

Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie

Im Auftrag der Görres-Gesellschaft herausgegeben von
P. Christian, W. J. Revers, H. Tellenbach und D. Wyss

Sonderdruck

Heft **2** Jahrgang 25 (1977)

Verlag Karl Alber Freiburg/München

**Zeitschrift für Klinische Psychologie
und Psychotherapie**

25. Jahrgang 1977, Heft 2, Seite 97–192

Im Auftrag der Görres-Gesellschaft herausgegeben von P. Christian (Heidelberg), W. J. Revers (Salzburg), H. Tellenbach (Heidelberg), D. Wyss (Würzburg).

Mitherausgeber: W. v. Baeyer (Heidelberg), Th. Bovet (Zürich), E. Blum (Bern), I. A. Caruso (Salzburg), A. Däumling (Bonn), P. Fraise (Paris), V. E. Frankl (Wien), A. Görres (München), G. Harrer (Salzburg), P. H. Hofstätter (Hamburg), B. Kimura (Nagoya), A. Kraus (Heidelberg), S. Lebovici (Paris), G. Lienert (Erlangen-Nürnberg), J. J. Lopez-Ibor (Madrid), P. Matussek (München), A. Mayer (München), A. E. Meyer (Hamburg), T. Miyamoto (Tokio), U. Moser (Zürich), R. Mucchielli (Nizza), L. Pongratz (Würzburg), E. Roth (Salzburg), H. Ruffin (Freiburg), H. Schipperges (Heidelberg), W. C. M. Simon (München), W. Spiel (Wien), J. Stork (München), H. Strotzka (Wien), R. Tausch (Hamburg), A. Vukovich (Regensburg), E. Wiesenhütter (Stuttgart).

Redaktionsstab: Prof. Dr. Dr. G. A. Lienert, Erlangen-Nürnberg; Doz. Dr. Dr. J. Stork, München; Prof. Dr. I. A. Caruso, Salzburg; Prof. Dr. W. Simon, München.

Schriftleiter: Professor Dr. W. J. Revers, Psychologisches Institut der Universität Salzburg, Akademiestr. 22, A-5020 Salzburg (Originalia); Prof. Dr. M. Perrez, Université de Fribourg, Institut de Pédagogie, Rue de l'hôpital 1a, CH-1700 Fribourg (Rezensionen, Berichte).

Redaktion: Dr. H. Barnert, Psychologisches Institut der Universität Salzburg, Akademiestraße 22, A-5020 Salzburg.

Verlag Karl Alber GmbH, D-78 Freiburg i. Br., Hermann-Herder-Str. 4, Postfach, Telefon (07 61) 27 34 95, Telex 0 77 21 440.

Erscheinungsweise vierteljährlich.

Manuskripte und Besprechungsexemplare sind an den zuständigen Schriftleiter zu richten. Manuskripte jeweils mit einer kurzen Inhaltsangabe (summary) von 10 Zeilen. Unverlangte Manuskripte und Besprechungsexemplare werden nur zurückgesandt, wenn Porto beiliegt.

Printed in Germany.

© Verlag Karl Alber Freiburg/München 1977
Alle Rechte vorbehalten.

Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Übersetzung, Nachdruck – auch von Abbildungen –, Vervielfältigung auf photomechanischem oder ähnlichem Wege oder im Magnettonverfahren, Vortrag, Funk- und Fernsehsendung sowie Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen – auch auszugsweise – bleiben vorbehalten. Von einzelnen Beiträgen oder Teilen von ihnen dürfen nur einzelne Exemplare für den persönlichen und sonstigen eigenen Gebrauch hergestellt werden. Jede im Bereich eines gewerblichen Unternehmens zulässig hergestellte oder benutzte Kopie dient gewerblichen Zwecken gem. § 54 (2) UrhG und verpflichtet zur Gebührenzahlung an die VG Wissenschaft GmbH, Frankfurt a. M. 1, Großer Hirschgraben 17/21, von der die einzelnen Zahlungsmodalitäten zu erfragen sind.

Über einige geographische Namen bei den Griechen

Die geographischen Namen bei den Griechen sind in der Regel von großer Wichtigkeit, da sie oft die einzige Quelle für die Kenntnis der Lage und Beschaffenheit der betreffenden Gegenden sind. In der vorliegenden Arbeit sollen einige dieser Namen genauer betrachtet werden, um die Richtigkeit der bisherigen Annahmen zu prüfen und die geographische Lage der betreffenden Gegenden zu bestimmen.

