

Prolegomena zu einer Psychopathologie der Verzweiflung

„Ein Affekt, der ein Leidenszustand ist, hört auf ein Leidenszustand zu sein, sobald wir eine klare und deutliche Idee bilden.“ Spinoza: Ethik, 5. Teil, 3. Lehrsatz.

Die Sichtung der aktuellen medizinischen Literatur zum Begriff Verzweiflung (englisch: despair) zeigt dessen vorrangige Verwendung in zwei Bereichen: *Erstens* findet sich Verzweiflung im Zusammenhang mit somatischen Erkrankungen wie z. B. bei Krebs, HIV, Dialyse, Querschnittslähmung, Diabetes, Alkoholmissbrauch sowie ganz allgemein bei Krankheiten im terminalen Stadium. Verzweiflung wird synonym mit Hoffnungslosigkeit gebraucht und betont das besondere Maß an subjektivem Leiden aufgrund der ungünstigen Prognose der Erkrankung. Adressat der Publikationen sind vor allem die Krankenpflegeberufe, die mit dem Leiden der Patienten am unmittelbarsten konfrontiert sind. *Zweitens* findet sich der Begriff Verzweiflung in Zeitschriften für Pharmakologie und zwar im Zusammenhang mit dem von Porsolt et al. 1977 entwickelten „despair-test“ [1]. Mäuse oder Ratten werden in einen Zylinder mit Wasser gesetzt, aus dem sie nicht entkommen können. Sie schwimmen so lange, bis sie aufgeben und untergehen. Bei einem erneuten Schwimmversuch zeigen sie dann eine deutlich reduzierte Schwimmdauer. Das Verhalten wird mit dem Konzept der „gelernten Hilflosigkeit“ erklärt, das Seligman etwa zeitgleich entwickelt hat und das als biologisches Erklärungsmodell der Depression dient [2, 3]. Antidepressiva z.B. können die zweite Schwimmdauer wieder normalisieren. Mit dem „despair-

test“ werden seither unterschiedlichste pharmakologische Substanzen dahingehend untersucht, ob diese in der Lage sind „verzweifeltes Verhalten“ zu reduzieren.

Sucht man im psychopathologischen Bereich der aktuellen Klassifikationssysteme, so findet der Begriff Verzweiflung nur vereinzelt und ohne genauere Bestimmung Verwendung. In ICD-10 wird Verzweiflung bei den affektiven Störungen, ausschließlich bei der Diagnose „sonstige depressive Episoden“ (F32.8) verwendet und ausdrücklich den „unspezifischen Symptomen“ zugerechnet. In allen weiteren Fällen ist Verzweiflung eine Reaktion auf belastende Ereignisse. Bei der „akuten Belastungsreaktion“ (F43.0) wird Verzweiflung zusammen mit Hoffnungslosigkeit, bei der „posttraumatischen Belastungsstörung“ (F43.1) als allgemeines Kriterium für die Charakterisierung des Ausmaßes des Traumas angeführt. Die amerikanische DSM-IV-Version [5] lässt bei der Psychopathologie der depressiven Störungen den Begriff gänzlich unerwähnt. Der depressive Affekt wird durch „Gefühle von Traurigkeit, Leere und Hoffnungslosigkeit“ spezifiziert. Der Affekt bei der „akuten Belastungsreaktion“ (308.3) und der „posttraumatischen Belastungsstörung“ (309.81) wird mit „intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen“ beschrieben. Die Terminologie macht deutlich, dass biologisch geprägte Konzepte, wie das der „gelernten Hilflosigkeit“ [3] und der „Hoffnungslosigkeit“ [6], Eingang in die Psychopathologie gefunden haben. Der Einfluss dieser Konzepte auf die deutsche Psychologie und

Psychiatrie hat auch den Begriff der Verzweiflung entsprechend geprägt und eingeeignet.

Sowohl die Darstellungen der aktuellen medizinischen Literatur als auch der psychiatrischen Klassifikationssysteme lassen die phänomenologische Perspektive, den Blick auf das subjektive Erleben des Verzweifelten vermissen. Die vorliegende Arbeit versucht zu zeigen, dass über den deutschen Begriff ein weiterer Bedeutungshorizont eröffnet und ein Zugang zum Phänomen Verzweiflung geschaffen werden kann. Verzweiflung kann zu einem psychiatrischen Schlüsselwort im Sinne v. Baeyers werden [7]. Schlüsselworte bringen klinische Phänomene neu in den Blick, schaffen einen Zugang für psychopathologische Diagnostik und Klassifikation und überführen in wissenschaftlich-operationale Überprüfbarkeit [8]. Schließlich können Schlüsselworte für Therapeuten und Patienten gleichermaßen zu Verstehens- und Kommunikationshilfen werden.

In der Abfolge der Arbeit werden zunächst die *historischen Voraussetzungen* für eine Auseinandersetzung mit dem Begriff der Verzweiflung umrissen. Es wird gezeigt, wie grundlegend sich der deutsche Begriff Verzweiflung vom englischen Begriff despair unterscheidet und welche Perspektiven sich dadurch eröffnen. Danach werden die seit der Neuzeit entwickelten *Affekttheorien zur Verzweiflung* dargestellt. Es muss vor allem auf ältere philosophische Literatur zurückgegriffen werden, da es aktuell keine psychologische oder psychiatrische Bearbeitung

dieses Affekts gibt. Die Darstellung versucht den zurzeit wichtigsten kognitiven Emotionstheorien zu folgen und sowohl affektive als auch motivationale Aspekte herauszuarbeiten [9, 10]. Im folgenden Abschnitt wird *die kognitive Struktur des Zweifels* als integraler Bestandteil der Verzweiflung gesondert betrachtet. Der Zweifel ist an keinen bestimmten Affekt gebunden, sondern imponiert psychopathologisch als Veränderung des formalen Denkens. Danach wird *eine Neubestimmung der Verzweiflung als oszillierender, affektiv-kognitiver Prozess* vorgenommen. Es handelt sich um den Versuch der Integration der zuvor gewonnenen affektiven und kognitiven Aspekte in ein neues Prozessmodell. Ein Abschnitt über *Ergebnisse und Ausblick* auf die wissenschaftliche und klinische Bedeutung schließt die Untersuchung ab.

