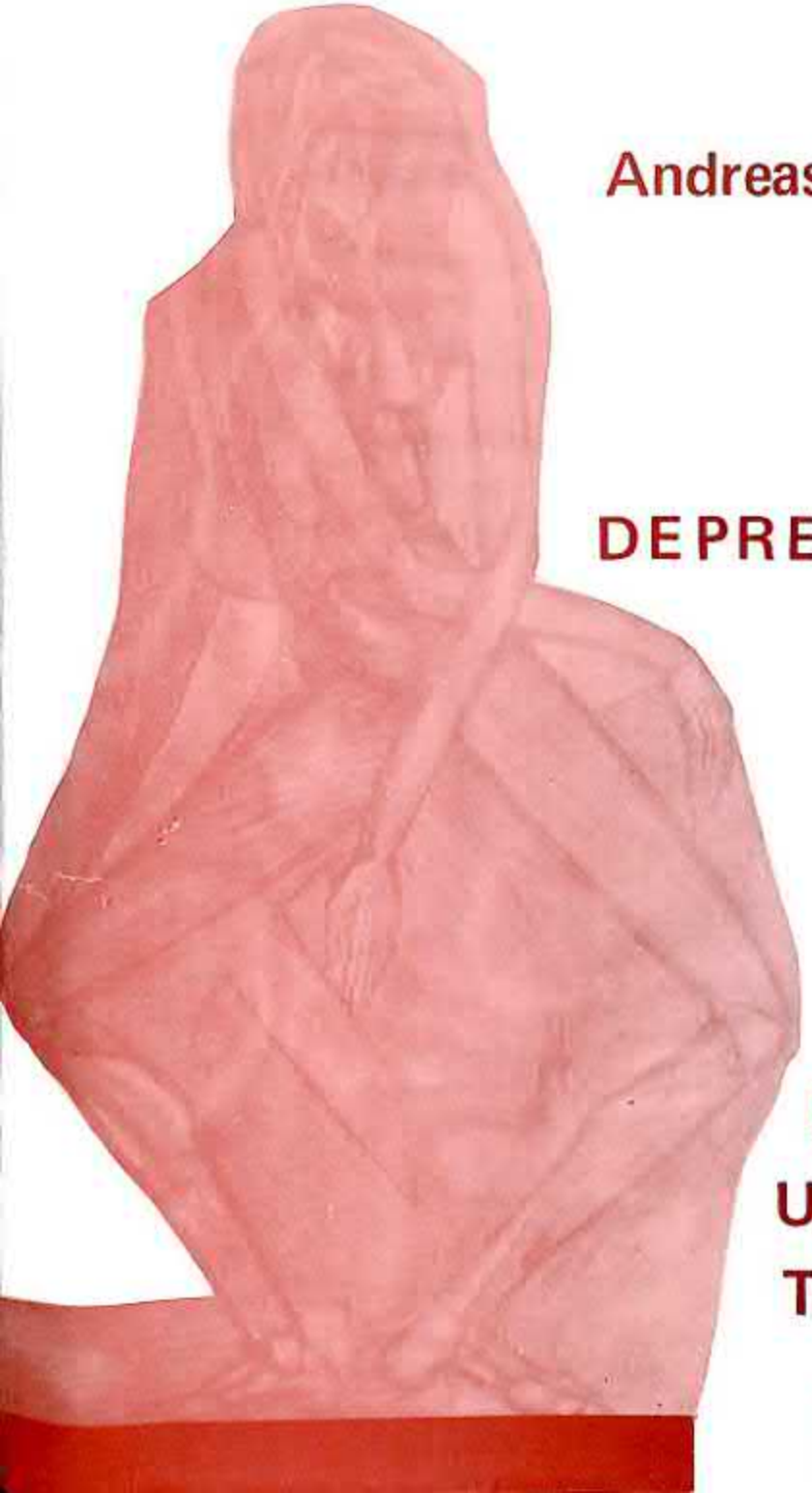

Andreas Resch

DEPRESSION

Formen
Ursachen
Therapie

Resch

PERSONATION AND PSYCHOTHERAPY

Internationale Schriftenreihe
zur Förderung jener Vollentfaltung der menschlichen Person,
die das psychophysische Wohlergehen, die soziale Geborgenheit und
die unsterbliche Stellung des Menschen im Universum umfaßt.

Herausgegeben von Andreas Resch

Band 1

1976
INNSBRUCK
Resch Verlag

Andreas Resch

DEPRESSION

Formen
Ursachen
Therapie

1976
INNSBRUCK
Resch Verlag

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort 7
Einleitung 9

I. DIAGNOSE 11

II. KLASSIFIZIERUNG 13
1. Funktionsstörungen 13
2. Krankheitsformen 13

III. PSYCHOGENE DEPRESSION 14
1. Die depressive Reaktion 14
a) Symptomatik 14
b) Therapie 17
2. Die neurotische Depression 17
a) Symptomatik 18
Altersstufen 20
Suizidrisiko 22
Leidensgrad 23
b) Ursachen 24
c) Formen 26
Erfolgsdepression 27
Entwurzelungsdepression 28
Erschöpfungsdepression 28
d) Therapie 30

IV. DIE ENDOGENE DEPRESSION 30
1. Schizophrene Depression 31
2. Affektive Psychose 32
a) Die manisch-depressiven Verhaltensstörungen 33
Der manische Typ 33
Der depressive Typ 33
Der zirkuläre Typ 33
Ursachen 33

b) Die Involutionsdepression 36
c) Die vegetative Depression 37
d) Die psychotisch-reaktive Depression 37
Schwangerschaftsdepression 38
Depression nach der Geburt 38
3. Therapie 39
a) Somatische Therapie 39
b) Medikamentöse Therapie 40
c) Psychologische Therapie 46

V. DIE SOMATOGENE DEPRESSION 48
1. Die organische Depression 48
2. Die symptomatische Depression 49
3. Therapie 49

VI. SCHLUSS 50

VORWORT

Über 100 Millionen Menschen leiden heute unter Depressionen. Selbst Kinder sind davon nicht mehr verschont. Die Ursachen sind vielschichtig und die Formen unbegrenzt. Eine rein organische Deutung wurde durch die Kenntnisse der modernen Psychologie und Psychiatrie überholt. Greift man nach der einschlägigen Literatur, so verliert man sich nur zu leicht in einem völlig undurchsichtigen Dschungel. So wurde in dieser Arbeit im Auftrag des Südwestfunks der mühsame Versuch unternommen, die heutigen Kenntnisse über Depression in eine verständliche Zusammenschau zu kleiden. Die erste Sendung dieser Arbeit erfolgte am 8. Dezember 1975 im 2. Programm des Südwestfunks unter der Redaktion von Gerhard Adler. Das Echo war so groß, daß wir uns entschlossen, die Arbeit in erweiterter Form als 1. Band der Schriftenreihe *Personation and Psychotherapy* herauszugeben. Diese internationale Schriftenreihe dient zur Förderung jener Vollentfaltung der menschlichen Person, die das psychophysische Wohlergehen, die soziale Geborgenheit und die unsterbliche Stellung des Menschen im Universum umfaßt. Mit Personation kennzeichnen wir die psychische Entwicklung der individuellen, sozialen und transzendentalen Identifikationsfähigkeit des Menschen, während unter Psychotherapie die Behebung der psychischen Störungen zu verstehen ist, welche eine ausgewogene, individuelle, soziale und transzendentale Identifikation beeinträchtigen oder sogar verunmöglichen. Diese Schriftenreihe wird vom *International Circle of Personation and Psychotherapy* getragen, der 1970 von Prof. Andreas Resch gegründet wurde und heute in Verbandsgemeinschaft mit der *European Association of Behaviour Therapy* steht. Die Veröffentlichungen dieser Schriftenreihe erfolgen jeweils in der Sprache des Autors und umfassen vor allem Spezialstudien auf dem Gebiet der Persönlichkeitsforschung und der Psychotherapie.

Die Thematik dieses ersten Bandes reicht von der einfachen depressiven

Reaktion bis zu den schweren Depressionspsychosen. Die Arbeit soll dem Fachmann wie jedem am Thema Interessierten einen überschaubaren Einblick in den heutigen Stand der Depressionsforschung geben.

Innsbruck, am 7. Jänner 1976 Andreas Resch

Einleitung

Die *Depression* oder *Schwermut* bildet jene Weise unseres Erlebens, in der Eigenwertempfinden und Hoffnung schwinden. Diese gedrückte Stimmung des Gefühlslebens ist im Grunde eine natürliche Folge im steten Wechsel von Freud und Leid des menschlichen Lebens. So ist die Geschichte der Depression so alt wie der Mensch selbst. Wir finden einen der eindrucksvollsten Berichte über Depression schon im Buche *Ijob* des Alten Testamentes:

3 Ausgelöscht sei der Tag, an dem ich geboren bin, die
Nacht, die sprach: ein Mann ist empfangen.
11 Warum starb ich nicht vom Mutterschoß weg, kam aus
dem Mutterleib hervor, und schied nicht gleich dahin?
24 Bevor ich noch esse, kommt mir das Seufzen, wie Wasser
strömen meine Klagen hin.
25 Was mich erschreckte, das kam über mich, wovor mir
bangte, das sah mich auch.
26 Noch hatte ich nicht Frieden, nicht Rast, nicht Ruhe,
fiel neues Ungemach mich an.(Ijob 3,3.11.24-26)

Dieses Stimmungsbild hat die Jahrtausende herauf viele Auflagen erfahren und erlebt gegenwärtig, trotz allen Bemühens von Medizin, Psychologie, Pädagogik und Soziologie, geradezu eine Hochkonjunktur. In allen westlichen Ländern, insbesondere im städtischen Milieu, ist in den letzten zwei Jahrzehnten eine Zunahme der depressiven Zustandsbilder festzustellen. Neueste Untersuchungen zeigen, daß heute schon 7–9 jährige Kinder an „depressiven Verstimmungen" leiden, die bis zur Resignation dem Leben gegenüber führen. Auch das Alter suizidgefährdeter Schüler ist von der Pubertätszeit auf das siebte Lebensjahr gesunken. So erhalten heute bereits Kinder im Alter von 10 Jahren und darunter regelmäßig Valium.
Als Ursachen dieses alarmierenden Umsichgreifens der Depression werden

insbesondere genannt: Lärm, Hetze, Entpersönlichung der Arbeit durch Automation, Materialismus, zu rasche Technisierung, Familienkonflikte, Ehescheidung, Leistungsdenken, Kollektiverziehung, Mißachtung der Gemütskräfte und der damit einhergehende Ausfall ethischer und religiöser Bindungen.

In den letzten 15 Jahren ist zudem noch ein Symptomwandel der Depression im Sinne einer zunehmenden Somatisierung eingetreten. So erweist sich heute eine Vielfalt somatisch-vegetativer Symptome als Deckmantel depressiver Verstimmungen. Leider fehlt den psychiatrisch und psychologisch nicht hinreichend geschulten Ärzten der Blick für diese Tatsache, so daß die Diagnose einseitig auf Organveränderungen gerichtet wird und zur Verabreichung von stützenden und beruhigenden Medikamenten führt. Hier spielt zudem noch die Tatsache eine Rolle, daß der *Begriff* der *Depression* zahlreiche Wandlungen erfahren hat.

Hippokrates bezeichnete vor 2400 Jahren in seiner Beschreibung von klinischen Fällen die Depression mit den griechischen Wörtern *melas* (schwarz) und *cholé* (Galle) als *Melancholie*. Er hegte nämlich die Ansicht, die Depression beruhe auf einem Übertritt von schwarzer Galle ins Blut. So verstand man jahrhundertelang die Depression als eine rein somatische und physiologische Krankheit. Dies wirkte sich besonders auf das Verständnis der modernen Psychiatrie aus.

Erst 1911 wurden von dem Psychoanalytiker *Karl Abraham* die ersten psychodynamischen Formulierungen der Depression geboren.[1] Auf ihnen baute fünf Jahre später *Sigmund Freud* seine Abhandlung über Trauer und Melancholie auf; darin heißt es:

„Die Melancholie ist seelisch ausgezeichnet durch eine tief schmerzliche Verstimmung, eine Aufhebung des Interesses für die Außenwelt, durch den Verlust der Liebesfähigkeit, durch die Hemmung jeder Leistung und die Herabsetzung des Selbstgefühls, die sich in Selbstvorwürfen und Selbstbeschimpfungen äußert und bis zur wahnhaften Erwartung von Strafe steigert. Dies Bild wird unserem Verständnis nähergerückt, wenn wir erwägen,

1) K. Abraham, Notes an the Psychoanalytical Investigation and Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions. in: Jones E., Ed. Selected Papers on Psychoanalysis, London, Hogart 1949, pp. 137 – 156

daß die Trauer dieselben Züge aufweist bis auf einen einzigen; die Störung des Selbstgefühles fällt bei ihr weg. Sonst aber ist es dasselbe.''[2]
Im heutigen Verständnis gilt *Depression* als ein Syndrom, das sich aus *psychischen, psychomotorischen* und *somatischen* Symptomen in unterschiedlicher Kombination und Stärke zusammensetzt und dessen phänomenologische Schwerpunkte meist von traurig-freudlosen oder ängstlichen Verstimmungen, negativen Gedankeninhalten, Antriebsstörungen und vegetativen Beschwerden gebildet werden.

