

Über das Endogene in der endo-reaktiven Depression

K.-J. NEUMÄRKER

Nervenklinik der Charité der Humboldt-Universität zu Berlin
(Direktor: Prof. Dr. K. LEONHARD)

Eingegangen am 2. November 1967

Die Begriffe des Endogenen und des Reaktiven sind in der psychiatrischen Literatur immer wieder Gegenstand von Analysen und Meinungsverschiedenheiten gewesen. Insbesondere die Frage, inwieweit endogene depressive Phasen durch äußere Momente ausgelöst und beeinflusst werden können, nimmt einen breiten Raum ein. Obwohl die Psychiatrie häufig vom Endogenen spricht, hat sie bisher, schreibt TELLENBACH [28], nicht ausgemacht, was sie damit begriffen wissen möchte. Was die Einteilungsversuche dieser Formen betrifft, so ist MÜLLER-HEGEMANN [20] der Meinung, daß die älteren Termini — endogene Depression, reaktive Depression, depressive Reaktion, Involutionsdepression — ebensowenig klar umrissen sind wie die neueren, z. B. neurotische Depression, Untergrunddepression, endo-reaktive Dysthymie, vegetative Depression usw. Man muß sich aber mit diesen Abgrenzungen befassen. Die von WEITBRECHT erarbeiteten „endo-reaktiven Dysthymien“ geben uns Veranlassung, den „endo-reaktiven Grenzbereich“ (PETRILOWITSCH [24]) zu studieren.

PETRILOWITSCH [23] äußert, daß die Abgrenzung der Dysthymien durch WEITBRECHT einen Fortschritt und einen Testfall in Richtung auf eine vorsichtige Teilrevision des Fragenkomplexes „Endogenität“ darstelle. Das Endogene ist wohl die umstrittenere Substanz am Begriff des „Endoreaktiven“. Wenn für HÄFNER [8], von den psychopathischen und den exogenen symptomatischen Verstimmungen abgesehen, zwei Möglichkeiten für die Ätiologie der Depression bleiben, die „endogene“ und die „reaktive“ Genese, nimmt TELLENBACH [28] neben Soma und Psyche ein drittes Ursachenfeld, nämlich das „Endon“ in Anspruch. In seinen Arbeiten über „Cyclothymie“ als auch über „Hypochondrie“ und „zur Typologie depressiver Psychosen“ hat WEITBRECHT endogene Depressionen ins Auge gefaßt, „deren Zuordnung zum cyclothymen Formenkreis problematisch ist“. WEITBRECHT [33] mißt der psychoreaktiven Auslösung endogener Psychosen mehr Bedeutung zu, als es bisher geschah, z. B. durch KORNEUBER [10], der nur zwischen 5 und 7% der Depressionen als psychisch provoziert ansah. WEITBRECHT [38] führt weiter aus, daß die Endogenität nicht in Frage gestellt wird, vielmehr werden ihre Ingangsetzung und ihr Vorfeld genauer analysiert. Die Grenzen gegenüber den von BONHOEFFER beschriebenen exogenen Reaktionstypen werden von WEITBRECHT gezogen. BONHOEFFER [4] hielt im Verlaufe der Kontroverse mit SPECHT das Vorkommen von einfachen Depressionen aus exogener Ursache zum mindesten für eine große Seltenheit. LANGE [13] hat sich eingehend mit der Frage der Auslösung

endogener Depressionen beschäftigt. Von seinen Formen sind besonders die „psychisch provozierten Melancholien“ von Bedeutung, bei denen der zeitliche Zusammenhang zwischen Erlebnis und Erkrankung evident ist, die aber trotzdem „von außen her unbeeinflussbar sind und auch inhaltlich überhaupt nicht auf das Erlebnis hinzuweisen brauchen oder sich bald von ihm emanzipieren“. Das Entscheidende ist, daß sie „die Kennzeichen der endogenen Melancholie aufweisen“. Hier bieten sich theoretische Parallelen zu den Weitbrechtschen „endo-reaktiven Dysthymien“ an. Da WEITBRECHT keine Kasuistik veröffentlichte, kann man aber keine konkreten Vergleiche zu den Fällen von LANGE herstellen. Wie schwer sich die Abgrenzung zwischen dem, was endogen und was reaktiv sein kann, gestaltet, schlägt sich in der Erfahrung LANGES [14] nieder, daß eine offensichtlich reaktive Depression, die lange Zeit um das verursachende Ereignis zentriert blieb, plötzlich den Anschluß verlieren und nun in eine echte Melancholie hinüberleiten kann. KORNHUBER [10] ist der Ansicht, daß sich der Inhalt der ausgelösten Depression meistens bald vom Anlaß entfernt. Dies kommt der Weitbrechtschen [33] Feststellung nahe, das cyclothyme Depressionen durch seelische Anlässe „ausgeklinkt“ werden und hernach den ihn eigenen endogenen Gesetzen weiterlaufen. MAUZ [18] teilt den Weitbrechtschen Standpunkt und zieht auch therapeutische Konsequenzen daraus. ALSEN [1] andererseits bezeichnet den Begriff der Ausklinkung als „ebenso bequem wie gefährlich“ und meint dann, daß die endo-reaktive Dysthymie von WEITBRECHT, LEMKES [15] Ausführungen zur vegetativen Depression und die Feststellung von MAUZ, daß eigentlich jede reaktiv beginnende Depression in einer gewissen Phase eine rein endogene Krankheit sei, die hier liegende Problematik andeuten. Für ALSEN gibt es eine Kerngruppe endogener Depressionen — mit dem depressiven Kernsyndrom der objektiven und subjektiven De- und Dysvitalisierung —, von der er sagt, daß sie ätiologisch, pathogenetisch und in ihrem Substrat eine Einheit darstelle. TELLENBACH [28] sieht die Einheit vom Ätiologischen her viel weiter, wenn er schreibt: „Würde man die klinische Systematik der Melancholien auf deren Ätiologie beziehen, so ergäbe sich der Aspekt der Einheitspsychose; denn der Ursprung aller endogenen Melancholien ist die Endokinese, und die Melancholie in allen Fällen die gemeinsame Endstrecke.“

ELSÄSSER [5] äußert, daß nicht jeder, der unter psychosetfördernden Konfliktsituationen lebt, psychotisch werde und führt weiter aus, daß vermutlich nur der an einer echten endogenen Psychose erkrankte, der dazu spezifische erbliche Anlagen besitze. Ähnlich WEITBRECHT [37], der ohne vorgegebene Disposition keine Auslösung einer endogenen Psychose erwartet.