Historische Voraussetzungen

Älter als das säkularisierte Denken der Neuzeit ist das theologische Verständnis der Verzweiflung, das bis auf Augustinus zurückreicht. Von lateinisch *spes*, der Hoffnung, abgeleitet, meint *desperatio* die Abwesenheit von Hoffnung [11]. Der Bezugspunkt der Hoffnung ist die eschatologische Heilserwartung von Gottesstaat bzw. Jenseits [12]. Der *desperatio* wird die *praesumptio*, die Vermessenheit und Hypertrophie der Hoffnung gegenübergestellt. Dadurch nimmt die *desperatio* die dunkle Färbung äußerster Verzweiflung an. Thomas v. Aquin ordnet schließlich die *desperatio* der Sphäre des *appetitus*, dem sinnlichen Streben bzw. den Affekten zu. Sie tritt auf, wenn ein Gut schwer erreichbar ist und die Fähigkeit des Strebenden übersteigt. Der Objektbezug der Affekte wird herausgearbeitet, wenngleich die Sicht auf die Affekte noch vorrangig moraltheologisch ist [13]. Diese moraltheologische Tradition, die von Cassian und Gregor dem Großen herkommt und die Thomas v. Aquin verarbeitet, begreift die *desperatio* als Schuld, wenn der Mensch die Hoffnung auf Gottes Barmherzigkeit fahren lässt. Die Konsequenz ist der Zustand der *acedia*, der Leere, Apathie und Schwermut [11]. Isidor v. Sevilla beschreibt die *desperatio* daher als Abstieg in die Hölle, den Ort der Schwermut und ä-

ßersten Gottesferne [14]. Im späten Mittelalter wird von dieser negativen Form eine gute oder heilige Form unterschieden, die eintritt, wenn der Mensch, der von sich selbst nichts mehr erhofft, seine ganze Hoffnung auf Gott setzt.

Bis heute bildet die *desperatio* und damit die Hoffnungslosigkeit den Wortstamm des englischen *despair* [15]. Das deutsche Wort Verzweiflung geht dagegen aus dem mittelhochdeutschen „*verzweifel*“ hervor, das man seit dem 12. Jh. zusammen mit den Synonymen „*missetriuwe*“, „*missehoffnung*“ und „*missetröst*“ findet. Einen analogen Begriff zur Verzweiflung gibt es im Angelsächsischen nicht [11]. Ab dem 14. Jh. wird Verzweiflung im deutschen Sprachraum synonym mit *desperatio* gebraucht. Im weiteren historischen Verlauf wechselt der Bezugspunkt der Verzweiflung von der Hoffnung zum Zweifel. Das deutsche Wort Zweifel, mittelhochdeutsch „*zweivel*“ wird semantisch aus dem Zahlwort *zwei* abgeleitet [16]. Die Verbindung von *zwei* und „-*falt*“ führt zu der Bedeutung von gespalten. Der Zweifel reißt im Denken einen Spalt auf, stellt These und Antithese gegeneinander. Die Ergänzung durch das Präfix „*ver-*“ beschreibt die Überhandnahme des Zweifels in der Verzweiflung.

Mit dem Skeptizismus der Renaissance gewinnt der Zweifel als Bestandteil der Verzweiflung an Gewicht und vertieft die Kluft zwischen Mensch und Gott [17]. Mit Beginn der Neuzeit ist der Zweifel endgültig zum Kern der Verzweiflung geworden. Die Hoffnung spielt als philosophisches Thema keine Rolle mehr, gewinnt allenfalls noch bei Bloch in der zweiten Hälfte des 20. Jh. singuläre Bedeutung [18]. Das geistige Erkenntnisvermögen des Menschen rückt ins Zentrum der Philosophie und die Frage gewinnt Relevanz, woher das handelnde Subjekt in einer säkularisierten Welt seine ethischen Direktiven nimmt [19]. Da Affekte und Leidenschaften sehr wohl in der Lage sind die Vernunft auszuschalten, bedarf es einer Lehre von den Affekten.

Affekttheorien zur Verzweiflung

Descartes, der den Übergang zur Neuzeit markiert, hat zu Beginn des 17. Jh. als einer der Ersten eine systematische Theorie

der Affekte entwickelt [20]. Verzweiflung entsteht ihm aus dem Antagonismus von Hoffnung und Furcht. Während Hoffnung dadurch motiviert ist, dass das Erlangen eines Gutes als wahrscheinlich vorgestellt wird, ist Furcht dadurch motiviert, dass das Eintreten eines erwünschten Ereignisses als unwahrscheinlich gilt. Hoffnung kann Furcht auslösen und bis zur Seelenruhe führen. Furcht kann die Hoffnung verdrängen und sich in Verzweiflung verwandeln. Verzweiflung ist also äußerste Furcht. Sie isoliert den Menschen und nimmt ihn aus den zwischenmenschlichen Bezügen. Als Affekt bleibt sie bei Descartes mit der kognitiven Struktur des Zweifels unverbunden.

Spinoza [21] rezipiert Descartes und entwickelt wie dieser um die Mitte des 17. Jh. die Verzweiflung aus dem Gegensatzpaar von Hoffnung und Furcht: Hoffnung ist eine unbeständige Freude, Furcht eine unbeständige Traurigkeit. Hoffnung und Furcht sind daher motiviert durch die Vorstellung einer bestimmten Zukunft, über deren Ausgang wir im Zweifel sind. Schwindet der Zweifel, so wird aus Hoffnung Sicherheit, aus Furcht Verzweiflung. Der Zweifel zeigt an, dass der Ausgang der Entwicklung noch offen und der Endzustand der Verzweiflung noch nicht erreicht ist. Spinoza entwickelt Descartes Denken insofern weiter, als er Affekt und Zweifel erstmals miteinander verbindet.

