

Zur Psychopathologie der Tagesschwankung beim depressiven Syndrom

HELMUT WALDMANN

Nervenklinik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
(Direktor: Prof. Dr. H.-J. Weitbrecht)

Eingegangen am 24. Juli 1969

The Psychopathology of Diurnal Variation of Mood in Depressive Illness

Summary. The content and diurnal variations of depressive symptoms are compared with the content and course of endogenous and reactive depressive illness. There is no correlation between the diurnal rhythms of mood and the different types of depressive illnesses, nor are the diurnal rhythms of depressive patients different from those of normal subjects. The psychopathological phenomena, which show diurnal variations, are heterogeneous and may vary with the symptoms of the disease. The periods of diurnal variations of mood show a 12 hour oscillation and are not influenced by the pathological contents or by the duration of sleep. They are independent of the rhythm of physiological functions. The rapid change of some diurnal variations of mood is extensively discussed. Unusual states of self awareness occur that extend to the limits of experience. They are defined as a psychopathological unit in terms of psychoanalysis, phenomenology (theory of different levels) and of existentialanalysis. An approach to the time structure of these phenomena, which we cannot experience, is attempted by the rhythmological method.

Key-Words: Time-Structure of Depression — Diurnal Variation of Mood — Psychopathology.

Zusammenfassung. Der psychopathologische Inhalt und Verlauf der Tagesschwankung in Beziehung zu Inhalt und Verlauf depressiver Syndrome anhand typischer endogener und erlebnisreaktiver Krankheitsbilder wird untersucht. Eine Zuordnung der Tagesschwankung zu bestimmten Depressionsformen oder eine Abgrenzung gegenüber dem Tagesrhythmus von Stimmung und Antrieb bei Gesunden ist nicht möglich. Die der Schwankung unterworfenen psychopathologischen Phänomene sind heterogen bzw. entsprechen der jeweiligen Krankheitssymptomatik. Die rhythmische Verlaufsform der Tagesschwankung folgt immer einer 12stündigen Schwingungsphase und bleibt unbeeinflußt von psychopathologischen Inhalten und von der Schlafdauer. Sie läßt sich nicht von der Rhythmisik der Körperfunktionen ableiten. Als eine Eigentümlichkeit mancher Tagesschwankungen wird der plötzliche, deutlich erlebte Umschlag genauer untersucht. Dabei treten eigentümliche Ich-Zustände zutage, die an der Grenze des Erlebbaren liegen. Sie werden vom psychoanalytischen, phänomenologisch-schichttheoretischen und daseinsanalytischen Standpunkt aus als psychopathologische Einheit bestimmt. Zu der nichterlebbaren Zeitstruktur dieser Phänomene wird der Zugang durch eine andere Betrachtungsweise, nämlich die rhythmologische gesucht.

Schlüsselwörter: Zeitstruktur der Depression — Tagesschwankung — Psychopathologie.

So geläufig die Tagesschwankung beim depressiven Syndrom ist, so unsicher sind doch ihr diagnostischer Wert und ihre Zuordnung zu einer bestimmten Krankheitseinheit. In der täglichen Praxis des Psychiaters wird die Tagesschwankung häufig zu rasch als Hinweis auf eine endogene Depression gewertet. Nicht selten wird sie als Symptom bestimmten Ranges betrachtet und man hört dann verobjektivierende Formeln, wie: „Tagesschwankungen positiv“. Diesem kritiklosen Umgang mit der Tagesschwankung in der Praxis entspricht ihre Vernachlässigung in der Forschung. Es gibt nur wenige Arbeiten, die sich speziell mit ihr befassen. Eingehende Untersuchungen über ihren psychopathologischen Inhalt und ihren Verlauf in Beziehung zu Inhalt und Verlauf der Depressionen fehlen fast ganz.

Hier soll nun untersucht werden, welche Symptome der Schwankung unterworfen sind, ob gerade die für die jeweilige Krankheitseinheit typischen oder allgemeinere, vom Krankheitsbild unabhängige. Weiter fragen wir nach der Erlebnisweise und nach der Erscheinungsform der Tagesschwankung, nach ihren Inhalten in bezug auf ihre Verlaufsmerkmale.

Diese Fragen können mit gleicher Berechtigung qualitativ und quantitativ beantwortet werden. Das heißt, wir können bei jeder einzelnen Depression untersuchen, welche Symptome schwanken und wie die Schwankung zeitlich abläuft, oder wir können feststellen, wie häufig bestimmte Symptome bei einer großen Anzahl von Depressionen tagesrhythmischem Schwankungen unterworfen sind. Wir wollen die Reihenfolge der Untersuchungen so anordnen, daß erst etwas über den Inhalt und die nosologische Stellung der dem Rhythmus unterworfenen psychopathologischen Phänomene gesagt werden kann, bevor in einem späteren Untersuchungsgang die Häufigkeit ihres Vorkommens und ihre korrelativen Beziehungen bestimmt werden. Wir wollen nicht unter dem Aspekt der Tagesschwankung alle nosologischen Unterschiede unbeachtet lassen und Symptome aus verschiedenen Krankheitseinheiten für vergleichbar halten oder gar zu „Faktoren“ erklären, bloß weil sie schwanken.

Vor einer derartigen Verallgemeinerung warnte schon Kraepelin, indem er sagte: „... daraus ergibt sich, daß die Umgrenzung der Krankheitsvorgänge allen vergleichend-psychiatrischen Untersuchungen vorangehen und auch in Zukunft die Grundlage bilden muß, von der die Bestrebungen, ein Verständnis für den inneren Aufbau der Geistesstörungen zu erreichen, auszugehen haben. Jeder Versuch, derartige Fragen an der Hand ungleichmäßig zusammengesetzten Beobachtungsstoffes zu bearbeiten, wird notwendig an der Vieldeutigkeit der Ergebnisse scheitern, namentlich an der Unmöglichkeit, ursächliche und gestaltende Einflüsse auseinander zu halten.“

Zunächst ist für unser Thema also von der Untersuchung am Einzelfall mehr zu erwarten, da wir uns hier jeweils in nur einer Krankheitseinheit bewegen und da nur für jeden Fall gesondert bestimmt werden

kann, wie das Vorhandensein und die Erlebnisweise der Schwankung schichtdiagnostisch am Aufbau der Depression beteiligt sind. Wir versuchen dies hier anhand besonders instruktiver Beispiele endogener und reaktiver Depressionen aus einer größeren Beobachtungsreihe.

Bevor wir uns mit den einzelnen Fällen beschäftigen, wollen wir uns die Meinung maßgebender Autoren über die nosologische Stellung der Tagesschwankung wenigstens in groben Zügen vergegenwärtigen.

Bisherige Ansichten über die Tagesschwankung

In der *älteren psychiatrischen Literatur* ist das Phänomen der Tagesschwankung wohlbekannt und wird meist als typisch für die endogene Depression bzw. Melancholie beschrieben.

Krafft-Ebing erwähnt anläßlich einer Krankenvorstellung in seinem Lehrbuch, „... daß morgens beim Erwachen die psychische Depression immer am heftigsten war“. Dies sei eine Eigentümlichkeit der Melancholie. Zu dieser Zeit (1888) gilt die Periodizität überhaupt noch als klinisches Einteilungsprinzip der Psychosen. Krafft-Ebing unterscheidet „chronisches Irresein“ in periodischer Wiederkehr (die heutigen endogenen Psychosen) von „transitorischem Irresein“, einmaligen Affekt- und Aufregungszuständen. Auch Bumke sagt noch 1919, Periodizität und endogene Psychose seien „fast eine Tautologie“, lehnt aber die Periodizität als Einteilungsprinzip für Psychosen ab. Die von Kraepelin aufgestellten Krankheitsgruppen waren durch anderes besser definiert. Obwohl also die Periodizität an Bedeutung für die nosologische Systematik verloren hatte, ist die Tagesschwankung auch für Bumke noch ein wichtiger Hinweis: „Besonders wertvoll für die Diagnose des manisch-depressiven Irreseins“, schreibt er, „ist die Angabe der Patienten, daß das Aufstehen schwerfalle“. 1922 untersuchten Kraepelin u. Fleck die Tagesschwankungen der Leistungsfähigkeit bei Manisch-Depressiven und Gesunden. Bei den Melancholikern ergaben sich Abweichungen in der Rechenfähigkeit, der Muskelkraft, der Auffassungsleistung, dem Wahlvorgang und der Geschwindigkeit der Vorstellungsverbindungen. Vormittags leisteten sie in diesen Bereichen weniger, nachmittags glich sich das Leistungsdefizit bis zu einem gewissen Grade aus. Eine Beziehung zwischen der Tagesschwankung und den endogenen Psychosen ergibt sich in der veränderten psychischen Disposition, die für beide pathogenetisch ist. Diese Auffassung finden wir bei Lange weiterentwickelt. Die psychische Disposition ist bei ihm zur manisch-depressiven Konstitution geworden, auf deren Boden die endogene Krankheit entsteht. Für diese Konstitution ist die Periodizität das Primäre. Lange kennt auch gesunde Zirkuläre. Typisch für den gesunden wie für den kranken Zirkulären ist der Morgenschläfer, „der gereizt-depressiv erwacht, im Laufe des Tages allmählich in Fahrt kommt und abends nicht selten ein hypomanisches Bild zeigt“. Auch Kretschmer ist der Ansicht, daß sich die Periodik des Zirkulären von der des Gesunden nicht grundsätzlich, sondern nur gradweise unterscheide.

Hier wird also die Tagesschwankung als Hinweis auf die zirkuläre Konstitution überhaupt gesehen. Als Kriterium für die daraus entstehende Krankheit wird sie besonders prononciert von Menninger-Lerenthal gewertet: „Wenn man einem Depressionszustand gegenüber noch unsicher ist, ob man einen endogenen oder exogenen Charakter desselben annehmen soll, kann man mit Sicherheit ersteren diagnostizieren, wenn

der Kranke angibt, daß sein Zustand in den ersten Morgenstunden am ärgsten sei und es nach 4.00 Uhr nachmittags besser zu werden beginne.“

Die bisher besprochenen Autoren werteten die Tagesschwankung ausschließlich im Hinblick auf das MDI. Hierfür gilt die Tagesschwankung zwar überwiegend als typisch, wie groß ihre diagnostische Wertigkeit aber sei, wird nirgends festgelegt. Auch Menninger-Lerchenthal, der in der oben zitierten Äußerung für eine Ausschluß-Diagnostik plädiert, lehnt an anderer Stelle die Periodizität als Einteilungsprinzip für Psychosen generell ab.

