischer Vergehen an, als die Patienten zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr. Selbstvorwürfe wegen Vernachlässigung der Berufs- und Familienpflichten waren dagegen am häufigsten bei den 30—45jährigen. Selbstanklagen, am Unglück der Mitmenschen oder der Welt schuldig zu sein, traten bei den älteren Kranken vermehrt auf. Von existentiellen Schuldgefühlen waren mit Ausnahme der jüngeren Patienten alle Altersgruppen etwa gleich häufig betroffen. Bei den über 60jährigen ließ sich ein bemerkenswerter Anstieg der Schuldfolgevorstellungen erkennen, eine Beobachtung, die mit den Untersuchungen von VON ORELLI gut in Einklang steht. Wie die Selbstvorwürfe wegen religiöser Vergehen, so verloren auch die religiösen Strafvorstellungen bei Patienten der mittleren Altersgruppe stark an Bedeutung. Gerichtliche Strafvorstellungen und das Gefühl der Schande nahm bis zum 60. Lebensjahr allmählich, danach erheblich zu. Verarmungsgedanken zeigten ebenso wie in dem Krankengut von VON ORELLI eine mit dem Alter ansteigende Tendenz; auch hier war nach dem 60. Lebensjahr eine besonders deutliche Zunahme festzustellen. Die hypochondrischen Befürchtungen waren auf die verschiedenen Altersgruppen annähernd gleich verteilt. Über körperliche Funktionsstörungen klagten die über 60jährigen am seltensten. Insuffizienzvorstellungen gingen mit dem Alter zurück, wobei sich die Minderwertigkeitsgefühle der 30—45jährigen mehr auf ihre Leistungen, die der übrigen Patienten mehr auf ihre eigene Person bezogen. Klagen über Arbeitsunfähigkeit oder Leistungsabfall fand man bei Patienten der mittleren Altersgruppen häufiger als bei den

jüngsten und ältesten Kranken. Bei den Suicidgedanken und Selbstmordversuchen ließ sich kein wesentlicher vom Alter abhängiger Unterschied nachweisen.

d) Abhängigkeit des Krankheitsbildes vom Beruf

Die Aufgliederung nach Berufen konnte nur nach einem sehr groben Schema vorgenommen werden. Es wurden 6 Berufsgruppen unterschieden, nämlich: 1. Akademiker und Patienten mit Hochschulreife, 2. selbständige Kaufleute und Geschäftsinhaber, 3. mittlere und untere Beamte, 4. Landwirte, 5. Facharbeiter, 6. Hilfsarbeiter. Bei verheirateten Frauen wurde der Beruf des Mannes zugrunde gelegt. Bei 8 Patienten war die genaue Berufsbezeichnung aus dem Krankenblatt nicht ersichtlich.

Schuldideen waren auf alle Berufsgruppen annähernd gleich verteilt, mit einem leichten Gipfel bei den Akademikern und Patienten mit Hochschulreife. Selbstvorwürfe wegen religiöser Vergehen und religiöse Strafvorstellungen waren bei den Landwirten am häufigsten, Selbstvorwürfe wegen krimineller Delikte am seltensten; genau umgekehrt verhielt es sich bei den Beamten. Insuffizienzvorstellungen und hypochondrische Befürchtungen waren bei den Akademikern besonders häufig; außerdem waren hier Selbstvorwürfe wegen ethischer Vergehen, beruflicher Pflichtversäumnisse und sexueller Delikte sehr oft vertreten.

e) Abhängigkeit des Krankheitsbildes von der Wohnortsgröße

Bei dieser Einteilung wurden nur solche Patienten berücksichtigt die in Landgemeinden bis zu etwa 5000 Einwohnern und in größeren Städten über 50000 Einwohnern lebten. Außerdem wurden nur solche Fälle ausgewertet, in denen Geburts- und Wohnort identisch waren oder beide Male entweder zum Land oder zur Stadt zählten; 98 Patienten wurden nicht in diese Untersuchung mit einbezogen.

