

SONDERDRUCK AUS  
**PSYCHIATRIE DER GEGENWART**  
FORSCHUNG UND PRAXIS  
BAND I/2  
GRUNDLAGEN UND METHODEN DER KLINISCHEN PSYCHIATRIE

HERAUSGEGEBEN VON  
H. W. GRUHLE † · BONN — R. JUNG · FREIBURG/BR.  
W. MAYER-GROSS † · BIRMINGHAM — M. MÜLLER · BERN  
SPRINGER-VERLAG/BERLIN · GÖTTINGEN · HEIDELBERG/1963  
(PRINTED IN GERMANY)  
NICHT IM HANDEL

---

**PSYCHOSOMATISCHE FORSCHUNG**

VON  
JUAN J. LÓPEZ IBOR



# Psychosomatische Forschung\*

Von

JUAN J. LÓPEZ IBOR, Madrid (Spanien)

## Inhalt

	Seite
A. Inhalt und Grenzen der psychosomatischen Pathologie. . . . .	77
1. Einleitung . . . . .	77
2. Inhalt der psychosomatischen Pathologie . . . . .	79
3. Funktionelle Pathologie und psychosomatische Pathologie. . . . .	81
4. Die psychosomatische Forschung und die Psychiatrie. . . . .	82
B. Neurophysiologische Grundlagen der psychosomatischen Forschung . . . . .	84
C. Psychosomatische Dynamik . . . . .	90
1. Die Konversionsmechanismen . . . . .	90
2. Psychosomatische Wechselbeziehungen . . . . .	92
3. Überschießende Reaktionen und Circulus vitiosus . . . . .	94
4. Die Organminderwertigkeit . . . . .	95
5. Organsprache und Symbolik der Organe. . . . .	96
6. Stottern der Organe . . . . .	98
7. Der Gestaltkreis . . . . .	99
8. Das Prinzip der Analogie . . . . .	100
D. Persönlichkeit und Konflikt in der psychosomatischen Forschung . . . . .	100
1. Psychosomatische Profile . . . . .	101
2. Konflikt und Persönlichkeit. . . . .	105
3. Die unreife Persönlichkeit und die Mutter-Kind-Beziehung. . . . .	108
4. Psychoneurose und Psychosomatose . . . . .	110
E. Psychosomatische und anthropologische Medizin . . . . .	113
1. Psychosomatische Störungen und Psychose . . . . .	116
2. Psychosomatische Störungen und Stimmung . . . . .	121
3. Das Körpererlebnis . . . . .	123
4. Psychogenese und Katagenese . . . . .	125
5. Das Leib-Seele-Problem und die Spezifität der Störungen . . . . .	126
6. Schlußwort . . . . .	127
Literatur . . . . .	128

## A. Inhalt und Grenzen der psychosomatischen Pathologie

### 1. Einleitung

HEINROTH war 1818 wahrscheinlich der erste, der das Wort *psychosomatisch* anwendete. 1822 führte JACOBI den umgekehrten, aber nicht so glücklichen Ausdruck *somatopsychisch* ein. Jedenfalls wurde das Wort „psychosomatisch“ erst nach 1928 endgültig in den Sprachgebrauch aufgenommen. Vor diesem Zeitpunkt findet es sich kaum in Bibliographien und wird auch erst seit 1900 in einigen Wörterbüchern erwähnt (E. L. MARGETTS). — Die zunehmende Anwendung dieses Wortes in den letzten 20 Jahren beruht auf der wachsenden Anteilnahme an den psychischen Aspekten der Krankheiten. Eine vollständige Darstellung des Problems würde uns bis in das Altertum führen<sup>1</sup>. Arzt und Laie wußten schon immer,

\* Aus dem Spanischen übersetzt von Dr. ROSE MARIE KUPRIAN.

<sup>1</sup> Eine ausgezeichnete Geschichte des psychosomatischen Denkens ist die von P. LAÍN ENTRALGO. Vgl. auch IAGO GALDSTON, SUTERMEISTER und EDWARD L. MARGETTS.

daß die Krankheit oft psychischen Geschehnissen unterlag. Wenn von der moralischen Ätiologie der Krankheit gesprochen wurde, wie man es zeitweise getan hat, und wie es auch HEINROTH in seiner These „Moralische Ursache der Psychosen“ verteidigt, so war dies ein mehr oder weniger ungenügender Versuch einer psychosomatischen Medizin.