I. DIAGNOSE

Spricht man mit depressiven Personen, so werden vor allem schlechte Stimmung und Niedergeschlagenheit als Hauptsymptome genannt. Dies zeigt sich äußerlich in Apathie, Unzufriedenheit, geistiger und physischer Minderung der Aktivität. Selbstanklage, Schuldgefühl, Mangel an Appetit und Schlaflosigkeit können als weitere Anzeichen vorhanden sein. Wie schwierig dennoch die Diagnose einer Depression sein kann, beschreibt *Henry Laughlin:*
„*Zunächst* kann der Patient seiner Depression nicht bewußt sein oder mindestens den Grad seiner Depression nicht erfassen. *Zweitens* kann die Depression, auch wenn sie bewußt und erkannt ist, bei Freunden und Umgebung unbekannt bleiben. *Drittens*, und das ist noch wichtiger, tendiert der depressive Patient fast automatisch dazu, seine gedämpfte Stimmung und seine gedrückten Gefühle zu verheimlichen. Dies kann bewußt wie unbewußt geschehen. *Viertens* sucht der Depressive sich von der normalen Aktivität und dem allgemeinen Interesse zurückzuziehen. Dadurch vermeidet er die Notwendigkeit, seine Probleme mit jemandem zu besprechen. *Fünftens* verliert er die Neigung und Fähigkeit, neue Vorhaben, Projekte oder Aktivitäten aufzunehmen, selbst für seinen eigenen Zweck. Es ist daher nicht verwunderlich, daß er nur schwer so etwas unternimmt, wie zum Arzt zu gehen. Und schließlich hat er *sechstens* ein geringes Verständ-

2) Sigmund Freud, Trauer und Melancholie (1916) GW X 429

nis für medizinische Hilfe. Er mag widerstehen, zum Arzt zu gehen, und wenn er zum Arzt kommt, dann kann er über alles sprechen, nur nicht über das, was eine emotionale Depression anzeigen könnte. Im Gegenteil, seine Beschwerden können sich auf eine Reihe von physischen Störungen beziehen."[3)]

Dieser *Widerstand* des Depressiven hat eine wichtige *Abwehrbedeutung*. Das zeigt sich in seiner geringen Initiative, seinem Mangel an Erkenntnis, seiner bewußten oder unbewußten Verneinung einer emotionalen Ursache seiner Schwierigkeiten und vor allem an seiner unbewußten Vernebelung durch physische Beschwerden. Zur Veranschaulichung der Fall einer Frau, die sich ohne erkennbaren Grund in ihrem Heim zu erhängen versuchte, durch die Behandlung auf der Intensivstation jedoch gerettet werden konnte; ein Beispiel, das der spanische Psychiater *López Ibor* berichtet:

„Nichts in der bisherigen Krankengeschichte der Patientin hätte eine Depression vermuten lassen. Abgesehen von mäßigen Kopfschmerzen, gegen die sie ein im Fernsehen angepriesenes Mittel nahm, hatte die Frau nie über irgendwelche Symptome geklagt. Auch eine Konfliktsituation war nicht gegeben. Trotzdem konstatierten wir auf Anhieb eine tiefe Depression, als wir die Frau in unserer Klinik sahen, obgleich bei Befragung keines der obligaten Kern- oder peripheren Depressionssymptome angegeben wurde. Lediglich das beharrliche Bemühen, die Eigenerlebnisstruktur ihrer Kopfschmerzen zu ergründen, hatte uns auf die richtige Spur geführt."[4)]

Bei all diesen Schwierigkeiten ist es nicht verwunderlich, daß viele Depressionsfälle auch heute noch unerkannt bleiben und daher zu ernsten Ausmaßen fortschreiten können. Im allgemeinen kann gesagt werden, daß der *Verlust einer persönlichen Bedeutsamkeit, gefolgt von existenzieller Angst,* den Hauptgrund der Depression bilden. Die Depression selbst dient dazu, die Angst zu mildern.

3) Henry P. Laughlin, The Neuroses, Washington, Butterworths 1967, S. 143

4) J. J. López Ibor, Larvierte Depression und Depressionsäquivalente. in: Depressive Zustände, Erkennung, Bewertung, Behandlung, hrsg. von P. Kielholz. Bern-Stuttgart-Wien, Verlag Hans Huber 1972, S. 39 – 40

II. KLASSIFIZIERUNG

Die Einteilung der Depressionsformen bringt manche Schwierigkeit.

1. Funktionsstörungen

Betrachtet man das depressive Syndrom im Hinblick auf die Störung der einzelnen Funktionsbereiche, so lassen sich psychische, psychomotorische und psychosomatische Symptome unterscheiden.
Die *psychische Symptomatik* ist gekennzeichnet durch depressive Verstimmung, Entschlußunfähigkeit, Denkhemmung, Apathie oder innere Unruhe, Angst, depressive Gedankeninhalte, Gefühlsverlust, innere Leere und Schuldgefühle.
Die *psychomotorische Symptomatik* zeigt entweder Bewegungsarmut und Entäußerungshemmung oder Agitiertheit wie äußere Unruhe, Getriebenheit und leeren Beschäftigungsdrang.
Die *psychosomatische Symptomatik* weist neben der Störung der Vitalgefühle wie Kraftlosigkeit und fehlende Frische eine Reihe von vegetativen Störungen auf: Schlaflosigkeit, Schmerz-, Druck- und Kältegefühle, Appetit- und Gewichtsverlust, Menstruationsstörungen und Impotenz, Schwindel, Herzrhythmusstörungen, Mundtrockenheit, Obstipation, Atembeschwerden und dgl.

2. Krankheitsformen

Was schließlich die Klassifizierung dieser depressiven *Zustands-* und *Erscheinungsbilder* nach ihrer Krankheitsform betrifft, so ist es bis heute nicht gelungen, sichere Abgrenzungen zu ziehen. Trotzdem ist, vor allem aus praktisch-therapeutischen Gründen, eine Einteilung nach *Krankheitsformen* geboten, da alle sich nur am Erscheinungsbild orientierenden Einteilungen als gescheitert betrachtet werden müssen. So hat sich unter den einzelnen Schulen, trotz unterschiedlicher Nomenklatur, der Sache nach eine gewisse Einigkeit in der Unterscheidung der klinisch wichtigen großen Gruppen von Depressionen gebildet. Man teilt ein in *psychogene, endoge-*

ne und *somatogene* Depressionen.[5)]

III. DIE PSYCHOGENE DEPRESSION

Die psychogene Depression erfährt ihre Bezeichnung von der Rückführbarkeit des depressiven Zustandsbildes auf bekannte oder zumindest im Prinzip nachweisbare seelische Anlässe und Motive.

1. Die depressive Reaktion

Die einfachste, durchsichtigste und häufigste Form der psychogenen Depression bildet die sogenannte *depressive Reaktion.* Die Ursache dieser Reaktion liegt nicht so sehr in der Persönlichkeitsstruktur, als viel mehr in einem einmaligen aktuten Erlebnis von traumatisierender Wirkung, wobei die Reaktion im Verhältnis zum Anlaß eine übermäßige Intensität oder Dauer hat. Für diese Form der Reaktion sind nach *Walter Bräutigam* folgende Merkmale charakteristisch:

a) Symptomatik

„1. die Belastung tritt *von außen* an den Menschen heran;
2. die Situation stellt für *jeden normalen Menschen* ebenfalls eine Belastung dar;
3. es besteht ein *enger zeitlicher Zusammenhang* zwischen dem Auftreten der Beschwerden und einem biographisch greifbaren Ereignis;
4. *fällt die Belastung weg, verschwindet* im allgemeinen auch *die Symptomatik;* daß die Störungen noch eine Zeit fortbestehen, ist jedenfalls eher die Ausnahme.“[6)]

5) Maria Eva Wengle, Depression, Begriff und Klassifikation. Skriptum zur Klinischen Psychologie. Akademische Buchhandlung GmBH München, Lehrmitteldienst 1973, S. 17 – 27

6) Walter Bräutigam, Reaktionen, Neurosen, Psychopathien. Ein Grundriß der kleinen Psychiatrie. Stuttgart, Georg Thieme Verlag 1968, S. 29

Wenngleich also bei dieser depressiven Erlebnisreaktion der Schwerpunkt ganz auf der auslösenden Situation liegt, wie die Abhängigkeit des Verlaufes der Störung von äußeren Bedingungen zeigt, müssen auch hier disponierende Momente in der Persönlichkeit des Patienten angenommen werden.

Die verursachenden Situationen sind vielfältiger Art; sie zeigen sich vor allem bei Mißerfolg in der Schule, im Beruf, beim Wahrwerden einer ungewollten Schwangerschaft, bei einer Beleidigung, bei der Pensionierung, bei Trennung und Scheidung, bei Tod und Geburt, bei Umzug und Wechselfällen des Berufes, bei politischer Niederlage und anderen Verlusten, aber auch bei Vorteilen von persönlicher Bedeutung.

Als Beispiel für diese Form der psychogenen Depression, die „depressive Reaktion" also, sei die abnormale Trauerreaktion genannt, die *Walter Bräutigam* beschreibt:

„Nach Todesfällen kann es unter den Menschen, die dem Toten nahestanden, zu einer charakteristischen abnormen Verarbeitung des Todesfalles kommen, die als abnorme Trauerreaktion zu bezeichnen ist.

Nach dem Todesfall selbst kommt es bei ihnen zu keiner tiefen Gefühlsreaktion, es fehlt die eigentliche Traurigkeit, sie können nicht weinen, nicht klagen, sie wirken wie *versteinert.* Diese steife unangemessene Reaktion kann lange Zeit, Monate, ja nicht selten Jahre fortbestehen. Viele wirken gehemmt, ergehen sich in *hypochondrischen Klagen*, wobei nicht wenige sich in den Klagen und Befürchtungen mit der Krankheit des Toten identifizieren: Die Frau des Mannes, der an einem Magenkrebs verstorben ist, wird appetitlos, klagt über Magenschmerzen und entwickelt die Befürchtung, selbst an Krebs erkrankt zu sein. Viele sind fixiert in einer starr wirkenden, übermäßigen inneren Feindseligkeit, z. B. in Vorwürfen gegen Ärzte oder anderen Personen der Umgebung, die sie für den Tod des Angehörigen verantwortlich machen. Dazu kommen noch körperliche Beschwerden wie *Kopfschmerzen, Durchfälle, Obstipation, Appetitlosigkeit, Atembeschwerden* und vor allem *Schlaflosigkeit*. Bei einigen entwickelt sich eine *psychosomatische körperliche* Reaktion mit organischen Veränderungen wie *ulzerative Kolitis,* rheumatische Arthritis usw. Viele werden so passiv und antriebsarm, daß sie ihre gewohnte Tätigkeit, Beruf und Haushalt ganz aufgeben. Bei anderen stehen die *Hemmungen* und die *traurige Verstimmung*

ganz im Vordergrund, ohne daß die Traurigkeit thematisch verknüpft ist mit dem Trauerfall. Daneben können aber auch, wie *Lindemann* feststellt, übertriebene *Aktivität* und eine starre *feindselige Haltung* das Bild bestimmen, "[7]

Diese Aktivität und feindselige Haltung verdeutlicht das folgende Beispiel von *E. Lindemann*:

„Eine 35 jährige Frau verliert ihren Bruder ganz plötzlich an Lungenentzündung. Sie zeigt weder beim Begräbnis noch unmittelbar danach eine besondere Trauer und entschloß sich, die Stellung ihres Bruders, der Postverwalter des Dorfes gewesen war, zu übernehmen. Sie wurde Postverwalterin und saß den ganzen Tag am Schalter des Postamtes, ohne geselligen Umgang mit irgendeinem Menschen dabei zu entwickeln. Sie verlor ihre Freunde und verkehrte mit den Menschen im Dorf nur durch das Fenster des Postschalters. Den Menschen im Dorf kam sie sehr unnahbar vor, und sie fühlte ihrerseits, daß sie niemand gern mochte, weil sie so ablehnend und unliebenswürdig war. Sie dachte zwar nach, wie sie sich aus dieser feindseligen Stimmung befreien könnte, wußte aber nicht, ob es ihre Schuld oder die ihrer Nachbarn war. Auf jeden Fall befand sie sich nun ganz außerhalb der Gesellschaft. Bei der Nachprüfung dieses Trauerprozesses zeigte sich nun, daß sie gegenüber dem Arzt des Dorfes außerordentlich feindselig eingestellt war, da dieser ihren Angaben nach nicht die Präparate angewandt hatte, die ihrem Gefühl nach hätten angewandt werden müssen. Als Bibliothekarin des Städtchens sei sie zu dieser Zeit mit der medizinischen Literatur recht gut vertraut gewesen und hätte ziemlich gut Bescheid gewußt über die nötigen Maßnahmen. Sie hatte nun die Empfindung, daß sie dies dem Arzt nicht sagen dürfte, denn der könnte darüber so zornig werden, daß er nicht mehr ins Dorf kommen und die anderen Patienten vernachlässigen würde. Sie hatte über diese Angelegenheit geschwiegen und den Arzt seit zwei Jahren nicht mehr gesehen. Es war nun sehr eindrucksvoll, den weiteren Verlauf zu beobachten, nachdem wir uns mit dem Arzt in Verbindung gesetzt und die Frau ermutigt hatten, sich mit ihm auszusprechen, insbesondere ihm zu sagen, wie sehr sie ihn haßte. Es folgte eine Zeit der Depression, ihre verkrampften Gefühle lösten sich