Nun läßt sich fragen, welcher Wert den Tagesschwankungen außerhalb des MDI und der zirkulären Konstitution für die Abgrenzung verschiedener Depressionsformen untereinander beigemessen wird.

Bei den im Rahmen schizophrener Psychosen auftretenden Depressionen können nach Tölle, Petriliowitsch und Heinrich deutliche Tagesschwankungen auftreten. Sie werden zwar bei diesen Depressionen seltener beobachtet, können aber nicht als ausschlußdiagnostisches Kriterium gewertet werden.

Auch gegenüber nichtendogenen Depressionen kann die Tagesschwankung nicht zur Abgrenzung dienen: Kurt Schneiders Konzeption des Untergrundes, bzw. der Untergrunddepression, läßt die Tagesschwankungen zu. Er sagt bei der Besprechung der endogenen und der Untergrunddepressionen: „... zeitlich mehr oder weniger regelmäßige Tagesschwankungen gibt es bei beiden Arten“. Bei den von Weitbrecht beschriebenen endoreaktiven Dysthymien kamen in mehreren Fällen ebenfalls Tagesschwankungen vor. Bei den im Sinne von Staehelin vitalisierten depressiven Reaktionen gelten auftretende Tagesschwankungen geradezu als Zeichen der Vitalisierung. Besondere Beurteilung erfährt die Tagesschwankung bei der Erschöpfungsdepression. Nach Kielholz und Martin tritt bei ihr häufig die sog. umgekehrte Tagesschwankung auf: dem Patienten geht es am Abend schlechter. Beck untersuchte die Rhythmus vegetativer Funktionen bei Erschöpfungsdepressionen und fand den inversen Verlauf bestätigt.

Depressive Syndrome im Rahmen körperlich begründbarer Psychosen können deutlichen Tagesschwankungen unterworfen sein, wie Frankl, Rittershaus, Bostroem, Walter und andere zeigen. Bei den von Weitbrecht dargestellten Fällen symptomatischer Depressionen bei hirnpathologischen Prozessen waren zweimal Tagesschwankungen zu beobachten. Dies erschwert die differentialdiagnostische Abgrenzung gegenüber den endogenen Depressionen. Weitbrecht schreibt: „Besonders schwierig ist es, wenn im Rahmen einer postkommotionellen oder -contusio-nellen Schädigung ein depressives Zustandsbild mit vitaler Traurigkeit, Schuldgefühlen und womöglich noch typischen Tagesschwankungen auftritt, das später allmählich wieder abklingt.“

Für die Diagnose der neurotischen Depression spielt die Feststellung von Tagesschwankungen keine Rolle. Nach Engels und unseren eigenen Erfahrungen treten sie zumindest zeitweilig in der Hälfte der Fälle auf. Ob man annimmt, daß

— um den Beispielen Waelders zu folgen — häufig Objektverlust oder Liebesverlust von seiten des Über-Ichs die Depression auslösen und daß der Abwehrmechanismus in einer Introjektion des Idealobjektes ins Ich — wie Kutter sie beschreibt — besteht, oder ob man anderen Konzeptionen folgt, das tagesrhythmische Auftreten und Verschwinden der Symptomatik berührt nicht den der Neurose zugrunde liegenden Konflikt.

Nach Schultz-Hencke sind bei den depressiv Strukturierten oral-aggressive Impulse in die Latenz verdrängt. Man kann nun sagen, der Mangel dieser Impulse führe jedesmal angesichts des neuen Tages zu Hoffnungslosigkeit und Gefügigkeit. Man muß dann allerdings weiter annehmen, ein Depressiver fürchte sich vor dem nächsten Tag nicht genauso wie vor dem beginnenden. In keinem Fall aber läßt sich die Regelmäßigkeit des 24stündigen Tagesrhythmus neurosenpsychologisch erklären. Das Phänomen der Tagesschwankung durchbricht die zufordernde Sinnkontinuität — und folgerichtig wird sie auch nicht als diagnostisches Kriterium der neurotischen Depression gewertet.

Wenn in den bisher besprochenen Arbeiten von der Tagesschwankung die Rede war, so wurde stets nur ihr Vorhandensein oder Nichtvorhandensein als eines unter vielen relevanten psychopathologischen Phänomenen beachtet. Eine auffächernde Untersuchung der Inhalte, die den Schwankungen unterworfen sind und eine genaue Verlaufsbeobachtung der Tagesschwankung finden sich bei Hall, Engel u. Hampf. Hall u. Mitarb. untersuchten die Tagesschwankung der subjektiven Stimmungslage bei 70 endogenen Depressionen. Es ergaben sich Häufigkeitskorrelationen zwischen Morgenstief der Stimmung und Agitiertheit, Verlangsamung, Schuldgefühlen, frühem Erwachen. Die Autoren stellen selbst fest, diese Symptome seien so verschiedenartig, daß sich daraus nichts ableiten lasse.

Die ausschließlich auf das Phänomen der Tagesschwankung gerichteten bedeutsamen Untersuchungen und Überlegungen von Engel und Hampf lassen die Frage der nosologischen Stellung dieses psychopathologischen Phänomens bewußt außer acht. Engel richtet seine Aufmerksamkeit zunächst auf den Verlauf der Tagesschwankung. Er findet ein depressives Wellental direkt nach dem Erwachen, das minutenlang oder bis zum Nachmittag dauern kann, ein zweites nach der Mittagszeit bis zum Sonnenuntergang, ein drittes vor dem Einschlafen. Wie sehr auch Dauer und Intensität dieser depressiven Perioden verschieden sein können, ziemlich konstant bleiben doch die Knotenpunkte des Umschwunges. Er stellt weiter fest, daß die Stimmungsschwankungen meist nicht dauernd vorhanden sind, daß „Zeithaben“ auslösend, verschlimmernd und bewußtmachend wirkt, daß dagegen die Schwankungen weniger deutlich sind, wenn der Strom des Erlebens stärker fließt. Die Beobachtung der psychischen Mechanismen, die zur Abwehr der Morgenflaute benutzt werden, ergibt eine Typologie. Sie reicht vom Sich-Stürzen in disziplinierte Arbeit sofort nach dem Erwachen über die Suche nach Geselligkeit bis zum Versuch körperlicher Umstellung durch Sport oder an-

regende Mittel. Neben der Typologie dieser Abwehrmechanismen gibt es eine Typologie in bezug auf den Rhythmus, nämlich Menschen, die:

- a) arhythmisch sind;
- b) isolierte Wellen haben;
- c) einen sicheren Rhythmus haben, der beeinflußbar ist;
- d) einen unbeeinflußbaren sicheren Rhythmus haben.

Unter den Rhythmikern gibt es wiederum den Morgentyp, den aktiven Täter, der immer „da“ ist und den Abendtyp, den Zauderer, den Nachdenklichen, den Realitätsflüchtigen, der erst abends zum Eigentlichen erwacht. Hierbei wird in einer Gegenüberstellung des Prometheus und des Epimetheus als Leitbildern unterschiedlicher Seinsweisen der Unterschied des Stimmungsverlaufs in Beziehung gebracht zu einer unterschiedlichen Befindlichkeit in der Welt. Das depressive Syndrom wertet Engel als rhythmisierenden Faktor. Hereditäre Faktoren werden bei der Behandlung der verschiedenen Rhythmikertypen diskutiert, eine spezifische Zuordnungsmöglichkeit der Tagesschwankung zu einer bestimmten Depressionsform sieht Engel nicht.

Hampp, die die Schwankungen der Stimmung und des Antriebs bei 400 gesunden Personen untersuchte, fand in 52% der Fälle einen deutlichen Tagesrhythmus. Unterschiede in der Häufigkeit und auch zwischen Abend- und Morgentypen ergaben sich zwischen Geistes- und Handarbeitern und in Abhängigkeit von Lebensweise und Tätigkeit. Auch Hampp stellte fest, daß es sich bei den Morgentypen mehr um extravertierte, bei den Abendtypen mehr um introvertierte Menschen handelte.

Im einzelnen fragte sie nach Gestimmtheiten, affektiver Schwingungsfähigkeit, Leibgefühlen, Willensleistungen, Aufmerksamkeit, Tätigkeits- und Erlebnisdrang, Schlafquantum, verzögertem oder promptem Hellwachwerden u.a.m., nach Phänomenen also, deren Veränderung kennzeichnend auch für depressive Syndrome ist.

Die Frage, *was* (welche Qualität) schwankt, ist also für Depressive und Gesunde nicht grundsätzlich verschieden zu stellen. In der Gleichartigkeit der Fragestellung, die dann natürlich auch für die verschiedenen Depressionsformen gilt, kommt zum Ausdruck, daß hier der psychische Rhythmus als ein autonomer angesehen wird. Engel spricht von ihm als einem Urphänomen, das letztlich weder verstehbar noch erklärbar ist.

Es drängt sich der Vergleich mit dem Tagesgang der Körpertemperatur auf. Sie ist bei Gesunden und Kranken einem strengen Rhythmus unterworfen (Hildebrand, Menzel). Auch wenn im pathologischen Geschehen die absoluten Werte verändert sind, evtl. die Amplitude vergrößert wird oder gar eine Phasenumkehr eintritt, bleibt doch der 24 Std-Rhythmus der Körpertemperatur erhalten und erweist sich damit als autonom.

Trotz der Autonomie des Rhythmus im psychischen Geschehen darf allerdings nicht übersehen werden, daß die Tagesschwankung von

Stimmung und Antrieb in einer ganz besonderen Beziehung zum depressiven Syndrom steht. Ein großer Teil der Depressiven kennt nur in der Krankheit, nicht aber im gesunden Zustand Tagesschwankungen. Engel spricht von einem skandierenden oder rhythmisierenden Effekt der Depression. Hampp vermutet darüber hinaus Unterschiede in der Erlebnisweise der Schwankungen bei gesunden Rhythmisikern und bei Depressiven. Der Gesunde betrachte seine Morgenflaute als natürliche Erscheinung und versuche, sie notfalls mit Anregungsmitteln zu beheben, der Kranke bringe sie als Klage vor, verbinde sie also mit einem Krankheitsgefühl.