Die Unterschiede bei den meisten Symptomen sind nicht sehr erheblich. Schuldfolgevorstellungen sind in der Landbevölkerung häufiger vertreten; dabei spielen vor allem religiöse Strafvorstellungen eine große Rolle. Körperliche Beschwerden werden ebenfalls von der Landbevölkerung häufiger vorgebracht, während Verarmungsgedanken bei den Städtern geringgradig überwiegen. Suicidversuche sind bei der städtischen Population deutlich häufiger, während Selbstmordgedanken von den ländlichen Patienten in leicht vermehrtem Maße geäußert werden.

Besprechung der Ergebnisse

Bei einer vergleichenden Untersuchung von 243 cyclothymen Patienten, die in den Jahren 1886, 1916 und 1946 in der Heidelberger Klinik beobachtet wurden, gelangte KRANZ zu der Überzeugung, daß die Wahnthematik bei endogenen Depressionen im Wandel der Zeiten deutlich stabiler bleibe, als dies bei den schizophrenen Wahninhalten der Fall sei.

Der Schwermütige werde jeweils von der Zeit und der Welt deutlich weniger angerührt und verhalte sich paradoxerweise viel autistischer als der Schizophrene mit seinen wesentlich mannigfaltigeren Zeitbezügen. Unsere eigenen Beobachtungen lassen sich mit dieser Annahme nicht in Einklang bringen. Gerade die Krankengeschichten des Jahres 1946 weisen im Vergleich zu den Symptombildern der übrigen Jahrgänge einige Besonderheiten auf, die man wohl nur aus der zeitgeschichtlichen Situation der Nachkriegsperiode ableiten kann. Hierzu gehört z. B. die Tatsache, daß die Selbstvorwürfe wegen krimineller Delikte im Jahre 1946 einen Anstieg zeigen, der sich von der allgemeinen rückläufigen Entwicklung dieses besonderen Schuldgedankens deutlich abhebt; wenn sich die Mehrzahl dieser Selbstvorwürfe ausgerechnet auf das Delikt der Urkundenfälschung bezieht, so kann man wohl hierin nur einen Ausdruck der Fragebogenatmosphäre erblicken, die für die politische Situation der Nachkriegszeit mit ihrer Entnazifizierungspraxis charakteristisch war. Im gleichen Sinn ist sicher auch die vorübergehende Zunahme der Schuldfolgevorstellungen im Jahre 1946 zu verstehen; die Furcht vor Strafe oder Zwangsmaßnahmen von Seiten der Besatzungsmächte, Berufsverbot oder Wegnahme des Besitzes spielten in den Krankengeschichten dieses Jahres eine große Rolle. Auch in der verhältnismäßig hohen Zahl von Verfolgungsideen spiegeln sich die politischen Kontrollverfahren und Säuberungsaktionen der damaligen Zeit. Es dürfte ferner kaum ein Zufall sein, daß die Suicidalität im Jahre 1946 ihren höchsten Stand erreicht. Die verhältnismäßig geringe Zahl unbegründeter Angstzustände könnte vielleicht damit zusammenhängen, daß die damalige Situation eine Konkretisierung der Angst gefördert hat. Wenn schließlich unter den Sorgen der Patienten die Furcht vor dem Verlust des Arbeitsplatzes einen breiten Raum einnimmt, so ist auch hierin der Ausdruck einer sozialen Situation zu sehen, in welcher der Arbeitsplatz durch die ungünstigen wirtschaftlichen und politischen Verhältnisse ständig gefährdet war.

Wenn man das „Zeitgemäße“ (W. WAGNER) in seinem Einfluß auf psychische Störungen untersucht, so sollte man vielleicht die zeitgeschichtliche, politische Situation einer Gesellschaft als eine zeitlich kurze Phase geschichtlich-sozialer Wandlungen von den sich wesentlich langsamer vollziehenden Veränderungen der epochalen Sozialstruktur — der sozialen Verfassung, der Wirtschaftsstruktur und den kulturellen Leitbildern einer Gesellschaft — unterscheiden (SCHELSKY). Unsere Untersuchungen zeigen, daß das unmittelbare politische Tagesgeschehen nicht ohne Einfluß auf die depressive Thematik bleibt. Es ist aber KRANZ insofern zuzustimmen, als sich die aktuelle, zeitgeschichtliche Situation auf die Gestaltung schizophrener Psychosen wesentlich stärker auswirkt; vielleicht hängt dies damit zusammen, daß in der Schizophrenie ja gerade die Beziehung der Welt zum Ich problematisch wird. In der endogenen Depres-