7) Derselbe, ebenda S. 38 – 39

und machten einer typischen Trauerreaktion Platz, die sie 2 Jahre nicht gehabt hatte. Nach etwa vier Wochen bekam die Frau den Kontakt mit ihrer Umgebung wieder: Sie hatte ihre Freunde, im Umgang wurde sie lebhaft, im geselligen Kreis gab sie viel Anregung."[8)]

b) Therapie

Was die *Therapie* der depressiven Reaktion betrifft, so ist sie eine dankbare Aufgabe der objektzentrierten und ichstärkenden Kurztherapie. In intensiven und kurz aufeinanderfolgenden Aussprachen soll die nicht geleistete Verarbeitung des erlittenen Verlustes bzw. des erreichten Erfolges nachvollzogen werden. Eine gleichzeitige Stärkung des Ichs soll den Patienten an eine Neuorientierung heranführen. Voraussetzung für den Erfolg der Therapie ist von seiten des Patienten großes Vertrauen und von seiten des Therapeuten ein offenes Wohlwollen, dosiert mit sachbezogener Härte. Die medikamentöse Behandlung, falls sie überhaupt notwendig ist, soll im Interesse der Problemlösung gesteuert werden. Die Elektrokrampf-Therapie ist bei dieser Form der depressiven Reaktion nicht zu verantworten.

2. Die neurotische Depression

Eine weitere Untergruppe der psychogenen Depressionsformen ist *die neurotische Depression.* Im Gegensatz zur eben dargestellten depressiven Reaktion erhält bei dieser neurotischen Depression der Stimmungszustand seine typische Ausprägung und Dynamik nicht von der äußeren Situation, sondern durch die Persönlichkeitsstruktur. Die äußeren Ereignisse, die unbedeutend und alltäglich sein können, bekommen ihren Stellenwert erst durch die neurotische Einstellung. Mögen auch zuweilen äußere Zusammenhänge zwischen dem Auftreten der depressiven Symptomatik und bestimmten Ereignissen genannt werden, so sind dem Neurotisch-Depressiven

8) E. Lindemann, Die Bedeutung emotionaler Zustände für das Verständnis mancher innerer Krankheiten und ihre Behandlung. Medizinische (1953) S. 515

die eigentlichen Zusammenhänge der motivierenden Konflikte in der Regel nicht bekannt. Bei der neurotischen Depression handelt es sich nämlich um eine innere Störung der Erlebnisverarbeitung, die zeitweise oder dauernd mit einer depressiven Symptomatik einhergeht. *Bräutigam* kennzeichnet sie folgendermaßen:

a) Symptomatik

„Die Beschwerden bestehen in *Kopfdruck, Schwindelgefühl, Beklemmungen, Mattigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Vergeßlichkeit.* Bei *hypochondrischen* Ängsten stehen das *Herz* und *der Magen- Darm-Trakt* im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Klagen über Verstimmtheit werden gewöhnlich erst bei gezielten Fragen nach der Stimmung geäußert. Bei den auslösenden Situationen handelt es sich beinahe immer um Veränderungen, die einen *Geborgenheitsverlust* beinhalten. Gewöhnlich sind es nicht große Verluste, wie sie für die oben geschilderte Trauerreaktion charakteristisch sind, z. B. Todesfälle von nahestehenden Menschen. Diskretere Veränderungen, wie Verluste von gewohnten Stellungen, Umzüge aus vertrauten Wohnungen usw. sind hier zu nennen.
Bei Menschen, die sehr an die Atmosphäre ihrer Arbeit und ihrer Häuslichkeit gebunden sind, können Urlaubsdepressionen auftreten. Werden ältere Menschen aus der Routine ihres Zusammenlebens mit Ehegatten oder ihrer Arbeit herausgerissen, so können sie depressiv-neurotisch dekompensieren, wenn auch bis dahin neurotische Fehlhaltungen kaum deutlich waren. Das gleiche ist im Rahmen des sogenannten Pensionierungsbankrottes zu beobachten. Auch in einer Beförderung kann für einen neurotisch eingeengten Menschen ein Geborgenheitsverlust liegen, etwa in dem damit verbundenen Zuwachs an Verantwortung, dem Verlust an bisheriger Routine. Je neurotischer die Persönlichkeit, je größer die Einengung der gemeinsamen Lebensbezüge, um so größer die Verlustempfindlichkeit.“[9)]
Es ist nicht die Schwere der äußeren Last, sondern die Schwere des inneren Druckes, die Angst sich zu verlieren, die eine neurotische Depression kenn-

9) Walter Bräutigam, Reaktionen, Neurosen, Psychopathien. S. 92

zeichnet. Bei der neurotischen Depression spielt *der depressive Charakter* eine entscheidende Rolle. *Henry Laughlin* beschreibt ihn folgendermaßen:

„Sehr ernst, wenig Sinn für Humor, gedrückte Stimmung, strebsam, überempfindlich in bezug auf Enttäuschung, Frustration und Verluste; übergewissenhaft, hoher Grad von Abhängigkeit, Tendenz zu Willfährigkeit, zumindest nach außen; oftmalige Versöhnung, Untertänigkeit, Neigung zu Schuldgefühlen, strenges Selbsturteil; ausgeprägte Hemmung und beschränkte Phantasie; kontrolliertes Verhalten; ausgezeichnete Fähigkeit für Arbeit, Anpassung und Ausdauer; übernimmt gern und gewissenhaft Verantwortung, zeigt überdurchschnittliche Reife auf vielen Gebieten; ist überlegt und vermeidet oft mit Bedacht Zank und Feindseligkeit; unterstützt das Streben nach Erfolg und langgesteckten Zielen; die Intelligenz ist eher hoch."[10)]

Diese durchwegs positiven Eigenschaften verleiten *Hubert Tellenbach* zu folgender Bemerkung:

„Man mag sich daran erinnern, daß es lauter positiv imponierende Qualitäten waren, die als Kennzeichen für diesen Typus angegeben wurden; und man mag – vielleicht mit Befremden – an die Behauptung denken, es seien gerade diese Qualitäten, welche für die Genese der Abwandlung in Melancholie eine so entscheidende Rolle spielten. Es ist ja zunächst auch wirklich nicht einzusehen, wieso denn Ordentlichkeit, Gewissenhaftigkeit, Anhänglichkeit an Nahestehende, hoher Leistungsanspruch an sich selbst, der peinliche Bedacht, sich nichts zuschulden kommen zu lassen, strenge Pflichterfüllung, Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit – wieso gerade dieser „Steckbrief" einen Melancholiker kennzeichnen sollte – und wieso diese Qualitäten einmal von perniziöser Bedeutung werden könnten."[11)]

Diese positiven Merkmale des Depressiven sind jedoch durch eine *doppelte Negation* gekennzeichnet. Der Depressive will auf jeden Fall nicht unordentlich, nicht willenlos, nicht leistungsarm, nicht „nicht-anhänglich", nicht unverläßlich und nicht unintelligent sein. Er lebt daher in ständiger

10) Henry P. Laughlin, The Neuroses, S. 239

11) Hubert Tellenbach, Zur Freilegung des melancholischen Typus im Rahmen einer kinetischen Typologie, in: Das depressive Syndrom (Hrsg. Hippius Selbach), S. 175

Sorge, ins Gegenteil dieser positiven Qualitäten umzukippen. So sichert er sich nach innen ab und ist nur wenig geneigt, sich anzuvertrauen und Hilfe zu suchen, weil dies seine Ordentlichkeit und Korrektheit in Frage stellen könnte. So befaßt er sich lieber selbst mit seinen Konflikten und spricht zur Klärung seiner gedrückten Stimmung über physische Symptome wie Müdigkeit, Schlaflosigkeit, verschiedene Formen körperlicher Beschwerden und Schmerzen, Verlust von Ambitionen und Appetitlosigkeit. Beschwerden von Kälte, vor allem in den Extremitäten, sind sehr häufig. Dieses Sich-Zurückziehen und die Beschwerden über organische Leiden können auch dazu dienen, andere Aspekte der neurotischen Depression zu verdekken.

Allerdings sind *vasomotorische* Veränderungen in der Depression nicht selten. Das schon erwähnte Gefühl der Kälte ist eher eine Allgemeinform der Depression, sodaß man auch von *Kälte-Depression* spricht. Ein typisches Symptom ist die schon erwähnte Schlaflosigkeit, wenngleich es auch depressive Fälle gibt, die am liebsten ununterbrochen schlafen würden; doch diese sind eher Ausnahmen.

Im einzelnen zeigen die Symptome der neurotischen Depression die verschiedensten Formen und Grade. Zu den schon genannten Symptomen gehören auch die Verlangsamung des Denkens und Sprechens, ein Zweifeln an sich selbst, Selbstverachtung und Selbstbeschuldigung, Abnahme des sexuellen Interesses und der sexuellen Aktivität, Traurigkeit und Verlust von Humor. Oft sind Schuldgefühle vorherrschend. Die Träume, sofern überhaupt welche berichtet werden, zeigen ein gestörtes, bizarres und makabres Bild. Die Menstruation ist verzögert, unregelmäßig oder bleibt für längere Zeit überhaupt aus. Haut und Gesichtsausdruck sind mollig und fahl. Der Verlust von Gewicht wird oft von Anorexie begleitet. Es sei hier auch noch erwähnt, daß meistens schon Kleidung und Verhalten die gedrückte Stimmung andeuten. Dunklere Farben und konservative Mode werden bevorzugt.

Altersstufen

Es ist heute schon problematisch, bei der neurotischen Depression von einer besonderen Gefährdung bestimmter Altersstufen zu sprechen. Denn selbst im Volksschulalter sind eine Reihe von depressiven Störungen zu be-

obachten. Dies ist allerdings nicht verwunderlich: in einer Gesellschaft, in der die körperliche Leistung und der Intelligenzquotient Alternativen menschlicher Geltung bilden, gibt es nur wenige Auserwählte.
Alle anderen müssen kompensieren, sofern sie sich nicht an humanen, moralischen und religiösen Werten zu orientieren vermögen. Wo jedoch körperliche Leistung und Intelligenzquotient zu wünschen übriglassen und auch eine Wertorientierung nicht gelingt, schleichen sich Minderwertigkeitsgefühle und Lebensverdruß ein. Kommt wegen des Schwundes von Partner-Treue und familiärer Geborgenheit noch das Empfinden persönlicher Verlassenheit hinzu, so sind die Voraussetzungen für eine depressive Persönlichkeitsformung gegeben.

Dieser Mangel an Anerkennung und Geborgenheit bedingt letzlich auch das alarmierende Anwachsen der neurotischen Depression im mittleren Lebensalter. Es ist dies im Erleben vieler eine Periode des speziellen Stresses: Man bekommt das Gefühl, die Hälfte des Lebens und der eigentlichen Möglichkeiten überschritten zu haben. Eine Reihe gesellschaftlicher Faktoren steigert noch die seelische Verwundbarkeit. So schreibt *Henry Laughlin:*

„Für die Anfälligkeit dieses Mittelalters gibt es auch noch eine Reihe kultureller Faktoren. Es ist dies ein großer Mangel an Ich-Bildung und Prestige bei den älteren Bürgern unserer gegenwärtigen anglo-amerikanischen Kultur. Es gibt einfach zuwenig selbstbewußtseinerhaltende Rollen und Standesfunktionen für die älteren Leute in unserer Gesellschaft. Diese Faktoren, sofern sie vorhanden sind, sind sehr wichtig für das Aufrechterhalten und die Formung des Ich-Bewußtseins.
Ihr Fehlen macht das Individuum viel anfälliger für die Depression. Bei gewissen fremden Kulturen der Vergangenheit wie auch der Gegenwart gibt es mehrere Quellen für die Entwicklung eines gesunden Selbstbewußtseins durch das Empfinden, einen persönlichen Beitrag zu leisten. Derartige ichstärkende Rollen scheint es vor allem dort mehr zu geben, wo es größere Gruppen und Familien gibt: im Patriarchalsystem und in konstruktiveren Formen von sozialer Beziehung. In gewissen kulturellen Bereichen war sogar das Alter in Ehren gehalten."[12)]
Wenngleich eine Analyse der kulturellen Einflüsse noch kein klares Bild in

12) Henry P. Laughlin, The Neuroses, S. 158

bezug auf die Depression erbringt, kann trotzdem ganz allgemein gesagt werden:je größer der kulturelle Druck auf die vitalen Grundbedürfnisse ist, umso größer ist auch die depressive Reaktion. Die Depression ist der Angst analog.