Die ersten Namen, die wir betrachten wollen, sind die Namen der Inseln der Ägäis. Diese Inseln sind in der Regel von großer Wichtigkeit, da sie oft die einzige Quelle für die Kenntnis der Lage und Beschaffenheit der betreffenden Gegenden sind. In der vorliegenden Arbeit sollen einige dieser Namen genauer betrachtet werden, um die Richtigkeit der bisherigen Annahmen zu prüfen und die geographische Lage der betreffenden Gegenden zu bestimmen.

Die nächsten Namen, die wir betrachten wollen, sind die Namen der Städte der Kleinen Asien. Diese Städte sind in der Regel von großer Wichtigkeit, da sie oft die einzige Quelle für die Kenntnis der Lage und Beschaffenheit der betreffenden Gegenden sind. In der vorliegenden Arbeit sollen einige dieser Namen genauer betrachtet werden, um die Richtigkeit der bisherigen Annahmen zu prüfen und die geographische Lage der betreffenden Gegenden zu bestimmen.

Die letzten Namen, die wir betrachten wollen, sind die Namen der Städte der Großen Asien. Diese Städte sind in der Regel von großer Wichtigkeit, da sie oft die einzige Quelle für die Kenntnis der Lage und Beschaffenheit der betreffenden Gegenden sind. In der vorliegenden Arbeit sollen einige dieser Namen genauer betrachtet werden, um die Richtigkeit der bisherigen Annahmen zu prüfen und die geographische Lage der betreffenden Gegenden zu bestimmen.

Die geographischen Namen bei den Griechen sind in der Regel von großer Wichtigkeit, da sie oft die einzige Quelle für die Kenntnis der Lage und Beschaffenheit der betreffenden Gegenden sind. In der vorliegenden Arbeit sollen einige dieser Namen genauer betrachtet werden, um die Richtigkeit der bisherigen Annahmen zu prüfen und die geographische Lage der betreffenden Gegenden zu bestimmen.

Die ersten Namen, die wir betrachten wollen, sind die Namen der Inseln der Ägäis. Diese Inseln sind in der Regel von großer Wichtigkeit, da sie oft die einzige Quelle für die Kenntnis der Lage und Beschaffenheit der betreffenden Gegenden sind. In der vorliegenden Arbeit sollen einige dieser Namen genauer betrachtet werden, um die Richtigkeit der bisherigen Annahmen zu prüfen und die geographische Lage der betreffenden Gegenden zu bestimmen.

Die nächsten Namen, die wir betrachten wollen, sind die Namen der Städte der Kleinen Asien. Diese Städte sind in der Regel von großer Wichtigkeit, da sie oft die einzige Quelle für die Kenntnis der Lage und Beschaffenheit der betreffenden Gegenden sind. In der vorliegenden Arbeit sollen einige dieser Namen genauer betrachtet werden, um die Richtigkeit der bisherigen Annahmen zu prüfen und die geographische Lage der betreffenden Gegenden zu bestimmen.

Die letzten Namen, die wir betrachten wollen, sind die Namen der Städte der Großen Asien. Diese Städte sind in der Regel von großer Wichtigkeit, da sie oft die einzige Quelle für die Kenntnis der Lage und Beschaffenheit der betreffenden Gegenden sind. In der vorliegenden Arbeit sollen einige dieser Namen genauer betrachtet werden, um die Richtigkeit der bisherigen Annahmen zu prüfen und die geographische Lage der betreffenden Gegenden zu bestimmen.

Über einige Besonderheiten bei Depressionen

Von Juan J. López-Ibor, Madrid

Bei *endogenen Depressionen* erscheint als Schlüsseldiagnose eine gewisse *Traurigkeit*, deren Charakter aufgrund seiner Beschaffenheit zuweilen nicht einmal der Patient selbst erkennt. Es handelt sich nämlich um einen *besonderen Gemütszustand*. Ein vom Internisten überwiesener Patient begibt sich wegen seiner Atemnot, an der er derart leidet, daß er an einen psychogen behandelten Kranken erinnert, in Behandlung. „Was fehlt Ihnen, was läßt Sie leiden?“ frage ich ihn. „Ich leide an ermüdenden Atembeschwerden, es muß wohl das Herz sein.“ „Aber Sie wurden doch eben von einem Spezialisten, der nichts finden konnte, auf Herz und Lunge untersucht.“ „Ja“, sagt der Patient, „das ist wahr, jedoch konnte man meine Krankheit nicht diagnostizieren.“ Hier stehen wir vor unserer ersten psychotherapeutischen Aufgabe. *Die Lebenstraurigkeit und die damit zusammenhängenden Störungen können vielfach vom Patienten und seinen Angehörigen nur schwerlich erkannt werden.* Vor Jahren bezeichnete ich die *Lebenstraurigkeit* als den Ausgangspunkt für zahlreiche Neurosen. Damit hatte ich in meinem Heimatland einen derartigen Erfolg, daß ich davon Abstand nehmen mußte, da jedermann von seinem Stress oder seiner jeweiligen Lage geheilt werden wollte. Seit damals sprach ich von einem *endothymischen Symptom*. Der Begriff „*depressio sine depressio*“ ist sowohl klassisch als auch relativ neu: der *depres-*

