

## Provokation und Kristallisation depressiver Psychosen

Von J. J. Lopez Ibor

Es ist schon einige Zeit her, daß mir die Ausdrücke „Provokation“ oder „Auslösung“ allzu machtüberladen und kräftig vorkommen, um in bezug auf seelische Depressionen Anwendung zu finden. Dies um so mehr, als die Meinungsverschiedenheiten zwischen den diversen Systemen sehr bedeutend sind. Das Problem der Auslösung der Depressionen hängt eng zusammen mit dem Problem der Systematik der Depressionen. In der angelsächsischen Literatur z. B. schloß man in die sogenannte „Separatistenschulen“ die Namen *Griesinger*, *Kraepelin* und *Mayer Grob* ein, wenn von Autoren die Rede ist, die den zwischen reaktiven und endogenen Depressionen bestehenden Unterschied besonders hervorheben sollen. Dagegen aber haben wir Namen wie *Mapother*, *Lewis*, *Curran* und viele andere, bei denen solchen Verschiedenartigkeiten jeglicher klinische oder sogar therapeutische Wert abgestritten wird. In den letzten Jahren sind gründliche Studienarbeiten zu statistischen Zwecken durchgeführt worden, die Ergebnisse weisen aber jedenfalls Widersprüche auf. In meiner Sprechstunde auf der Universitätsklinik meldet sich ein Patient mit starker Depression, unter der er nach eigener Aussage seit zwei Wochen leidet und die er dem Umstand zuschreibt, daß seine Braut sich mit ihm verzankt habe. Die ärztliche Beratung zieht sich lange hinaus und erst bei ihrer Beendigung schält sich ein entscheidender Anhaltspunkt heraus: Die Braut hatte sich vor 10 Jahren mit ihm verzankt und er hatte nun eine andere Braut, aber in der Begründung des Kranken war das Wichtigste das vor zehn Jahren erlittene Trauma. *Freud* wies auf die Schwierigkeiten hin, auf die gewisse hysterische Frauen stoßen, um eine verständlich geordnete Anamnese der Begebenheiten in ihrem Leben vorzubringen, und wer direkte klinische Erfahrung hat, ist sich dessen bewußt, daß dies in den Neurosen und auch den Depressionen sehr oft der Fall ist. Wie oft haben wir einen Deprimierten beobachtet, der viele Jahre vorher eine andere Phase durchgemacht hat, seine Arbeitsbetätigung wieder aufgenommen und während dieser ganzen Periode ein normales Leben geführt hat. Wir haben Gelegenheit gehabt, ihn in einem solchen Zustand zu sehen und dennoch sagt er uns, als ihn die neue Depressionsphase erreicht, daß er sich niemals wohl gefühlt habe und daß er vom ersten Mal an ununterbrochen deprimiert gewesen sei.

In der Auslegung von Krankengeschichten besteht ein wichtiges Faktum, und zwar diese Tendenz des Deprimierten zur Anaphorie, die darauf abzielt, seinen vitalen Untergrund mit dem depressiven Cha-

rakter ganz zu verschmelzen, als ob sein Leben sich auf dies allein beschränkt habe. Ein anderes Problem von großer Wichtigkeit, wenn von einer Provokation der Depressionen die Rede ist, besteht darin, herauszufinden, ob tatsächlich zwei Formen von Depressionen existieren: Eine reaktive und eine endogene Form. *Grinker*, der mit seinen Mitarbeitern eine ausführliche Untersuchung des Phänomens Depressionen vornahm, hat herausgehoben, daß in den Vereinigten Staaten die Einführung der psychiatrischen Abteilungen in den allgemeinen Krankenhäusern und die dementsprechende Aufnahme von Kranken mit Selbstmordgedanken, Gemütsregung und starker Depression usw. also, was sie dort als psychotische Depressionen bezeichnen, die Überzeugung durchsetzte, daß die Psychotherapie keinerlei Änderung im Verhalten dieser Patienten aufzeichnet, trotz einer aktiven Psychotherapiebehandlung und die Sachlage in bezug auf dieses Problem an vielen Orten in den Vereinigten Staaten verändert hat, obwohl der Ausdruck „endogen“ in der Fachsprache immer abstoßend klingt.