sion dagegen stellt der Mensch, wie VON BAEYER es formuliert hat, sich selbst in Frage. Dieses Selbst ist aber keine unveränderliche Gegebenheit; das Selbstverständnis des Menschen ist von der geistigen Situation, den Wertmaßstäben und dem Lebensstil der jeweiligen Kulturepoche abhängig und damit solchen soziokulturellen Faktoren unterworfen, die den raschen Wechsel der politischen Ereignisse überdauern und deren Änderungen in einem langsameren Tempo vor sich gehen. Der Zusammenhang der depressiven Symptome mit dieser zweiten Art von soziokulturellen Veränderungen ist nach dem Ergebnis unserer Untersuchungen unverkennbar. Unsere Befunde decken sich hier mit den Beobachtungen von VON ORELLI; auch in dem Baseler Krankengut haben die Schuldgedanken im Verlauf der letzten Jahrzehnte in ihrer Gesamtheit deutlich abgenommen, während die Selbstvorwürfe, die sich auf konkrete Pflichtversäumnisse beziehen, häufiger geworden sind. Unter den Instanzen, denen gegenüber sich der Patient schuldig fühlt, gewinnt sowohl in der Baseler Untersuchung, wie auch in unserem eigenen Krankengut die mitmenschliche Instanz erheblich an Bedeutung; die Schuldfolgevorstellungen gehen — wenigstens bei den jüngeren Patienten — erheblich zurück. Daß die Selbstvorwürfe wegen krimineller Delikte bei den Baseler Patienten relativ zunehmen, während sie nach unseren Münchener Beobachtungen in den letzten Jahrzehnten weniger häufig sind, mag vielleicht damit zusammenhängen, daß die staatliche Autorität in der Schweiz auf Grund der politischen Entwicklung dieses Landes von den dortigen Kranken als ein stabilerer Wert empfunden wird. Die Zunahme der Insuffizienzideen kommt in beiden Untersuchungsreihen in gleicher Weise zum Ausdruck. Auch die zentrale Stellung, welche der Gesundheit in dem Erleben des depressiven Patienten zukommt, zeigt sich in der Zunahme der hypochondrischen Ideen bei den Kranken von VON ORELLI und in der großen Zahl körperlicher Beschwerden in den jüngsten Vergleichsgruppen der eigenen Untersuchung. Was die Verarmungsideen betrifft, so sind diese bei den Baseler Probanden gleich geblieben, während sie bei den Münchener Patienten erst im Jahre 1963 in statistisch nicht signifikanter Weise absinken. Alle die genannten Untersuchungsergebnisse sind zum größten Teil auch von anderen Autoren bestätigt worden. So hat LENZ an dem großen depressiven Krankengut einer österreichischen Heil- und Pflegeanstalt nachgewiesen, daß die Schuldgefühle in dem Zeitraum von 1938—1948 gegenüber einer Vergleichsperiode von 1903—1933 zurückgegangen sind. Auch STRAUBE ist bei den endogen-Depressiven der Universitäts-Nervenklinik in Münster in den Jahren 1928—1955 zu ähnlichen Feststellungen gelangt. JANZARIK fand bei seinen Untersuchungen an 200 Cyclothymen der Nachkriegszeit nur noch in 85 Fällen Schuldgefühle, während ARNOLD bei einem gleich großen Krankengut der Wiener psychiatrischen Klinik

72 Patienten mit Schuldideen ausfindig machen konnte; auch dies sind Zahlen, die auf einen Rückgang dieses Melancholiesymptoms hindeuten.