Ab der zweiten Hälfte des 18. Jh. findet sich bei Kant weniger die Beschreibung der Einzeleffekte, als die Bedrohung der Vernunft durch die Affekte [22]. Ethisches Handeln, das sich am kategorischen Imperativ orientieren soll, verliert durch sie seine Freiheit. Redet Kant daher von den Affekten, so redet er zugleich von Krankheit und Seelenarzt. Wie seine Vorgänger Descartes und Spinoza stellt er die Verzweiflung als affektive Reaktion auf eine äußere Begebenheit dar, die jeden Menschen treffen kann. Es handelt sich um das Endstadium eines affektiven Prozesses, eine tiefe Traurigkeit, die durch keine Hoffnung gelindert wird. Bei Kant taucht erstmals die Verbindung von Verzweiflung und Suizidalität auf: Wenn sich die Geduld im Leiden erschöpft, kommt es zum Verzagen und damit zur Suizidalität [23].

Im 19. Jh. wird mit Kierkegaard [24] die Verzweiflung zu einem inneren psy-

Hier steht eine Anzeige.



chischen Phänomen. Die Wendung zum Selbst verankert die Verzweiflung in der psychischen Konstitution des Menschen, die sich in einem stufenartigen Prozesses entfaltet: Der Mensch ist von sich selbst abgetrennt und daher immer schon verzweifelt. Kein Mensch lebt „ohne dass da doch tief im Innersten eine Unruhe wohne, ein Unfriede, eine Disharmonie, eine Angst vor einem unbekanntem Etwas, mit dem er es nicht einmal sich getraut Bekanntschaft zu stiften, eine Angst vor einer Daseinsmöglichkeit oder eine Angst vor sich selber, so dass er doch mit einer Krankheit herumgeht, dahingehet und an einer Krankheit des Geistes trägt, welche gelegentlich aufzuckend, in und mit einer ihm selbst unerklärlichen Angst, sich bemerkbar macht, dass sie da innen sitzt“ ([24] S. 18). Diese zunächst noch unbewusste Verzweiflung steigert sich mit zunehmender Bewusstheit von Selbst und Entzweiung. Die erste bewusste Stufe der Verzweiflung ist die der Schwachheit. Der Mensch will verzweifelt nicht Selbst sein. Auf der zweiten Stufe, der des Trotzes, will er verzweifelt Selbst sein. Schwachheit und Trotz entsprechen am ehesten den Affekten Angst und Wut. Auf der dritten Stufe wird die Verzweiflung dämonisch, weil der Mensch die Rettung durch Gott ablehnt.

Der deutsche Psychologe Paul Lersch, dessen Denken noch stark philosophisch geprägt ist, macht in der ersten Hälfte des 20. Jh. die Verzweiflung endgültig zum Gegenstand der Psychologie [25]. Obwohl eine Nähe zu modernen Einschätzungs- und Bewertungstheorien der Emotionen besteht, wurden seine Arbeiten von der angloamerikanischen Emotionspsychologie nicht rezipiert, die ab der zweiten Hälfte des 20. Jh. den Gang der Forschung bestimmt. Lersch zufolge enthüllen die Affekte den Wert, den die Welt für uns hat. Die Verzweiflung rechnet er zusammen mit Erwartung, Hoffnung, Resignation und Furcht unter die auf die Zukunft gerichteten Schicksalsgefühle. Verzweiflung zeigt an, dass die zukünftige Verwirklichung von Werten in eine Sackgasse geraten ist. Die Zukunft erscheint hoffnungslos, der Lebenswille wird aufgegeben. Letzte Konsequenz ist der Suizid. Bei Lersch wie auch bei Jaspers zeigt der Grad der Verzweiflung auch, an welche Objekte

und Sinngehalte das eigene Leben zutiefst gebunden ist.

Die zurzeit bedeutendsten kognitiven Emotionstheorien behandeln weder den Affekt Verzweiflung noch die kognitive Struktur des Zweifels. Die Beschäftigung mit den Einzelaffekten Hoffnung und Furcht, aber auch mit Angst, Trauer und Wut bleibt durchgängig erhalten [26]. Der Zweifel taucht allenfalls verborgen in der Verunsicherung von Affekten auf, z. B. wenn Orthony, Clore und Collins [27] Hoffnung und Furcht als Ungewissheitsemotionen beschreiben. Hoffnung betrachtet ein erwünschtes Ereignis nicht als sicher, sondern nur als möglich. Furcht erachtet ein unerwünschtes Ereignis nur als möglich.

Im Kontext gegensätzlicher Affekte ist außerdem die Entwicklung zweidimensionaler Affektmodelle von Interesse, die zu Circumplex-Modellen erweitert werden können. Dabei werden Affekte als Gegensatzpaare zusammengefasst und auf einem Kreis gegeneinander angeordnet. Die Mitte des Kreises bleibt leer. Dadurch wird angezeigt, dass gegensätzliche Affekte sich prinzipiell neutralisieren [28].

Kognitive Struktur des Zweifels

In historischer Abfolge soll hier die Überhandnahme des Zweifels als der kognitive Aspekt der Verzweiflung umrissen werden. Descartes führt zunächst den methodischen Zweifel als Grundlage wissenschaftlichen Denkens ein [29]. Der Zweifel löst die bisher festen Prämissen auf und bringt das Denken auf das Ich als seinen Ausgangspunkt zurück. Descartes will seine Anwendung ausdrücklich von der Lebenswelt getrennt halten. Er weiß um die Gefährdung durch den Zweifel, was die von ihm geforderten Sicherungsmaßnahmen vor Beginn der Zweifels-Operation belegen: *Erstens* soll man sich das Wissen seiner Zeit in ganzer Breite aneignen. *Zweitens* soll man die Sitten anderer Völker kennen lernen, um die eigenen angemessener beurteilen zu können. *Drittens* muss man sich mit einer Moral auf Zeit versehen, die sich an den Gesetzen und Sitten des Vaterlandes, der Religion der Kindheit und den Ansichten moralischer Vorbilder orientiert. Descartes

ahnt, was im Übergang vom 18. zum 19. Jh. Kant und Hegel offen aussprechen, dass nämlich der Zweifel Gefahr läuft, zur Verzweiflung zu werden. Während Kant die Gefahr nur bei der Vernunft sieht, dass diese an sich selbst verzweifelt [30], mündet für Hegel der Zweifel zwangsläufig in eine Verzweiflung, dass schließlich nichts mehr seinen Wert behält [31]. Durch Kierkegaards Wendung zum Selbst findet dieser Gedanke seine äußerste Ausgestaltung [32]: Zweifel ist stets Verzweiflung und die Verzweiflung wird ins Innere des Menschen gezogen. Der totalisierte Zweifel kommt dort von sich aus nicht zum Stehen. Er löst aus dem Objektbezug und wirft den Menschen auf sich selbst zurück. Ziel der Konfrontation mit sich selbst ist es, die Gespaltenheit der eigenen Existenz zu realisieren und mit Gottes Hilfe auszubalancieren [24].