Um, soweit dies möglich ist, die Notwendigkeit zu vermeiden, mich so entschieden zugunsten einer gewissen Tendenz auszusprechen, habe ich den Ausdruck „Kristallisation“ eingeführt, zunächst innerhalb der Symptomatologie der Neurosen und später in den Depressionen. Dieses Wort stammt von *Stendhal* aus seiner Beschreibung, was die Liebe ist. Es ist wohlbekannt, daß er dort vom Ast eines Baumes spricht, der in einem Gebirgssee bei Salzburg versenkt wird und nach zwei oder drei Tagen von Kristallen wie Perlen umhüllt, unter einer veränderten Form oder Erscheinung wieder auftaucht. Für *Stendhal* besteht die Liebe nicht in der Entdeckung der objektiven Realität der geliebten Person, sondern in einem gewissen Etwas, das vom Liebenden herrührt, der das innerhalb von ihm Bestehende auf die von ihm geliebte Person projiziert. Im vorliegenden Fall würde Kristallisierung bedeuten, daß jenes, das sich dank der Entfesselung eines an und für sich vulgären Umstandes bereits formte, lebenden Anteil, Psychonomie, nimmt. Eine erschöpfende und psychodynamische Analyse des provozierten Vorfalles erscheint uns somit nicht der empfehlenswerteste Weg der Forschung.

Verschiedene Schulen haben sich damit befaßt herauszufinden, welches das für die Depression charakteristische Symptom ist. Auch *Grinker* untersucht dieses Problem in seiner Monographie ausführlich. In Mitteleuropa hat sich (wenn auch nicht überall) die Auslegung durchgesetzt, daß die als endogen bezeichneten Depressionen vitalen Charakters sind, das heißt unter Anspielung auf die Schicht vitaler Gefühle, die *Scheler* beschreibt. Nach einem Ausspruch von *Kurt Schneider* ist typisch für die Zykllothymie der vitale Charakter der Verstimmung, was nicht ausschließt, daß dieser Charakter sich manchmal auch in den nicht zykllothymischen Depressionen zeigt; was aber die Seele in den Depressionen befällt, ist natürlich die vitale Traurigkeit. Sofern man von der vitalen Traurigkeit abgeht und einfach leibliche Mißgefühle überhaupt als zykllothymes Symptom betrachten will,

ist gar kein diagnostischer Stützpunkt vorhanden. Dabei gibt es sicher mitunter im Rahmen der Zykllothymie eine rein vitale Niedergeschlagenheit ohne eigentliche vitale oder seelische Traurigkeit, eine „depressio sine depressione.“ Aber die grundsätzliche Diagnostik kann sich nicht an die vitalen Mißgefühle halten, denn sie gibt es überall, auch bei der Untergrunddepression, und ihre besondere Qualität ist bei der Zykllothymie nicht nachweisbar. Auch die leiblichen zykllothymen Depressionen (einschließlich der eigentlich vitalen) haben meist einen seelischen Hof (Beweggrund): Die Menschen sind in ihrer Stimmung bedrückt. Mit der depressio sine depressione muß man vorsichtig umgehen. Noch immer werden leibliche zykllothyme Depressionen viel zu wenig als solche erkannt. Es kommt aber auch vor, daß sie zu oft vorausgesetzt werden, was mit der Bequemlichkeit einer physischen Auslegung zusammenhängen dürfte.

Die Einführung der sogenannten „Untergrunddepressionen“ durch den vorerwähnten Autor verwickelt einerseits und klärt zugleich das Problem. Die Klärung besteht darin, daß sich einer dessen bewußt werden muß, daß in der Diagnose des Psychiaters zwei subjektive Elemente mitspielen: Eines ist die Fähigkeit des Patienten, die Erfahrung aus seinem eigenen Leben zum Ausdruck zu bringen und das andere die Fähigkeit des Arztes, dieselbe richtig zu deuten. Wie weit diese Unterschiedlichkeit führen kann, das brachte mir ein Patient in Erinnerung, der mir von einer Internistenklinik zugewiesen worden war und der sich ausschließlich über Atembeschwerden beklagte. Es handelte sich bei ihm um eine typische Angstdepression, aber er lehnte energisch ab, er sei deprimiert oder sonstwie seelisch beeindruckt. Für ihn bestand kein anderes Problem als die Atemnot.