Die Frage, welche Veränderungen der gesellschaftlichen Situation für diesen Symptomwandel der Melancholie verantwortlich sind, soll erst in einer späteren Publikation im Zusammenhang mit dem Gestaltwandel bei der Schizophrenie diskutiert werden. Dabei wird sich zeigen, daß der sozialkritischen Analyse der eigenen gesellschaftlichen Situation zwangsläufig manches Spekulative anhaftet; das — „woraus ich in keinem Sinne heraustreten kann“ (JASPERS) ist von außen nur beschränkt überblickbar. Hier bieten sich als Ergänzung der vergleichend-historischen Betrachtungsweise psychiatrische Untersuchungen bei Patienten in solchen Kulturkreisen an, die völlig andersartigen sozialen und zivilisatorischen Einflüssen ausgesetzt sind und deren Weltgefühl sich von unserem eigenen Lebensstil grundlegend unterscheidet. Leider sind derartige Beobachtungen auf dem Gebiet der Melancholie noch spärlich und teilweise widerspruchsvoll. So hat KIMURA unter den ausnahmslos buddhistischen Kranken, die sich wegen einer endogenen Depression in einer japanischen Universitätsklinik aufhielten, die gleiche Häufigkeit von Schuldgedanken festgestellt, wie in einer von ihm selbst durchgeführten Vergleichsuntersuchung in der Münchner Klinik. Wenn man daher aus dem Zurücktreten von Selbstvorwürfen in anderen asiatischen Ländern (PFEIFFER) auf einen engen Zusammenhang zwischen Schuldideen und den Wertvorstellungen der christlichen und jüdischen Religion geschlossen hat, so läßt sich diese Vermutung jedenfalls nicht verallgemeinern. Auf der anderen Seite kann aber kein Zweifel daran bestehen, daß das Erscheinungsbild der Melancholie in einigen Kulturkreisen erheblich von der hierzulande üblichen Symptomgestaltung abweicht. So hat man noch bis vor kurzem geglaubt, daß die endogene Depression in Afrika selten sei. Erst die Untersuchungen von LAMBO haben gezeigt, daß Melancholien zumindest in Nigerien häufig auftreten, sich aber in ihrem Erscheinungsbild durch das geringe Ausmaß von depressiver Verstimmung, Selbstbezeichnungen und Versündigungsideen und durch das sehr verbreitete Auftreten von psychosomatischen Beschwerden und neuroseähnlichen Verlaufsformen von der klassischen, europäischen Symptomatologie unterscheiden. Noch deutlicher ergibt sich die große Variabilität melancholischer Erscheinungen aus einer von WITTKOWER u. a. in zahlreichen Ländern durchgeführten Fragebogenerhebung, wonach nicht einmal die für uns so typische Symptomenkoppelung von depressiver Verstimmung, Antriebsverarmung, Schlaflosigkeit und Tagesschwankungen überall auf der Welt für eine endogene Depression charakteristisch ist. Angesichts dieser so weitgehenden kulturellen Relativität psychopathologischer Erscheinungen dürfte die Frage berechtigt sein, ob es hinter soviel metabletischem Wandel auch ein unveränderliches Kernsyndrom der Melan-