sive Patient kann keine Traurigkeit empfinden. Das bedeutet, daß die *anaklytische Depression* oder die *anaklytischen Depressionen* sowie eine Reihe anderer Formen uns darlegen, daß die *Körperlichkeit des Patienten*, d. h. weder der Körper noch die Psyche, sondern beide gemeinsam, von einer nur schwer bestimm- baren besonderen Traurigkeit erfüllt sind. Diese unterscheiden zahlreiche Patienten von einer gewöhnlichen Traurigkeit, die durch ein im Leben des Patienten erlebtes Mißgeschick hervorgerufen wurde. Es handelt sich um eine *zutiefst verkörperlichte Traurigkeit, die nicht durch äußere Umstände, sondern durch eine interne Störung hervorgerufen wurde.*

Tatsächlich bestehen unterschiedliche klinische Depressionstypen, die von dem Vorhandensein einer Traurigkeits- oder Verzweiflungs- bzw. Überdrußsituation verursacht werden, die mehr oder weniger von endothymischen Faktoren durchdrungen sind und nicht nur von psycho- reaktiven Symptomen gebildet werden. In letzter Zeit hat sich die Liste verlängert; teilweise aus der Tatsache heraus, daß der Mensch inmitten einer Atmosphäre negativer Einflüsse lebt, teilweise aus anderen Gründen. Als Beispiele seien lediglich „Entlastungs-Depressionen“ (Schulte) und „Entwurzelungs-Depressionen“ (Bürger-Prinz) angeführt. Der mehr oder weniger betonte Endogenbeginn der Depression bestimmt deren Proleptik.

In Anbetracht dieser Vielzahl von Fragezeichen, welche die Bemühungen den Kern der Depressionen zu finden, umgeben, hat Tellenbach den Vorschlag gemacht, diesen Kern als *Endon*, als eine Art von *Physis* zu bezeichnen, die in ihrer konsekutiven Entwicklung das Endogene formt und bildet. Das *Endon* ist daher weder die biologische Apersönlichkeit noch die Persönlichkeit, die in der Entwicklung des Wesensinneren zutage tritt. Janzarik spricht hier von einer Permanenz und einer ängstlichen Erregung im Rahmen eines monatelangen Leerlaufes, wobei als permanent Schlaflosigkeit, Traurigkeit, Angst und die erwähnte ängstliche Erregung geltend gemacht wurden. v. Gebattel spricht von der Inhibition des grundlegenden Vitalrhythmus des Lebens; laut Kranz schließt diese Inhibition als Paradigma der Endogenität den Tod ein.

Beim Melancholiker besteht eine Art von Existenz-Ekstase, die durch die Unfähigkeit, die Zeit verstreichen zu lassen, oder besser gesagt, durch ein Gefühl, wie ein lebender Leichnam in der vorbeiziehenden Zeit zu versinken, definiert wurde. Im Grunde besteht dieser *Nihilismus*, diese Art von *Zerstörung*, die sich zuweilen auf eine derart grausame Art, wie dies der Raptus suicidus ist, äußert. Abgesehen von ärztlicher Hilfe rettet hier eine Blockierungs-Sperre den Patienten, d. h. viele Patienten. Sie wähnen sich nicht zu leben. Schulte spricht hier von einem Vivenzstadium, so, als ob es sich um einen nichtkörperlichen Zustand handeln würde.