Es erhebt sich die Frage, welches die seelischen Anlässe sein können, wie häufig sie sein müssen, um eine depressive Phase „auszuklinken“. Nach WEITBRECHT [36] sind es kaum einmalige akute erschütternde Erlebnisse, die zu einer endo-reaktiven Dysthymie führen. Meist handelt es sich um langdauernde Entbehrungssituationen, Einbuße von Heimat und Geborgenheit, Beruf und sozialer Eingliederung, Verlust geliebter, oft einziger Angehöriger. Schon KRAEPELIN [11] hat für einen Teil dieser Erscheinungen den Begriff der „Entwurzelung“ geprägt; sah ihn selbst allerdings weniger im Zusammenhang mit der Auslösung von depressiven Phasen.

KULENKAMPFF [12] charakterisiert die exogenen Faktoren als „soziologische Phänomene“, zu denen die Isolierung, „bedingt durch Trennung oder durch Mangel an kommunikativer Entfaltung“, gezählt werden kann. Im weiteren Sinne kann man dann auch von Vereinsamungsdepression, Entwurzelungs- und von Umzugsdepression sprechen (v. BAAYER [3]; KULENKAMPFF [12]). Letzterer kommt zu der Feststellung, daß im Vorfeld der Psychosen soziologische Konstellationen bestimmbar und differenzierbar sind, die Eigenart der nachfolgenden Psychose aber unberücksichtigt bleibt.

Nach EWALD [6] ist ein reaktives Geschehen sehr wahrscheinlich, wenn zeitlich eng zusammenhängende Erlebnisse die Depression heraufgeführt haben. Aber auch hier kann eine endogen-vitale Unterströmung erst die Grundlage für das depressive Bild geschaffen haben, so daß dann, wie SCHNEIDER [27] schreibt, die reaktiven Momente überwertig werden und nicht mehr bewältigt werden können.

MOROSOWA [19] führt die Tatsache an, daß häufig atypische Formen provoziert werden, da bei ihnen die endogene Bereitschaft noch nicht ihre volle Entwicklung erreicht hat, so daß diese Depressionen erst zum Ausbruch kommen, wenn zusätzlich äußere schädigende Faktoren vorhanden sind.

Bestimmte reaktive, situative, exogene Faktoren, gleich wie man sie bezeichnet, können in jedem der noch anzuführenden Fälle von endogener Depression nur eine Mitverursachung darstellen. Daß dabei die Temperamentslage eine Rolle spielt, soll dargelegt werden. Inwieweit eine zeitliche Abhängigkeit vorhanden ist, welches Verhältnis zwischen dem Inhalt der reaktiven und dem der ablaufenden Depression besteht, muß eine genaue Analyse ergeben.

Um eine sichere, reine Endogenität behaupten zu können, schreibt PETRILOWITSCH [23], müssen an das klinische Bild größere Ansprüche gestellt werden. Diese Forderung wird durch die „vielgestaltige Symptomatik“ (LEONHARD [17]) der Depression im Rahmen der manisch-depressiven Krankheit auf der einen Seite, die sehr umschriebene Symptomatik der reinen Formen auf der anderen Seite, sehr unterstützt. WEITBRECHT [33] schreibt in bezug auf die endo-reaktiven Dysthymien von der großen Bedeutung der psycho- und somato-reaktiven Faktoren und ihrer Verflochtenheit mit dem endogenen Element. VÖLKELE [29] bemängelt die klinische Brauchbarkeit des Begriffes — (WEITBRECHT [37] schreibt später selbst von der „ärgerlichen endo-reaktiven Dysthymie“) —, die sich durch die Verflechtung des Endogenen und Reaktiven ergeben. Wenn WEITBRECHT der Meinung ist, daß durch einfache Unterstreichung des ersten oder zweiten Beiwortes der jeweilig vorherrschende Teilfaktor hervorgehoben werden kann, so wird nach VÖLKELE nicht klar, ob die Beiworte sich in erster Linie auf die Pathogenese oder auf das Zustandsbild beziehen. TELLENBACH [28] sieht die endo-reaktiven Dysthymien WEITBRECHTS als Funktionen des Verhältnisses von Endotropie (prädepressive Situation) und Endokinese, als der Ursprungsenergie aller endogenen Melancholien, an.

Weiterhin drängen sich die Fragen auf, wie wesentlich reaktive Momente überhaupt sein müssen, um eine auslösende Rolle spielen zu können. Es gibt für diese Fragen keine biologischen Kriterien, zumindest so lange nicht, als sich hinter dem Darbietungsbild der manisch-depressiven Krankheit oder der Schizophrenie oder der endo-reaktiven Dysthymie eine hypothetische Somatose verbirgt (WEITBRECHT [33]). WEITBRECHT [37] sprach späterhin von einem Irrtum, wenn er früher annahm, in der endo-reaktiven Dysthymie nicht nur ein Syndrom unspezifischer Art, sondern eine gesonderte Krankheit — eine „hypothetische Somatose“ — zu sehen. Da es nur ein Syndrom unspezifischer Art ist, kann WEITBRECHT selbst, wie er schreibt, eine vitalisierte depressive Reaktion oder eine einmalige Dysthymie von einer ausgelösten endogenen depressiven Phase querschnittsmäßig mitunter gar nicht unterscheiden.

Die „seelischen Anlässe“ oder die von JASPERS [9] erörterten „abnormen seelischen Reaktionen“, deren gebräuchlichere Bezeichnung „abnorme Erlebnisreaktion“ von K. SCHNEIDER [26] eingeführt wurde, beinhalten den engen Zusammenhang zwischen dem verursachenden Erlebnis und reaktiven Zustand, die Abhängigkeit des zeitlichen Verlaufs von seiner Ursache und die Abhängigkeit zwischen Erlebnis und Inhalt. Selbst wenn diese Kriterien einer genauen Untersuchung nicht in jeder Beziehung standhalten, so sind sie zweifelsohne für den Begriff der reaktiven Depression höchst bedeutsam.