Kierkegaard wird vor allem von der Existenzphilosophie rezipiert. Heidegger und Sartre konzentrieren sich als deren Vertreter jedoch ausschließlich auf die Analyse der Angst, in der der Mensch das Nichts und damit die Möglichkeit seiner Freiheit realisiert [33]. Freiheit setzt voraus, dass der Mensch von sich selbst abgetrennt ist. Er kann sich in der Uneigentlichkeit bzw. Unwahrhaftigkeit verfehlen oder sich für sich selbst entscheiden. Indem Theunissen Kierkegaards Analyse der Verzweiflung fortführt, sie jedoch der theologischen Prämissen entkleidet, entsteht eine Nähe zu Sartres paradoxer Konzeption des Bewusstseins, das nicht ist, was es ist und das ist, was es nicht ist. Es bleibt im Zweifel und bekommt sich nicht zu fassen. Der Zweifel wird zur Verzweiflung der gesamten Existenz [34, 35].

Jaspers macht die Verzweiflung erstmals zu einem psychopathologischen Begriff [36, 37]. Verzweiflung ist die Totalisierung des Zweifels im Nihilismus und kann absolut werden bei den Psychosen. Dann ist Verzweiflung gelebter Nihilismus, in dem alles infrage gestellt und kein Halt mehr gefunden wird.

Tellenbach ist der Erste, der die Verzweiflung in einen klinischen Kontext stellt und als Beginn der depressiven Psychose, der Melancholie beschreibt [38]. Er versucht einen verstehbaren Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Psychose herzustellen. Die strukturellen

Voraussetzungen findet er in der Persönlichkeit des Typus melancholicus. Es sind strenge Ordentlichkeit und Gewissenhaftigkeit, die den Melancholiker einschließen („Inkludenz“) und hinter deren Anspruch er zurückbleibt („Remanenz“). Mit zunehmendem Zurückbleiben hinter den hohen Anforderungen an sich selbst gerät er in die Erfordernis des Zugleich. Er kann seine Anforderungen nicht mehr geordnet im Nacheinander erfüllen. Er gerät in den wachsenden Zweifel, was als nächstes zu tun sei. Der Zweifel wird zur Verzweiflung, wenn der Zweifel von keinem Entschluss mehr durchbrochen werden kann. Das Spezifische der melancholischen Verzweiflung ist für Tellenbach keine Veränderung im Affekt, sondern das Gefangen-sein im Alternieren des Zweifels.

Zur Neubestimmung der Verzweiflung als oszillierender, affektiv-kognitiver Prozess

Ausgehend von der Wortbedeutung finden wir im Deutschen den Zweifel als Wortstamm der Verzweiflung. Der Zweifel spaltet in Zwei, führt als kognitive Bewegung These und Antithese gegeneinander. Kant und Hegel finden darin die notwendige Verzweiflung der Vernunft. Kierkegaard, Jaspers und Theunissen bestimmen den Zweifel als Grundstruktur des Bewusstseins, wodurch die Verzweiflung im Inneren des Menschen verankert wird. Die Verzweiflung löst alle Werte auf und führt in den Nihilismus.

Die kognitive Voraussetzung für den Zweifel ist ein fester Ausgangspunkt, der den Spannungsbogen von These und Antithese hält. Diesen Ausgangspunkt lokalisiert Descartes im Ich. Die Reflexivität des „Ich denke“ trägt den Zweifel. Ein Zweifel ohne reflektierendes Ich ist kein Zweifel, sondern nur eine Abfolge widersprüchlicher Gedanken. Stellt kein Ich ordnend die Gedanken gegeneinander, bleibt ihre Gegensätzlichkeit unbemerkt. Ohne ein Ich, das zweifelt, ist kognitiv auch keine Verzweiflung. Selbst Kierkegaard führt die Verzweiflung auf die Strebungen des Ich zurück und Jaspers zeigt, wie der Nihilismus den Menschen zuletzt doch auf eine letzte Gegebenheit zurückführt, die zum Ausgangspunkt eines tiefgreifenden Erneuerungsprozesses werden kann [39].

Nervenarzt 2007 · 78:521–529 DOI 10.1007/s00115-006-2057-3
© Springer Medizin Verlag 2006

M. Bürgy

Prolegomena zu einer Psychopathologie der Verzweiflung

Zusammenfassung

Bei der Verzweiflung handelt es sich um ein psychopathologisch vernachlässigtes und klinisch schwer fassbares Phänomen. Die vorliegende Arbeit versucht die Verzweiflung als Schlüsselbegriff zu erarbeiten und so einen psychopathologischen Bereich neu zu eröffnen. Die historische Annäherung gibt zunächst eine doppelte Sicht auf die Verzweiflung frei, nämlich als Affekt und als kognitive Struktur. Die weitere Darstellung erörtert daher sowohl die mit Beginn der Neuzeit einsetzenden Affekttheorien zur Verzweiflung als auch die kognitiven Theorien zum Zweifel, der Gefahr läuft zur Verzweiflung zu totalisieren. Unter Zuhilfenahme aktueller Ansätze der kognitiven Emotionspsychologie wird die Verzweiflung als oszillierender, affektiv-kognitiver Prozess bestimmt: Die Oszilla-

tion des Zweifels spiegelt sich in dem Wechsel verschiedener Einzeleffekte wie z. B. Hoffnung, Furcht, Angst, Wut, Scham, Schuld und Trauer wider und bewegt sich auf den negativen Pol von zunehmender Affektdiffusion, Verlust der Objektbeziehungen, Hoffnungslosigkeit und Suizidalität zu. Auf der Grundlage dieses Modells können sowohl spezifische Verzweiflungstypen bei einzelnen psychiatrischen Störungen, Einschätzungen des Prozessstadiums als auch therapeutische Interventionsstrategien erarbeitet werden.