Entscheidend für den gegenwärtigen Aufschwung der psychosomatischen Medizin war das Auftreten der Psychoanalyse. FREUD entdeckte das psychodynamische Gefüge der Neurosen. Anfangs wagte selbst FREUD nicht, die Grenzen der Neurosen zu überschreiten. Später erstreckte sich der Versuch, die Neurosen psychodynamisch zu erklären, auch auf die Psychosen und schließlich auf die organischen Krankheiten. Die Gründe dieser Ausdehnung sind verschiedene: Einerseits haben die Unzulänglichkeiten der naturwissenschaftlichen Medizin dazu gezwungen, neue Wege zu suchen. Andererseits haben die guten Erfolge bei der Behandlung einiger Neurosen zu der Hoffnung berechtigt, daß die Psychotherapie viele Probleme lösen könne, die die medikamentöse Behandlung nicht zu lösen imstande sei. Schließlich erlaubte das Studium sozialer Faktoren mit größerer Klarheit und Sicherheit das Vorhandensein kultureller und geschichtlicher Faktoren in der Bestimmung des Krankheitsbildes zu erfassen.

Diese Tatsachen haben der psychosomatischen Medizin ein weites Feld eröffnet; aber dies bedeutet nicht, daß alle ihre Postulate ohne Diskussion angenommen werden. Internisten und Psychiater leisteten großen Widerstand. Anläßlich der 55. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden (1939) äußerten bekannte Internisten wie MARTINI und bekannte Psychiater wie ZUTT und KOLLE ihre Kritiken und Vorbehalte. Vor kurzem hat WEITBRECHT eine heftige „Kritik der Psychosomatik“ veröffentlicht.

Trotz allem wurden die Arbeiten über psychosomatische Medizin immer zahlreicher. Die psychosomatische Interpretation begrenzt sich nicht mehr auf funktionelle Krankheiten, sondern geht auf rein organische, wie den Krebs, über. Nach dem 2. Weltkrieg entstand in den Vereinigten Staaten eine verbreitete psychosomatische Bewegung, die wiederum die europäischen Länder stark beeinflusste. Wenn die Arbeit von DRAPER „Disease: a psychosomatic reaction“ noch fast übersehen wurde, so kann dies von den Büchern „Emotions and bodily changes“, „Psychosomatic Medicine“ und anderen von FLANDERS DUNBAR nicht behauptet werden. 1939 wurde die erste Fachzeitschrift „Psychosomatic Medicine“ gegründet. In Deutschland schließt sich die psychosomatische Medizin an die psychotherapeutischen Schulen an, die zum Teil mit der Psychoanalyse verbunden, zum Teil von ihr unabhängig sind. Bei v. WEIZSÄCKER und in dem psychosomatischen Heidelberger Zirkel ist der psychoanalytische Einfluß ganz offenkundig. Abgesehen von den psychiatrischen und psychotherapeutischen Zeitschriften sind heute die psychosomatischen Veröffentlichungen in Deutschland sehr zahlreich. Im übrigen Europa beobachtet man die Auswirkungen beider Einflußkreise. Die europäische Gruppe, die sich zum ersten Male in London (1953) unter der Leitung von DENIS LEIGH und GROEN versammelte, orientiert sich mehr nach der amerikanischen psychosomatischen Medizin. In England tritt außer den Psychotherapeuten vor allem HALLIDAY mit seiner soziologischen Orientierung hervor, die, in anderem Sinne, auch THURE VON UEXKÜLL in Deutschland vertritt. In Frankreich ist die psychosomatische Bewegung fast ganz von den psychoanalytischen Schulen absorbiert. Unter der Führung von EY hat eine Gruppe von Mitarbeitern in den der Psychiatrie gewidmeten Bänden der Encyclopédie Médico-Chirurgicale eine gute Darstellung der speziellen psychosomatischen Probleme der verschiedenen Krankheiten gegeben. In Italien hat man mit der Veröffentlichung einer psychosomatischen Zeitschrift begonnen. In der Schweiz und in Österreich kommt das Interesse für die psychosomatische Medizin weiterhin vorwiegend von den psychotherapeutischen Schulen, in denen auch daseinsanalytisches Denken hervortritt. In den skandinavischen Ländern wird die psychosomatische Medizin mit Eifer betrieben. In Spanien dehnt sich die psychosomatische Bewegung immer weiter aus und stützt sich hauptsächlich auf die amerikanischen und deutschen Schulen (J. ROF CARBALLO, SARRÓ u. a.). In Südamerika besteht großes Interesse für die psychosomatische Medizin (GARMA und seine Schule, SEGUIN, H. DELGADO u. a.).