Es ist absolut möglich und es ist einer ausführlichen Untersuchung wert, in welchem Ausmaße die heute bekannten antidepressiven Arzneimittelbehandlungen für uns von Nutzen waren, um derartige Situationen deutlicher zu erkennen. Es ist übrigens bemerkenswert, daß die vitale Traurigkeit unter den von *Scheler* aufgezählten vitalen Gefühlen nicht eingeschlossen ist, wogegen einzig und allein die reaktive oder psychische Traurigkeit in Erscheinung tritt. Da nun die gleiche schichtmäßige Einteilung auf viele grundsätzliche Zweifel Anwendung findet, ist es wohl für uns in bezug auf die klinische Erfahrung das beste, uns an das was wir sehen, zu halten. Meine persönlichen Erfahrungen deuten darauf hin, daß es selbstverständlich vitale Traurigkeit gibt und daß sie darüber hinaus gelegentlich mit der reaktiven Traurigkeit koexistiert, Beispiele dafür sind: Die charaktermäßig deprimierte Frau, die vom Tode ihres Gatten benachrichtigt wird, erkennt deutlich den Unterschied zwischen diesen zwei Arten von Traurigkeit oder die Definition, die *Schulte* vom Melancholiker als Kranken, der nicht traurig werden kann, gibt. Wir stehen hier vor einer Reihe von Erlebniserscheinungen, deren gründliche Untersuchung vielleicht undurchführbar sein dürfte. Die quantitative Festlegung der psychischen Phänomene wäre ein idealer Ausweg für die Heilkunst

der Zukunft auf Grund von Computern; die Irrtümer, denen man ausgesetzt ist, liegen aber auf der Hand, wie die verschiedenen Bewertungserfahrungen, die über den Einfluß der thymoleptischen Mittel vorgenommen werden, beweisen.

*Hamilton*, Urheber einer der meistgeschätzten Skalen für die Bewertung der Behandlungsverfahren bei Depressionen, sagte mir gelegentlich, das fundamentale Symptom für den fundamental depressiven Patienten, in bezug auf größere Frequenz, sei die Anorexia. Es dürfte Ihnen leicht verständlich werden, wie groß die Schwierigkeiten sind, auf die man in der Praxis stößt, wenn man sich auf derartige Kriterien verlegt.

Nehmen wir vorderhand von den üblichen und möglicherweise zwecklosen Diskussionen Abstand und ich glaube, wir werden feststellen können, daß die Beschreibung der neuen Formen von Depressionen das Problem leichter gemacht hat. Es erübrigt sich, daß ich alles aufführe, es dürfte genügen, daß ich mich auf die *Weitbrecht'sche* endoreaktive Dysthymie, die *Kielholz'schen* asthenischen Erschöpfungsdepressionen, auf die Entlastungsdepressionen von *Bürger-Prinz* und auf die von mir selbst beschriebene thymopathischen Syndrome usw. beziehe. Diese Abarten offenbaren die verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten eines Grundes, eines Charakterstudiums und der sozialen Verhältnisse, in denen der Patient lebt und in denen sein Leben sich abspielt. Dies ist die Ursache, warum die klinische Beschäftigung mit den Deprimierten so stark zugenommen hat, da sie zugleich in viele Schichten aufgeteilt werden muß. Bei all diesen klinischen Bildern kommt die Frage von der sekundären Vitalisierung der Depression, die auf reaktive Weise begann, auf. Unter meinen Erfahrungen finden sich auch gegenteilige klinische Bilder, d. h. solche, deren Lebensbasis anfänglich Veränderungen erlitt und später an Vitalität einbüßte, als ob es sich um die Übertragung einer praktisch gesehen gleichbedingten Symptomatologie zwischen der vitalen Schicht und der Schicht der psychischen Gefühle handelte. Das Merkwürdige dabei ist, daß im zweiten Falle der Mißerfolg der antidepressiven Heilmittel einwandfrei feststeht, das Problem wird aber noch komplizierter, wenn man in Betracht zieht, was mit den obsessiven Neurosen, die man Jahre hindurch zu beobachten Gelegenheit hatte, geschieht. Anfangs stellt sich eine Phobie oder Obsession ein, begleitet von einer Beklemmungskrise, die man, je nach dem Standpunkt des behandelnden Arztes, als vital oder nicht vital bezeichnen könnte. Es vergehen Jahre und der Kranke verwandelt sich in eine völlig obsessive Person, die sozusagen außerstande wäre, das Rechteck ihres Hotelzimmers zu verlassen. In solchen Fällen wartet man gewöhnlich lange, bevor man eine Leukotomie indiziert. In Anbetracht mehrerer derartiger Leukotomien haben wir in meiner Klinik Gelegenheit gehabt, typische hyperthymische oder typisch depressive klinische Bilder in den ersten Monaten nach der Operation zu beobachten, als ob es ein Wiedererleben des Krankheitsprozesses gegeben hätte, was allerdings kli-