Schlüsselwörter

Psychopathologie der Verzweiflung · Verzweiflung als oszillierender kognitiv-affektiver Prozess · Zweifel · Affekttheorien · Hoffnungslosigkeit · Suizidalität

A introduction to despair as a psychopathological phenomenon

Summary

Despair as a phenomenon has not received much attention from psychopathologists, which is difficult to grasp in the clinical context. This paper is an attempt to elaborate upon despair as a key concept and thus open up a new field in psychopathology. The historical approach leads to a twofold view on despair, namely as an affect and as a cognitive structure. The paper therefore follows both the affect theories developed since the onset of the modern era and the cognitive theories on doubt at risk of progressing into despair. Using current approaches of cognitive emotional psychology, despair is defined as an oscillating, affective-cognitive process: the oscillation of doubt is reflected in the alter-

nation of various single affects such as hope, fear, anxiety, anger, shame, guilt, and sadness and then moves towards the negative pole of increasing affect diffusion, loss of object relation, hopelessness, and suicidality. On the basis of this model it is possible to elaborate specific types of despair in individual psychiatric disorders, assessments of the stage of the process, and possible therapeutic strategies.

Keywords

Psychopathology of despair · Despair as an oscillating, cognitive-affective process · Doubt · Affect theories · Hopelessness · Suicidality

Und sogar noch bei Camus Sisyphos ist das Ich das Sinngebende im Sinnlosen [40].

Tellenbach zeigt klinisch eindrücklich, wie beim Melancholiker der Zweifel zwischen dem Streben des Ich nach Perfektion und dem gleichzeitigen Zurückbleiben hinter seinem Anspruch zu alternieren beginnt. Die Verzweiflung ist zwar Resultat eines scheiternden Strebens, doch bleibt sie in erster Linie eine kognitive Bewegung ohne Anbindung an den Affekt. Die Frage ist ungelöst, wie sich der Zweifel mit den Affekten verbindet und auch affektiv zur Verzweiflung wird. Wo findet sich die Bewegung des Zweifels in den Affekten?

Am Beispiel von Descartes und Spinoza konnte die Vorwegnahme der zweidimensionalen Affektmodelle gezeigt werden. Affekte sind nicht statisch, sondern alternieren im Menschen. Die Verzweiflung wird von ihnen aber noch mit dem Pol der äußersten Furcht oder Traurigkeit identifiziert und so in die Position der Hoffnungslosigkeit gebracht. Prozessualisiert man die Verzweiflung wie Kierkegaard es tut, so kann man sie als oszillierende Bewegung zwischen Hoffnung und Furcht fassen. Verzweiflung wird dann zu einem oszillierenden Prozess in Richtung des Pols negativer Gefühle, von äußerster Furcht, Trauer und Hoffnungslosigkeit.

Im Rahmen dieses Verzweiflungsprozesses erlangen neben Hoffnung und Furcht auch weitere Affekte Bedeutung. Zu denken ist an Freude, Trauer, Angst und Wut, aber auch an Scham und Schuld. Jeder dieser Affekte bildet zugleich eine spezifische Motivation und Wertsetzung des Ich gegenüber einem Objekt ab [41–44]. Während die Furcht anzeigt, dass das Streben nach einem wertvollen Objekt zu scheitern droht, zeigt Hoffnung, dass es dem Ich zu gelingen scheint, das erstrebte Objekt in Besitz zu bekommen. Freude spricht von der Zufriedenheit mit dem aktuellen Bezug zum Objekt. Trauer zeigt das Faktum an, dass dem Ich ein bedeutsames Objekt verloren gegangen ist. Angst bildet die Bestrebung ab, vom überwältigenden Objekt weg zu wollen. Wut will die Hindernisse aus dem Weg räumen, die vom erstrebten Objekt trennen. Scham zeigt, dass sich das Ich bei seinem Anspruch auf ein begehrtes Objekt

ertappt fühlt und Schuld, dass es seinen verinnerlichten Anforderungen nicht gerecht wird [45].

Im Prozess der Verzweiflung alternieren diese Affekte in der Bewegung zum negativen Pol. Während zu Beginn noch häufiger ein Wechsel zu positiven Affekten stattfindet, treten im weiteren Verlauf zunehmend negative Affekte in den Vordergrund. Während es zu Beginn noch affektive Bezüge zu äußeren Objekten gibt, verschwinden diese im weiteren Verlauf zusehends. Zur Klärung des Stadiums der Verzweiflung sollte daher eine Klärung der beteiligten Affekte sowie der Objektbezüge vorgenommen werden: Wo die Furcht nur ein mögliches Scheitern antizipiert, ist bei der Trauer das Scheitern schon Tatsache. Furcht kann resignieren oder zur Bewältigung anstacheln. Trauer kann selbsterstörerisch am verlorenen Objekt festhalten oder schon Loslösung sein. Angst kann zu Flucht und Trennung vom Objekt, Wut zum Beseitigen von Widerständen auf dem Weg zum Objekt führen und doch können Angst und Wut auch in Rückzug und Selbstzerstörung einmünden. Scham kann anzeigen, dass ein Objektbezug besteht, doch kann der Blick des Anderen zugleich unerträglich werden. Schuld kann im Objektbezug zu gerechtem Ausgleich anhalten oder an überhöhtem inneren Anspruch scheitern lassen. Zum negativen Pol hin mengt sich immer mehr Hoffnungslosigkeit bei.

Das Ende des Verzweiflungsprozesses ist gekennzeichnet von einer zunehmenden Diffusion der oszillierenden Affekte, von einem zunehmenden Verlust der Objektbezüge, von Leere, Apathie und Hoffnungslosigkeit. Die Hoffnungslosigkeit ist der zentrale affektive Bestandteil des statischen Endzustandes der Verzweiflung. Minkoff et al. [46] charakterisieren den hoffnungslosen Menschen durch die Annahme oder Überzeugung, dass sich für ihn nichts mehr zum Guten wendet, nichts von dem was er tut zum Erfolg führt, seine wichtigsten Ziele unerreichbar sind, seine ärgsten Probleme niemals gelöst werden. Und wie schon Kant und Lersch mutmaßten, erweist sich das Konzept Hoffnungslosigkeit ausgesprochen nützlich als Prädiktor für einen möglichen Suizid [47].