Nach GROSCH [7] ist die nosologische Stellung der reaktiven Depression seit ihrer Herauslösung aus dem manisch-depressiven Formenkreis, ungeklärt, da sie bald zu den abnormen Erlebnisreaktionen, den asthenischen Persönlichkeitsreaktionen, den krankhaften Reaktionen, den psychopathischen oder psychogenen Reaktionen gerechnet werden. TELLENBACH [28] hält nicht nur den Begriff, sondern vor allem der Sache nach den Terminus „reaktive Depression“ für unglücklich.

Handelt es sich in bezug auf die reaktiven Anteile bei der endo-reaktiven Depression doch im wesentlichen um graduelle Unterschiede der Auffassungen, so hat man sich dagegen bisher noch zu wenig darum bemüht, den endogenen Anteil genauer zu bestimmen. WEITBRECHT selbst hält die Zugehörigkeit der Psychosen zu dem cyclothymen Formenkreis für problematisch. Das Endogene kann auch etwas anderes darstellen, als eine Bereitschaft zur manisch-depressiven Krankheit. Das gilt erst recht, wenn man mit LEONHARD [17] neuerdings auch ANGST [2] und PERRIS [21], monopolare und bipolare Formen von phasischen Psychosen unterscheidet. Es wäre möglich, daß nur bei der einen Gruppe eine Bereitschaft besteht, reaktiv in Erscheinung zu treten. Darüber hinaus wäre aber auch zu fragen, ob nicht endogene Bereitschaften ganz anderer Art die Voraussetzung zur Entstehung einer endo-reaktiven Depression sein können. Es ist hier vor allem an das subdepressive Temperament zu denken, das endogen gegeben ist, aber keinen Zusammenhang mit den endogenen Psychosen zu haben braucht. Von solchen Fragen her, glauben wir, etwas Wesentliches zum Begriff der endo-reaktiven Depression beitragen zu können. Da manche Autoren auch bei reaktiven Depressionen an endogene Faktoren denken, bzw. der Ansicht sind daß „die Übergänge zur reaktiv provozierten endogenen Depression fließend sind“ (VONDRACEK [30]), führen wir zunächst einen Fall an, bei dem wir *nur das Reaktive* erkennen können. Die endogene Komponente wird sich dadurch bei den weiteren Fällen deutlicher herausheben.

Die 51 jährige *Gertrud G.* legte 1931 die Prüfung als Schneiderin mit „sehr gut“ ab. Sie hat danach selbständig gearbeitet. 1933 heiratete sie. Aus der Ehe stammen zwei Söhne. 1948 hat der Ehemann die Familie verlassen und um die Scheidung ersucht, da er eine andere Frau gefunden hatte. 1952 wurde die Ehe geschieden. Sie äußerte, sie könne die Scheidung von ihrem Manne, den sie als einzigen geliebt habe, an dem sie noch immer hänge, bis heute nicht überwinden. Nach der Scheidung

legte sie ihre Meisterprüfung ab. Durch ihren Fleiß und ihre Geschicklichkeit brachte sie es bis zum Vorstandsmitglied des Betriebes. Sie konnte sich jedoch immer weniger durchsetzen, da zwei andere Arbeitskollegen laufend gegen sie waren; beide gingen gegen sie vor. Einer der Kollegen habe ein starkes Geltungsbedürfnis und kommandiere nur. Sie könne aber niemand nach dem Munde reden und könne auch keine Ungerechtigkeiten vertragen. Sie wurde immer verzweifelter, zumal sie es war, die den Betrieb aufgebaut hatte, konnte nicht mehr arbeiten, war erschöpft, zitterte oft am ganzen Körper, konnte nicht schlafen, war depressiv. In ihrer Verzweiflung unternahm sie einen Suicidversuch. Es bestanden noch weitere reaktive Momente, die zeitlich mit dem eben beschriebenen zusammenfielen. Ihre Mutter, an der sie sehr hing, war plötzlich gestorben. Ihr ältester Sohn verließ die DDR. An dessen Kind hatte sie sehr gehangen. Sie war verzweifelt, da sie dieses nicht mehr bei sich haben konnte. Ihr zweiter Sohn wohnte mit seiner Frau und Kind bei ihr. Da diese Ehe geschieden wurde, weil der Sohn eine andere Frau hatte, die von ihm ein Kind erwartete, verlor sie auch diesen letzten Angehörigen.

Diese Erlebnisse trafen eine Frau, die schon immer eine stille, zurückhaltende, schwer Anschluß findende Persönlichkeit war, die jedoch depressive Verstimmungen bisher nicht kannte. Dazu kommt, daß sie ehrgeizig, gewissenhaft und hinsichtlich ihrer fachlichen Leistungen sehr selbstbewußt ist. Hereditär fanden sich keine Auffälligkeiten. Unter diesen massiven Erlebnissen mußte die Patientin ein Übermaß an Arbeit verrichten. Es kam dadurch zu einem neurasthenischen Zustand, von dem LEONHARD [16] schreibt, daß sich die Menschen mit ihren Konflikten abquälen, darüber zunehmend neurasthenisch werden und zugleich immer tiefer in ihre depressive Verstimmung geraten. Trotz der Schwere des depressiven Krankheitsbildes nahm die Patientin unter der Therapie bald Abstand von ihren Konflikten, wirkte ausgeglichener und freundlicher. Es ist kennzeichnend, wie schnell die Patienten bei Abbau der pathogenen Faktoren aus der durch reaktive Momente ausgelösten Depression wieder herauskommen und gesund bleiben.

Im Zustandsbild findet man die Merkmale der motivierten Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Teilnahmslosigkeit usw. und auch körperliche Erscheinungen. Charakteristisch ist das Fehlen von primären Schuldgefühlen, das WETTRECHT [33] als kennzeichnend für die endo-reaktiven Dysthymien ansieht.

Bei den nun zur Darstellung kommenden Fällen wurden nicht nur die auslösenden Faktoren analysiert, sondern auch die Temperamente in Beziehung zu den einzelnen Formen der Psychose.