Kasuistik

Wie nahe die Tagesschwankung dem krankhaften Geschehen in den Depressionen steht, lässt sich nur nach dem klinischen Bild durch Untersuchungen am *Einzelfall* entscheiden. In den nachfolgend dargestellten Fällen gilt das Augenmerk also zunächst dem Inhalt von Depression und Tagesschwankung, dann deren Verlauf. Schließlich soll auf die Schichten der Persönlichkeit gesehen werden, in denen sich die Vorgänge abspielen.

Fall 1. 48-jähriger Arbeiter, monophasische Zykllothymie.

Prämorbid Persönlichkeit. Pat. wuchs in geordneten Verhältnissen auf, hatte keine schweren Krankheiten, war immer schon etwas genau, gehemmt bei der Kontaktsuche, in Geselligkeit aber angeregt und fröhlich.

Krankheitsverlauf. Im 41. Lebensjahr machte der Pat. eine depressive Phase von 6 Monaten Dauer durch. Nach seinen Angaben war er traurig, antriebslos und hatte Angstgefühle. Zeitweise war die Libido gesteigert. Nach stationärer Behandlung war er 1 Jahr beschwerdefrei. Im 43. Lebensjahr hatte er eine erneute depressive Phase von 5 Monaten Dauer. Diesmal fühlte er sich besonders zerschlagen und körperlich matt. Es zeigte sich wieder das Bild einer gehemmten Depression mit vitaler Traurigkeit. Stationäre Behandlung brachte vollständige Besserung für 2 Jahre. Im 45. Lebensjahr begann eine 9 Monate anhaltende 3. depressive Phase. Zu Beginn trat anfallsweise Herzjagen auf, verbunden mit starken Angstgefühlen. Bald kam sich der Pat. auch wertlos und unwürdig vor. Er entwickelte kurzzeitig Kontrollzwänge. Besonders quälend war eine hartnäckige Schlaflosigkeit. Nach der stationären Behandlung war er 1 Jahr gesund. Im 47. Lebensjahr machte er eine 6 Monate anhaltende Depression durch. Er war traurig, gehemmt, die affektive Schwingungsfähigkeit war in der Mitte der Phase aufgehoben. Zeitweilig bestand wieder eine gesteigerte Libido. Eine Elektroschockbehandlung brachte rasche Remission, die seit 1 Jahr anhält.

Prämorbid Tagesrhythmus. Der Patient kann von sich und seinen Familienangehörigen keine tageszeitlich gebundene Schwankung von Stimmung und Antrieb angeben. Lediglich über die Schlaf-Wach-Periodik sind ihm Aussagen möglich. Gewöhnlich schließt er von 22.30–6.00 Uhr. Er war danach sofort hellwach und zur Arbeit aufgelegt. Um 13.30 Uhr legte er sich gern für 20 min nieder, ohne zu schlafen und war danach frisch bis zum Abend. Nach 22.00 Uhr wurde er meist müde. In gesunden Zeiten kannte er keine Schlafstörungen.

Tagesschwankungen. In allen 4 Phasen seiner Krankheit hatte der Pat. deutliche Tagesschwankungen, mit morgendlichem Tief. Je nachdem, ob in den einzelnen

Phasen die vitale Traurigkeit und Hemmung oder das Gefühl körperlicher Mattigkeit und vollständiger Antriebslosigkeit, ob Minderwertigkeitsgefühle, Herzangst oder zwanghafte Mechanismen im Vordergrund des Beschwerdebildes standen, zeigte sich jeweils an diesen Symptomen die Tagesschwankung am deutlichsten. Ihr war immer das Gesamtbefinden unterworfen. Die Tagesschwankungen waren stets zu Beginn der Phase am deutlichsten ausgeprägt. In den ersten 3 Wochen konnte der Pat. am Abend praktisch beschwerdefrei sein, um danach doch am nächsten Morgen wieder depressiv zu erwachen. Im Tiefpunkt der Phase waren die Tagesschwankungen praktisch aufgehoben. Der Pat. saß wie versteinert herum und war teilnahmslos. Am Ende der Phase traten die Tagesschwankungen oft nochmals auf, waren aber weniger deutlich. Das Herausgeraten aus der Depression ging unter hochdosierter Amitryptilin- oder Elektroschockbehandlung sehr viel rascher vor sich als das Hineingeraten. Ähnlich wie die Tagesschwankung des Gesamtbefindens war auch das folgende psychopathologische Phänomen in die zeitliche Struktur der Psychose eingebaut: beim allmählichen Hineingeraten in die Depression zeigte der Pat. nach Angaben der Ehefrau gesteigerte sexuelle Appetenz, die dann im Tiefpunkt der Phase ganz erlosch. Dabei handelte es sich nach Angaben des Pat. durchaus um körperlich-sexuelle Bedürfnisse, die nicht nur als Ausdruck des Wunsches nach persönlichkeitsgebundener menschlicher Nähe zu verstehen seien. Er mußte sich zwanghaft fremde nackte Frauen vorstellen und hatte dabei Erektionen. In den depressiven Phasen war der Pat. um 6.00 Uhr beim Erwachen bereits antriebslos und deprimiert. Die schlimmste Zeit war für ihn die von 6.00 bis 14.00 Uhr. Zu Beginn der Phasen lastete in dieser Zeit ein dumpfer Druck auf ihm, der jeden Gedankengang, jede Zuwendung zur Umwelt und jedes Gefühl in ihm belastete und färbte. Ausschließlich in diesem Stadium und in dieser Tageszeitspanne traten Herzangst oder zwanghaft-libidinöse Phänomene auf. In der Zeit von 14.00–18.00 Uhr waren die Beschwerden weniger deutlich. Nach 18.00 Uhr war der Pat. entweder gänzlich beschwerdefrei oder zumindest merklich erleichtert. Er schlief während der Krankheit später ein und wachte früher auf als in gesunden Zeiten. Dennoch erlebte er nie unmittelbar den Umschlag aus dem besseren Zustand in den schlechteren. Freilich gab es, auch wenn er auf Schlaftabletten verzichtete, keine Nacht, in der er nicht zeitweise, und zwar zwischen 2.00 und 4.30 Uhr schlief oder in einen schlafähnlichen Zustand geriet.

Fall 2. 45jährige Arbeiterin, biphasische Zykllothymie.

Prämorbid Persönlichkeit. Pat. wuchs in geordneten Verhältnissen auf und nahm eine normale psychische Entwicklung zu einer syntonen, unkomplizierten Persönlichkeit. Sie wird als kontaktbereit, zupackend und körperlich gesund bezeichnet.

Krankheitsverlauf. Im 27. Lebensjahr bestand bei der Pat. einige Monate lang eine manische Symptomatik. Sie fühlte sich zu allem fähig, machte leichtsinnig geschäftliche Pläne und unternahm weite Reisen. Im Anschluß daran entwickelte sich ein gehemmt-depressives Bild mit Schuldgefühlen. Sie wurde stationär behandelt (ES), Manie und nachfolgende Depression dauerten insgesamt 2 Jahre.

Nach 8jähriger vollständiger Remission trat im 37. Lebensjahr eine depressive Phase mit vitaler Traurigkeit und Antriebshemmung auf, die 7 Monate anhielt und erfolgreich behandelt wurde.

6 Jahre später geriet die Pat. im 43. Lebensjahr wieder in eine Manie, in der sie tollkühne Geschäfte unternahm, die in einer wirtschaftlichen Katastrophe mit hoher Verschuldung endeten. Nach Abklingen der Manie im Laufe von 3 Monaten war die Pat. 7 Monate lang beschwerdefrei. Sie arbeitete doppelt, um die Schulden abzutragen.

Im 44. Lebensjahr begann wiederum eine depressive Phase mit Antriebsverarmung, Interesselosigkeit, Kontaktscheu, vitaler Traurigkeit und ungerichteten Angstgefühlen. Unter stationärer Behandlung mit antidepressiv wirkenden Mitteln kam es zu einer allmählichen, vollständigen Remission.

Prämorbid Tagesrhythmik. Die Pat. kann sofort den eigenen Rhythmus und den der Familienangehörigen angeben. Sie wird morgens meist um 7.00 Uhr spontan wach, ist dann noch für ca. 20 min wie benommen und hat eine lange Anlaufzeit, bis sie das Gefühl der vollen Leistungsfähigkeit ungefähr um 11.00 Uhr erreicht. Mittags ruht sie nicht, da sie sonst wieder eine lange Anlaufzeit braucht. Sie habe gegen Abend gern Gesellschaft. Als Ersatz lese sie Romane oder schalte Radio und Fernsehen ein. Sie werde meist um 22.30 Uhr müde, schlafe dann sofort ein und bis zum Morgen durch.

Tagesschwankungen. Während der manischen Phasen beobachtete die Pat. keinerlei Abhängigkeit des Befindens von der Tageszeit. Die prämorbid Rhythmik war aufgehoben. Der Zustand des Wohlgefühls und der unbegrenzten Fähigkeiten war durchgehend vorhanden. Die Schlafdauer war um Stunden geringer.

In der Depression war die Tagesrhythmik von Stimmung und Antrieb jeweils für die gesamte Dauer der Phase deutlich verstärkt. Manchmal wurde die Pat. schon gegen 5.00 Uhr „aus einer unbestimmten Angst heraus“ wach. Sie war dann innerlich unruhig und bedrückt und gleichzeitig wie gelähmt oder wie mit Blei an den Gliedern beschwert. Sie konnte sich nicht aufraffen, aufzustehen und ihr Tagewerk zu beginnen. Mehrfach hatte sie der Familie bis mittags nichts gekocht, weil sie nicht zum Einkaufen ging. Sie habe zwar die Verpflichtung dazu gefühlt, sie aber nicht in Handlung umsetzen können und sich deswegen Vorwürfe gemacht. Abends, etwa ab 17.00 Uhr sei es ihr regelmäßig leichter geworden. Das Druckgefühl auf der Brust sei dann weniger lastend, an manchen Tagen fast ganz weg gewesen. Sie sei lebhafter geworden und hatte es gern, wenn sie angesprochen und abgelenkt wurde.