Während für Hegel und Kierkegaard der Zweifel notwendig in Verzweiflung ausläuft, beide also eine eher passive Haltung gegenüber einem sich verselbständigenden Verzweiflungsprozess einnehmen, führt dagegen Descartes ein aktives Moment im Sinne einer therapeutischen Beeinflussbarkeit ins Feld. Ziel seiner Affektlehre ist die Ausbildung einer Affektsteuerung, die dem Menschen die Einhaltung moralisch-ethischer Prinzipien ermöglicht. Es liegt in der Gegensatzstruktur der Affekte begründet, dass Furcht durch die aktive Vergegenwärtigung von Hoffnung neutralisiert und so die Entwicklung in die Verzweiflung unterbrochen wird [21]. Ähnliche Strategien nutzt die Verhaltenstherapie systematisch in Form von Aktivitätsaufbau, Entspannung, Genusstraining, Verbesserungen der Selbstkontrolle oder den kognitiven Interventionen nach Beck, um Grübeln und negative Gedanken zu unterbrechen [48]. Hierdurch entsteht ein Gegengewicht zu Traurigkeit und Furcht, wird eine Reduktion der Hoffnungslosigkeit erreicht.

Ergebnisse und Ausblick

Der deutsche Begriff Verzweiflung entwickelt sich historisch zwar wie der englische Begriff despair aus der desperatio, der Hoffnungslosigkeit, erhält aber durch seinen Bezugspunkt im Zweifel seine spezifisch deutsche Prägung. Die Hoffnungslosigkeit stellt nur den Endzustand eines Prozesses dar, den man selbst als Verzweiflung beschreiben kann. Verzweiflung meint eine Entzweiung des Menschen mit sich selbst. Es besteht zunächst ein Zwiespalt zwischen dem Ziel, welches das Ich für sich erstrebt, und dessen Erreichbarkeit. Der Zwiespalt vergrößert sich, je weiter Anspruch und Erreichbarkeit des Ziels auseinander klaffen und ist der Ausgangspunkt für den Prozess der Verzweiflung. In diesem Zwiespalt kommt es zur kognitiven Bewegung des Zweifels, dem das Alternieren gegensätzlicher Affekte mit gegensätzlichen Motivationen und Objektbezügen entspricht. Leitaffekte sind zunächst vor allem das Gegensatzpaar Hoffnung und Furcht, doch können weitere Affekte, wie Angst, Wut, Scham, Schuld und Trauer in die Bewegung der Verzweiflung einbezogen werden. Zuneh-

mende innere affektiv-kognitive Diffusion und wachsender Verlust der äußeren Objektbeziehungen führen in Leere, Hoffnungslosigkeit und Suizidalität.

An dieser Stelle der Arbeit wird verständlich, warum die Verzweigung Gefahr läuft, klinisch aus dem Blick zu geraten, und warum sie neu erschlossen werden muss. *Erstens* ist mit dem Verschwinden des Begriffs die Voraussetzung verloren gegangen, das Phänomen zu erfassen. Während der englische Begriff *despair* synonym mit Hoffnungslosigkeit verwendet wird, gibt es keinen der Verzweigung entsprechenden Begriff im Englischen. Im Deutschen hat der Einfluss der Konzepte der „gelernten Hilflosigkeit“ und der „Hoffnungslosigkeit“ zwar die aktuelle Auseinandersetzung mit der Verzweigung beendet, doch kann der Umweg über die klassische Literatur einen umfassenderen Bedeutungshorizont eröffnen. *Zweitens* ist Verzweigung schwer wahrzunehmen. Teilweise wird sie zu den Stimmungen bzw. Hintergrundemotionen gerechnet und ist als solche schwächer, länger andauernd und von unklarem Objektbezug [49]. Zugleich wird sie durch die Verhaltenskomponente des inneren Rückzugs und der sozialen Isolation zu einem intersubjektiv schwer fassbaren Affekt. *Drittens* ist die Verzweigung als gemischter Affekt auch innersubjektiv schwer zu identifizieren, da sie sich aus mehreren Einzelemotionen in zeitlichem Wechsel zusammensetzt. Da außerdem kognitive Prozesse in besonderem Maße eine Rolle spielen, kann man von einem abgeleiteten Affekt sprechen [50].

Die vorgelegte Untersuchung will dazu beitragen, eine Idee von dem meist unbemerkt ablaufenden, inneren Prozess im Menschen zu bilden, der Verzweigung heißt. Das heißt einen Schlüsselbegriff an die Hand zu bekommen, mit dem man dieses innerseelische Phänomen erfassen, nach seinem Ausprägungsgrad einschätzen, kommunizieren und für therapeutische Interventionen nutzbar machen kann. Die Vorüberlegungen sollen die Grundlage für weiterführende phänomenologische Studien bilden. Einzelne psychische Störungen können auf die Spezifität ihrer Verzweigung und der beteiligten Affekte hin untersucht werden. Dazu muss die spezifische Entzweiung des Pa-

tienten in der jeweiligen Erkrankung herausgearbeitet werden, aus der heraus sich Verzweigung entwickelt. Die Nähe zu den Konzepten der präsuizidalen Entwicklung z. B. bei Ringel [51] und Pöldinger [52] legt die retrospektive Exploration des Verzweigungsprozesses ausgehend von seinem Endpunkt in der Suizidalität nahe. Folgende Hypothesen können für die Schizophrenie, die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die Melancholie generiert werden:

- Bei der Schizophrenie finden sich zwei Gipfel für Suizidalität. *Erstens* kommt es zu Suiziden unter dem Einfluss von akut psychotischem Erleben. Das Ich wird von Halluzinationen, Wahnerleben oder Desintegration bedrängt, so dass es in den Suizid ausweicht [53]. Als Leitaffekt ist die Angst anzunehmen. *Zweitens* treten nach einer Zeitspanne von 2–3 Jahren vermehrt Suizide auf. Das Ich realisiert aufgrund der zunehmenden Entwicklung von Negativsymptomen, dass die angestrebten Ziele nicht mehr erreichbar sind [54]. Es gerät zusehends in Hoffnungslosigkeit und Resignation. Als Leitaffekt ist neben der Hoffnungslosigkeit vor allem die Trauer zu vermuten.
- Die Suizidalität der Borderline-Persönlichkeit geht zumeist von der Angst vor dem Verlassenwerden aus [5]. Um eine Desintegration zu vermeiden, wird von der Angst die Wut abgespalten. Im Verlassenwerden versagt die Spaltung. Es kommt zur Vermischung der Affekte, zu Affektdiffusion, innerer Leere und schließlich zu parasuizidalem und suizidalem Verhalten [55]. Als Leitaffekte finden sich am ehesten Angst und Wut, die sich in zunehmender Oszillation bis hin zur inneren Leere entwickeln.
- Die melancholische Depression kann als paradigmatisch für den Verzweigungsprozess gelten. Der kognitive Aspekt der Verzweigung wurde von Tellenbach bereits beschrieben. Die Verzweigung als melancholische Anfangssituation kennzeichnet die beginnende Autonomisierung des psychotischen Prozesses. Der Verzweifelnde ist noch nicht im Endstadium der Hoffnungslosigkeit, dem Desperaten, angelangt. Er ist zerrissen, alterniert zwischen Möglichkeiten, versucht gleichzeitig an mehreren Orten zu sein, gleichzeitig mehreren Anforder-

ungen des Alltags nachzukommen. Die aktive psychotherapeutische Beeinflussbarkeit tritt zusehends zugunsten des endogenen Verlaufs in den Hintergrund. Sulz berichtet aus Sicht der kognitiven Verhaltenstherapie über die zunehmende Unbeeinflussbarkeit der schweren melancholischen Entwicklung. Lediglich die Faktoren der Entstehung und Aufrechterhaltung scheinen veränderbar [56].

Zu wenig Beachtung fand die phänomenologische Vergegenwärtigung der Affekte im Prozess der Verzweigung [57]. Die Fragen der Exploration folgen dem Affekt und den affektiv belastenden Kognitionen und versuchen z. B. zu diskriminieren, wie viel Raum die gedrückte Stimmung und die Angst, die eigenen Angelegenheiten nicht mehr zu bewältigen, einnehmen. Es wird versucht, die noch bestehenden Freiheitsgrade und aktiven Handlungsspielräume zu bestimmen und auszuloten. Wie viel Raum nehmen positive Affekte wie Freude und Hoffnung noch ein, können diese noch aktiv herbeigerufen werden? Wie weit ist der Grad des Rückzugs und der Isolation fortgeschritten? Wie viel interpersonelle Bezüge der Affekte sind geblieben und wie aktiv sind die Bezüge gestaltbar? Haben Angst und Schuld das Bewusstsein so sehr eingeengt, dass im Erleben gar kein Gegenüber mehr existiert? Sind die Gedanken wahnhaft erstarrt und auch in der Exploration nicht mehr selbstreflexiv modulierbar? Wie groß ist die Gefahr, den Vorstellungen und Affekten zu unterliegen, die aktive Kontrolle und Möglichkeit der Umgestaltung völlig zu verlieren? Wie ist das subjektiv erlebte Maß an Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit, wie groß die Nähe zum Suizid als letzter Rettung? Die den Affekten und Kognitionen in ihren Bezügen und aktiven Gestaltungsspielräumen folgende Exploration lässt sich von der oben entwickelten Idee des Verzweigungsprozesses leiten. Es werden so die diagnostischen Voraussetzungen für symptom-spezifische therapeutische Interventionen geschaffen: Das erlöschende Oszillieren, i. B. der positiven Affekte, die Zunahme an Hoffnungslosigkeit, der kognitive wie affektive Verlust der zwischenmenschlichen Bezüge und die zunehmende Suizidgefährdung geben zunächst Hinweis

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



auf die zu wählende ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlungsform. Stehen massive Angst und Agitiertheit, schwere Herabgestimmtheit oder wahnhaft-einengung des Denkens im Vordergrund, ist absehbar, dass psychotherapeutische Mittel nicht oder nur bedingt greifen, bleibt eine symptom-spezifische Pharmakotherapie unumgänglich. Zugleich werden im Verlauf der Exploration die Angriffspunkte für psychotherapeutische Interventionen erkenntlich. Diese reichen von der Entlastung von Schuld durch Vermittlung des somatischen Krankheitsmodells, über Tagesstrukturbildung und Aktivierung, Wiederherstellung von Kontrolle und aktiver Selbstgestaltung, Stimulation von Freude und Hoffnung, bis hin zur Überwindung der zwischenmenschlichen Isolation.

Korrespondierender Autor

Dr. Dr. M. Bürgy

Psychiatrische Klinik der Universität Heidelberg
Voßstraße 4, 69115 Heidelberg
martin_buergy@med.uni-heidelberg.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen.