Die 62jährige *Erna K.* ist von jeher eine Grübelnatur gewesen, die sich viel Sorgen machte und vieles tragischer nahm als andere. Meist „gedrückter Stimmung“, war sie „schwerblütig“, ängstlich, nahm alles sehr schwer und hat für sich allein zu Hause gelebt. Eine erbliche Belastung mit endogenen Psychosen bestand nicht. Nach dem Tod ihrer Mutter im Dezember 1943 wurde sie zum ersten Mal schwermütig. Dieser Zustand zog sich, durch die Bombenangriffe und die Kapitulation bedingt, die sie fassungslos und nervös machten, bis Anfang Juni 1945 hin. Ende 1948 traten wieder depressive Ideen auf, die vor allem hypochondrischen Charakter trugen. Die Patientin war schon längere Zeit wegen Basedowscher

Krankheit in Behandlung. Nun glaubte sie, einen Tumor zu haben, weinte sehr viel, war interesselos, konnte nicht schlafen, hatte Angst und Beklemmungsgefühle. Dieser Zustand dauerte bis Anfang 1950. Als sie schließlich die Gewißheit hatte, keinen Tumor zu haben, klangen die Beschwerden ab. In den folgenden Jahren blieb die Patientin unauffällig. Im April 1963 starb ihr Mann, der zwar viel getrunken hatte, an dem sie aber sehr gehangen hatte, da er immer lebensbejahend gewesen war. Da sie keine Kinder hatte, mußte sie ihre Wohnung aufgeben und innerhalb einer kurzen Frist umziehen. Obwohl sie sich wohnungsmäßig verbesserte, konnte sie sich nicht an die neue Wohnung gewöhnen. Es traten Angstzustände auf, sie konnte nicht mehr schlafen, fühlte sich elend und schwach, alles fiel ihr schwer, sie war interesselos und hatte zu nichts mehr Lust. Es dauerte ein halbes Jahr, bis sie sich in die neue Wohnung „eingewohnt“ hatte, wie sie es selber bezeichnet. Inbegriffen in dieses halbe Jahr ist ein dreimonatiger stationärer Aufenthalt in der Nervenklinik der Charité, von wo sie Mitte August 1963 gesund entlassen wurde. Seitdem traten keine Depressionen mehr auf.

Die 38jährige *Erika R.* ist von Natur aus eine ruhige, zum Grübeln neigende, zurückhaltende, sehr sensible Frau, die schon als Kind sehr leicht weinte. Sie ist gewissenhaft, nicht nachtragend oder ehrgeizig. Sie findet schwer Anschluß, Gesellschaftliches, besonders mit lustigem Charakter, meidet sie. Es findet sich keine Belastung mit endogenen Psychosen.

Im Oktober 1962 bekam die Patientin eine räumlich günstigere Wohnung zugewiesen, nachdem sie mit ihrem Mann vorher 4 Jahre ein Durchgangszimmer des elterlichen Hauses bewohnt hatte. Die Patientin hatte die neue Wohnung selbst ausgesucht und sie für sehr gut befunden. 14 Tage nach dem Umzug klagte sie über Appetitlosigkeit, Unlust zur Arbeit und Schlaflosigkeit. Ihr gefiel die neue Wohnung nicht mehr, da im Bad kein Fenster war und sie drei Treppen hoch lag. Sie hielt es allein in der Wohnung nicht mehr aus und fuhr ständig aus Heimweh zur alten Wohnung zu den Eltern.

Sie nahm in dieser Zeit erheblich an Gewicht ab und weinte viel. Sie klagte über Schmerzen im Unterleib und meinte, es könne der Blinddarm oder die Bauchspeicheldrüse sein. Eine stationäre Untersuchung erbrachte objektiv keinen Anhalt für diese Beschwerden. Sie wurde ein zweites Mal ins Krankenhaus eingeliefert; es wurde eine Appendektomie vorgenommen. Die Patientin hatte nun keine Beschwerden mehr, aber die Stimmung war weiterhin depressiv. Sie weinte ständig, konnte nicht arbeiten und konnte nicht allein sein. Anfang März 1963 unternahm sie einen Suicidversuch. Daraufhin wurde sie in die Nervenklinik der Charité eingewiesen. Während des stationären Aufenthaltes bemühte sich der Ehemann um eine neue Wohnung, die nach dem Wunsche der Patientin in der Nähe der Wohnung ihrer Schwester gelegen sein sollte. Es bot sich etwas Entsprechendes, so daß die Eheleute erneut ihren Wohnort wechselten, nachdem die Patientin Mitte April 1963 aus der Klinik entlassen wurde. Sie fühlte sich in der neuen Wohnung wohl. In der Folgezeit klagte sie über keinerlei Beschwerden depressiven Charakters.

Der 58jährige *Richard Sch.* erkrankte, als sein langjähriger Chef, mit dem er in einem freundschaftlichen Verhältnis stand, plötzlich im April 1962 starb. Der Patient arbeitete schon seit seiner Jugend immer in der gleichen Firma und war mit dieser und seinem Chef sehr verbunden. Er leitete zunächst 2 Monate allein den Betrieb. Als man ihm auftrug, die Leitung des Betriebes offiziell zu übernehmen, wußte er nicht, wie er sich entscheiden sollte. Er lehnte aber schließlich ab, da er sich vor der Verantwortung fürchtete. Der Betrieb wurde im Juli 1962 von einer anderen Firma übernommen. Mit dem neuen Chef kam er nicht aus. Schon nach dem Tode seines ersten Chefs, begann er über den Betrieb zu grübeln, jetzt tat er es in verstärktem Maße, litt dazu unter Schlaflosigkeit, hatte für nichts mehr Inter-

esse, wurde immer stiller, tat nichts mehr von alleine, machte sich Vorwürfe und trug sich mit dem Gedanken, Selbstmord zu begehen. Ende August 1962 kam er in die Nervenklinik der Charité. Der Patient blieb bis Ende Oktober 1962 in stationärer Behandlung. In dieser Zeit bemühte man sich von der Klinik aus um eine neue Arbeitsstelle für den Patienten, zumal dieser schon, bevor er in die Nervenklinik kam, in seinem alten Betrieb gekündigt hatte. Nach einer angemessenen Schonzeit nahm der Patient seine neue Arbeit auf, die er bis heute ohne Unterbrechungen durchführen konnte.

Der Patient war schon immer ein Einzelgänger, der schwer Anschluß fand und nie im Mittelpunkt stand. Auch im gewohnten Kreise war er still und zurückhaltend. Trat ein Mißgeschick auf, dann nahm er es sehr schwer und begann leicht zu weinen. Als seine erste Freundin mit 23 Jahren starb, kam es erstmals zu einer ca. dreimonatigen depressiven Verstimmung. Er nahm den Tod sehr schwer, und es erfüllt ihn noch heute mit Trauer, wenn er daran denkt. Eine erbliche Belastung mit endogenen Psychosen konnte auch bei diesem Patienten nicht nachgewiesen werden.