nische Bilder sind, die glücklicherweise nachträglich zu verschwinden pflegen.

Die medikamentöse Depression wirft ein neues klinisches Problem in bezug auf die Provokation der Depressionen auf. Mir scheint unter allen Äußerungsformen der arzneibedingten Depressionen jene die interessanteste, die nach einem heftigen schizophrenen Schub, der in allen seinen Äußerungen völlig nachgelassen hat, vorsichtshalber vom Psychiater mit neuroleptischen Arzneimitteln in verminderter Dosis weiterbehandelt wird. Sie erscheint eines Tages, mehrere Monate oder ein Jahr später, mit Merkmalen, die völlig mit einer endogenen Depression übereinstimmen, aber in teilweise geschwächter Form, dank des Einflusses des entsprechenden neuroleptischen Mittels. Das Umwechseln von dieser Arzneibehandlung zu einer typisch antidepressiven erleichtert rasch die Lösung des Problems. Die große Anzahl aufführbarer Hypothesen macht es äußerst schwierig, alle Einzelheiten zu besprechen. Darf man vermuten, daß es sich um die fortdauernde Einwirkung des neuroleptischen Mittels handelt, als der vorausgehende schizophrene Schub bereits vorbeigegangen war? Darf man annehmen, daß der Patient lediglich eine Depressionskrise durchmacht, dank des Umstandes, daß er mit neuroleptischen Heilmitteln behandelt wird und die gleichzeitige Anwendung thymoleptischer Arzneien das Problem völlig löst? Darf man an einen allen endogenen Psychosen gemeinsamen Grund glauben? In diesem Falle führt die gesamte Problematik zur Unabhängigkeit der Nosologie von der Schizophrenie der Depressionen, wobei man in Betracht ziehen muß, daß eine derartige Unabhängigkeit an vielen psychiatrischen Anstalten nicht verwundern könnte, wo die Schizophrenie-Diagnose reichlich Anwendung findet, dagegen wohl an den europäischen Schulen, die sich strikt an symptomatologische Kriterien halten, manchmal sogar mit größerer Strenge als aus ihrer eigenen Beschreibung hervorgeht. In einigen solchen Fällen kommt der Zweifel auf, ob der erste als Schizophrenie bezeichnete Schub nicht etwa ein Ansatz von verlarvter Manie sein könnte, trotz des Antreffens von sogenannten pathognomischen Symptomen oder Symptomen ersten Ranges, was die Ausdeutung dieser wechselnden Sukzession psychotischer Episoden verschiedener Anzeichen erleichtern würde. Alle diese Hypothesen erfordern einen ausführlichen klinischen Nachweis. Meinerseits beschränke ich mich darauf, bei dieser Gelegenheit das Problem aufzurollen. Eine unter verschiedenen Alternativen, es nicht so zu tun, wäre, es zu dulden, daß die Arzneimittel eine depressive Aktion auf verschiedene Elemente des Gemüts oder der vitalen Schicht ausüben; das klinische Bild aber hat im Grund nichts mit dem klinischen Bild einer Depression zu tun. Diese Behauptung widerspricht dem Ergebnis, das man mittels der Behandlung mit antidepressiven Medikamenten erzielt. Immerhin kann es mit einigen Arzneimitteln, wie etwa Reserpin, passieren, daß man an der Möglichkeit einer Ähnlichkeit zu zweifeln beginnt. Die Depressionszustände unter Jugendlichen sind sehr häufig und oftmals trifft man sie unter