Literatur

- Porsolt RD, LePichon M, Jalfre M (1977) Depression: a new animal model sensitive to antidepressant treatments. *Nature* 266:730–732
- Seligman ME, Beagley G (1975) Learned helplessness in the rat. *J Comp Physiol Psychol* 88:534–541
- Seligman ME (1978) Learned helplessness as a model of depression. *Comment and integration. J Abnorm Psychol* 87:165–179
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10. Huber, Bern
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. APA, Washington DC
- Alloy LB, Abramson LY, Metalsky GI et al. (1988) The hopelessness theory of depression: attributional aspects. *Br J Clin Psychol* 27:5–21
- Baeyer W v (1978) Über die Bedeutung psychiatrischer Schlüsselwörter. In: Kraus A (Hrsg) *Leib Geist Geschichte: Brennpunkte anthropologischer Psychiatrie*. Hüthing, Heidelberg, S 29–44
- Kraus A (2003) How can the phenomenological-anthropological approach contribute to diagnosis and classification in psychiatry? In: Fulford KWM et al. (eds) *Nature and narrative: an introduction to the new philosophy of psychiatry*. Oxford Univ Press, Oxford, pp 199–216
- Reisenzein R (2000) Einschätzungstheoretische Ansätze. In: Otto JH, Euler HA, Mandl H (Hrsg) *Emotionspsychologie*. Beltz, Weinheim, S 117–138
- Mandl H, Reiserer M (2000) Kognitionstheoretische Ansätze. In: Otto JH, Euler HA, Mandl H (Hrsg) *Emotionspsychologie*. Beltz, Weinheim, S 95–105
- Theunissen M (2001) Verzweiflung. In: Ritter J, Gründer K, Gabriel G (Hrsg) *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Bd 11. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, S 1028–1034
- Link H-G (1974) Hoffnung. In: Ritter J (Hrsg) *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Bd 3. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, S 1157–1166
- Lanz J (1971) Affekt. In: Ritter J (Hrsg) *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Bd 1. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, S 89–100
- Decher F (2002) Verzweiflung: Anatomie eines Affekts. zu Klampen, Lüneburg
- Kluge F (1999) *Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache*, 23. erweiterte Aufl. de Gruyter, Berlin
- Harper D (2001) *Online Etymology Dictionary*
- Long AA (1995) Skepsis. Skeptizismus. In: Ritter J, Gründer K (Hrsg) *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Bd 9. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, S 938–950
- Bloch E (1959) *Das Prinzip Hoffnung*. Gesamtausgabe Bd 5. Suhrkamp, Frankfurt
- Marquard O (1987) *Transzendentaler Idealismus, romantische Naturphilosophie, Psychoanalyse*. Dinter, Köln
- Descartes R (1984) *Die Leidenschaften der Seele*. Meiner, Hamburg
- Spinoza B (1976) *Die Ethik. Schriften und Briefe*. Kröner, Stuttgart
- Kant I (1968) *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*. Werkausgabe Bd 12. Suhrkamp, Frankfurt
- Kant I (1968) *Versuch über die Krankheiten des Kopfes*. Werkausgabe Bd 2. Suhrkamp, Frankfurt
- Kierkegaard S (1982) *Die Krankheit zum Tode*, 2. Aufl. Mohn, Gütersloh
- Lersch P (1948) *Der Aufbau des Charakters*. Dritte, durchgesehene Auflage. Johann Ambrosius Barth, Leipzig
- Lazarus RS (1991) *Emotion and adaption*. Oxford University Press, New York
- Ortony A, Cloe GL, Collins A (1988) *The cognitive structure of emotions*. University Press, Cambridge
- Russell JA (1980) A circumplex model of affect. *J Pers Soc Psychol* 39:1161–1178
- Descartes R (1960) *Von der Methode des richtigen Vernunftgebrauchs und der wissenschaftlichen Forschung*. Meiner, Hamburg
- Kant I (1968) *Über die von der Königl. Akademie der Wissenschaften zu Berlin für das Jahr 1791 ausgesetzte Preisfrage: Welches sind die wirklichen Fortschritte, die die Metaphysik seit Leibnizens und Wolffs Zeiten in Deutschland gemacht hat?* Werkausgabe Bd 6. Suhrkamp, Frankfurt
- Hegel GWF (1988) *Phänomenologie des Geistes*. Meiner, Hamburg
- Kierkegaard S (1981) *Philosophische Brocken*. Mohn, Gütersloh
- Gron A (1999) *Angst bei Sören Kierkegaard*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Theunissen M (1993) *Der Begriff Verzweiflung*. Suhrkamp, Frankfurt
- Theunissen M (1991) *Das Selbst auf dem Grund der Verzweiflung*. Hain, Frankfurt
- Jaspers K (1973) *Allgemeine Psychopathologie*. Neunte, unveränderte Auflage. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Jaspers K (1985) *Psychologie der Weltanschauungen*. Piper, München
- Tellenbach H (1961) *Melancholie*. Zweite, erweiterte Auflage. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Ellenberger HF (1970) *The Discovery of the unconscious. The history and evolution of dynamic psychiatry*. Basic Books Inc., New York
- Camus A (1942) *Le Mythe des Sisyphes*. Librairie Gallimard, Paris
- Frijda N (1986) *The emotions*. Cambridge University Press, Cambridge
- Frijda N (1996) *Passions. Emotion and socially consequential behaviour*. In: Kavanaugh RD et al. (eds) *Emotion: interdisciplinary perspectives*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, pp 1–27
- Lazarus RS (1991) *Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion*. *Am Psychol* 46:819–834
- Lazarus RS (1999) *The cognition-emotion debate: a bit of a history*. In: Dalgleish T, Power MJ (eds) *Handbook of cognition and emotion*. Wiley, Chichester, pp 3–19
- Krause R (1998) *Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre*. Bd 2: Modelle. Kohlhammer, Stuttgart
- Minkoff K, Bergman E, Beck AT et al. (1973) *Hopelessness, depression, and attempted suicide*. *Am J Psychiatry* 130:455–459
- Beck AT, Weishaar ME (1990) *Suicide risk assessment and prediction*. *Crisis* 11:22–30
- Wright JH, Beck AT (1986) *Kognitive Therapie der Depression*. In: Sulz SKD (Hrsg) *Verständnis und Therapie der Depression*. Reinhardt, München, S 124–148
- Bollnow OF (1988) *Das Wesen der Stimmungen*, 7. Aufl. Klostermann, Frankfurt
- Schmidt-Atertz L (2000) *Struktur der Emotionen*. In: Otto JH, Euler HA, Mandl H (Hrsg) *Emotionspsychologie*. Beltz, Weinheim, S 30–44
- Ringel E (1953) *Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung*. Maudrich, Wien
- Pöldinger W (1968) *Die Abschätzung der Suizidalität*. Huber, Bern
- Wolferdsdorf M, Felber W (Hrsg) (1995) *Psychose und Suizidalität*. Roderer, Regensburg
- Amador XF, Friedman JH, Kasapis C et al. (1996) *Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness*. *Am J Psychiatry* 153:1185–1188
- Götze P (2000) *Suizidalität der Borderline-Patienten*. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart, S 281–292
- Sulz SKD (2000) *Verhaltenstherapie bei (endogener) major Depression*. In: Möller H-J (Hrsg) *Therapie psychiatrischer Erkrankungen*. 2. völlig überarbeitete Auflage. Thieme, Stuttgart
- Schmidt-Degenhard M (1983) *Melancholie und Depression*. Kohlhammer, Stuttgart