Bevor der 56jährige *Johannes B.* 1922 sein Studium aufnahm, verrichtete er ein halbes Jahr lang schwere Arbeit in einem Bergwerk. Zu Beginn des Studiums erdrückte ihn die Lernerarbeit. Es wurde ihm alles zuviel, zumal auch die wirtschaftlichen Verhältnisse sehr schwierig waren. Er hatte auf einmal kein Interesse mehr, war lustlos und niedergedrückt. Dieser Zustand dauerte ein halbes Jahr. In dieser Zeit wechselte er die Fachrichtung und beendete dann sein Studium ohne Unterbrechungen. Nach dem Examen arbeitete er als Ingenieur. 1934 mußte er im Postministerium eine Stelle übernehmen, zu der ihm die Erfahrung fehlte. Er mußte Entscheidungen treffen, die er gar nicht verantworten konnte. Dazu kamen noch politische und dienstliche Schwierigkeiten. Er wurde wieder schwermütig, konnte sich nicht konzentrieren, nicht schlafen. Diesmal währte der Zustand fast 1 Jahr. Gegen Ende dieses Krankheitsjahres wurde er versetzt, die dienstlichen Schwierigkeiten waren jetzt weitaus geringer, und er löste die ihm gestellten Aufgaben, ohne zu versagen. 1953 kam es nach dienstlichen Schwierigkeiten und schweren Auseinandersetzungen mit seinem Vorgesetzten wiederum zur Depression mit den typischen Zeichen. Er gesundete nach einem halben Jahr wieder, als die Differenzen geklärt worden waren und arbeitete dann bis Ende 1958 ohne Unterbrechungen. In dieser Zeit kam es erneut zu erheblichen dienstlichen Belastungen und Schwierigkeiten. Er trat daraufhin seinen Urlaub an. Obwohl der Patient im Urlaub von den Problemen Abstand zu gewinnen suchte und keiner Belastung mehr ausgesetzt war, kam es zu einem depressiven Zustand mit Konzentrationsschwäche, Interessenlosigkeit, mangelnder Leistungsfähigkeit und dem Gefühl der inneren Leere. Mit dieser Symptomatik wurde der Patient im März 1959 in die Nervenklinik der Charité aufgenommen. Nach siebenwöchiger Behandlung konnte der Patient, nachdem in dieser Zeit die aufgetauchten Schwierigkeiten an seinem Arbeitsplatz beseitigt worden waren, gesund entlassen werden. Prämorbid Züge zeigen sich in einer zurückgezogenen Lebensweise: Er lebe ruhig und sei kein Freund von Geselligkeiten. Er schildert sich als einen Menschen, der alles „zu ernst“ nimmt, „immer ernster Stimmung sei“, „schnell „zu Tode betrübt sei“. Dabei ist er in seiner Arbeit genau und versucht immer, aus Pflichtgefühl alles „bis zur Spitze“ durchzuführen.

Bei den angeführten Fällen fällt, wenn man sich um eine genaue Temperamentsanalyse bemüht, das *subdepressive Temperament* ins Auge. Die Angaben der Patienten, daß sie das Leben schon immer schwerer genommen haben als andere, daß sie leicht zum Weinen neigen, Gesellschaften mit fröhlichem Charakter meiden, schon von jeher zu einer

gedrückten Stimmung tendieren, sind charakteristisch. Die Merkmale können auch noch in massiverer Form hervortreten, wenn die Patienten an Schicksalsschlägen sehr lange tragen, oder gar zu Suicidversuchen veranlaßt werden. Die dargestellten Krankengeschichten zeigen, daß diese Temperamentsart die Entstehung einer endo-reaktiven Depression begünstigt.

Das subdepressive Temperament ist von Natur gegeben, also endogen. Damit ist aber nicht gesagt, daß eine Beziehung zu den endogenen Depressionen besteht. Vor allem weist nichts auf die bipolare manisch-depressive Krankheit hin. Man könnte eher daran denken, daß das Temperament zu den monopolaren Formen von Depressionen gehört, aber auch dies ist sicher nur teilweise der Fall. Grundsätzlich kann man es als eine Eigenart im normalen Wesen des Menschen auffassen, die an sich auf nichts Psychotisches hinweist.

Mit dieser Voraussetzung möchten wir die angeführten Fälle als endo-reaktive Depressionen auffassen: Eine endogene Eigenart des Temperaments — aber keine Disposition zu einer endogenen Depression, stellt die Bereitschaft zum Depressiven dar, aus der unter äußeren Einflüssen eine ernstere Depression entsteht.

Es ist aber nicht allein das subdepressive Temperament, das in dieser Weise wirksam werden kann. Auch eine cyclothyme Bereitschaft, ebenfalls nicht notwendig im Zusammenhang mit einer endogenen Depression, in diesem Fall der manisch-depressiven Krankheit, kann die Voraussetzung für eine endo-reaktive Depression schaffen.

Einige Fälle sollen das zeigen.

Die 1905 geborene *Margarete Sch.* konnte sehr heiterer Stimmung sein; sie kam dann gern mit anderen Menschen zusammen, fand sofort Kontakt und schaffte ihre Arbeit spielend. Es kam aber auch zu „depressiven Schwankungen“, wie sie sie selbst betitelt, die mit Lustlosigkeit, Angstgefühl, Schlaflosigkeit und dem Gefühl der „mangelnden Leistungsfähigkeit“ einhergingen.