Suizidrisiko

Die neurotische Depression kann aber auch als Abwehrreaktion gegen eine andere Störung dienen. So können vor allem bei Zwangsneurosen Depressionen zur emotionalen Kompensation werden. Nicht selten findet man auch einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Depression und dem Grad der nach außen und innen gerichteten Aggression.
Hier ist vor allem die mit der Depression zusammenhängende Gefahr des Suizids zu nennen; leiden doch 30 – 40 % aller Selbstmörder an irgendeiner Form von Depression. Diese Gefahr hat ein Suizidant des vorigen Jahrhunderts folgendermaßen formuliert:

„Immer enger wird mein Denken,
immer blinder wird mein Blick,
mehr und mehr erfüllt sich täglich
mein entsetzliches Geschick.
Kraftlos schlepp' ich mich durchs Leben,
aller Lebenslust beraubt,
habe keinen, der die Größe
meines Elends kennt und glaubt.
Doch mein Tod wird Euch beweisen,
daß ich jahre-, jahrelang
an des Grabes Rand gewandelt,
bis es jählings mich verschlang."[13)]

Wenngleich die Voraussage eines Selbstmordes bis heute nicht möglich ist, so kann man bei mißglückten Versuchen vor allem dann eine Gefahr des Rückfalles sehen, wenn die betreffende Person einem für sie hinreichenden Streß ausgesetzt wird, wenn ihre psychologischen Abwehrmechanismen zusammenbrechen, oder wenn beides zutrifft. So sagt der bekannte Selbstmordforscher *Erwin Ringel*:

13) Nach Erwin Ringel, (Hrsg.) Selbstmordverhütung, Huber, Stuttgart-Bern 1969, S. 72

„Man muß immer wieder sagen, daß es eine neurotische Entwicklung gibt, die spezifisch zum Selbstmord tendiert, und wenn sie nicht rechtzeitig unterbrochen wird, in diesem mündet, also eine Neurose zum Selbstmord hin... Das Wesentliche dabei ist aber, daß man in ihr vergeblich nach jenen Symptomen suchen wird, die normalerweise das klassische Bild der Neurose prägen. Es fehlen also hysterische, phobische, anankastische, neurasthenische oder psychosomatische Mechanismen; wenn welche auftreten, erscheint die Selbstmordtendenz abgeschwächt, aber mehr noch, es ändert sich das Bild grundsätzlich in dem Sinne, daß man nicht mehr von einer Neurose zum Selbstmord hin sprechen kann: denn bei der Neurose zum Selbstmord hin fehlen eben die gewöhnlichen neurotischen Abwehrmechanismen und damit die üblichen neurotischen Symptome."[14)]

Der Großteil der Personen, die sich selbst töten oder zu töten versuchen, hat früher depressive Anfälle gehabt, Suiziddrohungen oder Suizidversuche gemacht. Aus diesem Grunde ist ein Suizidversuch und das Gespräch über Suizid immer ernst zu nehmen, denn es ist ein klarer Ausdruck des Vertrauens und gleichzeitig der Hinweis auf Hilfsbedürftigkeit.

Leidensgrad

Das Bild der Depressions-Neurose wäre aber nicht vollständig, würde man nicht auch den Leidensgrad hervorheben. So sagt *Laughlin*:

„Es sei bemerkt, daß depressive Personen zu den *größten Duldern* unter den medizinischen Patienten gehören. Es gibt nämlich keine ärmeren und mehr von Leid geplagten Personen, als jene der agitierten Depression. Diese Menschen leiden einerseits unter einer überwältigenden Angst und andererseits unter Depression. Für diese Form des Leidens gibt es kein psychologisches Morphium wie es dies z. B. für jemanden gibt, der unter Krebs leidet. Diese Menschen kann nichts erfreuen. Der Versuch des Suizids ist groß. Oft bricht auch der physische Widerstand zusammen, was manchmal als ein gnadenhaftes Geschenk eines tragischen Zustandes angesehen werden kann."[15)]

Dieser Becher des Leidens füllt sich bis über den Rand, wenn der erlebte Schmerz noch durch die Einengung der persönlichen Möglichkeiten im Al-

14) Derselbe, ebenda, S. 68 – 69
15) Henry P. Laughlin, The Neuroses, S. 168

ter gesteigert wird, was *Grillparzer* in einem seiner Epigramme in klassischer Form zum Ausdruck brachte:

„Was je dem Menschen schwer gefallen,
eins ist das Schwierigste von allem:
Entbehren, was schon unser war,
den Kranz verlieren aus dem Haar,
nachdem man sterben sich gesehen,
mit seiner eigenen Leiche gehen."

b) Ursachen

Fragt man nach den *Ursachen der neurotischen Depression,* so trifft man zwar auf verschiedenartige Theorien, das eigentliche Wesen der Depression aber bleibt bislang unbekannt.
Man kann allenfalls ganz generell sagen, es handelt sich um einen inneren Konflikt zwischen Abhängigkeit und Selbständigkeit.
Die ersten Wurzeln einer solchen Depressionsbildung gehen meistens bis in die *frühe Kindheit* zurück. Wird dem Kind kein hinreichendes Maß an Liebe, Selbständigkeit und klaren Verhaltensgrenzen geboten, so ist die Gefahr einer Depressionsbildung gegeben. Dabei müssen die Eltern oder Erzieher diesen Dienst nicht bewußt verweigern, es genügt, daß sie auf Grund ihrer eigenen Probleme nicht die hinreichende Kraft haben, dem Kinde die volle Liebe, Freiheit und ein gerütteltes Maß an klaren Grenzen und Grundsätzen zu vermitteln. Oft sind Eltern auch nicht in der Lage, die aggressiven Verhaltensformen des verneinten und frustrierten Kindes zu ertragen. Dies weckt den Haß des Kindes gegen sein geliebtes Objekt, nämlich die Eltern, von denen es völlig abhängt. So entsteht der innere Konflikt einer Haßliebe, die gekennzeichnet ist durch die Angst, sich selbst mit den Eltern zu verlieren. Überwiegen im Kinde die negativen Gefühle, so kommt es zur Bildung einer frühen Depression. Diese depressive Stimmung bedingt nun die zukünftigen Antworten, wodurch die Kraft des Individuums, einen späteren Verlust zu ertragen, geschwächt wird. Die Aggression wird buchstäblich nach innen gekehrt, was *Karl Abraham* 1874 auf den Begriff „des infantilen Prototyps der Depression" brachte.
Abraham bezeichnet diesen Prototyp als eine primäre Depression der Kind-

heit, die als Beantwortung auf das Wechselspiel von Liebe und Haß sich entfaltet.

In diesem Zusammenhang sind auch die Hinweise von *René Spitz* zu erwähnen. *Spitz* beschreibt die depressiven Stimmungen der Kinder, die bei einer Trennung von 6 - 8 Monaten von der Mutter auftreten. Dieser Stimmungsverlust wurde allerdings nur dann beobachtet, wenn die Beziehung zur Mutter gut war. Bei schlechter Mutter-Kind-Beziehung trat die depressive Stimmung hingegen nicht ein. Derartige depressive Reaktionen verschwinden jedoch, sofern das Kind innerhalb von drei Monaten der Mutter wiedergegeben wird. Dauert die Trennung des Kindes von der Mutter länger, so neigt das Kind dazu, die depressive Stimmung beizubehalten, die *Laughlin* folgendermaßen beschreibt:

Depressive Kinder neigen dazu, „sich selbst anzuklagen, sich selbst zu verurteilen und leiden unter Selbstzerstörungstendenzen. Sie sind ängstlich, furchtsam, unsicher, unglücklich, schuldbewußt, fühlen sich isoliert, einsam. Sie sind oft von Schuld gequält, weil sie (mindestens in ihrer Phantasie und durch die Magie ihres Hasses) das geliebte Objekt zerstört haben. Sie neigen dazu, in der einen oder anderen Form den früheren Zustand der Hilflosigkeit zu wiederholen. Die Bedeutung des Symptoms dient dazu, im Sinne eines Abwehrmechanismus Hilfe und Überleben zu sichern."[16)]

Für die Formung der neurotischen Depression sind diese frühkindlichen Verhaltensformen von besonderer Bedeutung, weil sie zur Gewohnheitsbildung tendieren und dadurch die späteren emotionalen Antworten des Erwachsenen konditionieren. So ist bereits die erste depressive Verstimmung hinreichend, um das Individuum für künftige Erfahrungen ähnlicher Art zu sensibilisieren. Es kann aber auch das Gegenteil der Fall sein. Der Grund dieser verschiedenen Reaktionen ist noch völlig unklar. Trotzdem, die *Eltern-Kind-Beziehung* ist für die Entwicklung der Depression besonders hervorzuheben, wobei der Mutter eine entscheidende Rolle zukommt. Die elterliche Verneinung der vitalen Bedürfnisse des Kindes nach Schutz, Sicherheit, Liebe, Wärme, Nahrung und Ordnung führen zu Urangst, Frustration und Haß. Dies ist auch dann der Fall, wenn diese Bedürfnisse des Kindes zwar erfüllt werden, aber nicht in freier und wohlwollender Weise.

16) Derselbe, ebenda S. 170 – 171

Hat das Kind ferner nicht die Kraft oder die Möglichkeit zu protestieren, weil die Eltern in ihrer persönlichen Unsicherheit keine negative Regung des Kindes zu ertragen vermögen, so kann das Kind völlig apathisch und hoffnungslos werden. Eine depressive Form von Apathie mag schließlich den Haß ersetzen.
Dies geschieht völlig unbewußt, da der frühere Komplex als Teil eines Abwehrmechanismus sofort und automatisch vom Bewußtsein verdrängt würde. So gehört es zur neurotischen Depression, daß man die eigene Verwerfung als ein Urteil über geringen Personalwert und Mangel an persönlicher Wichtigkeit akzeptiert. Dieser protestlose Rückzug führt zur Minderung des Interesses, der Aktivität und steigert die Apathie. Der Depressive sagt:
„Ich bin nicht würdig, ich bin nicht gewollt, ich bin nichts wert, ich bin verneint. Indem ich das annehme, will ich mich zurückziehen. Ich respektiere das Urteil."
Dieser Rückzug ist aber nur selten vollkommen, so daß der unterdrückte Haß oft wieder an die Oberfläche gelangt. Dies geschieht allerdings auch nicht bewußt. Der Haß ist Ausdruck eines inneren Widerstandes, vor allem gegen jede therapeutische Erhellung. Er kann sich auch in Masochismus kundtun, der vom müden Selbstzweifel bis zur Selbstanklage psychotischer Grenzfälle reicht. Schließlich kann die neurotische Depression einen inneren und äußeren Gewinn bilden. Während der innere Gewinn in der Befriedigung der inneren Bedürfnisse beruht, wobei die unerträglichen Haß- und Aggressionsgefühle in Depression verwandelt werden, wird der äußere Gewinn dadurch erreicht, daß der Depressive durch sein Verhalten zum Ausdruck bringt:
„Ich bin hilflos, man muß für mich sorgen und für mein Leid Verständnis haben."
So lindert also der innere Gewinn die Last der Angst und des Hasses, während der äußere Gewinn die ersehnte Geborgenheit und Liebe oder zumindest die ersehnte Aufmerksamkeit sichert.

c) Formen

Die Grundeinstellung des neurotisch Depressiven zeigt im konkreten Leben die sonderbarsten Formen.

Erfolgsdepression

Nicht nur Verluste, sondern auch Erfolge können zu neurotischen Depressionen führen. Bei der sogenannten *Erfolgsdepression* handelt es sich um die paradox-depressive Reaktion, die zuweilen nach Erreichen dessen eintritt, was allgemein als Erfolg bezeichnet wird. Für den Betroffenen bedeutet der erreichte Erfolg in einem symbolischen Zusammenhang unbewußt einen besonderen Verlust. Sosehr das erreichte Ziel einen Erfolg darstellt, sosehr schmerzt das Verlassen der gewohnten Situation und die Übernahme einer größeren Verantwortung. Dem Streben nach Unabhängigkeit und Geltung widerstrebt das Bedürfnis nach Abhängigkeit und Geborgenheit. Diese ambivalente Haltung entpuppt sich oft in Unterwürfigkeit und Feindseligkeit.

Hierher gehören jene Depressionen, die bei *Vollendung* eines großen Projektes, eines Buches, eines politischen Wahlkampfes oder eines Lebensjahrzehntes u.dgl. eintreten können. Die Gründe dieser depressiven Reaktionen mögen vielfältig sein. Im allgemeinen aber zeigen sich folgende Alternativen. Eine Person kann vor der Verantwortung der neuerreichten Position zurückschrecken und aus Angst vor ihrer Übernahme in Depression versinken. Ferner sind Menschen, die zu Depressionen neigen, oft äusserst abhängig. Bei Erlangung von Erfolg und Autorität schwindet die Hoffnung auf Abhängigkeit, und so werden sie depressiv. Der Erfolg kann aber auch vom Gefühl begleitet sein: „Ich verdiene das nicht, ich bin nicht gut genug".