Ausgezeichnete Zusammenfassungen findet man in den Büchern von DUNBAR, O'NEILLS, WITTKOWER und CLEGHORN, ALEXANDER, WYSS, O. SCHWARZ, GRINKER, ROF CARBALLO, PIERLOOT, WEISS und ENGLISH, STERN, SEGUIN, VÖLGYESI und STOVKIS, ebenso im Band „Life

stress and bodily disease". Außerdem verweisen wir auf folgende Zeitschriften: Psychosomatic Medicine (USA), Psyche, Zeitschrift für psychosomatische Medizin (Deutschland), Acta Psychotherapeutica, Psychosomatica und Orthopaedagogica (Schweiz), Psychosomatic Medicine and Journal of psychosomatic Research (England).

## 2. Inhalt der psychosomatischen Pathologie

Jeder Erfolg verpflichtet dazu, doppelt kritisch zu sein. Der Erfolg der psychosomatischen Pathologie verpflichtet uns, mit größtmöglicher Klarheit und Objektivität ihre Grenzen und Objekte festzulegen. Selbst das Wort „psychosomatisch“ wäre zu kritisieren, weil es im Grunde seine eigene Wortbedeutung verrät. Im allgemeinen sagt man, daß die psychosomatische Pathologie eine Pathologie der ganzen Persönlichkeit sein will; aber oft tut sie nur das, was eigentlich das Wort ausdrückt: der somatischen Pathologie einige Details psychischer Pathologie hinzufügen, ohne daß diesem Aggregat irgendein Nutzen entspränge. Deshalb sagte ich, daß sie ihre eigene Absicht verrät; denn sie erweist sich selbst in ihrer Bezeichnung als Opfer der kartesischen Dualität zwischen Seele und Körper. Unter diesen Voraussetzungen ist es nicht verwunderlich, daß es Leute gibt, die die psychosomatische Pathologie als rein technische Bereicherung der inneren Medizin ansehen. Bei einer bestimmten Krankheit analysiert man mit den üblichen Untersuchungsmethoden den gesamten somatischen Prozeß, der sie verursacht oder bestimmt. Erst wenn bei dieser Untersuchung eine Lücke bleibt, sucht man nach psychischen Faktoren, d. h., die psychosomatische Pathologie besteht einfach darin, die psychischen *Gründe*, die bei einer Krankheit mitwirken, zu studieren. Man achte auf das Wort „Gründe“, da das Charakteristische dieser Haltung darin besteht, vom ätiologischen Standpunkt aus die somatischen und die psychischen Gründe zu vergleichen. Ebenso wie man sich, wenn in der Ätiologie einer Krankheit eine bakterielle Ursache mitspricht, an das Penicillin wendet, oder bei einer traumatischen Ursache an die Chirurgie, so wird man, wenn eine psychische Ursache mitspielt, an die Psychotherapie appellieren. Diese Haltung scheint einer klaren Logik zu entsprechen; jedoch schon aus dem Beispiel der Chirurgie erkennt man, daß das Schema nicht immer ein wahrheitsgetreues Abbild der Wirklichkeit ist.

Tatsächlich greift die Chirurgie manchmal ein, wenn eine bakterielle Ursache vorliegt, und wird nicht dasselbe mit der Psychotherapie geschehen?

Vorhin erwähnte ich die Schwierigkeiten, die psychosomatische Pathologie zu definieren. Wir werden sie besser verstehen, wenn wir anstelle ihrer Definition ihren Inhalt prüfen. WEISS und ENGLISH zählen drei entsprechende Krankengruppen auf.

*Gruppe I.* Besteht aus denjenigen Kranken, die weder psychisch noch somatisch krank sind, jedoch die undefinierbare intermediäre Gruppe von Individuen bilden, die weder eine körperliche Krankheit aufweisen, noch wirklich „Verrückte“ sind. Diese Gruppe bildet ungefähr ein Drittel der Kranken, die irgendeinen Arzt aufsuchen. Man bezeichnet sie als „funktionelle Kranke“ der medizinischen Praxis.

*Gruppe II.* Besteht aus denjenigen Kranken, deren Symptome zum Teil von emotionellen Faktoren abhängen, auch wenn sie organische Befunde bieten. Sie bilden ein weiteres Drittel und die interessanteste Gruppe, da ja schwere organische Schäden vorhanden sein können und trotzdem die psychischen Faktoren schädlicher sein können als in der ersten Gruppe.