Im Frühjahr 1962 war die als Lehrerin tätige Patientin sowohl in ihrem Beruf als auch außerberuflich erheblich belastet. Sie hatte eine Auszeichnung erhalten und fühlte sich nun verpflichtet, allen Arbeiten nachzukommen, die man ihr aufbürdete. Dazu kam ein für sie schwerer beruflicher Konflikt, weil sie einer jungen Kollegin, die sich das Bein gebrochen hatte, auf deren Wunsch hin erlaubte, trotz des eingegipsten Beines, zu arbeiten. Diese Kollegin äußerte sich dann in der Richtung, daß sie von der Patientin gezwungen worden sei, zu arbeiten. Es kam deswegen zu erheblichen Auseinandersetzungen, in deren Verlaufe sie auch über ein zunehmendes „Druckgefühl über den Augen“ klagte. Als sie noch späterhin von einer anderen Kollegin hörte, daß deren Mutter ähnliche Beschwerden hatte und bald darauf „elend an einem Hirntumor“ zugrunde gegangen sei, wurde die Patientin depressiv, war niedergeschlagen, konnte sich nicht konzentrieren, nicht schlafen und weinte nur noch. Dieser Zustand dauerte fast 5 Monate, bevor sie 1963 zur stationären Behandlung in die Nervenklinik der Charité kam. Unter der Behandlung kam es dann zu einem Abklingen der Symptome, und sie war wieder in ihrer alten Stimmungslage.

Es ist typisch für die cyclothyme Temperamentsart, daß es häufig zu Stimmungsschwankungen kommt, die für Stunden oder höchstens einige Tage anhalten. Wie bei dem eben beschriebenen Fall, als auch bei den folgenden zwei Fällen, kann der depressive Zustand bei äußeren Anlässen aber längere Zeit anhalten, ohne daß es sich um eine endogene depressive Phase im Rahmen der manisch-depressiven Krankheit handeln muß.

Die 1931 geborene Patientin *Ingeborg B.* war von jeher in ihrer Stimmung sehr wechselhaft. Sie konnte sehr lustig sein und eine ganze Gesellschaft unterhalten, konnte aber auch gleich wieder sehr gedrückt und zu „Tode betrübt“ sein. Sie sagt von sich selber: „Ich kann leicht weinen und auch leicht wieder lachen.“ Sie schildert sich als nicht übertrieben ehrgeizig, aber gewissenhaft. Sie sei z. B. als Schülerin häufig nachts aufgestanden, wenn sie vergessen hatte, Vokabeln zu lernen. In ihrem Beruf nimmt sie alles genau und kann sich schwer zu Entscheidungen durchbringen. Wenn sie zuviel Arbeit habe, werde sie „bald aus dem Gleichgewicht gebracht“, und wisse dann nicht mehr ein noch aus.

1951 kam es bei ihr zum ersten Mal zu einem depressiven Zustand, als sie durch die Krankheit einer Kollegin fast das doppelte an Arbeit schaffen mußte. Dazu kamen noch innerbetriebliche Spannungen und Differenzen mit dem Vorgesetzten. Sie war ein halbes Jahr krank und klagte vor allem über Schlaflosigkeit. Sie habe nur noch geweint, konnte nichts mehr schaffen, fühlte sich wie „ausgepumpt“, war interesselos und gleichgültig. Während einer stationären Behandlung ging es mit der Stimmung schnell aufwärts. In einer neuen Arbeit schaffte sie ihr Pensum wieder und war in ihrer alten Stimmungslage, bis sie Anfang 1959 wieder aus dem „seelischen Gleichgewicht“ geriet, als die Familie durch den Berufswechsel ihres Mannes eine schöne Dienstwohnung kurzfristig aufgeben mußte und sich finanziell wesentlich verschlechterte. Sie mußten in eine düstere, sehr laute Wohnung ziehen, in der nicht einmal die Möbel untergebracht werden konnten. Nach dem Umzug war die Patientin appetitlos, schlapp und gleichgültig. Sie klagte über Schlaflosigkeit und vernachlässigte die Familie. Sie kochte nicht mehr und hat mitunter fast den ganzen Tag im Bett zugebracht, so daß der Ehemann gezwungen war, die Kinder in einem Heim unterzubringen. Sie weinte viel und gab an, „daß ihr jeder Tag öde und leer erschiene“. Körperliche Beschwerden gab sie bei der stationären Aufnahme in der Nervenklinik der Charité im Sommer 1959 nicht an. Unter der Behandlung kam es, nachdem sie 8 Wochen auf der Station war, zu einer Stimmungsverbesserung; die Patientin kam sich auf der Station überflüssig vor und drängte auf die Entlassung. Inzwischen war ihr eine andere Wohnung verschafft worden. Sie fühlte sich jetzt wohl und war freundlich gestimmt. Sie nahm bald ihre Arbeit zur Zufriedenheit aller wieder auf. In ihrer Stimmung war sie „lustig und temperamentvoll“. Ende 1961 kam es wiederum zu einer Stimmungsverschlechterung, weil sie gegen ihre Wünsche zum dritten Mal schwanger war. Sie strebte eine Schwangerschaftsunterbrechung an, da sie fürchtete, die Pflege eines dritten Kindes nicht bewältigen zu können. Sie machte sich, auch in finanzieller Hinsicht, große Sorgen um die Versorgung ihrer Kinder. Sie hat dann doch entbunden; die Stimmung verschlechterte sich noch mehr, zumal der Mann ihr ständig wegen des dritten Kindes Vorwürfe machte und sie als faul und dumm hinstellte. Sie schaffte wiederum nicht den Haushalt, fühlte sich schlapp, „so als ob alle Felle wegschwimmen“. Nach achtwöchigem stationären Aufenthalt konnte die Patientin gesund entlassen werden. Ende 1962 war sie wiederum für 4 Wochen depressiv gestimmt, als sie ein Verhältnis ihres Mannes mit der Nachbarin entdeckte.

Bei der Patientin fällt das cyclothyme Temperament und die ständig bei Belastungen auftretenden Depressionen ins Auge. Diese ähneln endogenen Depressionen, doch tritt nie ohne äußeren Anlaß eine Verstimmung auf. Es kommen bei der Patientin auch keine manischen Phasen oder hypomanische Nachschwankungen vor; eine hereditäre Belastung findet sich nicht. Auf Grund der durch das cyclothyme Temperament gegebenen Stimmungs labilität treten, wie es scheint, bei belastenden Situationen depressive — endo-reaktiv depressive — Zustände auf.

Die Stimmung war bei dem 1943 geborenen *Ludwig M.* von jeher sehr wechselhaft. Er konnte geradezu hypomanisch sein, unterhielt seine Umgebung mit geistreichen, humorvollen Reden, machte ein freundliches Gesicht, schaffte spielend sein Arbeitspensum und war in jeder Beziehung sehr rege. Der Gegenpol in seiner Stimmungslage ging mit äußerster Niedergeschlagenheit, Interesselosigkeit, Antriebsmangel und Arbeitsunlust einher. Er war dann ausgesprochen wortkarg, mied den Umgang mit Menschen, zog sich von allen Veranstaltungen zurück, besuchte z. B. nicht die Vorlesungen und war sehr gehemmt.