Diese Situation scheint paradox, ist jedoch Tatsache. Wenn man einem Melancholiker in seiner tiefsten Melancholie die traurige Nachricht vom Verlust eines lieben Menschen überbringt, dann fühlt er genau wie ein jeder von uns Traurigkeit. Vielleicht hindert ihn sein pathologischer Gemütszustand daran, dieses Gefühl wie ein gesunder Mensch aufscheinen zu las-

sen, seine *Qualität* jedoch ist die gleiche. Auch wenn die Patienten beim Beschreiben ihres Zustandes sagen, daß sie traurig sind – diese Erklärung wird fast immer als Antwort auf eine Frage gegeben –, so ist das ihre Art zu antworten, da sie sich auf andere Weise nicht ausdrücken könnten. Vereinfacht könnten wir sagen, daß der Melancholiker nicht weint, während der Traurige je nach Temperament seinen Tränen mehr oder weniger spontan freien Lauf läßt.

Trotz einer ständigen Anwendung bin ich seit einiger Zeit zu der Überzeugung gelangt, daß der grundlegende Kern der tatsächlichen Melancholie oder Depression laut W. Schulte in der *Unfähigkeit zur Traurigkeit* zu suchen ist, nicht nur infolge der fehlenden Bereitschaft, sondern aufgrund der fehlenden Möglichkeit, *Traurigkeit zu empfinden*. – In einer derartigen Situation gelangen wir zu der Überzeugung, daß die Sprache trotz ihres ursprünglichen Verlaufes in der Dunkelheit der Zeiten und des scheinbaren derzeitigen Kenntnisreichtums nicht ausreicht, um einen Gemütszustand auszudrücken. Diese Traurigkeit, die wir dem Melancholiker zuschreiben, kann von diesem nicht ebenso erlebt oder empfunden werden, wie ein gesunder Mensch eine tiefgehende Traurigkeit empfindet.

In Fällen von enchronisierten Depressionen muß im Hinblick auf depressive Persönlichkeiten eine andere Diagnose erstellt werden. Wenn es sich um wirkliche „enchronisierte Depressionen“ handelt, dann ist deren Zahl eher gering. Kielholz spricht von 5 Prozent und führt als vordepressive Symptome „Hypersensibilität, Perfektionismus, Mißtrauen und Resignation“ an. Dazu kommen Symptome von Entpersonalisierung, anankastische und hypochondrische Züge. Die angewandte Therapie, einschließlich einer Kombination von Antidepressiv-Mitteln und Elektro-

shocks ist kaum in der Lage, das Krankheitsbild wesentlich zu verändern. Letztlich erzielten wir einige positive Resultate mit erhöhten Dosierungen von Thymoleptika, wie z. B. Kombinationen von Anafranil und Nemactil, wie wir dies bereits bei rein obsessiven Fällen getan hatten. Ich selbst bin der Ansicht, daß die anankastische Morphologie sich in diesen Fällen gewissermaßen zum Herrn der Lage aufgeschwungen hat und daß die Behandlung sich durch sich selbst lenken sollte, wobei allerdings die depressive Grundlage des Krankheitsbildes nicht außer acht gelassen werden darf.

Im Rahmen einer Zusammenfassung der gegenwärtigen und in unmittelbarer Zukunft sich ergebenden Probleme möchte ich folgende Betrachtungen anstellen:

Die Depressionen werden weiterhin in reaktive und endogene Depressionen eingeteilt. Es ist überflüssig, hier die betreffenden Unterschiede zu erklären. Bei Behandlung der Depressionen mit Elektroschocks konnte anhand zahlreicher Statistiken bewiesen werden, daß viele Fälle beider Formen durch diese Therapie eine Besserung verzeichneten. In Anbetracht dieser Tatsachen war es schwierig, in einigen Fällen diese Unterscheidung aufrechtzuerhalten, vor allem dann, wenn es sich bei der angewandten Behandlung um eine medizinische handelt. Tatsächlich bestanden mehr Depressionen *medizinischen Charakters*, die nach Art und Weise der Ärzte geheilt wurden, als andere, die eine für Neurosen eingeführte Behandlungsweise erforderten, die jedoch so alt wie die Geschichte der Medizin ist und *Psychotherapie* genannt wird, wobei hier ihre einzelnen Formen nicht in Betracht gezogen werden. Mit einem Wort, es handelt sich um Depressionen und es handelt sich um andere, die eigentlich als depressive Neurosen oder dergleichen bezeichnet werden sollten.

Es ist schwierig, diese Situation betont synthetisch erklären zu wollen. Man stellte sich hier jedoch die Frage, warum sie in das gleiche Kapitel einzuschließen ist, wenn sich ihre Genese und Behandlung in ihrem definitivsten Teil differenzieren sollte. Beide Faktoren werden durch das Vorhandensein der Traurigkeit gekennzeichnet. Hinzu kommen Längeweile, Angst usw. Diese Gefühle sind jedoch qualitativ unterschiedlich.