Gewöhnlich vollzog sich der Umschwung allmählich und „unmerklich“. Über Monate hin blieb der Zeitpunkt konstant. Die Pat. spürte die Veränderung nie vor 16.30 Uhr und nie später als 17.00 Uhr. Ganz selten geschah der Umschwung sehr rasch, so daß eine auf die Minute genaue Zeitangabe möglich war. Wie in der Manie schliefl sie in der Depression schlechter und kürzer als in der Gesundheit. Oft konnte sie erst um 1.00 Uhr und später Schlaf finden. Wie lange sie auch wach lag, ihr abendliches Befinden änderte sich, abgesehen von zunehmendem Müdigkeitsgefühl, nicht mehr. Erst beim Erwachen erlebte sie das „Morgentief“. Es geschah nie vor 4.30 Uhr, einige Male um 5.00 Uhr, meist gegen 7.00 Uhr.

Fall 3. 50jährige Hausfrau, depressive abnorme Erlebnisreaktion, Vitalisierung.

Prämorbid Persönlichkeit. Im 7. Lebensjahr verlor die Pat. den Vater und wurde von strengen, übervorsichtigen Tanten erzogen, die ihren Expansions- und Verselbstständigungsdrang hemmten. Sie ging mit 16 Jahren als Novizin ins Kloster. Nach 2½ Jahren verließ sie es wieder aus eigenem Antrieb und wurde Krankenschwester. Sie war stets kontaktbereit, voller Interessen, jedoch auch immer sehr genau und von peinlicher Sauberkeit. Im ganzen wird sie als stille, ernste Persönlichkeit geschildert. Eine schwere Geborgenheitsproblematik bestand zeitlebens.

Krankheitsverlauf. Pat. heiratete vor 7 Jahren im 43. Lebensjahr. Der Ehemann hatte sich ihretwegen scheiden lassen und brachte 3 Kinder mit in die Ehe. Diese Ehe war nicht glücklich. Der Ehemann wurde bald aggressiv gegen die Pat., war jähzornig und schlug sie. Wenige Wochen, bevor die Pat. erkrankte, nahm er wieder Kontakt mit seiner früheren Familie auf. Die Pat. stellte ihn vor die fällige Alternative. Er entschied sich nicht. Kurz darauf erlitt er einen Herzinfarkt. Nun wurde

er von der gesamten Verwandtschaft bedrängt, er solle doch seinen Kindern einen Rentenanspruch sichern. Er reichte deshalb plötzlich, ohne mit der Pat. darüber gesprochen zu haben, die Scheidung ein.

Von dieser Zeit an war die Pat. anhaltend traurig verstimmt. Sie weinte viel, klagte über innere Unruhe und völlige Entschlußunfähigkeit. Beide Symptome zeigten sich besonders deutlich beim Umgang mit dem Ehemann: wenn sie ihn im Krankenhaus besuchte, hatte sie den Impuls, sofort wieder nach Hause zu laufen. Kaum war sie dort, wollte sie wieder zu ihm. Einerseits hielt sie es nicht mehr mit ihm aus und empfand das weitere Zusammensein als Kränkung, andererseits „kam sie nicht von ihm los“. Die Pat. war auch bei einfachen Tätigkeiten konfus, war völlig unfähig, sich zu konzentrieren und konnte nichts mehr behalten. Es stellten sich körperliche Beschwerden ein: anfallsweise starkes Herzschlag, Zittern der Hände, Kloßgefühle im Hals, Druck auf der Brust, manchmal bei besonderer Aufregung Kopfschmerzen. Schlaf fand die Pat. nur, wenn sie bis zu 4 Tabletten nahm. Aus lauter Verzweiflung kamen ihr auch Suicidgedanken, ohne daß sie deren Ausführung plante.

Gegen die zeitweilige starke Aufregung und Getriebenheit halfen Tranquillizer. Sie wurden als wohltuend empfunden, weil sie „wurschtig“ machten. Die Pat. erhielt niedrig dosierte Antidepressiva und wurde psychotherapeutisch behandelt. Es trat eine allmähliche Beruhigung und Aufhellung der Grundstimmung ein. Diese Entwicklung wurde begünstigt, als die Pat. erfuhr, ihr Mann wolle sich nun doch nicht von ihr scheiden lassen. Nach 6 Wochen konnte sie entlassen werden.

Prämorbid Tagesrhythmus. Die Pat. kennt ihren Tagesrhythmus genau: sie wurde in gesunden Zeiten morgens nach spontanem Erwachen erst allmählich innerhalb von 20 min hellwach. Wenn sie geweckt wurde, dauerte das Hellwachen länger. Ihr Tagesablauf war, was Arbeits- und Essenszeiten angeht, regelmäßig. Von 17.00 Uhr an war sie gewöhnlich vermehrt unternehmungslustig, hatte abends gerne Gesellschaft und blieb lange auf. Zeitweise bestanden Einschlafstörungen. Sie konnte dann nicht „abschalten“ und machte Programme für den nächsten Tag. Dieser Zustand hielt oft bis Mitternacht und länger an, bis ihr die Augen vor Müdigkeit oder infolge der eingenommenen Schlafmittel zufielen.

Tagesschwankungen. Sie bestanden während der ganzen Krankheitszeit. Die Pat. wurde morgens sofort hellwach. Oft wachte sie schon um 5.00 Uhr auf und war dann voller Unruhe und einander widerstreitender Impulse: sie „wollte gleich zu ihrem Mann“ oder „die Küche ihrer Wohnung renovieren“ usw. Sie konnte von diesen Gedanken und Vorhaben nicht „abschalten“. Aufgeregtheit, Kopfschmerzen und anfallsweises Herzjagen stellten sich ebenso wie Verzweiflung und Suicidgedanken, stets am Vormittag, jedenfalls in der Zeit vor 16.00 Uhr, ein. Um 17.00 Uhr bemerkte die Pat. sehr oft, daß sie ruhiger wurde. Traurigkeit, ein dumpfes Gefühl von Druck und Einengung lasteten noch auf ihr, aber insgesamt war der Zustand abends besser zu ertragen. Die Getriebenheit des Vormittags war für sie kaum mehr vorstellbar. Eine Gedanken- und Gefühlsleere breitete sich in ihr aus. Dieser Zustand hielt stets bis zum Einschlafen an. Die Angaben über den genauen zeitlichen Ablauf der Tagesschwankungen, insbesondere über den in der Wachperiode liegenden Zeitpunkt des Umschlags, bleiben konstant. Er liegt immer zwischen 16.00 Uhr und 17.00 Uhr. An den Tagen, an denen die Pat. schon um 5.00 Uhr erwachte, zeigte sich, daß der Umschlag immer schon vorher vollzogen war.

Fall 4. 38-jähriger Dipl. Ingenieur, depressive abnorme Erlebnisreaktion, Herzneurose.

Prämorbid Persönlichkeit. Pat. verbrachte seine Kindheit auf dem Lande in geordneten Verhältnissen und nahm eine gesunde Entwicklung. Als Pat. 14 Jahre alt war, mußte die Familie Haus und Besitz verlassen, nachdem sie unter Bedro-

hung und in schwierigen wirtschaftlichen Verhältnissen nach dem Kriegsende 10 Monate lang auf die Aussiedlung gewartet hatte. Der Vater starb kurz darauf. Die Mutter schränkte sich sehr ein, um dem Pat. ein Studium zu ermöglichen. Er absolvierte es auf dem kürzesten Wege, indem er sich von Gleichentrigen zurückzog und eisern lernte. Er wollte so den anderen wieder „ebenbürtig“ werden. Er hatte bald berufliche Erfolge, die er bei der Bewerbung um ein Mädchen aus gutem Hause ausnützte. Er handelte die Heirat praktisch mit den Schwiegereltern aus. In der Ehe litt er unter Ejaculatio praecox. Seine damit verbundenen Ängste gestand er sich nie ein. Zum Ausgleich baute er ein großes Haus, in dem seine Frau sich wie in einem goldenen Käfig vorkam und setzte auch seine Mutter mit hinein.

Krankheitsverlauf. Ein außereheliches Verhältnis seiner Frau übersah der Pat. 2 Jahre lang. Als es dann mit unausweichlicher Deutlichkeit offenbar wurde, entwickelte er die jetzige Symptomatik. Er reichte ohne längere Auseinandersetzung mit der Frau die Scheidung ein. 2 Tage später nahm er sein Scheidungsbegehren der Frau gegenüber zurück, es fand eine Versöhnung statt. Der Pat. zog wieder in das gemeinsame Schlafzimmer. An diesem Abend hatte er plötzlich sehr starkes „Nervenzittern“ und Herzjagen. Ein Arzt mußte gerufen werden. Im Anschluß daran entwickelte sich ein depressives Syndrom mit ständiger innerer Unruhe und Getriebenheit und anfallsweisem Herzjagen. Es erfolgte stationäre psychotherapeutische Behandlung für 6 Wochen.

Die Schwiegereltern des Pat. kamen zu Besuch, stellten sich ganz auf die Seite des Pat. und verurteilten die Tochter und machten ihr heftige Vorwürfe. Bald darauf erkrankte sie hochfieberhaft und mußte versorgt werden. Der Pat. drängte auf sofortige Entlassung, pflegte die kranke Frau und war innerhalb weniger Tage von der Depression befreit.

Prämorbid Tagesrhythmus. Der Pat. gehört zu den Arhythmikern. Er wurde morgens sofort hellwach und war gleich zur Arbeit aufgelegt. Er ruhte manchmal mittags kurz, war danach sogleich wieder munter. Stimmung und Antrieb waren am Abend nicht anders als am Morgen.