*Gruppe III.* Umfaßt die physischen Krankheiten, die eng mit dem vegetativen Nervensystem verbunden sind, wie Migräne, Asthma, primäre Hypertension: Die psychosomatische Medizin hat an dieser Gruppe sehr großes Interesse, da zu vermuten ist, daß die psychischen Faktoren eine große Rolle in der Genese dieser Störungen spielen.

Aus der vorausgegangenen Aufzählung folgern wir eine erste grundlegende Tatsache: Die organischen Krankheiten werden nicht aus dem Rahmen der psychosomatischen Pathologie ausgeschlossen, da bei vielen von ihnen psychische Faktoren intervenieren. Wie wir später sehen werden, ist gerade diese Gruppe die

*ausschlaggebende* der psychosomatischen Pathologie. Die Gruppe I von WEISS und ENGLISH ist diejenige, deren Definition am wenigsten klar ist; es werden nur negative Daten beschrieben.

Wenn es sich weder um psychische noch somatische Kranke handelt, müssen wir annehmen, daß in dieser Gruppe die psychopathischen Persönlichkeiten inbegriffen sind. Es gibt tatsächlich gewisse Gruppen — asthenische, depressive —, die eng mit den Problemen der psychosomatischen Pathologie verbunden sind, aber auch andere, die in nur sehr entfernter Beziehung stehen — wie Querulanten und Fanatiker.

HALLIDAY teilt die psychosomatischen Krankheiten folgendermaßen ein:

*Magen-Darm-System.* Ulcus duodeni, Magenulcus nicht nutritiven Ursprungs, „muköse“ Colitis, Gastritis, gewisse Fälle von Hämorrhoiden und Krankheiten der Gallenblase.

*Kardiovaskuläres System.* Überlastungssyndrom, Fälle von primärer Hypertension, von Coronarthrombose und von cerebralen Blutungen.

*Atmungssystem.* Viele Asthmafälle, allergische Rhinitis und rekurrende Bronchitis.

*Urogenitalsystem.* Viele Fälle von nächtlichem Einnässen, von Menstruationsstörungen und Leukorrhoe, einige Fälle pyogener urologischer Infektion.

*Lokomotorsystem.* Viele als Hydrositis bezeichnete Fälle, Neuritis, Ischias und Lumbago, ebenfalls rheumatoide Arthritis, und gewisse Fälle nicht traumatischer Osteoarthritis.

*Endokrines Drüsensystem.* Viele Fälle Basedowscher Krankheit, Hyperthyreoidismus, gewisse Fälle von Diabetes, Fettsucht und Myxödem.

*Nervensystem.* Gewisse Fälle von Migräne und die unzähligen somatischen Störungen der Angst und der Hysterie.

*Blutsystem.* Gewisse Fälle von hypochromer Anämie nicht nutritiven Ursprungs.

*Hautsystem.* Alopecia areata. Gewisse Fälle, die bezeichnet werden als Prurigo, Pruritus urticaria, Seborrhoe usw.

*Augen.* Nystagmus, gewisse Fälle von Blepharitis und chronischer Conjunctivitis.

Diese Liste schließt Krankheiten ein, deren überwiegend somatische Determinierung ganz offensichtlich ist. Aber HALLIDAY beweist ihre Zugehörigkeit zu der psychosomatischen Pathologie damit, daß psychologische Gesichtspunkte, auf sie angewandt, die ätiologische Kenntnis dieser Krankheiten sehr erweitern. Die psychosomatische Pathologie ist also eher ein Gesichtspunkt als eine Gruppe von Krankheiten. Aus diesem Grunde wächst jedes Jahr die Zahl der Veröffentlichungen, die nicht einer konkreten Krankheit gewidmet sind, sondern die diese Einstellung gegenüber chirurgischen, neurologischen, gynäkologischen und anderen Problemen kennzeichnen. Natürlich bringt das eine gewisse Weitläufigkeit des Gegenstandes mit sich, da man ja diese Haltung auch ganz einfach psychologische nennen könnte. Im Grunde entspricht sie der notwendigen „Psychologisierung“ des modernen Lebens, als Gegengewicht, und um den Prozeß der Entfremdung auszugleichen, den Technisierung und Sozialisierung mit sich bringen.