Wie so oft in der Medizin wurde der Fortschritt der Kenntnisse auf dem Gebiet einer Krankheit durch neue Probleme und Schwierigkeiten bereichert. Nun, die Zukunft wird immer wieder Probleme stellen. Wir sprechen heute von *Depressionen*, während man früher von *Melancholie* sprach; das Gebiet der Depressionen hat sich erheblich erweitert. Sie werden sich jedoch erinnern, was unter diesem Titel in den Werken des Corpus Hipocraticus von Alfonso de Santa Cruz oder Burton zu lesen ist. Der Einschluß von *Hyperthymie-Phasen*, die früher als manisch bezeichnet wurden und in die Psychiatrie die *manisch-depressive Psychose* einführten, und die Unterscheidung in *unipolare Formen* und *bipolare Formen* (wie dies Angst tut) schränkt das Gebiet auf eine mehr oder weniger strikte Art und Weise ein. Wenn man vor 20 Jahren annahm, daß die Zahl von Zyklotymien ungefähr 0,4 % betrug, so kam man später auf 1 %. Dieser Prozentsatz hat sich heute noch wesentlich erhöht, wenn man andere depressive Formen einschließt.

1. Eine große Anzahl von Depressionen wird von praktischen Ärzten so behandelt, als handelte es sich nicht um solche, d. h. mit anderer Diagnosenstellung. Das geschieht überall auf der Welt. Psychiatrische Kliniken werden mehr und mehr von Patienten aufgesucht, die von anderen Patienten dazu aufgefordert wurden, oder auch von schweren Fällen, die vom

praktischen Arzt gesandt werden. In anderen Fällen ist es das Prestige eines bestimmten Patienten oder einer Klinik, die eine gewisse Attraktion ausüben, wobei Einzelheiten nicht in Betracht gezogen werden.

2. Die Erkenntnis dieser *versteckten oder maskierten* Depressionen wie auch der *depressiven Äquivalente* erhöht die Zahl der Patienten, die in die große Gruppe der Depressionen eingereiht werden müssen, ganz erheblich.

3. Auf die gleiche Weise wie wir eine bessere psychiatrische Ausbildung für den praktischen Arzt gefordert hatten, müssen wir eine bessere *medizinische Ausbildung* für den Psychiater fordern.

4. Es ist unumgänglich notwendig, diese Punkte in die Praxis umzusetzen. Es scheint, als würde jeder, der an einer Universität lehrt, seinen Verpflichtungen genügen; dies ist jedoch nicht ausreichend.

Und was können wir sagen, wenn es sich um *motivierete Reaktiv-Depressionen* handelt, wie im Falle von Traurigkeit oder Angst, um so mehr als es sich bei der Reaktion von Traurigkeit oder Angst des öfteren nicht um eine A-posteriori-Reaktion eines bereits vergangenen Erlebnisses handelt, sondern um eine Reaktion, die jeden Augenblick auftreten kann. Diese Auffassung ist etwas, was den Erlebnis-kreis als solchen hemmt, sie gruppiert sich um diesen, wobei das Erlebnisfeld jenes psychischen Wesens angegriffen und beherrscht wird. Weder die Perzeption des Provokationsagenten noch die angenommene Reaktion als solche zeichnen sich durch die Verkettung der reaktiven Depressionen aus. Das gesamte Persönlichkeitsfeld wird durchdrungen; je nach Persönlichkeitstyp tendiert diese Diffusion dazu, sich auf die Umgebung oder auf sich selbst zu entladen. Gefühle von Traurigkeit, Angst, Besorgnis, Schuld usw. treten auf, und obwohl das angenommene Motiv

abgeklungen ist, bleibt dieser Zustand sogar als Haltung anderen Erlebnissen gegenüber bestehen.

Um die gesellschaftlichen Auswirkungen, die sich aus einer psychischen Krankheit ergeben, darzulegen, weisen Eaton und Peterson darauf hin, daß Menschen, die an manisch-depressiven Anfällen leiden, im allgemeinen extrovertiert sind. Sie lieben die Gesellschaft und finden leicht Kontakt. Männer bringen die geeigneten Voraussetzungen für den Beruf des Vertreters oder Verkäufers und Frauen diejenigen für den Beruf einer „Hostess“ mit. Man muß jedoch in Betracht ziehen, daß man sich natürlich auf diejenigen Patienten bezieht, bei denen ein Zustand einer leichten Hyperthymie vorherrscht, da hinzugefügt werden muß, daß die Lebensfreude einen Menschen sozusagen verkleiden kann und ihn nicht dazu befähigt, wozu es den Anschein hatte.