1965 kam es bei ihm zu einer ausgesprochenen Depression, die mit Konzentrationsschwäche, Schlaflosigkeit und Insuffizienzgefühlen einherging. Bei der Exploration stellte sich heraus, daß die Ursache der Depression massive Konflikte waren, die ihn an „den Rand der Verzweiflung“ brachten. Er hatte einem seiner Kommilitonen seine homosexuelle Neigung anvertraut. Der Kommilitone unterrichtete den Professor über diese Angelegenheit, der den Patienten daraufhin zur Rede stellte und seine Enttäuschung ihm gegenüber zum Ausdruck brachte. Darüber war der Patient sehr bestürzt, zumal er sich selbst ständig mit dem Problem der Homosexualität auseinandersetzte, das ihn vom Ethischen her sehr belastete. Dazu kam noch, daß er in einer Prüfung fast versagte und in einigen Tagen von dem Professor, der nun um seine Homosexualität wußte, geprüft werden sollte. Er konnte sich überhaupt nicht mehr konzentrieren, nicht mehr schlafen und fühlte sich außerstande, zu der Prüfung zu erscheinen, weil er versagen würde und dann alle Sympathien des Professors verloren wären.

Das depressive Zustandsbild klang nach ca. 4 Monaten vollständig ab. Der Patient war in seiner alten Stimmungslage, nachdem ihm genaue Richtlinien in seiner Verhaltensweise hinsichtlich einer Umprägung seiner homosexuellen Neigung mitgegeben wurden.

Nach einem dreiviertel Jahr kam es wiederum zu einem depressiven Zustandsbild. Der Patient klagte darüber, daß er nicht schlafen könne, die ganze Nacht wach liege und nicht arbeiten könne. In seiner Stimmung war er gedrückt und niedergeschlagen. Antriebsmäßig wirkte er gehemmt und schwunglos. Der unmittelbare Anlaß waren seine sehr drängende Diplomarbeit und die bevorstehenden Examina. Er glaubt nicht, das Examen zu schaffen, weil ihm „die Energie und Lust zu jeglicher Arbeit“ fehlte. Dieser Zustand dauerte ca. 3 Monate. Zu einer weitgehenden Stimmungsbesserung kam es erst, als er das sehr gute Ergebnis seiner Diplomarbeit erfuhr.

Dieses Beispiel zeigt wieder, wie aus der Labilität heraus, bedingt durch das cyclothyme Temperament, depressive Zustandsbilder auftreten, wenn Konflikte hinzukommen.

Auch bei diesem Patienten können wir nicht sagen, daß es sich um endogene depressive Phasen handelt. Endogen ist seine cyclothyme Temperamentsart; aber erst als das Reaktive hinzukam, trat die ernstere Depression auf. Zweimal wiederholte sich der gleiche Ablauf.

Während wir bei der vorherigen Patientin keine hereditäre Belastung fanden, verzeichnen wir sie bei diesem Patienten, der von mütterlicher Seite mit manisch-depressiver Krankheit belastet ist. Sowohl die Mutter des Patienten als auch deren Vater und Bruder litten an diesem Gemütsleiden. Bei dieser hereditären Belastung müssen wir annehmen, daß das cyclothyme Temperament hier eine Beziehung zu der manisch-depressiven Krankheit hat. Trotzdem lag diese Krankheit selbst nicht vor, denn erst die angeführten reaktiven Faktoren ließen aus der cyclothymen Wesensart eine Depression, d.h. eine endo-reaktive Depression entstehen.

Man sieht einer cyclothymen Wesensart nicht an, ob sie im Rahmen einer manisch-depressiven Krankheitsanlage entstanden ist oder eine normale Temperamentsvariante darstellt. Eine Tendenz bei ungünstigen äußeren Einwirkungen in eine ernste Depression zu führen, hat sie hier wie dort in gleicher Weise. Wir hatten bei den früheren Fällen keinen Anhaltspunkt für eine Beziehung zur manisch-depressiven Krankheit, und doch kam es ganz in der gleichen Weise zur Depression wie im letzten Fall mit der erblichen Belastung. Auch der Verlauf war gleich. Trotz der schweren Belastung klang bei dem letzten Patienten die Depression rasch ab, als die äußere Belastung in Wegfall gekommen war. In diesem Ablauf sehen wir ein wichtiges Kriterium der endo-reaktiven Depression. Sie klingt ab, wenn auch nicht immer sofort, wenn die ungünstigen äußeren Einwirkungen nicht mehr bestehen. Hält die Depression an, obwohl nichts Belastendes mehr feststellbar ist, dann kann es sich noch um eine ausgelöste endogene Depression handeln; den Begriff des Endo-Reaktiven, bei dem man doch an eine dauernde Mischung der beiden Komponenten denkt, würden wir in diesem Falle aber nicht mehr gebrauchen.

Sowohl bei den Fällen mit subdepressiven Temperament als auch bei denen mit cyclothymen Temperament spielen reaktive Momente verschiedenen Inhalts eine Rolle. Soziologische Faktoren sind bedeutungsvoll. Probleme des Wohnungswechsels, der Anpassung und der Entfaltung in einem neuen Milieu können maßgebend sein. Auch nach Aborten, nach Entbindungen und nach Infektionskrankheiten kann, wenn eine psychische Belastung damit verbunden ist, eine Depression einsetzen. Familiäre Belastungen können die gleiche Wirkung haben.

Zu fragen ist, wieweit rein somatogene Faktoren, die also nicht mit wesentlichen psychischen Belastungen verbunden sind, zu endo-reaktiven Depressionen führen können (WEITBRECHT [34, 35]; PETRILOWITSCH [22]). SCHAEFER [25] gibt an, daß die Zahlen für eine somatogene Auslösung endogener Phasen rund 5 % betragen, während für eine psychoreaktive Auslösung das Zwei- bis Dreifache angenommen wurde. In unserem Falle war das Somatische immer mit seelischen Belastungen verbunden, so daß eine isolierte Beurteilung der ersteren nicht möglich war.