Tagesschwankungen. Mit Beginn der Krankheit beobachtete der Pat. Tagesschwankungen mit morgendlichem Tief, die an manchen Tagen sehr deutlich ausgeprägt, an anderen Tagen kaum wahrzunehmen waren. Regelmäßig lag das Tief in den frühen Morgenstunden. Er erwachte meist zwischen 4.30 und 5.30 Uhr. Nach 1–2 min verspürte er ein beklemmendes Druckgefühl auf der Brust, das die ganze Wachperiode über auf ihm lastete. Zugleich verschlechterte sich seine Stimmung, es trat innere Unruhe auf. Der Pat. wandte sich zur Ablenkung einfacher Beschäftigung zu, tat aber alles lustlos und mußte sich ständig dazu aufraffen. Fast täglich traten minutenlange Anfälle von Herzjagen mit starken Angstgefühlen auf. Diese Anfälle hatte er nie nach 16.00 Uhr. Gegen Abend, deutlich nach 20.00 Uhr, wurde er ruhiger, sein Zustand erträglicher. Um 22.00 Uhr suchte der Pat. mit Mitteln Schlaf.

Die dargestellten Verläufe entstammen Krankheitsgeschichten, deren nosologische Einordnung als gesichert gelten darf. Zwei gehören dem endogenen Formenkreis, zwei dem reaktiven an. Die endogenen weisen sich durch den Verlauf in Phasen — und in einem Fall das „sinnlose Alternieren“ der Phasen —, durch die Unterbrechung der Sinnkontinuität der Lebensentwicklung und durch ihr psychopathologisches Gepräge aus. Die reaktiven stehen, was das Hineingeraten in die Depression sowohl wie das Herausgeraten angeht, in der Zwangsläufigkeit einer

„Schlüssel-Schloß-Reaktion“. Sie lassen sich durchgehend als einfühlbare Reaktionen verstehen.

Der psychopathologische Inhalt der Tagesschwankung

Da wir unseren Blick auf die Psychopathologie der Tagesschwankungen gerichtet haben, an denen noch alles unklar und hinsichtlich der nosologischen Wertigkeit undurchsichtig ist, schien es uns sinnvoll, sie an Krankheitsverläufen zu studieren, die dem jeweiligen Idealtypus der Krankheitseinheit nahekommen. Daraus ergab sich der weite nosologische Abstand der mitgeteilten endogenen Bilder von den reaktiven. Misch- und Übergangsformen können uns zunächst noch keine Aufschlüsse über die Beziehung zwischen Tagesschwankung und Krankheitseinheit geben. Aus diesem Grunde verzichteten wir auch auf Beispiele symptomatischer Depressionen. Fast alle physiologischen und pathophysiologischen Vorgänge im Organismus weisen einen 24stündigen Rhythmus auf. Dieser muß auch bei den für die psychopathologischen Phänomene verantwortlichen körperlichen Störungen angenommen werden. Wir hätten es also, wie beispielsweise bei allnächtlichen Verwirrtheitszuständen im Rahmen von Hirngefäßsklerosen — die vom 24 Std-Rhythmus der Durchblutungsfunktionen abhängen — auf dem psychischen Sektor mit abhängigen Rhythmen zu tun, die nur über den Rhythmus der verursachenden Vorgänge etwas aussagen können.

Dieselbe Einschränkung gilt für die Altersfärbung der Depressionen, wie Zeh sie beschreibt. Ihr „Stil“ oder ihr Prägnanztypus (n. Gruhle) ist gekennzeichnet durch Eintönigkeit, mürrische Gereiztheit, Starre und Versteinerung. Neben dem modifizierenden Einfluß des Lebensalters als Erfahrungs- und Reifungsstufe wirken besonders die hirnorganisch bedingten psychischen Phänomene stilprägend auf die cyclothymen Symptombildungen ein, und zwar verschieden stark, je nach der Dynamik des organischen Abbaus. Die durch ihn bedingten Funktionsausfälle sind auch auf psychischem Gebiet abhängig von der Rhythmik der pathophysiologischen Vorgänge.

Ähnlich verhält es sich auch mit autonom anmutenden Psychosen auf dem Boden eines organischen Prozesses, wie etwa den von Weitbrecht beschriebenen cyclothymen Syndromen bei hirnkatrophischen Prozessen. Wenn auch die Struktur der psychopathologischen Inhalte autonom ist, bleibt doch die Frage offen, ob die zeitliche Struktur der Psychose, insbesondere ihr täglicher Verlauf vom psychischen Bereich aus gesehen, autonom oder vom körperlichen Prozeß abhängig und nur fortgeleitet ist.

In den hier mitgeteilten Fällen spielt sich die Rhythmik wie die Symptomatik ganz im psychischen Bereich ab, es lassen sich keinerlei außerpsychische Ursachen erkennen. Die nächste Frage wird, wenn man

den Rhythmus zum Betrachtungsgegenstand hat, die nach Zusammenhängen, Beziehungen oder Abhängigkeiten der Phänomene untereinander in diesem Bereich sein.

Im Fall 1 haben wir es mit 4 depressiven Phasen einer Cyclothymie zu tun, in denen Tagesschwankungen auftreten. Außerhalb der Phasen, in der Normallage, kennt der Patient keine Rhythmisierung von Stimmung und Antrieb. Die Tagesschwankungen zeigen sich besonders deutlich zu Beginn der Phasen, also beim Verlassen der Normallage, aber bei noch vorhandener affektiver Schwingungsfähigkeit. Ein psychopathologisches Phänomen tritt gleichzeitig mit den Tagesschwankungen auf und verläuft parallel zu ihnen: die vorübergehende Libidosteigerung. Ihrer Schilderung nach imponiert sie als Zeichen einer Entdifferenzierung der Zuwendungsmöglichkeiten des Patienten. Trotz des zeitlichen Zusammenfalls dieses Phänomens mit den Tagesschwankungen in einem bestimmten Stadium der Phasen darf nicht übersehen werden, daß diese immer den Gesamtzustand, also vitale Traurigkeit, Hemmung, Selbstunwertgefühle umfassen.

Bei dem 2. Fall bestehen die Tagesschwankungen schon in der Normallage. Sie werden aufgehoben bei der Verschiebung zum manischen Pol hin und verstärkt bei der Verschiebung zum depressiven. In der Depression bestehen Tagesschwankungen während der gesamten Phase. Sie zeigen sich besonders in Antriebsmangel, trauriger Verstimmung, leiblichen Beklemmungsgefühlen und innerer Unruhe. Besondere Inhalte der Tagesschwankungen fehlen hier, doch zeigt sich eine Beziehung zu Schlafdauer und innerer Unruhe: Die Patientin erwacht in den depressiven Phasen früher als sonst, und zwar offensichtlich an einer gesteigerten inneren Unruhe. Hier scheint also die oft behauptete Abhängigkeit der Tagesschwankung von Schlafstörungen umgekehrt: offensichtlich erfolgt während der Schlafperiode der Umschwung vom „Abendhoch“ zum „Morgentief“, wobei als Symptom die innere Unruhe auftritt, an der die Patientin dann erwacht.

Im 3. Fall, einer depressiven abnormen Erlebnisreaktion, ist das Hauptsymptom Getriebenheit bei trauriger Verstimmung. Tagesschwankungen bestehen im gesunden und im kranken Zustand mit gleicher Deutlichkeit, sie sind allerdings im kranken an der Symptomatik leichter ablesbar. In der Krankheit kommt es zu einer Umschichtung der psychopathologischen Inhalte der Tagesschwankung: Prämorbid wird die Patientin verzögert hellwach und leistungsfähig, gegen Abend ist sie dann munter und unternehmend und kann gar nicht „abschalten“. In der Krankheit raubt die Getriebenheit und Unruhe der Patientin verfrüht den Schlaf. Sie ist dann sofort hellwach. Ihre Vorstellungen und Affekte bleiben am Vormittag ungeordnet, aber intensitätsstark. Am Nachmittag breitet sich Gedanken- und Gefühlsleere aus. Für Antrieb

und Lebendigkeit besteht also eine Phasenumkehr der Rhythmik, das Gesamtbefinden und die Gestimmtheit behalten den prämorbidien Rhythmus bei. Man denkt angesichts dieser partiellen Umkehr der Tageschwankung an die bei den Erschöpfungsdepressionen im Sinne von Kielholz beobachtete „umgekehrte Tagesschwankung“. Eines der wesentlichen differentialdiagnostischen Kriterien, eine vorausgehende langdauernde „affektive Erschöpfung“ liegt bei der Patientin vor. Die Tagesschwankungen bestehen während der ganzen Erkrankungszeit.

Beim 4. Fall stehen innere Unruhe, traurige Verstimmung und minutenlange Anfälle von Herzjagen mit starken Angstgefühlen im Mittelpunkt der Symptombildung. In der Normallage ist keine Tagesrhythmik vorhanden. Während der Erkrankung ist die Symptomatik nicht durchgehend an allen Tagen gleich deutlich. Sie ist Tagesschwankungen unterworfen, die ihrerseits in ihrer Amplitude von der Intensität der Symptomatik abhängen. Jedoch scheint diese Abhängigkeit nur im Sich-Zeigen-Können an den Krankheitszeichen zu bestehen. Denn diese folgen einer strengen Rhythmik, die primär ist: Auch wenn an einem Tag nur minutenlange Anfälle auftreten, liegen sie zeitlich immer innerhalb des „depressiven“ Phasenanteils.

Von allen 4 Fällen läßt sich sagen, daß die Inhalte der Depression auch die Inhalte der Tagesschwankungen sind. Ihr ist immer das Gesamtbefinden unterworfen, und wenn ein Symptom für das Krankheitsbild besonders spezifisch ist oder gerade im Mittelpunkt des Krankheitsgeschehens steht, zeigt sich auch an ihm jeweils die Tagesschwankung besonders deutlich. Insofern stellt sie kein differentialdiagnostisches Kriterium dar. Aber eine Eigentümlichkeit zeigt sich doch wie in unserem 1. Fall bei manchen endogenen Depressionen: mitunter ist im Tiefpunkt der Phase die Tagesschwankung aufgehoben. Dies geht zeitlich parallel zu einer Einengung der affektiven Schwingungsfähigkeit oder dem „Nichttraurigseinkönnen im Kern melancholischen Erlebens“ (Schulte).