Adoleszenten, die dem Rauschgift erlegen sind, nach dem Entzug der Drogen. Es ist nicht angebracht, zumindestens nicht in den von mir studierten Fällen, an eine Auslösung im Sinne einer von Drogen provozierten Depression zu denken, in Anbetracht dessen, daß nach der Abgewöhnung die Wiederholung oft nicht vermieden werden konnte; die Depressionen haben besonders durch ihre kolossale Verwurzelung die Aufmerksamkeit erregt.

Das Zusammengehen des Persönlichkeitsnihilismus und des Nihilismus der Depressionen in ihren engen Beziehungen bildet ein Thema, das einer Untersuchung wert ist. Es steht jedenfalls außer Zweifel, daß es sich um sogenannte unreife Personen handelte. Die Zahl der Patienten dieser Art, die zur Sprechstunde kommen, nimmt ständig zu, sie werden die Last ihrer Depressionen nicht los. Das Kapitel Depressionen wird sich, so glauben wir, im gleichen Maßstab in dem die depressiven Äquivalente akzeptiert werden, umwandeln. Es besteht kein Grund, um nicht zuzugeben, daß wir uns in vielen Beziehungen auf unsicherem Gelände bewegen, aber ebensowenig kann man so klare Tatsachen leugnen, wie etwa folgendes Beispiel: Eine Frau von 30 Jahren, Diagnose Meralgie parasthetica, wird von einem Nervenchirurgen operiert, ohne weitere Resultate als daß mit der Resektion des N. cut. fem. lateralis die entsprechende Anästhesie provoziert wird. Die Patientin hat aber wieder Schmerzen, genau wie vorher am gleichen Bein und leidet später auch an Belästigungen am anderen Bein, die als depressive Äquivalente erkannt und in diesem Sinne behandelt werden, bis sie, dank thymoleptischer Medikamentverschreibung völlig verschwinden. Das gleiche passiert oft mit Kopf- und vielen anderen Schmerzen. Da es sich um sehr häufig auftretende Leiden handelt, von denen viele ins Kapitel der psychosomatischen Medizin gehören, aus welchem Grunde viele Patienten lange Zeit vom Hausarzt oder vom Internisten weiter betreut werden, wäre es höchst erforderlich, den vorgebrachten Standpunkt intensiver bekanntzugeben.

Die *Maudsley*-Vorlesung 1970, die ich die Ehre hatte, in London abzuhalten, bezog sich auf diese depressiven thymopathischen oder affektiven Äquivalente. Dieser Sektor der depressiven Äquivalente steht in enger Beziehung zur Syndromverschiebung und ich hoffe, daß Prof. *Spiegelberg* sich auf dieses Thema beziehen wird. *Schulte* hat die verschiedentlichen Alternativen, die es gibt, um den Depressionszustand aufzuheben, ausführlich besprochen und belegt, bis zu welchem Grad dies erreichbar ist. Genauso, wie das Aufhören der Depressionen auf verschiedene Weise zum Ausdruck kommt, ist dies auch bezüglich des Beginnens derselben der Fall. Manchmal geschieht es plötzlich, nicht nur vor dem Gewissen des Patienten, sondern im Bewußtsein des Beobachters, der die Verbindung zu den Deprimierten, die schon andere Phasen mitgemacht haben, aufrecht erhält.

*Tellenbach* hat das „Phänomen includens“ bis ins einzelne, d. h. die Zugänglichkeit zur Depression studiert. Es könnte, kurz gefaßt, als eine außergewöhnlich erlebte Form der vitalen Klaustrophobie be-

zeichnet werden. Die betreffende Person sieht sich vor Grenzen in ihrem Lebensraum gestellt, die sie nicht nur nicht überspringen kann, sondern sie fesseln sie obendrein mehr und mehr.