Zusammenfassung

In der Beurteilung des reaktiven Anteils bei der endo-reaktiven Depression bestehen bei den einzelnen Autoren nur graduelle Unterschiede. Über den endogenen Anteil gibt es dagegen eine erhebliche Divergenz der Meinungen.

Nach eigenen Untersuchungen braucht das Endogene keine Bereitschaft zur manisch-depressiven Krankheit darzustellen. An Hand von Fällen aus der Nervenlinik der Charité wurde auf die Bedeutung des subdepressiven Temperaments und des cyclothymen Temperaments bei der Entstehung der endo-reaktiven Depression hingewiesen. Beide Temperamente sind zwar endogen gegeben, brauchen aber mit endogenen Psychosen keinen Zusammenhang zu haben. Auch als normale Temperamentsvarianten können sie unter belastenden äußeren Einflüssen zu einer endo-reaktiven Depression führen.

Summary

In the assessment of the reactive component in an endo-reactive depression only slight quantitative differences were found between individual authors. However, there is considerable disagreement about the endogenous component.

According to our own investigations, endogenous traits need not necessarily imply a predisposition for manic-depressive illness. On the basis of cases studied at the Charité psychiatric hospital, the relevance was shown of the subdepressive or the cyclothymic temperament in the development of an endo-reactive depression. But, although both are endogenous they need not be correlated with endogenous psychoses. As normal variants of the personality, they may lead under certain external stresses to an endo-reactive depression.

Literatur

1. ALSÉN, V.: Das Kernsyndrom der endogenen Depression. *Nervenarzt* **32**, 470 (1961).
2. ANGST, J.: Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurologie und Psychiatrie, Heft 112. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1966.
3. BAEBER, W. v., H. HÄFNER u. K. P. KISKER: *Psychiatrie der Verfolgten*. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1964.
4. BONHOEFFER, K.: Die exogenen Reaktionstypen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **58**, 58 (1917).
5. ELSÄSSER, G.: Grundsätzliches zur Frage der Psycho- und Endogenese der endogenen Psychosen. *Nervenarzt* **28**, 533 (1957).
6. EWALD, G.: Über reaktive und symptomatische Depression. *Regensburg. Jb. ärztl. Fortbild.* **6**, 189 (1958).
7. GROSCH, H.: Die motivierten Depressionen und psychogene Reaktionen depressiver Färbung (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Psychiatrie und Neurologie). Halle: Marhold 1953.
8. HÄFNER, H.: Die existentielle Depression. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **191**, 351 (1954).

9. JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie. Berlin: Springer 1913.
10. KORNHUBER, H.: Über Auslösung zyklotyper Depressionen durch seelische Erschütterungen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **193**, 391 (1955).
11. KRAEPELIN, E.: Über Entwurzelung. Z. ges. Psychiat. Neurol. **63**, 1 (1921).
12. KULENKAMFF, C.: Gedanken zur Bedeutung soziologischer Faktoren in der Genese endogener Psychosen. Nervenarzt **33**, 6 (1962).
13. LANGE, J.: Über Melancholie. Z. ges. Neurol. Psychiat. **101**, 293 (1926).
14. — Die endogenen und reaktiven Gemüteskrankungen und die manisch-depressive Konstitution. Handb. d. Geisteskrankh., Bd. 6, 98, (1928).
15. LEMKE, R.: Über die vegetative Depression. Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) **1**, 161 (1949).
16. LEONHARD, K.: Individualtherapie der Neurosen. Jena: G. Fischer 1965.
17. — Aufteilung der endogenen Psychosen, 3. Aufl. Berlin: Akademie Verlag 1966.
18. MAUZ, F.: Psychiatrie und Psychotherapie. Hamburg. Ärztebl. **1949**, 43.
19. MOROZOVA, T. N., et N. G. CHOUMSKY: Les Depressions endogenes et les facteurs du milieu. Zh. Nevropat. Psikhiat. **63**, 1515 (1963).
20. MÜLLER-Hegemann: Zur klinischen Systematik der Depressionen. Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) **16**, 90 (1964).
21. PERRIS, C.: A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. Act. psychiat. scand., Suppl. 194, 42 (1966).
22. PETRILOWITSCH, N.: Beitrag zur Frage der Provokation endogener Psychosen durch exogene Schäden. Arch. Psychiat. Nervenkr. **198**, 399 (1959).
23. — Zur Problematik depressiver Psychosen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **202**, 244 (1961).
24. — Cyclothymie-Endogene Psychosen vom depressiven und manischen Typ. Fortsch. Neurol. Psychiat. **32**, 561 (1964).
25. SCHAEFER, C.-H.: Symptomatische endogen erscheinende Psychosen bei Hirntumoren. Inaugural-Dissertation, Bonn 1964.
26. SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie. Stuttgart: G. Thieme 1950.
27. — Zur Differentialdiagnose der Depressionszustände. Fortsch. Neurol. Psychiat. **23**, 1 (1955).
28. TELLENBACH, M.: Melancholie. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1961.
29. VÖLKE, H.: Zur Kritik der „endo-reaktiven Dysthymie“ Weitbrechts. Psychiat. et Neurol. (Basel) **137**, 325 (1959).
30. VONDRAČEK, V., u. M. PLZAK: Einige Bemerkungen zum Problem der Depression. Wien. med. Wschr. **114**, 437 (1949).
31. WEITBRECHT, H. J.: Cyclothymie. Fortsch. Neurol. Psychiat. **17**, 437 (1949).
32. — Über Hypochondrie. Dtsch. med. Wschr. **76**, 312 (1951).
33. — Zur Typologie depressiver Psychosen. Fortsch. Neurol. Psychiat. **20**, 247 (1952).
34. — Cyclothymes Syndrom und hirnatrophiischer Prozeß. Nervenarzt **24**, 489 (1953).
35. — Endogene physische Psychosen. Fortsch. Neurol. Psychiat. **3**, 129 (1961).
36. — Psychiatrie im Grundriß. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963.
37. — Aus dem Vorfeld endogener Psychosen (Klinische Beobachtungen zur Frage der „Auslösung“). Nervenarzt **35**, 521 (1964).
38. — Die heutige Diskussion über das Wesen der endogenen Psychosen. Fortsch. Neurol. Psychiat. **3**, 161 (1966).

Dr. med. K.-J. NEUMÄRKER
Universitäts-Nervenkl. der Charité der
Humboldt-Universität
X 104 Berlin, Schumannstr. 20/21