Der Vergleich der psychopathologischen Inhalte der Tagesschwankung bei endogenen und reaktiven Depressionen zeigt also, daß die für beide Krankheitsformen typischen Symptomverbände in gleicher Weise dem Rhythmus unterworfen sein können. Inhaltlich finden wir in der Tagesschwankung nur immer das die jeweilige Depression kennzeichnende. Es gibt kein einzelnes Symptom, das immer oder besonders gern schwankt. Die Tagesschwankung kann also von ihrem Inhalt her nicht als Einheit betrachtet werden.

Das Schwingungsmodell der Tagesschwankung

Wollen wir dennoch weiteres über die Tagesschwankung erfahren, so läßt sich als nächstes die Frage nach dem rein zeitlichen Verlauf stellen. In allen 4 Fällen konnten wir eine 24stündige Schwankungs- oder

Schwingungsphase beobachten. Im Fall 1 besteht prämorbid keine Rhythmisierung, und in der depressiven Phase wird der Umschlag nicht sofort deutlich bemerkt. Immerhin kann der Patient angeben, daß um 6.00 Uhr die schlechte Phase stets schon begonnen hatte und bis 14.00 Uhr andauerte, daß das Befinden von 14.00—18.00 Uhr etwas leichter und nach 18.00 Uhr deutlich besser oder gut war. Wir können also sagen, daß beide Umschlagspunkte stets vor 6.00 Uhr und vor 16.00 Uhr liegen. Damit wird eine 12:12stündige Schwingungsphase erkennbar. Im Fall 2 liegen die Umschlagspunkte prämorbid bei 22.30 und 10.30 Uhr, während der Depressionen bei 4.30 und 16.30 Uhr. Auch in den Fällen 3 und 4 tritt die Zustandsänderung um 4.30 und 16.30 Uhr ein. In allen Fällen liegt also ein 2×12 Std-Rhythmus vor.

Der erste Umschlagspunkt eines Tages ist häufig vom Schlaf verdeckt. Man hat den Eindruck, daß er oft kurz vor dem Erwachen liegt und einen Weckeffekt ausübt. Die Einschlaf- und Aufwachzeiten sind häufig verschoben, die Schlafdauer ist oft verkürzt. Dennoch ändern sich nie die Zeiten oder Zeitspannen, in denen der Umschlag erfolgt. Das spricht für eine Unabhängigkeit der Tagesschwankung von der Schlaf-Wach-Periodik, obwohl beide einen 24 Std-Rhythmus haben. Daneben zeigt sich in den konstanten Umschlagszeiten über Zeiträume von vielen Monaten eine starre Schwingungsschablone. Dies ist umso bemerkenswerter, als sich im Verlaufe einer Phase der Gesamtzustand und damit die psychopathologischen Inhalte der Tagesschwankung erheblich verändern können. Im Fall 2 sind die Umschlagspunkte vom prämorbidigen, also gesunden Zustand zum krankhaften zwar um 6 Std verschoben, aber der 12 Std-Rhythmus hat sich nicht geändert. Das Schwingungsmodell oder die Tagesschablone (Menninger-Lerenthal) bleiben also hinsichtlich der Frequenz stets gleich und unabhängig davon, ob schwerste depressive Symptomatik oder normale Befindlichkeiten eines Gesunden ihren Inhalt bilden. Als rein rhythmische Erscheinung bildet die Tagesschwankung also eine Einheit.

Wir haben gesehen, daß die Einheit „psychische Tagesrhythmisierung“ oft erst durch eine depressive Symptomatik in Erscheinung gebracht wird und im Tiefpunkt einer depressiven Phase wieder erlischt. Soweit wir aus unseren Beobachtungen und aus der Literatur (vgl. besonders Rehm, Knigge, Arndt) ersehen können, verschwinden zuvor ausgeprägte Tagesschwankungen stets auch in der Manie. Dagegen kann die Manie als ganzes ebenso wie die Depression in seltenen Fällen der Tagesrhythmisierung unterworfen sein, wie Beobachtungen täglich alternierender manischer und depressiver Phasen zeigen.

Dieses Verflochtensein der Tagesschwankung mit dem Auftreten des MDI hat seinen Niederschlag in immer neuen Theorien gefunden: so nahm man ein „doppeltes Bewußtsein“ an, das alternierend dominant

werde (Schröder van der Kolk). Oder die Begriffe circulär und periodisch wurden auf eine gemeinsame Grundlage, eine durch Entartung entstandene Disposition zurückgeführt (Pelman, Kraepelin). Meynert nahm für beide vasomotorische, Menninger-Lerchenthal Zwischenhirn-Störungen an. Als verbindendes Zwischenglied zwischen Rhythmik und Depression wurden Schlafstörungen (Baruk u. Albane, Hartmann) und Störungen der vegetativen Selbststeuerung angenommen (Selbach). Die umfassende Erörterung dieser Theorien und die Heranziehung dessen, was von der allgemeinen Rhythmusforschung heute dazu gesagt werden kann, bedarf einer eigenen Darstellung.

Wird es nun nie gelingen, aus der Ungereimtheit, die in der Existenz eines von den Inhalten unabhängigen psychischen Rhythmus sowie dem Fehlen einer besonderen Depressionsform bei tagesrhythmischem Verlauf einerseits und der Verflechtung zwischen Tagesschwankung und Depression andererseits liegt, einen Vers zu machen?

Der plötzliche tagesrhythmische Stimmungswechsel

Es gibt eine Eigentümlichkeit mancher Tagesschwankungen, die primär die Rhythmik zu betreffen scheint, aber gleichzeitig auch hinsichtlich ihrer psychopathologischen Inhalte einheitlich ist: den plötzlichen, deutlich erlebten Umschlag.

In unserem Fall 2 erhielten wir eine genaue Schilderung dieses Phänomens: die Patientin erlebte es, nachdem die letzte depressive Phase mit deutlichen Tagesschwankungen schon einige Wochen angedauert hatte, am Tage vor einer Exploration. Sie war zu ihrer Schwester, die im Elternhaus wohnt, zu einem Kaffeebesuch gegangen. Die „Atmosphäre“ war anheimelnd und gemütlich. Genau um 17.05 Uhr, während die Patientin ihre Tasse zum Munde führte, sei von einer Sekunde zur anderen der ganze Druck von ihr gewichen. Sie habe sich plötzlich wieder gesund gefühlt, „ganz die alte“, und zwar nicht in bezug auf die Zeit unmittelbar vor der jetzigen Erkrankung, sondern „wie ganz früher“. Dabei waren der Druck auf der Brust, die Hemmung und dumpfe Traurigkeit so schnell von ihr genommen, daß sie auf die Uhr schaute, um die Zeit festzustellen, weil ihr das so wunderbar vorkam.

Der Patient unseres 1. Falles erlebte während des stationären Aufenthaltes einmal den Umschlag zur Depression besonders kraß und plötzlich. Am Vorabend war er früh eingeschlafen. Er erwachte einige Minuten vor 5.00 Uhr in einem wohligen Gefühl des Getragenseins und ungerichteter allgemeiner Verbundenheit. Er sei vollständig wach gewesen, aber seine Aufmerksamkeit habe sich nichts Bestimmtem, sondern allem zugleich zugewandt. Um 5.10 Uhr kam dann, wie ein Stein vom Himmel fällt, das Gefühl der Isoliertheit, Betroffenheit und Traurigkeit über ihn. Plötzlich sei er sich gegenwärtig gewesen.

Der Patient in unserem 4. Fall hatte fast täglich plötzliche, minutenlange Anfälle von Herzjagen mit starken Angstgefühlen. Diese Zustände waren einander sehr ähnlich. Sie traten ausschließlich in der „depressiven“ Tageshälfte auf. Spontan beschreibt sie der Patient als gleichartig mit folgendem Erlebnis: Während eines Aufenthaltes am Meer sei er einmal bei hohem Seegang, als sonst niemand ins Wasser ging, allein hinausgeschwommen. In der Brandung kam er in Gefahr zu ertrinken. Er mußte nach Luft schnappen und bekam zu wenig. Mit aller Macht „ruderte“ er mit Armen und Beinen, um an Land zu kommen und glaubte es nicht zu schaffen. Da habe er ein gleiches Entsetzen und Vernichtungsgefühl gehabt wie jetzt.

Wir fragen nach der Gemeinsamkeit der in diesen Fällen durch plötzliche rhythmusbhängige Veränderungen entstandenen Befindlichkeiten. Ist ihr psychopathologischer Inhalt vergleichbar, welchem Gebiete der Persönlichkeit, welcher Schicht entstammt er?

Wir meinen, in dem plötzlich einsetzenden Gefühl „wieder die alte, wie ganz früher“ zu sein, in dem Gefühl der Isoliertheit, Betroffenheit und Gegenwärtigkeit und in dem unvergessenen und wiedererlebten Gefühl der Existenzbedrohung *Ich-Zustände* von ganz besonderer Art erblicken zu können, die sich von der Alltagsbefindlichkeit und -bewußtheit abheben. Diese These einer qualitativen Unterschiedlichkeit verschiedener Ich-Zustände bedarf der Erläuterung.

Wir erkennen nicht, daß es problematisch ist, über eine besondere Art von Ich-Zuständen an der Grenze des Erlebbaren bei anderen überhaupt etwas auszusagen. Die Geschlossenheit des Erlebens i.S. von K. Schneider vermittelt sich Außenstehenden nur in Relationen, und die Möglichkeiten des Nacherlebens und Einfühlens sind begrenzt. Allein durch die Verfolgung von Sinnzusammenhängen können wir uns, wie Bürger-Prinz sagt, wo auf Verständnis aus Verstehen nicht zurückgegriffen werden kann, durch konstruierende Interpretation weiterhelfen. Einsichtigkeit und Adäquatheit der Konstruktionen ergeben die methodische Evidenz.