Zahlreiche manisch-depressive Patienten kommen aus Familien, in denen ein großer Unterschied in der gesellschaftlichen Stellung beider Elternteile und als Folge ein Unterschied der Grundlage der Erziehung bei beiden Elternteilen besteht. In anderen Fällen ist es der Vater, der den höheren Standard aufweist, was zur Folge hat, daß die Familie sich in zwei Lager spaltet. Die Familien von manisch-depressiven Patienten sind sehr um ihre gesellschaftliche Anerkennung und den Platz, den sie in dieser einnehmen, besorgt. Zuweilen stellt es sich heraus, daß das von ihnen erreichte Niveau nicht beibehalten werden kann, so daß die Kinder die Hoffnung haben, daß sich durch ihre eigene Anstrengung eine Änderung ergibt. Die Zahl der manisch-depressiven weiblichen Patienten steht im Verhältnis zu männlichen Patienten 2;1 zu 3;1. Außerdem stimmt man darüber ein, daß dieses Phänomen in den oberen Gesellschaftsschichten häufiger vorkommt.

Der erste Anfall tritt im allgemeinen im Alter zwischen 20 und 30 Jahren auf. 20 % erleiden nur einen Anfall. Die Krisen tauchen plötzlich auf. Es gibt Depressionen, die sich durch eine psychomotorische Hemmung charakterisieren, die Patienten sind schweigsam, ihre Bewegungen sind langsam und sie leiden unter Verzweiflungsgefühlen. Der Inhalt ihrer Illusionen und Halluzinationen, die bei der Hälfte aller Fälle auftreten, steht mit dem Depressionston in Einklang. Der Patient wird sich im allgemeinen dieser Tatsache bewußt. Es gibt sogenannte hypomanische Formen, wie auch andere, ernsthaftere Deliriumsmanien, die früher „Bell'sche Manien“ genannt wurden. Dazu kommt ein Ideenfluß, der zuweilen von einer Observationsungenauigkeit ersetzt wird, was ein schizophrenieähnliches Bild zur Folge hat. Die Sprachschnelligkeit wird geringer als es den Anschein hat, eine Tatsache, die bei einer genauen Auswertung der gesprochenen Worte zum Ausdruck kommt. Der Patient wird euphorisch, optimistisch, mit Neigung zu einer gewissen Exaltiertheit. Er ist sich in diesem Moment nicht bewußt, daß er tatsächlich krank ist, da sein Urteilsvermögen von erhöhtem Optimismus, erhöhtem Vertrauen und erhöhter Selbstschätzung überdeckt ist. Zuweilen ist es schwierig, zwischen einer leichten Hyperthymie und einem grundlegenden normalen hyperaktiven Menschen zu unterscheiden, z. B. wenn das Verhalten eines Mädchens in der Schule von ihrer Lehrerin selbst geschil-

dert wird. Das gleiche trifft auch für Jungen zu.

Depressionen werden zuweilen mit den sogenannten depressiven Neurosen verwechselt. Sie unterscheiden sich durch:

1. eine zyklische vormorbide Persönlichkeit vom Typ einer manisch-depressiven;
2. psychomotorische Langsamkeit, die in den mittelschweren Fällen manisch-depressiver Erkrankungen häufig auftritt;
3. das Fehlen gewisser Merkurfluktuationen im Charakter der depressiven Neurosen.

Der Unterschied zur manisch-depressiven Erkrankung besteht in:

1. dem Fehlen einer vormobiden Persönlichkeit zyklischen Charakters;
2. dem Fehlen einer psychomotorischen Hemmung in den orthostatischen depressiven Reaktionen;
3. dem Vorhandensein von eindeutig vorgefallenen Ereignissen in der Präzipität der reaktiv-depressiven Psychosen (obgleich bei 50 % der depressiven Anfälle einige Präzipitationsagenten auftauchen);
4. der Tendenz zu einer gewissen Fluktuation im Depressionsniveau der depressiven Reaktionen.

Literatur beim Verfasser.

Prof. Dr. med. Juan José López-Ibor
Clinica López-Ibor
Av. Nueva Zelanda 78
Madrid 35