Der Mangel an *Selbstvertrauen* führt zu neurotischer Depression. Diese Depression kann auch daraus resultieren, daß ein Individuum ein konkurrierendes Liebesobjekt, einen Eltern- oder Geschwisterteil innerlich vernichtet hat. Der erreichte Sieg wird unbewußt als Sieg über den Gegner empfunden. Dieser Sieg ist aber auf der Ebene des Bewußtseins unannehmbar, weil er große Schuldgefühle mit sich bringt. So kommt es zur neurotischen Depression als Ausweg.

Ähnliche Erscheinungen zeigen sich auch in der *Beförderungsdepression*, wie man sie beim Militär, im Wirtschaftsleben und in der Politik antrifft.[17]

17) Derselbe, ebenda S. 185 – 189

Entwurzelungsdepression

Als weitere Form ist die *Entwurzelungsdepression* zu nennen. Hier handelt es sich um Zustandsbilder, die auf eine totale Entwurzelung ganzer Bevölkerungsgruppen, Familien oder einer einzelnen Person zurückgehen. Man findet diese Reaktion daher besonders bei Vertriebenen, Emigranten und Obdachlosen. Das Erscheinungsbild ist gekennzeichnet durch chronische Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, mangelnde Initiative, Schlafstörungen mit Erinnerungsträumen und eine Vielzahl psychosomatischer Beschwerden, durch Hoffnungslosigkeit und Todeswünsche, während wirkliche Selbstmordideen bezeichnenderweise fehlen.
Mag auch die Entwurzelungsdepression in unseren Bereichen heute selten sein, so gehört doch die sogenannte *Umzugsdepression* zum Alltag. Hierbei handelt es sich um eine Depressionsphase, die im inneren und zeitlichen Zusammenhang mit Wohnungswechsel auftritt und durch diesen ausgelöst wird. Hiervon werden Frauen weit häufiger betroffen als Männer, was darauf deutet, daß den Männern die Wohnung nicht so sehr ans Herz wächst wie den Frauen. Ein Rückgängigmachen des Wohnungswechsels bringt meist keine Besserung.[18)]

Erschöpfungsdepression

Schließlich ist in diesem Zusammenhang noch die vieldiskutierte *Erschöpfungsdepression* zu nennen, die *Walter Bräutigam* als Erschöpfungsreaktion folgendermaßen charakterisiert:
„Charakteristisch ist die *gespannte, reizbare Erschöpfung,* die nicht die wohlige Müdigkeit des Erfolgreichen ist, sondern eine *morose Verstimmtheit* und *Leistungsunfähigkeit* einschließt . Das Gefühl der *Ohnmacht* und *Müdigkeit* ist von einem *Spannungszustand* begleitet. Die Erschöpfung und Schwäche führt nicht zu einem ruhigen erholsamen Schlaf, sondern meist

18) H. Strauss, Besonderheiten der nichtpsychotischen Störungen bei Opfern der nationalsozialistischen Verfolgung und ihrer Bedeutung bei der Begutachtung, Nervenarzt 28, 344 – 350, spez. 345 – 347 (1957); W. Lederer, Entwicklungsdepression ohne Depression. Fettleibigkeit und andere psychosomatische Depressions-Äquivalente, Nervenarzt 36, S. 118 – 122 (1965)

besteht eine paradoxe Unfähigkeit zur Entspannung mit *Schlafstörung.* Klagen über Müdigkeit, Schlaffheit und Leistungsunfähigkeit können also ganz in den Vordergrund treten. Sie kontrastieren aber meistens mit einer bemerkenswerten Unruhe. Diese Stimmung ist gewöhnlich nicht ausgesprochen depressiv, sondern *flach, fade, leer, lustlos.* Alles ist zuviel, alles stellt eine Anforderung dar, von der man nichts mehr wissen möchte. Oft ist die Aufmerksamkeit auf den eigenen Leib gerichtet, ein hypochondrischer, klagsamer, schmerzlicher Zug mit meist *diffusen Beschwerden* stellt sich ein...

Es können außerdem noch eine Reihe körperlicher Beschwerden im Vordergrund stehen: *Kopfdruck, Verdauungsbeschwerden* mit *Durchfall* und *Verstopfung, Herzklopfen, Herzjagen, Stiche* und *Schmerzen in der Brust* beim Atmen, *Angstgefühle, Schwitzen.* Bei körperlichen Untersuchungen findet sich als Zeichen der erhöhten vegetativen Grundanspannung oft ein Dermographismus, gesteigerte Eigenreflexe, Neigung zu kalten Händen und Füßen."[19)]

Nach *Paul Kielholz* verläuft die Entwicklung dieser depressiven Verstimmung in *drei Phasen.* Die *erste* Phase ist durch Überempfindlichkeit, Reizbarkeit, Ermüdbarkeit sowie durch Schlafstörungen gekennzeichnet. In der *zweiten* Phase kommen zahlreiche vegetative Störungen, sowie hypochondrische Befürchtungen hinzu. In der *dritten* Phase tritt dann die depressive Verstimmung in den Vordergrund. Das Bild zeigt ferner eine starke Tendenz zur „Vitalisierung". Außerdem ist ein sichtlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern festzustellen. Bei Frauen handelt es sich um Dauerbelastungen im Bereich des Familien-, Ehe-, und Liebeslebens bei sensitiven, schwernehmenden und entäußerungsschwachen Persönlichkeiten, bei Männern um anhaltende, psychische Überlastungen und Konflikte im beruflichen Bereich bei vorwiegend gewissenhaft perfektionistischen, ehrgeizigen und ebenfalls entäußerungsschwachen Persönlichkeiten. Die neurotische Basis dieser Verstimmung kann sehr verschieden sein. Je stärker sie ist, desto geringere Belastungsmomente genügen, um eine Erschöpfungsdepression auszulösen.[20)]

19) Walter Bräutigam, Reaktionen, Neurosen, Psychopathien, S. 32 – 33

20) P. Kielholz, Klassifizierung der depressiven Verstimmungszustände.,

d) Therapie

Was schließlich die *Therapie der neurotischen Depression* betrifft, so bildet sie das harte Feld einer intensiven, mehr direktiven Psychotherapie. Ihre Aufgabe besteht vor allem darin, das *Ich* des Depressiven zu stärken, ein *Ichideal* und ein *Lebensziel* aufzubauen. Selbstanklage und Selbstbestrafung sind durch eine Neuordnung des moralischen Urteils zu überwinden. Außerdem ist ein Empfinden des persönlichen Angenommenseins zu wekken, wobei besonders die Gruppentherapie gute Dienste leistet. Die pharmakologische Therapie kann in wohldosierter Form die psychotherapeutische Behandlung unterstützen, doch muß es das Ziel allen medikamentösen Bemühens bleiben, den inneren Konflikt zu lösen und nicht zu verdecken. Hier muß von der psychotherapeutischen Erfahrung aus leider festgestellt werden, daß von Klinikern die Konfliktlösung der depressiven Verstimmung meist gar nicht in Erwägung gezogen wird. Die Patienten werden vielmehr mit Antidepressiva geradezu gefüttert. Dadurch wird der Konflikt zwar vollkommen überdeckt, doch sobald die Medikamente aus irgendeinem Grund einmal ausfallen, fühlen sich die Betroffenen noch schlechter als ursprünglich, und die natürlichen Ausdrucksformen ihrer Persönlichkeit haben starke Einbußen erlitten. Daher hat sich eine harmonische Zusammenarbeit von Pharmakotherapie und Psychotherapie am wirksamsten erwiesen. Die Elektrokrampftherapie muß für die neurotische Depression abgelehnt werden. Die Internierung eines neurotisch Depressiven ist nur dort zu verantworten, wo es keine Möglichkeit einer ambulanten Behandlung gibt.

IV. DIE ENDOGENE DEPRESSION

Wir haben einleitend die übliche Einteilung der klinisch wichtigen großen Depressionsformen in drei Gruppen übernommen: psychogene, endogene

in: Hippius H. und Selbach H., Das depressive Syndrom, München-Berlin-Wien 1969, S. 346

und somatogene Depressionen. Nach der Darstellung psychogener Depressionen mit den Untergruppen „depressive Reaktion" und „neurotische Depression" ist nun dieses nächste Kapitel der zweiten großen Gruppe, der *endogenen Depression* gewidmet.
Als *endogene Depression* werden depressive Verstimmungen bezeichnet, deren Entwicklung weder durch bekannte somatische noch durch psychische Faktoren erklärt werden kann, obwohl solche Faktoren an der Entwicklung dieser Störung als auslösende Momente beteiligt sein können.
Als bezeichnende Merkmale, zumindest der Kerngruppen dieser Depressionsform, gelten das Vorherrschen von *typischen Tagesschwankungen* mit Früherwachen und Morgentief, das Auftreten von Wahnideen, speziell von hypochondrischem Wahn, sowie von primären Schuldgefühlen. Hinzu kommt die in den gestörten Leibgefühlen erlebte vitale Traurigkeit mit den charakteristischen Druck- und Beengungsgefühlen und schließlich die anscheinende Unmotiviertheit der depressiven Verstimmung.
Was die Unterteilung dieser Depressionsform betrifft, so unterscheidet man die *schizophrene Depression* und die *affektiven Psychosen.*

1. Schizophrene Depression

Als *schizophrene Depression* werden depressive Verstimmungen oder Episoden bei *schizophrenen Psychosen* bezeichnet. Sie können gleichsam als Begleiterscheinungen schizophrener Symptome, wie Wahnideen, Denkstörungen, Halluzinationen, Affektstörungen u. dgl. auftreten. Sie können aber auch die schizophrene Symptomatik völlig überdecken, und zwar bis zu einem Ausmaß, daß zumindest nach außen das Erscheinungsbild einer klassischen Depression entsteht und die Schizophrenie nurmehr anamnestisch nachgewiesen werden kann.
Das Erkennen solcher schizophrener Syndrome ist vor allem für die Therapie von entscheidender Bedeutung. Bestimmte Psychopharmaka, die bei Depressionen angewendet werden, sind bei schizophrenen Depressionen kontraindiziert, da sie hier akut schizophrene Symptome provozieren können. Dies gilt vor allem für antriebsteigernde Antidepressiva. Manche Autoren machen für die immer häufiger beobachteten depressiven Syndrome bei Schizophrenen - meist mit apathisch-depressiver Ausprägung - die zu-

nehmende Verbreitung der pharmakologischen Behandlung schizophrener Erkrankungen verantwortlich. Andererseits darf nicht übersehen werden, daß bei schizophrenen Patienten depressive Verstimmungen auch als Reaktion auf die Krankheit hervorgerufen werden können. Daher ist bei schizophrenen Depressionen stets der zugrundeliegende schizophrene Prozeß zu behandeln.[21)]

2. Affektive Psychose

Erfaßt die depressive Stimmung den ganzen Bereich des Denkens und Gefühlslebens eines Menschen, so daß ein völliger Rückzug auf die Innenwelt erfolgt, so spricht man von einer *affektiven Psychose.* Während nämlich bei der depressiven Reaktion und der neurotischen Depression der Depressive bei vollem Bewußtsein ist und nur einige Bezirke des Wachlebens gewisse Einschränkungen und Unzulänglichkeiten aufweisen, erfaßt die affektive Psychose das gesamte Denken und Fühlen eines Menschen, so daß sein Umweltbezug völlig aufgehoben wird. Dieser Rückzug erfährt im Autismus das hoffnungsloseste Zurückgeworfensein auf das eigene Ich. Was dies für den Kranken bedeutet, soll die Selbstschilderung einer schwermütigen Patientin nach ihrer Genesung veranschaulichen, die *Hans Lauter* mitgeteilt hat:

„Ich war vom soeben noch bestehenden Erleben abgeschnitten, seelisch abgeschnitten von meiner Umwelt, den Menschen, von Gott. Ich war hilflos allein. Ich war innerlich auf einem anderen Stern, ohne jeglichen inneren Kontakt mit allem und allen. ... Ich empfand, daß ein unheilbarer Riß klaffte zwischen mir und den anderen."