Nach meinen Erfahrungen erscheint dieser Umstand als auch die Einordnungsmöglichkeit des Depressiven viel deutlicher bei gewissen Typen von Deprimierten, bei denen die Traurigkeit mit der Lebensangst eng verbunden ist. So habe ich feststellen können, daß bei Aufhören der Depressionen der Verbleib gewisser Tendenzen zu Zwangsphänomenen häufiger ist als das Vorhandensein solcher Tendenzen schon vor den Depressionen, obwohl es andererseits nicht unlogisch wäre, anzunehmen, daß deren späteres Auftreten schon an sich ein Beweis für ihr latentes Vorhandensein sei und daß die Depression sie ausgelöst habe. Die Symptomatologie des klinischen Bildes der Depressionskranken hängt größtenteils davon ab, wie insbesondere der Verlauf der Angst mit der endothymischen Traurigkeit sich vollzieht und in anderen Fällen, mit anderen vitalen Gefühlen, die bei der klinischen Beobachtung weniger deutlich und mit geringerer Frequenz in Erscheinung treten.

Jegliche große Änderung, sogar wenn sie angenehmer Art ist, bewirkt im Menschen einen „Stress“. Dies geht aus einer kürzlich bei der Amerikanischen Gesellschaft für Wissenschaftlichen Fortschritt durch *Thomas Holmes*, Professor für Psychiatrie an der Washington Universität in Seattle vorgelegten Studienarbeit hervor. Der genannte Verfasser findet, daß, wenn sich die Änderungen in der Lebensart zu sehr anhäufen und sich diese zeitlich untereinander allzusehr nähern, sich oft eine schwere Krankheit bildet oder eine „Abgrunddepression“. Im Verlauf seiner Forschungen hat *Holmes* eine Skala angewandt, wobei er für die Änderungen, die besonderen Einfluß auf menschliche Wesen ausüben, gewisse Werte festsetzte. Falls innerhalb eines Jahres sich einige derartige Änderungen einstellen und wenn die jedem Wechsel zugeschriebenen Werte insgesamt die Ziffer 300 überschreiten, so ist es fast sicher, daß sich Störungen melden, im allgemeinen eine Depression. Laut Statistik verfielen 80% der Personen, die den Wert 300 überschritten, einer pathologischen Depression oder erlitten Herzanfälle oder sie verfielen anderen schweren Krankheiten. Ein Beispiel: Hans heiratet (50) und seine Frau wird, wie er es sich wünschte, schwanger (40). Sie gibt ihre Arbeit auf (26) und bringt ein Kind zur Welt (39). Hans, der seine Arbeit in einer Seifenfabrik haßte, findet eine besser bezahlte Stellung (38) in einer Schule außerhalb der Stadt. Nach den Ferien (13) und um es zu feiern, zieht die Familie aufs Land (20) und er geht wieder fischen und auf die Jagd (19), was er als Kind sehr gern tat und er beginnt mit einer Anzahl neuer, sympathischerer Kollegen zusammenzukommen (18). Alles kommt ihm jetzt besser vor als es früher war und das übt auf ihn einen solchen Einfluß aus, daß er es fertigbringt, das Rauchen aufzugeben.

Gemäß der Skala von *Holmes* ergeben alle diese Vorfälle eine Wertsumme von 323 und der Patient hat dann eine Depression. Um diese

Bewertung zu erzielen, schreibt der Verfasser dem Umstande, daß der Mann heiratet, den willkürlichen Wert 50 zu und nachher verlangt er von Leuten an verschiedenen Orten, daß sie die übrigen Lebensveränderungen bei diesem Ehepaar bewerten. So mußte eine Person, die der Meinung war, die Schwangerschaft stelle eine größere Änderung dar, als die Eheschließung, für die Schwangerschaft eine höhere Ziffer als 50 bestimmen. Um diese zwei Umstände miteinander in Verbindung zu bringen, also Änderungen und Gesundheit, hatte Holmes zwei Jahre lang 80 Einwohner von Seattle beobachtet. Nachher verglich er ihre Lebensverhältnisse in bezug auf die Änderungen mit ihren physischen und seelischen Störungen.

Es gibt noch viel mehr Probleme der Auslösung in diesem Vortrag, aber ich glaube, das wird dann die Diskussion besser bringen.

---

Sonderdruck aus: Probleme der Provokation depressiver Psychosen  
Internationales Symposium, Graz 1971