Wir folgen zur Unterscheidung von Ich-Zuständen zunächst Paul Federn. Nach seiner in „Ich-Psychologie und Psychosen“ dargelegten Konzeption steht das gefühlte Ich zwischen einer äußeren Ich-Grenze, die das Ich vor der realen Außenwelt begrenzt und einer inneren Ich-Grenze, die es vor der Realität des Es abgrenzt. Mehr als das Ich in Freuds Konzeption erstreckt sich das Ich bei Federn über das Bewußte hinaus auch auf Vorbewußtes. Deshalb liegen die Grenzen nicht strukturell so fest wie die zwischen Freuds Es, Ich und Über-Ich. Sie werden nach Federn dauernd durch die Psychodynamik verändert. Das Ich-Gefühl nun, das sich auch über Vorbewußtes erstreckt, ermöglicht die Einordnung der Umwelt als vertraut, weil es über die vorbewußten Erinne-

rungen verfügt. Das Wiedererkennen einer Situation oder Befindlichkeit wird nur möglich, wenn das Ich vermöge der jeweiligen Abgrenzung nach innen über die zugehörigen vorbewußten Erinnerungen verfügt. Das Ich-Gefühl stellt die Einheit zwischen dem Ich und dem Akt des Wiedererkennens her. Einer unserer Patienten sprach von einem Gefühl der Betroffenheit. Federn nennt diese Einheit Ich-Zustand. Er stellt fest, — und das scheint uns von großer Bedeutung zu sein, — daß auch Ich-Zustände verdrängt werden können.

Von einem anderen, nämlich dem *schichttheoretischen Ansatzpunkte* aus unterscheidet Lersch die 3 Einheiten personellen Oberbau, endothymen Grund und Lebensgrund. Jede dieser Einheiten wird von der ihr folgenden getragen und bedarf ihrer, hat aber ihr eigenes Wesen, ihre eigene Seinsform und ihre eigenen Seinsgesetze. Dem endothymen Grund zugeordnet sind leibliche Gefühlszustände und Stimmungen. Sie sind zugleich das Erlebbare in den Tagesschwankungen und können plötzlich oder allmählich wechseln. Was wir oben als psychopathologische Einheit im plötzlichen Umschwung bezeichnet haben, gehört hier zu den Stimmungen. Sie unterscheiden sich nach Lersch von „den leiblichen Gefühlszuständen... durch ihren gleichsam atmosphärischen Charakter“. Eine unserer Patientinnen (2) sprach von einer „anheimelnden und gemütlichen Atmosphäre“, die auf sie einwirkte — oder anders: von der angemutet sich ihr Zumutesein plötzlich änderte. Dies ist in der Terminologie Lerschs der psychische Inhalt des plötzlichen Umschwunges. Er vollzog sich, wie wir zeigten, in einem exakten Rhythmus, der hier einem dem endothymen Grund vorgeordneten, nicht erlebbaren, vorpsychischen Lebensgrund zugeordnet wird.

Bei Federn ist der uns hier interessierende eigentümliche Ich-Zustand durch eine Verschiebung der Ich-Grenze bestimmt, bei Lersch durch die Herkunft aus einer bestimmten Schicht. Beide Auffassungen bestimmen diesen Zustand also topisch. Um eine weitere Möglichkeit aufzuzeigen, sei es gestattet, als letzten einen subtilen Beobachter und Meister der Schilderung zu Wort kommen zu lassen: Marcel Proust.

Er beschreibt den plötzlichen Umschwung aus einem Zustand der Lust- und Freudlosigkeit, in dem er sein Dasein als sich sinnlos immer nur verlängernde Existenz erlebt: „Als ich die traurigen Gedanken, von denen ich eben sprach, noch in mir bewegte, war ich auf den Hof des Guermantesschen Palais eingetreten und hatte in meiner Zerstreitung nicht bemerkt, daß ein Wagen sich näherte. Beim Anruf des Chauffeurs hatte ich nur gerade noch Zeit, rasch auf die Seite zu springen. Ich wich soweit zurück, daß ich unwillkürlich auf die schlecht behauenen Pflastersteine trat, hinter denen eine Remise lag. In dem Augenblick aber, als ich wieder Halt fand und meinen Fuß auf einen Stein setzte, der etwas höher war als der vorige, schwand meine ganze Mutlosigkeit vor der gleichen Beseligung dahin, die mir zu verschiedenen Epochen meines Lebens einmal der Anblick von Bäumen geschenkt hatte, ... ein andermal der Anblick der Kirchtürme von Martinville oder der Geschmack einer Madeleine, die in einen Teeaufguß eingetaucht war... Wie in

dem Augenblick, in dem ich die Madeleine gekostet hatte, waren alle Sorgen um meine Zukunft, alle Zweifel meines Verstandes zerstreut. Die Bedenken, die mich eben noch wegen der Realität meiner literarischen Begabung, ja der Literatur selbst befallen hatten, waren wie durch Zaubererschlag behoben. Ohne daß ich irgendeine neue Überlegung angestellt oder irgendein entscheidendes Argument gefunden hätte, hatten die soeben noch unlösbarsten Schwierigkeiten alles Gewicht verloren..."

Die ungleichen Pflastersteine rufen die Erinnerung an einen früheren Ich-Zustand wach. In dem Augenblick, in dem er wieder zugänglich ist, stellt sich die Einheit zwischen dem gegenwärtigen Ich und dem Akt des Wiedererkennens her. Es entsteht ein Gefühl des Von-Sich-Betroffenseins. Proust spricht von einem Wesen, „... das in mir wiedergeboren war, als ich derart vor Glück erbebend ... das Gemeinsame ... in der Ungleichheit der Pflasterung des Guermantesschen Hofes und der des Baptisteriums der Markus-Kirche verspürte ... Es hatte als einziges die Macht, mich zu den alten Tagen, der verlorenen Zeit wieder hinzufinden zu lassen...“

Schon aus der Wortwahl Prousts — „sich sinnlos immer nur verlängernde Existenz“ für den einen Zustand und „in mir wiedergeborenes Wesen“ und „Beseligung“ für den anderen — wird deutlich, wie stark er von Bergsons Unterscheidung zwischen äußerem Zeitablauf und innerem Zeitbewußtsein, zwischen *durée* pure und Intuition beeinflußt ist.

Wir wollen unsere Interpretation der beim plötzlichen tagesrhythmischem Umschwung angetroffenen Befindlichkeit hier abbrechen. Sie würde uns nur zu einer Auseinandersetzung mit den 3 verschiedenen Betrachtungsweisen weiterführen, aber über den Betrachtungsgegenstand nichts Neues mehr aussagen können. Uns genügt hier der Nachweis, daß die eigentümlichen Ich-Zustände, die wir fanden, sowohl in der psychoanalytischen Auffassung, wie sie Federn vertritt, wie in der schichttheoretischen, die Lersch vertritt, als auch in der am konkreten Beispiel gegebenen daseinsanalytischen Sicht Prousts ihren Platz haben. Sie entstehen nach jeder dieser Auffassungen am Übergang vom Nichterlebbaren zum Erlebbaren.

Wir hatten festgestellt, daß die psychischen Phänomene, die gewöhnlich in der Tagesschwankung auftreten, völlig heterogen sind und den verschiedensten Krankheiten oder Spielarten des gesunden Seelenlebens entstammen können. Weiter sahen wir, daß die Tagesschwankung hinsichtlich ihrer zeitlichen Struktur eine unveränderliche, immer in 12 Std-Phasen verlaufende Einheit bildet. Dabei hatten wir ausgeschlossen, daß die Rhythmik des psychischen Zustandes nur fortgeleitet sei und in ständiger kausaler Abhängigkeit von Rhythmen im Körpergeschehen stehe. Es handelt sich also in unseren Fällen um eine autonome psychische Rhythmik. Zuletzt hatten wir bestimmten Verlaufformen dieser Rhythmik, dem plötzlichen Umschwingen, einheitliche psychische Phänomene, nämlich eigentümliche Ich-zustände, zuordnen können.

Ist es damit gelungen, die Kluft zwischen psychischen Phänomenen und zeitlicher Struktur der Tagesschwankung zu überbrücken? Wir ver-

folgten die Phänomene bis an die Grenze des Erlebbaren. In den dort aufgefundenen Ich-Zuständen liegt zwar die Möglichkeit zu rascher Veränderung der Gesamtbefindlichkeit, aber die Bedingung dieser Möglichkeit tritt ein und entfällt in periodischer Wiederkehr in gleichen Zeitabständen, ohne daß eben die Zeitlichkeit der Bedingung erlebbar würde. Das erste, was erlebbar wird, ist der Ich-Zustand. Nur was erlebt wird, können wir als psychisches Phänomen beschreiben. Über diese Grenze hinaus sind auch der phänomenologischen Psychologie weitere Aussagen nicht möglich und doch gibt es da noch den autonomen psychischen Rhythmus.

Von dieser Stelle aus, an der wir uns nicht mehr im erfahrbaren psychischen Bereich — oder Finalnexus- und noch nicht im begründbaren körperlichen Bereich — oder Kausalnexus — befinden, läßt sich noch einmal eine Verbindungsleitung zu K. Schneider ziehen. Er hat mit seiner Konzeption des Untergrundes diese Stelle benannt. Er sagt: „Es gibt Verstimmungen des normalen oder psychopathischen Lebens, die in keiner Weise motiviert sind. Sie ruhen auf Schwankungen des unerlebbaren Untergrundes“. Mit dem Begriff Untergrunddepression bezeichnet er ein Krankheitsbild, das zwar weitgehend dem einer endogenen Depression gleicht, aber eben nicht von einem Krankheitsprozeß ausgeht, also sicherlich nicht körperlich begründbar ist oder sein wird. Andererseits „gibt es auch reine Untergrunddepressionen ohne Reaktives“. Vom Untergrund ist die Rede im Zusammenhang mit „psychologisch freisteigenden Stimmungen . . ., freisteigenden Ängsten, Zwängen, Entfremdungserlebnissen, Zeiten asthenischen Versagens“, also mit psychischen Phänomenen, aber — er „trägt“ sie nur. „Wir erfassen mit ihm also eine Grenze, hinter die keine Erfahrung reichen kann, etwas, worüber es keine Aussagen gibt, was also nicht einfach als somatisch postuliert, aber auch nicht psychologisiert werden kann.“

Wenn wir die Funktion des Untergrundes, das „Tragen“ mit anderen Worten kennzeichnen wollen, so müssen wir sagen: sie ist das Habenkönnen oder Nichthabekönnen von Ver-Stimmungen (durchaus auch im positiven Sinne). Ersetzt man so den vorwiegend statischen Begriff des „tragenden Untergrundes“ durch einen mehr funktionalen, so zeigt sich die Verbindungsleitung zum psychischen Rhythmus, von dem wir sagten: er ist die Bedingung der Möglichkeit für die Symptomatik der Tagesschwankung.