Im einzelnen wird die affektive Psychose neuerlich in folgende Grundformen aufgegliedert, nämlich in *manisch-depressive Verhaltensstörungen, Involutionsdepression, vegetative Depression* und *psychotisch-reaktive Depression.*[22)]

21) Derselbe, ebenda S. 344; G. Hole, Grundzüge der Depressionsdiagnostik, Medizinische Monatsschrift, Ztschr. f. Allg. Med. und Therapie, 22, Heft 10, Okt. 1969, S. 443 – 448 (zitiert nach Sonderdruck mit Seitenzahlen 1 – 16, S. 11)

22) Alfred M. Freedman / Harold Kaplan / Benjamin J. Sadock, Modern Synopsis of Psychiatry, Baltimore, The Williams & Wilkins Co 1973, S. 207

a) Die manisch-depressiven Verhaltensstörungen

Die *manisch-depressiven* Verhaltensstörungen umfassen eine große Krankheitsgruppe, die durch tiefgreifende affektive Störungen gekennzeichnet ist.
Die Genese dieser Störungen liegt immer noch völlig im Dunkeln.
Neuerlich wird diese manisch-depressive Störung gegliedert in den *manischen Typ,* den *depressiven Typ* und den *zirkulären Typ.*

Der manische Typ

Der *manische Typ* ist durch eine außerordentlich gehobene Stimmung, Erregtheit, Gesprächigkeit, Ideenflucht, durch rasches Sprechen und erhöhte motorische Aktivität gekennzeichnet. Zuweilen folgen der manischen Phase depressive Phasen, die jedoch nie voll ausgeprägte depressive Phasen darstellen.

Der depressive Typ

Der *depressive Typ* stellt eine ausschließlich depressive Phase dar, die durch folgende Merkmale gekennzeichnet ist: traurige Verstimmung mit Verharrungstendenz; psychische und körperliche Hemmungen; absoluter Pessimismus; Selbstvorwürfe; Selbstzerstörungstendenzen; Angst; Schuldgefühle; hypochondrische Ideen; Schlafstörungen; Appetitlosigkeit; Gewichtsverlust; Obstipation; Trockenheitsgefühl im Mund; tränenloses Weinen, bei Frauen das Ausbleiben der Menstruation. Kommen noch Illusionen, Halluzinationen und Wahnvorstellungen hinzu, so tragen auch diese die Grundstimmung der Depression.

Der zirkuläre Typ

Der *zirkuläre Typ* schließlich ist durch mindesten einen Wechsel von Manie und Depression ohne Intervall gekennzeichnet. Dieser Wechsel kann innerhalb von 48 Stunden oder von mehreren Monaten erfolgen.

Ursachen

Angesichts dieser Vielschichtigkeit der manisch-depressiven Verhaltensstörungen stellt sich die Frage nach der eigentlichen Ursache. Familien- und

Zwillingsuntersuchungen deuten auf die Beteiligung von Erbfaktoren. So sagt *A. Stenstedt:*

„Die Bedeutung der genetischen Faktoren bei verschiedenen Formen von psychischer Depression ist am schwächsten bei neurotischer Depression, stärker bei Involutionsmelancholie und am stärksten bei manisch-depressiver Psychose.

Die Analyse der Untergruppen deutet darauf hin, daß bei allen Formen von Depressionen die genetischen Faktoren verhältnismäßig stark sind, wenn bei einem Elternteil die gleiche Krankheit vorliegt, wenn der Kranke eine auffällige Persönlichkeit ist oder wenn das Symptom Agitation vorliegt."[23)]

Der immer häufiger in Verwendung kommende Ausdruck „affektive Psychosen" zur Bezeichnung der manisch-depressiven Psychose hebt besonders die Bedeutung von Umweltbedingungen und psychologischen Faktoren hervor. Obwohl der Phasencharakter einen Wesenszug der manisch-depressiven Psychose bildet, ist jedoch noch völlig unbekannt, weshalb sich manche Depressionen häufiger wiederholen als andere. Viel spricht dafür, daß schon im frühen Kindesalter phasische Rhythmen manisch-depressiver Störungen vorhanden sind. So sagt *Michael Winzenried:*

„Im Kindesalter zeigen endogene Phasen eine Tendenz zu besonderen motorischen Verhaltens- und Ausdrucksweisen. Mit zunehmender Reifung der Persönlichkeit und Entwicklung der Motorik richten Antriebsveränderungen sich nach innen und werden im Stimmungsverhalten als Verstimmung sichtbar."[24)]

Der erste Manifestationsgipfel für endogene Phasen liegt nach *Hans Bürger-Prinz* um das 15. Lebensjahr. Voll zum Ausbruch kommen die manisch-depressiven Psychosen jedoch erst im Erwachsenenalter, wie die Untersuchungen von *Paul Matussek* zeigten:

„Die Altersverteilung der Ersterkrankungen bestätigt, daß Männer später erkranken als Frauen. Der Erkrankungsbeginn liegt bei ihnen im allgemeinen erst nach dem 30. Lebensjahr und erreicht sein Maximum (31%) im 5.

23) A. Stenstedt, Drei genetische Untersuchungen von psychischen Depressionen, in: Das depressive Syndrom (Hrsg. Hippius-Selbach) S. 35

24) M. Winzenried, Beziehungen periodischer Verhaltens- und Befindensstörungen in Kindes- und Jugendalter zu den endogenen Psychosen, in: Das endogene Syndrom (Hrsg. Hippius-Selbach) S. 395

Jahrzehnt. Bei Frauen dagegen treten die meisten ersten Phasen (30%) bereits im 3. Jahrzehnt auf. Auch im 4. Jahrzehnt liegen noch verhältnismäßig viele Ersterkrankungen. Der Gipfel ist jedoch bereits überschritten, und die Ersterkrankungen nehmen fortlaufend in den späteren Altersklassen ab ..."[25]

Je heftiger sich die Krankheit erstmals manifestiert, um so rascher wird eine zweite Phase folgen. Unabhängig vom Manifestationsalter spielt jedoch auch die Phasenzahl eine wesentliche Rolle.

Mit fortschreitender Phasenzahl verkürzt sich nämlich die Zyklusdauer. Trotz dieser Kenntnisse ist es jedoch unmöglich, für ein Individuum eine klare Prognose aufzustellen, denn die Symptomkonstanz depressiver Phasen ist selbst bei ein und demselben Individuum nicht vorhanden. So schreibt *Matussek:*

„Auch im Erwachsenenalter sind innere Umstellungen, die zu einem neuen Lebensbezug und einem veränderten Weltverständnis drängen, immer erneut notwendig. Für den Depressiven gestaltet sich dieser Prozeß entsprechend seinen präpsychotischen Möglichkeiten. Sie implizieren u.a. ein Leben als Anpassung und eine Vermeidung der Entwicklung eines ichhaften Ichs.

Diese Abhängigkeit von Umweltfaktoren zeigt sich in unserer Untersuchung hauptsächlich in den von Patienten angegebenen Auslösefaktoren der Phasen. Wir konnten feststellen, daß mit steigendem Lebensalter immer weniger konkrete, an die Umwelt gebundene Geschehnisse als Auslöser der Psychose bezeichnet werden. Das gilt sowohl für Frauen als auch für Männer. An ihre Stelle treten die „inneren Anlässe...

Mit dieser Kennzeichnung soll nicht gesagt sein, daß körperliche Prozesse hierbei keine Rolle spielen. Sie sind genau so wichtig wie bei jedem Menschen mit seiner spezifisch ausgeprägten Persönlichkeit. Wohl aber sollte angedeutet werden, daß diese Körperprozesse nicht als selbständige, von der Persönlichkeit losgelöste zu denken sind und damit nicht so ablaufen müssen, wie sie auf Grund einer bestimmten Lebensgeschichte, mit ihren biologischen und psychologischen Gegebenheiten, in einem konkreten Fall fak-

25) P. Matussek, Amrei Halbach, Ursula Proeger, Endogene Depression. Eine statistische Untersuchung unbehandelter Fälle, München-Berlin, Urban und Schwarzenberg 1965, S. 21

tisch ablaufen. Zu welchen Bildern das Endstadium des Krankheitsprozesses bei der Depression führt, ist – wie bei der Schizophrenie – vom Gesamt der Bedingungen der Lebensgeschichte abhängig, nicht nur von der Erbmasse."[26]

b) Die Involutionsdepression

Als besondere Form der affektiven Depression ist die sogenannte *Involutionsdepression,* d.h. die erstmals im Rückbildungsalter auftretende depressive Verstimmung zu nennen.

Dieses Rückbildungsalter kann sich über den Zeitraum zwischen dem 45. und dem 70. Lebensjahr erstrecken. Es ist daher nicht mit dem Klimakterium gleichzusetzen. Ob diese Späterkrankungen tatsächlich als gesonderte Störungen aufzufassen sind, ist umstritten. Es wird aber allgemein anerkannt, daß sich ein Großteil dieser Späterkrankungen infolge ihrer erbbiologischen Sonderstellung, der Häufigkeit ihrer psychogenen und somatogenen Auslösungen, ihres besonderen zeitlichen Ablaufes, ihrer Symptomatologie, ihres Ansprechens auf die Therapie und ihrer Prognose von den anderen depressiven Zustandsbildern unterscheidet.

Der Mensch tritt in diesem Lebensalter in eine mehr geistig-geforderte Lebensbewältigung ein. Beim Mann ist es in erster Linie die innere Situation der Lebenswende und bei der Frau das Klimakterium im Sinne des Unfruchtbarwerdens, sowie die Umstellung in der Familie. Diese Depressiven bezeichnen sich selbst als zwanghaft. Im Grunde zeigen sie den Großteil der Merkmale einer schweren Depression mit Ausnahme der psychischen und physischen Hemmung. Außerdem fehlen frühere Phasen. Sie sind jedoch verwirrt und agitiert, leiden unter Angst, starken Schuldgefühlen, großer Schlaflosigkeit und einer Reihe somatischer Beschwerden. Die Phasendauer der Involutionsdepression hat im allgemeinen einen Mittelwert von 14 Monaten.[27]

26) Derselbe, ebenda 158 – 159

27) W. Schulte, Involutionsdepression, in: Schizophrenie und Zyklothymie (hrsg. v. G. Huber), 48 – 56, zit. 55; Stuttgart, Thieme 1969; A. Stenstedt, Involutional melancholia. Acta psychiat. scand., Suppl 127 (1959); S. Thalbitzer, Melancholie und Depression, Allgem. Z. Psychiat. 62, 775 – 786, (1905); H. J. Weitbrecht, Depressive und manische endogene Depressionen, in: Psychiat. d. Gegenwart, Bd. II, 97 – 99 u. 104, Berlin-Göttingen-Heidelberg, Springer 1972

c) Die vegetative Depression

Wie schon eingangs erwähnt, neigen viele Depressive in letzter Zeit immer mehr dazu, ihre depressive Verstimmung durch körperliche Symptome zu verdecken. Über 24% aller neurologischen und psychiatrischen Untersuchungsfälle leiden an leichter oder *vegetativer Depression*.
Man bezeichnet jene depressiven Zustandsbilder, bei denen die vegetative Symptomatik die Hauptrolle übernommen hat, als *vegetative, lavierte* oder *maskierte Depression.Es* handelt sich also hierbei um jene Manifestationen, bei denen der somatische Anteil des depressiven Syndroms so sehr das Bild beherrscht, daß die psychische oder motorische Symptomatik nur in geringem Maß oder kaum mehr in Erscheinung tritt.
Das Bild der vegetativen Depression läßt sich durch funktionelle Organbeschwerden und vegetative Störungen vielfacher Art kennzeichnen:
Schmerz-, Druck- und Beengungsgefühle, die vorwiegend in Kopf, Magen-Darmbereich oder Thorax lokalisiert werden, dann aber auch um spezielle kardiale Empfindungen, um Würgegefühle, Schwindelgefühle, Kreuz- und Gliederschmerzen. Weitere vegetative Symptome sind Schweißausbrüche, Kältegefühle, Mundtrockenheit, Obstipation oder Diarrhöe, Appetit- und Gewichtsverlust, Schlafstörungen, Periodenstörungen, Impotenz, Haarausfall, trockene Haut usw. Hier zeigen sich typische Charakteristika der endogenen Depression (weshalb wir die vegetative Depression hier einreihen): nämlich frühere Phasen, erbliche Belastung, vitale Herabgestimmtheit, Tagesschwankungen u. a. Sie stellen jene modernen Manifestationen dar, die an Häufigkeit zunehmen, entsprechend der zeitgenössischen Tendenz zur Entwicklung von Intimformen psychopathologischer Syndrome.[28)]

d) Die psychotisch-reaktive Depression

Die *psychotisch reaktive Depression* hingegen ist durch eine depressive Stimmung gekennzeichnet, die mit einem Ereignis in Zusammenhang steht, aber keine früheren phasenhaften Verstimmungen kennt.
Im Gegensatz zur depressiven Reaktion bezeichnet man sie wegen des Ver-

28) R. Lemke, Über die vegetative Depression. Psychiat. Neurol. Med. Psychol. 1, 161 – 166, zit. 161 u. 166 (1949)

lustes der Wirklichkeits- und Handlungskontrolle sowie des Vorkommens von Wahnvorstellungen und Halluzinationen als Psychose.
In diesem Zusammenhang sind auch die depressiven Störungen während der Schwangerschaft und nach der Geburt zu erwähnen.[29)]