cholie gibt, welches die soziokulturellen Metamorphosen der endogenen Depression überdauert. Das von LENZ beschriebene Los-sein-Syndrom ist wohl nur deshalb ein so häufiges und vom Zeitgeist scheinbar unabhängiges Phänomen, weil damit eine Fülle heterogener Syndrome begrifflich unscharf zusammengefaßt wird. Wir glauben, daß die Frage nach dem Bleibenden im Bild der Depression zur Zeit noch offen ist, und daß erst durch zahlreiche weitere Untersuchungen aus anderen Kulturkreisen bestimmt werden kann, was als „Kern“ der endogenen Depression zu gelten hat und an welcher Stelle die Grenze gegenüber den dysthymen, vegetativen oder neurose-ähnlichen Randformen der Depression zu ziehen ist. Nur auf der Grundlage eines solchen klaren Begriffssystems wird man die Frage entscheiden können, ob sich der Stilwandel der endogenen Depression lediglich auf die verschiedenartige pathoplastische Ausgestaltung eines psychotischen Themas, auf Variationen des So-seins (K. SCHNEIDER) der Melancholie bezieht, oder ob soziokulturelle Einflüsse auch in die Pathogenese der endogenen Depression eingreifen und die Häufigkeit ihres „Daseins“ beeinflussen. Im allgemeinen gilt ja gerade die Cyclothymie als Prägnanztyp einer „umweltstabilen, endogenen, schicksalsmäßig aus dem somatischen Grund über den Menschen hereinbrechenden Psychose“ (WEITBRECHT), die durch den Wandel der Zeiten unbeeinflußt bleibt. Diese Feststellung gilt aber nur dann, wenn man den Begriff der endogenen Depression auf eine relativ eng umschriebene Kerngruppe einengt, da eine Reihe gleichfalls endogener, sicher nicht zu den Neurosen gehöriger depressiver Zustandsbilder — wie etwa die endoreaktive Dysthymie — in ihrem Verlauf von Umweltfaktoren abhängig sind und innerhalb der letzten Jahrzehnte in allen europäischen Ländern zugenommen haben (JANZ, WEITBRECHT u.a.). Schließt man andererseits alle diese atypischen depressiven Psychosen aus der Definition der endogenen Depression aus, so ist es bei der großen Variabilität des Krankheitsbildes in anderen Kulturkreisen fraglich, ob dann noch von einer gleichbleibenden Melancholieinzidenz in sämtlichen Ländern gesprochen werden kann; die geringe Zahl epidemiologischer Untersuchungen aus nicht europäischen Gebieten läßt eine Entscheidung hierüber im Augenblick wohl noch nicht zu. Jedenfalls wird man die Möglichkeit nicht ausschließen können, daß der Einfluß kultureller Faktoren über eine bloße thematische Pathoplastik hinausgeht. Wenn man mit TELLENBACH das Endogene als eine Dimension betrachtet, „in der sich Soma und Psyche noch ungetrennt und auch untrennbar darstellt“, so kann man sich durchaus vorstellen, daß das „Endon“ von dem Lebensstil der Zeit geprägt wird und daß bestimmte historische und gesellschaftliche Konstellationen besonders dazu geeignet sind, die endokinetische Abwandlung zu fördern oder zu unterdrücken, aus der die Melancholie entspringt.

Zusammenfassung

Bei 480 Patienten, die sich in dem Zeitraum von 1910—1963 wegen einer Melancholie in der Münchner Nervenlinik befanden, wurde die Abhängigkeit der depressiven Symptome von dem jeweiligen Aufnahme- und Geburtsjahrgang, aber auch von Alter, Geschlecht, Beruf und Wohnortsgröße untersucht. Dabei ergab sich, daß innerhalb der letzten Jahrzehnte die Schuldgedanken in ihrer Gesamtheit abgenommen haben; während sie im Jahre 1910 noch bei 61,6% der Patienten vorhanden sind, kommen sie 1963 nur noch bei 42,5% der depressiven Kranken vor. Verstöße gegen traditionelle kirchliche und staatliche Gebote bestimmen seltener als früher den Inhalt der Selbstbezüglichung. Dagegen spielen berufliche Versäumnisse (20,6%) und Verstöße gegen Familienpflichten (11,6%) eine erheblich größere Rolle als vor 50 Jahren (3,3% bzw. 1,6%). Körperliche Funktionsstörungen sind von 20,8% auf 55,5%, Klagen über Arbeitsunfähigkeit und Leistungsabfall von 26,6% auf 70,0% angestiegen; die auf die berufliche Leistung bezogenen Insuffizienzideen haben ebenfalls erheblich zugenommen. Bemerkenswert ist, daß die Gedankenwelt der depressiven Patienten in der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg von den allgemeinen Sorgen der damaligen Zeit gefärbt wird.