Zu diesem nicht erlebbaren Bereich, in dem der Entstehungsort des psychischen Rhythmus liegt, konnten wir von der psychologischen Seite her keinen Zugang mehr finden. Er liegt jenseits, an der Grenze vom Nichterlebbaren zum Erlebbaren.

Was kann nun über diesen Bereich der nichterlebbaren Zeitlichkeit ausgesagt werden? Zunächst einmal dieses: jeder Vorgang, jedes Ding

haben ihre Zeit. Auch jede Psychose hat neben ihrem psychopathologischen Aufbau ihre Zeitstruktur. Diese zeigt sich besonders deutlich in der Periodizität. In seltenen Fällen, etwa beim 48 stündigen Phasenwechsel, prägt sie dominierend das Bild der Psychose. Es ist evident, daß die eigene Zeitstruktur eines Vorganges ein Maß für seine Autonomie ist. Dazu bedarf es nicht erst des Rekurses auf Heideggers These, daß der Sinn von Sein Zeit sei.

Wir würden also, indem wir die Zeitlichkeit psychologischer Phänomene klären, zugleich ihren Autonomiebereich bestimmen. Da wir die Zeitlichkeit aber an eben den psychischen Phänomenen bestimmen, für die sie gilt, scheint hier die Gefahr eines Zirkelschlusses zu liegen. Sie entfällt nur dann, wenn wir für die Untersuchung der Zeitlichkeit und hier der Periodizität einen anderen methodischen Ansatz finden.

Wir sind in unserer Studie schon von diesem anderen Ansatzpunkte ausgegangen. Gemeint ist die rhythmologische Betrachtungsweise. Sie ermöglicht nicht weniger, als die Feststellung der Autonomie psychischer Vorgänge und damit auch die Abgrenzung psychologischer Vorgänge voneinander mit nichtpsychologischen Mitteln.

Die genaue Verlaufsbeobachtung unserer Fälle zeigte, daß die Umschlagpunkte der Tagesschwankungen stets konstant blieben, auch wenn sich die Einschlaf- und Aufwachzeiten verschoben und die psychopathologischen Inhalte sich änderten. Im Fall 2 waren die Umschlagszeiten 4.30 Uhr und 16.30 Uhr. Der plötzliche, deutlich erlebte Umschlag an einem Tag erfolgte genau um 17.05 Uhr. Die Patientin geriet in einen eigentümlichen Ich-Zustand, in dem plötzlich die depressive Symptomatik aufgehoben war. Wir müssen annehmen, daß auch an diesem Tage, rhythmologisch gesehen, der Umschlagspunkt um 16.30 Uhr war, da sich der Rhythmus an den folgenden Tagen nicht verschob und sich die 12 Std-Phasen als unveränderlich erwiesen hatten. Was geschah aber von 16.30–17.05 Uhr? Der Ich-Zustand betraf die Gesamt-Befindlichkeit, vorausgehende Änderungen an einzelnen Symptomen lassen sich nicht finden. An den übrigen Tagen änderte sich zwar auch jeweils das Gesamtbefinden, aber allmählich und ohne erkennbare Verzögerung gegenüber der Schwingungsschablone. Der besondere Ich-Zustand jenes Tages, in dem plötzlich die Verbindung zu früheren Ich-Zuständen wiederhergestellt war, schafft also auf der psychologischen Seite die Möglichkeit einer verzögerten, aber plötzlichen Änderung der Gesamtbefindlichkeit. Er hat seine eigene Zeitlichkeit. Wenn wir davon ausgehen, daß bei der allmählich vollzogenen Tagesschwankung der psychologische und der rhythmologische Vorgang synchron gehen, so wird am Phänomen der hier gefundenen Ich-Zustände noch ein weiteres sichtbar: In der Spanne zwischen rhythmologischem und psychologischem Umschlag zeigt sich, gleichsam verstärkt und vergrößert, der Übergang vom Bereich der Zeitlichkeit in den der psychischen Phänomene.

Literatur

- Arndt, M.: Über täglichen (24 stündigen) Wechsel psychischer Krankheitszustände. *Allg. Z. Psychiat.* **92**, 128 (1930).
- Baruk, H., Albane, A.: Catatonie intermittente suivant le Rythme du sommeil. *Ann. méd.-psychol.* **89**, 439 (1931).
- Beck, D.: Vegetative Untersuchungen. Therapie und Prognose der Erschöpfungsdepressionen. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.* **90**, 370 (1962).
- Bostroem, A.: Über die Auslösung endogener Psychosen durch beginnende paralytische Hirnprozesse und die Bedeutung dieses Vorganges für die Prognose der Paralyse. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **86**, 151 (1929).
- Bürger-Prinz, H.: Probleme der phasischen Psychosen. Stuttgart: Enke 1961.
- Bumke, U.: Die Diganose der Geisteskrankheiten. Wiesbaden: Bergmann 1919.
- Engel, S. W.: Die depressiven Wellen des Tages. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **25**, 432 (1957).
- Federn, P.: Das Ich und die Psychosen. Bern: Huber 1956.
- Fleck, U., Kraepelin, E.: Über die Tagesschwankungen bei Manisch-Depressiven. *Kraepelins Psychol. Arbeiten* **7**, 213 (1922).
- Frankl, V. E.: Manisch-depressive Phasen nach Schädeltrauma. *Mschr. Psychiat. Neurol.* **119**, 307 (1950).
- Freud, S.: Gesammelte Werke. Das Ich und das Es, Bd. XIII. Frankfurt: Fischer 1963.
- Gruhle, H. W.: Verstehende Psychologie, 2. Aufl. Stuttgart: G. Thieme 1956.
- Hall, P., Spear, F. G., Stirland, D.: Diurnal variation of subjective mood in depressive states. *Psychiat. Quart.* **38**, 529 (1964).
- Hampf, H.: Die tagesrhythmischen Schwankungen der Stimmung und des Antriebs bei gesunden Menschen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **201**, 355 (1961).
- Hartmann, E.: Longitudinal studies of sleep and dream patterns in manic-depressive patients. *Arch. gen. Psychiat.* **19**, 312 (1968).
- Kielholz, P.: Diagnose und Therapie der erschöpfungsdepressiven Zustandsbilder. *Wien, klin. Wschr.* **110**, 714 (1960).
- Knigge, F.: Über Periodizität und periodische Geistesstörungen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **12**, 425 (1940).
- Kraepelin, E.: Über psychische Disposition. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **25**, 593 (1893).
- Die Erscheinungsformen des Irreseins. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **62**, 1 (1920).
- Krafft-Ebing, R. v.: Lehrbuch der Psychiatrie, 3. Aufl. Stuttgart: Enke 1888.
- Kretschmer, E.: Körperbau und Charakter. Hdb. Erbbiologie des Menschen. Berlin: Springer 1940.
- Kutter, P.: Psychiatrische Krankheitsbilder. In: *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse*, v. W. Loch. Stuttgart: Hirze 1967.
- Lange, J.: Die endogenen und reaktiven Gemütskrankheiten und die manisch-depressive Konstitution. In: *Handbuch der Geisteskrankheiten*, Bd. 6, Spez. Teil II. Berlin: Springer 1928.
- Lersch, P. H.: Aufbau der Person, 10. Aufl. München: Barth 1966.
- Martin, J.: Zur Ätiologie der Erschöpfungsdepression. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.* **102**, 193 (1968).
- Menninger-Lerenthal, E.: Periodizität in der Psychopathologie. Wien: Maudrich 1960.
- Menzel, W.: Menschliche Tag-Nacht-Rhythmus und Schichtarbeit. Basel: Schwabe 1962.
- Meynert, T. H.: Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien 1890.
- Pelman: Diskussionsbemerkung. *Alg. Z. Psychiat.* **49**, 689 (1893).

- Petrilowitsch, N., Heinrich, K.: Zur klinischen Differenzierung endogen-depressiver Erkrankungen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **202**, 371 (1961).
- Proust, M.: Auf der Suche nach der verlorenen Zeit. Bd. 13: Die wiedergefundene Zeit. Frankfurt: Werkausgabe Suhrkamp 1964.
- Rehm, O.: Das manisch-melancholische Irresein. Berlin: Springer 1919.
- Rittershaus, E.: Die klinische Stellung des manisch-depressiven Irreseins unter besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zu organischen Gehirnkrankheiten und zur Epilepsie. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **56**, 10 (1920).
- Schneider, K.: Über die Grenzen der Psychologisierung. *Nervenarzt* **24**, 89 (1953). — Klinische Psychopathologie, 7. Aufl. Stuttgart: G. Thieme 1966.
- Schröder van der Kolk: Doppeltes Bewußtsein. *Allg. Z. Psychiat.* **22** (1865); zit. nach Menninger-Lerenthal.
- Schulte, W.: Nichttraurigsein können im Kern melancholischen Erlebens. *Nervenarzt* **32**, 314 (1961).
- Schultz-Hencke, H.: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Stuttgart: G. Thieme 1951.
- Selbach, H.: Das Kippschwingungsprinzip in der Analyse der vegetativen Selbststeuerung. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **17**, I 129, II 251 (1949).
- Staehelin, J. E.: Über die Entstehung periodischer Geistesstörungen. Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. **27**, 354 (1931).
- Tölle, R.: Zur Psychopathologie depressiver Verstimmungen bei Schizophrenen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **202**, 440 (1961).
- Waelder, R.: Die Grundlagen der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett 1963.
- Weitbrecht, H. J.: Zur Typologie depressiver Psychosen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **20**, 247 (1952). — Zykllothymes Syndrom und hirnatriphischer Prozeß. *Nervenarzt* **24**, 489 (1953). — Symptomatische Psychosen. In: Klinik der Gegenwart, Bd. II, S. 483. München: Urban & Schwarzenberg 1956. — Zur Frage der Spezifität psychopathologischer Symptome. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **25**, 41 (1957).
- Zeh, W.: Altersfärbung zykllothymer Phasen. *Nervenarzt* **28**, 542 (1957).

Dr. H. Waldmann
Nervenklinik der Rheinischen
Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
5300 Bonn-Venusberg
Annaberger Weg