Schwangerschaftsdepression

Die depressiven Syndrome, die während der Schwangerschaft entstehen, zeigen oft einen Jahre andauernden Verlauf und neigen zur Wiederholung. Ihre Phasendauer liegt bei 3 bis 3 1/2 Jahren. So sagt *Bernhard Pauleikhoff:* „Es scheint hier eine Regel zwischen dem Zeitpunkt des Beginns in der Schwangerschaft und einem lang hingezogenen Verlauf zu bestehen. Die Gültigkeit dieser Regel ist allerdings immer wieder nachzuprüfen; denn es ist insofern schwierig, eine genügend große Zahl von Fällen zu sammeln, als Depressionen in der Schwangerschaft überhaupt selten sind ... Bei Depressionen in der Schwangerschaft sind Medikamente heute nur mit großer Zurückhaltung zu geben; denn erstens ist bei diesen Kranken schon während der Schwangerschaft allzuoft überhaupt keine endgültige Besserung in der Depression zu erzielen. Zweitens wissen wir bei der Mehrzahl der Medikamente bekanntlich keineswegs mit ausreichender Sicherheit, ob sie für das Kind in der Tat stets unschädlich sind, wenn auch über ihre Schädlichkeit ebenfalls nichts Sicheres bekannt ist. In erster Linie sind daher bei diesen Kranken in der Schwangerschaft physio- und psychotherapeutische Maßnahmen zur Linderung der Beschwerden anzuraten. Eine intensivere medikamentöse Behandlung ist erst nach der Geburt durchzuführen."[30)]

Depression nach der Geburt

„Ein ganz anderer Verlauf ist bei Depressionen zu beobachten, die in den ersten Tagen, vor allem am 3. bis 5. Tag nach der Geburt entstehen. Diese Erkrankungen klingen in der Regel nach 2 - 4 Monaten wieder völlig ab. ... Therapeutisch sind sie allerdings in den ersten Wochen sowohl medikamentös als auch physikalisch nur schwer zu beeinflussen. Schließlich bilden sie

29) Alfred M. Freedman et al. Modern Synopsis of Psychiatry, S. 263 – 265

30) B. Pauleikhoff, Verlaufsregeln depressiver Syndrome der Schwangerschaft und des Wochenbetts, in: Das endogene Syndrom (Hrsg. Hippius-Selbach) S. 469. S. 472

sich aber wieder ganz zurück. Die Störungen können ebenso plötzlich abklingen, wie sie beginnen. Etwa drei Monate nach der Geburt ist meist eine Entlassung der Kranken möglich, auch wenn die Erkrankung noch nicht völlig gebessert ist."[31]

3. Therapie

Wie bereits angedeutet, kommen heute bei der Heilung der endogenen Depression verschiedene Methoden zur Anwendung, die man in *somatische, medikamentöse* und *psychologische Therapieformen* gliedern kann.

a) Somatische Therapie

Mit der *somatischen Therapie* glaubte man, nach Einführung der Elektrokrampftherapie durch *Bini* und *Cerletti* im Jahr 1937, das Problem der Depression gelöst zu haben. Die Elektrokrampftherapie wurde rasch zur meist verwendeten Behandlungsmethode der hospitalisierten Depressiven, obwohl ihre Wirkung bis heute noch weitgehend unbekannt ist.
Die zum Teil beträchtlichen Gedächtnisausfälle und Konzentrationsstörungen als Folge dieser Therapie haben in letzter Zeit dazu geführt, daß man in manchen Kliniken die beiden Elektroden nicht mehr an beide Seiten, sondern nur mehr an die nicht dominante Seite des Kopfes legt, um die Nebeneffekte zu verringern. Viele Kliniken halten die genannten Folgeerscheinungen für nicht zu verantworten und lehnen die Elektrokrampftherapie gänzlich ab. Dem halten ihre Vertreter jedoch entgegen, daß trotz der Erfolge der medikamentösen Behandlungsverfahren die Versagerquoten immer noch zwischen 10 und 30% liegen. Auf alle Fälle sollte heute nurmehr in äußersten, individuell klar differenzierten Fällen zu dieser Behandlungsmethode gegriffen werden.[32]
Unklar bleibt vorläufig auch, ob die transkranielle Elektro-Stimulation zur Schlaferzeugung, also der sogenannte *Elektroschlaf*, den die Russen verhältnismäßig viel anwenden, ein brauchbares Therapieverfahren dar-

31) Derselbe, ebenda, S. 469 – 470
32) M. Fink (Ed.), Convulsive therapy. Seminars in Psychiat. 4, No 1 (1972)

stellt.[33)]
Als weitere somatische Therapieform ist schließlich noch die *Psychochirurgie* zu nennen, die vor allem in Großbritanien als bimediale Lobotomie, in jüngerer Zeit auch in Form von steriotaktischen Eingriffen an den vorderen Thalamuskernen, wieder in begrenztem Umfang für die Depressionsbehandlung empfohlen wird.[34)]

b) Medikamentöse Therapie

Die *medikamentöse Therapie* mit ihrer fast 20jährigen Erfahrung arbeitet seit 1957 mit der Familie der trizyklischen Antidepressiva.
Die unterschiedliche Akzentuierung der drei Hauptwirkungen wird unverändert gültig durch das Dreikomponentenschema von *Paul Kielholz* erfaßt, das eine *depressionslösende,* eine *antriebsfördernde* und eine *angst-* und *erregungsdämpfende* Wirkung berücksichtigt.[35)]
Für die Indikationsstellung zur Pharmakotherapie ist die Differenzierung in agitierte und gehemmte Depressionen von entscheidender Bedeutung, denn die einzelnen Antidepressiva unterscheiden sich nicht nur bezüglich der eigentlichen stimmungsaufhellenden, thymoleptischen Wirkung, sondern auch in bezug auf die zusätzliche agitations- und angstdämpfende Wirkung bzw. hemmungslösende-aktivierende Wirkung. Dies ist vor allem auch in bezug auf die Suizidgefahr zu beachten. So schreibt *Erwin Ringel:*
„Vom Standpunkt der Berücksichtigung des präsuizidalen Syndroms soll nur noch einmal eindringlich auf die Gefahr jener Medikamente aufmerksam gemacht werden, die eigentlich nicht depressionsaufhellend, sondern lediglich antriebssteigernd wirken: nicht nur führen sie zu keiner Aufhebung der präsuizidalen Verfassung, sie können sogar im Gegenteil durch Stimulation der Initiative ... dem Selbstmord den Weg bahnen. Bei der Erprobung jedes antidepressiven Medikamentes sollte daher auf diese Differenzierung

33) S. H. Rosenthal / N. L. Wulfsohn. Electrosleep. A preliminary communication. J. nerv. ment. Dis. 151, 146 (1970)
34) V. H. Mark / H. Barry / McLardy / F. R. Erwin, The destruction of both anterior thalamic nuclei in a patient with intractable agitated depression. J. nerv. ment Dis. 150, 266 (1970)
35) H. Hippius, Zum Stand der Therapie der Depression. in: Depressive Zustände (Hrsg. P. Kielholz), S. 49 – 58

Antidepressiva[36)]

Chemische Kurzbezeichnung	Markenname	Durchschnittliche Tagesdosis	Indikationen	Begleiterscheinungen
Thymoleptika				
Imipramin	‚Tofranil'	30–300 mg	Depressionszustände aller Art, Melancholien mit Tagesperiodik und vitaler Hemmung	Mundtrockenheit, Tachykardie, Schwitzen, Einschlafstörungen, Tremor
Desipramin	‚Norpramin' ‚Pertofran'	25–150 mg	Schwere gehemmte Depressionen, schwere Melancholien	Einschlafstörungen, Erregungszustände
Trimeprimin	‚Surmontil'	30–300 mg	Ängstlich-agitierte Depressionen	Mundtrockenheit, Herzklopfen, Hypotonie, Müdigkeit
Chlorimipramin Clomipramin	‚Anafranil'	50–200 mg	Depressionszustände aller Art, besonders solche mit psychomotorischer Hemmung	Tachykardie, Schwitzen, Mundtrockenheit
Opipramol	‚Insidon'	50–300 mg	Leichte depressive Verstimmungen, Nachbehandlung schwerer Depressionen	Mundtrockenheit
Dibenzepin	‚Neodit' ‚Noveril'	120–720 mg	Depressionszustände aller Art, Melancholien mit Tagesperiodik und vitaler Hemmung	Hypotonie, Tachykardie

36) Walter Pöldinger, Kompendium der Psychopharmakotherapie, Basel, Roche ^{2}1971 S. 58

Chemische Kurzbezeichnung	Markenname	Durchschnittliche Tagesdosis	Indikationen	Begleiterscheinungen
Amitriptylin	‚Elavil' ‚Etrafon'[1] ‚Laroxyl' ‚Limbitrol'[2] ‚Limbatril'[2] ‚Saroten' ‚Triavil'[1] ‚Tryptizol'	30–200 mg	Depressionen mit ängstlichem Gepräge	Mundtrockenheit, Herzklopfen, Hypotonie, Müdigkeit
Nortriptylin	‚Aventyl' ‚Noritren' ‚Nortrilen' ‚Sensival'	50–150 mg	Gehemmte Depressionen, Melancholien	Erregungszustände, Schlafstörungen
Noxiptilin	‚Agedal'	75–300 mg	Depressionszustände aller Art mit nicht zu stark ausgeprägter psychomotorischer Hemmung oder Agitiertheit	Mundtrockenheit, Schwitzen, Tachykardie
Protriptylin	‚Concordin' ‚Triptil' ‚Vivactil'	30–120 mg	Gehemmte Depressionen	Schlafstörungen, Tachykardie
Melitracen	‚Deanxit'[3] ‚Trausabun'	50–250 mg	Depressionen aller Art mit nicht zu stark ausgeprägter psychomotorischer Hemmung oder Agitiertheit	Mundtrockenheit, Herzklopfen, Schwitzen, Müdigkeit
Dimethacrin	‚Istonil'	50–400 mg	Depressionszustände aller Art mit nicht zu stark ausgeprägter psychomotorischer Hemmung oder Agitiertheit	Mundtrockenheit, Schwitzen, Hypotonie

1 Kombinationspräparat, enthält zusätzlich Perphenazin
2 Kombinationspräparat, enthält zusätzlich Chlordiazepoxyd
3 Kombinationspräparat, enthält zusätzlich Flupenthixol

Chemische Kurzbezeichnung	Markenname	Durchschnittliche Tagesdosis	Indikationen	Begleiterscheinungen
Doxepin	‚Aponal' ‚Sinquan' ‚Sinequan'	15–150 mg	Ängstlichagitierte Depressionen, Angst- und Spannungszustände	Müdigkeit, Mundtrockenheit
Prothiaden	‚Prothiaden'	75–450 mg	Ängstlichagitierte Depressionen	Mundtrockenheit, Müdigkeit, Hypotonie
Iprindol	‚Galatur' ‚Prondol' ‚Tertran'	60–120 mg	Depressionszustände aller Art mit nicht zu stark ausgeprägter psychomotorischer Agitiertheit oder Hemmung	Mundtrockenheit, Hypotonie
Thymeretika				
Isocarboxazid	‚Marplan'	30–90 mg	Hemmungszustände, vorwiegend gehemmte Depressionen	Hypotonie, Inkompatibilitätserscheinungen mit Thymoleptika
Nialamid	‚Niamid'	75–500 mg	Hemmungszustände, vorwiegend gehemmte Depressionen	Hypo-, eventuell Hypertonie, Inkompatibilitätserscheinungen mit Thymoleptika
Phenelzin	‚Nardil' ‚Stinerval'	45–150 mg	Hemmungszustände, vorwiegend gehemmte Depressionen	Hypotonie, Inkompatibilitätserscheinungen mit Thymoleptika
Tranylcypromin	‚Eskapar'[1] ‚Jatrosom'[1] ‚Parnate'	10–30 mg	Schwere Hemmungszustände	Kollapsneigung, schwere Inkompatibilitätserscheinungen mit Thymoleptika, Weckaminen und Käse

1 Kombinationspräparat, enthält zusätzlich Trifluoperazin.

Chemische Kurzbezeichnung	Markenname	Durchschnittliche Tagesdosis	Indikationen	Begleiterscheinungen
Lithiumsalze				
Lithiumcarbonat	‚Camcolit' ‚Candamide' ‚Hypnorex' Lithium carbonicum	ca. 3–6 Dragées täglich, um einen Blutspiegel nicht über 1,8 mval/l, nicht unter 0,6 mval/l zu erreichen	Prophylaktikum bei zyklischen und periodischen endogenen Depressionen	Tremor, gastrointestinale Störungen
Lithiumacetat	‚Quilonum'			

geachtet werden, insbesondere auch darauf, ob nicht die antriebssteigernde Wirkung der antidepressiven vorausgeht: in dieser Zeit wäre dann nämlich bei der Anwendung eines solchen Medikamentes erhöhte Selbstmordgefahr gegeben."[37)]

Doch nicht nur die Selbstmordgefahr, sondern auch die Gefahr der Kriminalität verlangt heute, wie *Werner Mende* zeigt, eine immer größere Differenzierung.