Für eine kulturelle Relativität depressiver Krankheitsäußerungen sprechen auch viele psychiatrische Untersuchungen aus anderen Gebieten der Welt. Wie weit diese Relativität reicht und ob sich hinter den zahlreichen Metamorphosen der endogenen Depression die Konturen eines unveränderlichen, kulturstabilen Kernsyndroms abzeichnen, läßt sich heute noch nicht entscheiden. Auch die Frage, inwieweit kulturelle Einflüsse nicht nur eine pathoplastische Wirkung auf die inhaltliche Gestaltung der Melancholie ausüben, sondern auch in die Pathogenese der endogenen Depression eingreifen, kann durch die vorliegende Untersuchung nicht beantwortet werden.

Literatur

- ARNOLD, O. H.: Untersuchungen über das manisch-depressive Krankheitsgeschehen. *Wien. Z. Nervenheilk.* **11**, 117 (1955).
- BAEYER, W. VON: Zur Statistik und Form der abnormen Erlebnisreaktionen in der Gegenwart. *Nervenarzt* **19**, 402 (1948).
- BERG, J. H. VAN DEN: *Metabologica*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1960.
- ILLERT, W.: Über den Symptomenwandel der paralytischen Psychose. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **18**, 31 (1950).
- JANZ, H. W.: Zur Diagnostik und ambulanten Therapie depressiver Verstimmungen. *Neue Z. ärztl. Fortbild.* **49**, 935 (1960).
- JANZARIK, W.: Die zykllothyme Schuldthematik und das individuelle Wertgefüge. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.* **80**, 173 (1957).
- JASPERS, K.: *Die geistige Situation der Zeit*. Berlin: W. de Gruyter 1960.
- KIMURA, B.: Vergleichende Untersuchungen über depressive Erkrankungen in Japan und in Deutschland. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **33**, 202 (1965).

- KRANZ, H.: Das Thema des Wahns im Wandel der Zeit. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **23**, 58 (1955).
- Erscheinungswandel im psychiatrischen Krankheitsbild. *Ther. Ber.* **37**, 68 (1965).
- LAMBO, T. A.: Rural psychiatric observations in the western region of Nigeria. *Brit. med. J.* **1956 II**, 1388.
- Further neuropsychiatric observations in Nigeria. *Brit. med. J.* **1960 II**, 1696.
- LENZ, H.: Der Wandel des Bildes der Depression. *Wien. med. Wschr.* **1957**, 528.
- Wandelbares und Bleibendes im Bild der Depression. *Wien. Z. Nervenheilk.* **18**, 321 (1961).
- Vergleichende Psychiatrie. Wien: Wilh. Maudrich 1964.
- MURPHY, H. B. M., E. D. WITTKOWER, and N. A. CHANCE: Crosscultural inquiry into the symptomatology of depression. *Transcult. Psychiat. Res.* **1**, 5 (1964).
- ORELLI, A. VON: Der Wandel des Inhaltes der depressiven Ideen bei der reinen Melancholie. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.* **73**, 217 (1954).
- PFEIFFER, W. M.: Geistige Störungen bei den Sundanesen. *Psychiat. et Neurol. (Basel)* **143**, 315 (1962).
- Vergleichende psychiatrische Untersuchungen bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen in Westjava. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **204**, 404 (1963).
- SCHELSKE, H.: Die skeptische Generation. Düsseldorf u. Köln: E. Diederichs 1957.
- SCHÖN, W.: Über Stilwandlungen bei der endogenen Depression. Diss., München 1966.
- SCHNEIDER, K.: Die Aufdeckung des Daseins durch die cyclothyme Depression. *Nervenarzt* **21**, 193 (1950).
- STRAUBE: zit. nach PAULEIKHOFF, B.: Gestaltwandel der Psychosen. *Med. Klin.* **46**, 1971 (1958).
- TELLENBACH, H.: Melancholie. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1961.
- WAGNER, W.: Das Zeitgemäße als Problem der Psychiatrie. In: *Festschrift für Kurt Schneider*, S. 121. Willsbach u. Heidelberg: Scherer 1947.
- WEITBRECHT, H. J.: Gestaltwandel der psychiatrischen Krankheitsbilder. *Med. Klin.* **57**, 81 (1962).

Priv.-Doz. Dr. H. LAUTER
 Psychiatrische Universitätsklinik
 34 Göttingen, v. Sieboldstr. 5