„Antidepressiva werden heute nicht nur von Nervenärzten, sondern auch in der Allgemeinpraxis in steigendem Umfange verordnet. Den unbestreitbaren Erfolgen stehen aber auch Gefahren bei diesen Medikationen gegenüber, welche forensische Komplikationen nach sich ziehen können ... Es genügt heute keineswegs mehr, sich mit einer Blutalkoholbestimmung zu begnügen. Blut und Urin sollten immer auch auf andere Substanzen hin untersucht werden, um Anhaltspunkte dafür zu gewinnen, ob womöglich Kombinationswirkungen vorgelegen haben können. Derartige objektive Daten können für die spätere forensische Beurteilung entscheidende Bedeutung erlangen.

Die Kriminologie depressiver Verstimmungen ist in den letzten Jahren immer vielseitiger geworden. Das Spektrum der bisher bekannten strafbaren

37) Erwin Ringel (Hrsg.) Selbstmordverhütung, S. 106

Handlungen Depressiver hat sich bedeutend erweitert. Allerdings stehen diese heute relativ häufig vorkommenden Straftaten Depressiver zumeist nicht in so enger Beziehung zur depressiven Verstimmung, wie das etwa beim erweiterten Suizid der Fall ist. Die depressive Verstimmung kann vielmehr für die Straftat einen ganz unterschiedlichen Stellenwert haben.

Die medikamentöse Beeinflussung der Suizidalität.[38)]

I	II	III	IV
Intensive Dämpfung der Suizidalität	Dämpfung der Suizidalität durch Antidepressiva	Beeinflussung des depressiven Grundprozesses	Aktivierung der Suizidalität
Neuroleptika mit stark dämpfender Wirkungskomponente:	Antidepressiva mit dämpfender Wirkungskomponente:	Antidepressiva mit vorwiegend stimmungsaufhellender Wirkung:	Zentrale Stimulantien einschließlich Appetitzügler:
Chlorpromazin	Amitriptylin	Chlorimipramin	Halluzinogene (zum Beispiel LSD, Cannabis [Haschisch, Marihuana])
Chlorprothixen	Doxepin	Dibenzepin	
Clopenthixol	Trimeprimin	Dimethacrin	
Clotiapin		Imipramin	Antidepressiva mit aktivierender Komponente sollen bei suizidalen Patienten, wenn überhaupt, nur in Kombination mit Pharmaka der Gruppe I und II verabreicht werden:
Levomepromazin		Melitracen	
Thioridazin		Noxiptilin	
		Iprindol	
Tranquilizer mit intensiv dämpfender Wirkungskomponente:	Kombinationspräparate:		Desipramin
	Amitriptylin und Chlordiazepoxyd		Nortriptylin
Diazepam	Amitriptylin und Perphenazin		Protriptylin

38) Walter Pöldinger, Kompendium der Psychopharmakotherapie, S. 122

mit dem Depressiven in ein enges Vertrauensverhältnis mit starker Gefühlseinheit zu treten, ohne dabei an Selbständigkeit zu verlieren. Nur auf dem Weg dieser Lebensteilnahme kann der Mangel an Selbstbewußtsein und Geborgenheit schrittweise gemindert werden. Schöne Worte und Rezepte sind hier völlig unwirksam. Neben der Einzeltherapie bietet auch die Gruppentherapie wertvolle Dienste.

In diesem Zusammenhang muß auch die *seelsorgliche Mitarbeit* hervorgehoben werden, stellt doch die Depression in ihrem tiefsten Grund eine verneinende Antwort auf die Frage nach dem Sinn des Lebens dar. Diese weit gefächerte Zusammenarbeit ist aber auch deshalb von besonderer Wichtigkeit, weil die Hospitalisierung gerade von Depressiven eine Reihe von Problemen mit sich bringt. So sagt *W. Schulte:*

„Je länger der Betroffene in der Klinik...geschützt war, umso schwieriger wird die Rückgewöhnung und vollständige Gesundung. Es muß gerade hier mit einem kaschierten Hospitalisierungsschaden gerechnet werden. Auch zeichnet sich die dem Depressiven eigene Scheu vor jeder Veränderung ab. So intensiv die Entlassung anfangs gewünscht worden war, so wird jetzt der Verlust der inzwischen vertraut gewordenen Umwelt gefürchtet. Vielfach stellt sich eine zunehmende Arztabhängigkeit und -bedürftigkeit heraus, so skeptisch und ablehnend er anfangs jeder ärztl. Beeinflussung gegenüber war. Diese sich aufopfernde erwartungsneurotische Komplikation hat also ihre Wurzeln darin, daß sich der Patient auf der einen Seite zu besonderer Bewährung verpflichtet fühlt, andererseits fürchtet, er könnte versagen.

Man möchte einen solchen Genesenden am liebsten mit einem Kran aus der Klinik über die verhängnisvolle Schwelle heben und mitten in ein unbefangenes Leben und selbstverständliches Wirken in vertrauter Umwelt hineinversetzen. Denn gerade diese Zeit des Übergangs bez. der Erwartung dessen, was bevorstehen könnte, ist ja das Gefährliche. Ist sie überwunden, dann ist alles gewonnen.

Zur Verunsicherung trägt bei, daß diese Patienten bei ihrer Rückkehr nicht eine überzeugende Etikettierung für das, was sie durchgemacht haben, vorweisen können. Sie sind auf recht hohle Rechtfertigungs- oder Kaschierungsprozeduren angewiesen. Es verbleibt im Rückblick der Eindruck von etwas Peinlichem. Dem Wiedergenesenden fehlt die für die Umwelt verbindliche und andere sachlich ins Bild setzende Nomenklatur für seine Krank-

heit. Wird von Melancholie oder Depression gesprochen, so hat er mit einer Fülle von Vorurteilen mit den Konsequenzen: Ausklammerung, Diffamierung oder Bemitleidung zu rechnen. Eine Kranke, eine Ärztin, stellte einmal nach dem Abklingen ihrer Phase über das Verhalten der Umwelt empört die Frage: ‚Warum darf man nicht einfach sagen: ich hatte inzwischen ein mit Erfolg bestrahltes Karzinom der Seele?' "[40]

V. DIE SOMATOGENE DEPRESSION

Nachdem wir nun die verschiedenen Formen der psychogenen und endogenen Depression besprochen haben, wollen wir noch kurz auf die dritte große Gruppe, nämlich die *somatogene Depression* eingehen.
Unter *somatogener* Depression werden jene depressiven Zustandsbilder zusammengefaßt, die als direkte Folgen organischer Prozesse entstehen. Handelt es sich in erster Linie um eine strukturelle Schädigung des Gehirns, so spricht man von organischer Depression, handelt es sich hingegen um körperliche Krankheiten, die nur in zweiter Linie auf das Gehirn einwirken, so spricht man von symptomatischer Depression.[41]

1. Die organische Depression

Mit *organischer Depression* werden also solche depressive Zustandsbilder bezeichnet, die auf Schädigungen und Veränderungen des Gehirns zurück-
progressiver Paralyse, Enzephalitiden oder postenzephalitischen Zuständen, sowie Oligophrenie und Epilepsie. Vor allem bei letzteren überwiegen gehen, wie bei seniler arterioskleroser Demenz, Hirntumoren, Hirntraumen

40) W. Schulte, Klinische Erfahrungen über das Herausgeraten aus der melancholischen Phase, in: Das endogene Syndrom, S. 418 – 419; vgl. auch:
Joseph Mendels, Concept of Depression, New York-London, John Wiley 1970; Paul Kielholz, Diagnose und Therapie der Depressionen, München, Lehmanns ^{3}1971

41) Maria Eva Wengle, Depression, Begriff und Klassifikation, S. 21 – 25

dysphorische Stimmungen sowie apathische Verzagenszustände, während sich sogenannte organisch depressive Wahnideen selten finden. Dagegen wird das depressive Syndrom von einem organischen hirndifusen Psychosyndrom mit Gedächtnisstörungen, Orientierungsstörungen, Affektlabilität oder Affektinkontinenz begleitet. Infolge der fortschreitenden Überalterung der Bevölkerung in unseren Breitengraden und der Zunahme der Verletzungen durch Schädeltraumen treten solche organische Depressionen immer häufiger auf.[42)]

2. Die symptomatische Depression

Als *symptomatische Depression* werden jene Zustandsbilder bezeichnet, die als Teil- oder Begleiterscheinungen extrazerebraler Krankheiten auftreten oder auf toxischer oder medikamentöser Grundlage entstehen. Symptomatische Depressionen zeigen sich daher vor allem bei oder nach Infektionserkrankungen, bei Herz- und Kreislauferkrankungen, bei Lungenerkrankungen, Nierenerkrankungen und bei endokrinen Störungen, speziell bei Schilddrüsenerkrankungen.
Bei Alkoholikern und Toxikomanen können sie sowohl während der Intoxikationsphase als auch während der Entziehungsphase auftreten. Schließlich können symptomatische Depressionen auch durch bestimmte Medikamente ausgelöst werden, so bei der Langzeitmedikation von Reserpin zur Hochdruckbehandlung und von Neuroleptika bei der Schizophreniebehandlung sowie bei längerer Anwendung von Nebennierenrindenhormonen. Da also diese Depressionen mit einer vorübergehenden Beeinträchtigung der Gehirnfunktionen zusammenhängen, sind sie in der Regel vorübergehender Natur.[43)]

3. Therapie

Was schließlich die *Therapie* dieser somatogenen Depressionsformen betrifft, so hat sie über die Heilung der zugrundeliegenden somatischen

42) G. Hole, Grundzüge der Depressionsdiagnostik, S. 8
43) H. Helmchen / H. Hippius, Pharmakogene Depressionen, in: Das endogene Syndrom (Hrsg. Hippius-Selbach) S. 443 – 448

Krankheit zu erfolgen. Der wichtigste Anhaltspunkt für die Diagnose einer somatischen Depression ist die Abhängigkeit des Verlaufes der depressiven Störung vom Verlauf der somatischen Krankheit. Wo dieser Zusammenhang nicht besteht, handelt es sich um eine psychogene oder endogene Depression.[44)]

VI. SCHLUSS

Wir kommen zum Ende unseres groben Überblicks zum heutigen Verständnis der Depression. Wir mußten viele Fragen offen lassen. Dies ist zunächst durch die zeitliche Begrenzung eines solchen Beitrages bedingt; entscheidender jedoch ist die Tatsache, daß auch im wissenschaftlichen Gespräch zahlreiche Probleme ungeklärt sind.
Zum Verständnis des Depressiven sei an dieser Stelle gesagt: in aller Regel handelt es sich um einen feinfühligen, verantwortungsbewußten, tiefschürfenden Menschen, der im Blick auf sich selbst und auf die Welt schwer an seinem Leben leidet. Gelingt es jedoch, in der fachlichen Therapie wie im mitmenschlichen Kontext, diesem Menschen Verständnis, Achtung und Geborgenheit entgegenzubringen, kann er wieder eine positive Lebenszu-

44) Carroll E. Izard, Patterns of emotions. A new analysis of anxiety and depression. New. Academie Press 1972; J. Glatzel, Endogene Depressionen. Zur Psychopathologie, Klinik und Therapie zyklothymer Verstimmungen, Stuttgart, Thieme 1973; Edith Jacobson, Depression. Comparative studies of normal, neurotic, and psychotic conditions, New York, International Univ. Press / Feffer & Simons 1973; P. Kielholz, Depressive Zustände. Erkennung, Bewertung, Behandlung. Bern-Stuttgart, Huber-Klett 1972; Hermann Pohlmeier, Depression und Selbstmord. Eine kritische Information, München, Manz 1971; Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung, hrsg. von Walter Schulte und Werner Mende, Stuttgart, Thieme 1969; Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis, Hrsg. v. K. P. Kisker / J. E. Meyer / M. Müller / E. Strömgren, Bd. II, Klinische Psychiatrie, Berlin-Heidelberg-New York, Springer Verlag 1972; Heinrich Kranz, Depressionen. Ein Leitfaden für die Praxis, Werk-Verlag Dr. Edmund Banaschewsky, München-Gräfelfing ^{2}1972; Frederic F. Flach, Depressionen als Lebenschance, Reinbeck, Rowohlt 1975; Gerhard Irle, Depressionen, Stuttgart, Kreuz Verlag 1974

wendung erreichen, und er wird dann zu den angenehmsten und verläßlichsten Mitbürgern gehören.

Das Gedicht „Im Nebel" von HERMANN HESSE, das dem Depressiven aus der Seele spricht, sei zum Schluß zitiert.

IM NEBEL

Seltsam, im Nebel zu wandern!
Einsam ist jeder Busch und Stein.
Kein Baum sieht den andern,
Jeder ist allein.

Voll von Freunden war mir die Welt,
Als noch mein Leben licht war,
Nun,da der Nebel fällt,
Ist keiner mehr sichtbar.

Wahrlich, keiner ist weise,
Der nicht das Dunkel kennt,
Das unentrinnbar und leise
Von allen ihn trennt.

Seltsam, im Nebel zu wandern!
Leben ist einsam sein.
Kein Mensch kennt den andern,
Jeder ist allein.