Es wird behauptet, daß die gesamte Medizin psychosomatisch ist, da ja in jeder Krankheit somatische und psychische Faktoren mitwirken. Im Grunde ist jede Krankheit die einer Person, und in der Person treffen immer beide Faktoren zusammen. Selbst in der allerschwersten somatischen Krankheit zeigt sich der psychische Faktor wenigstens in der Haltung des Patienten seiner Krankheit gegenüber. Aber abgesehen von diesen Fragen steht fest, daß die psychosomatische Medizin in der Praxis einen gut begrenzten Sektor bildet. ENGEL stellte fest, daß bei einer Zählung aller Krankheiten, die in den 15 Bänden der Zeitschrift „Psychosomatic Medicine“ erwähnt werden, 80% von den 206 Arbeiten dem Kreislaufapparat, der Haut, dem Magen-Darm-Trakt, dem Atmungssystem, dem Schmerz und den Stoffwechselstörungen gewidmet sind. Die bearbeiteten Syndrome sind folgende: Herzkrankheiten, Synkope, Raynaudsche Krankheit, Dermatitis, Urticaria, Pruritus, Allergie, Magengeschwür, Cardiospasmus, Asthma, Rhinitis, Kopfschmerzen, Lumbago, Diabetes, Hypoglykämie, Hyperthyreoidismus und Colitis.

ENGEL sagt mit Recht, daß alle diese Krankheiten einen geringen Sektor der Medizin bilden, nicht in bezug auf die Häufigkeit oder auf die Zahl der Kranken, sondern in bezug auf die Liste der Syndrome oder Krankheitsbilder, mit denen sich die Pathologie beschäftigt. Handelt es sich um eine Krankheit mit tödlichem Verlauf, so scheint es, daß der psychosomatische Forscher sie von Anfang an aus seinem Studiengebiet ausscheiden würde. Die Morphologie wäre die Schranke, die die psychosomatische Medizin Schwierigkeiten hätte zu passieren.

### 3. Funktionelle Pathologie und psychosomatische Pathologie

Nach v. BERGMANN besteht zwischen dem Organischen einerseits und dem Psychogenen andererseits eine Brücke, die von der *funktionellen Störung* gebildet wird. Dies war der Beginn der *funktionellen Pathologie*.

Eine der Überschriften seines bekannten Werkes lautet „Abbau der Organ-neurosen“. Diese Formulierung scheint die psychogenen Faktoren ihrer krankmachenden Eigenschaft zu entkleiden. Doch ist das nicht der Fall. BERGMANN bestreitet das Vorhandensein organischer Neurosen, wie sie von der visceralen Neurologie aufgefaßt werden. Er sagt weiter, daß in keiner Weise das Vorhandensein von Krankheiten bewiesen worden wäre, die einzig und allein das Nervensystem des Magens befallen und so die genuine Magen-neurose hervorrufen würden, und, daß sie unwahrscheinlich wären, ebenso wie die übrigen „genuinen“ Visceralneurosen. Warum wird keine Neurose der Milz, des Pankreas oder der Niere diagnostiziert, wenn die Diagnose Magen- oder Herzneurose so häufig ist?

Die funktionelle Pathologie müßte nach v. BERGMANN den Übergang von der Psychopathologie zur Somatopathologie bilden. v. WEIZSÄCKER bringt folgendes Beispiel:

- A. Psychische Erregung
- B. Funktionelle Alteration
- C. Motorische und sekretorische Dysregulierung
- D. Entzündung
- E. Ulcus
- F. Viscerale Neurose oder Carcinom oder Sklerose
- G. Tod.

Dies ist ein Schema, das für alle krankhaften Prozesse anwendbar sein müßte; bei einigen, wie der Hypertension, ist dies ohne weiteres möglich. Bei andern trifft dies nicht zu, weil alle Vorbedingungen unbekannt sind. Dasselbe geschieht in der somatischen Pathologie, wo wir weiterhin eine Sepsis feststellen, auch wenn der Erreger nicht bekannt ist, wenn nur die klinischen Charakteristika vorhanden sind. v. WEIZSÄCKER ist der Meinung, ein intensives Studium habe einige dieser Lücken gefüllt; man kann deshalb die Hypothese aufrecht erhalten, daß es die Insuffizienz unserer Methoden und Kenntnisse ist, die uns nicht immer den Beginn, der von A zu G führt, klar erkennen läßt. Man sollte nicht denken, daß die psychischen Einflüsse nur auf Nervengewebe wirken. Die Leberzelle ist ihnen gegenüber genauso empfindlich wie das Neuron; deswegen sollte keine ausschließliche psychophysische Relation aufgestellt werden, sondern eine ganze Serie, die unserem klinischen Schema angepaßt ist.

Wird die funktionelle Pathologie den Begriff der Organneurose zerstören können? Nur bis zu einem gewissen Punkt: Der Titel des entsprechenden Kapitels von v. BERGMANN verführt zu einem Mißverständnis, dem er selbst nicht unterliegt. v. BERGMANN verlangt als erstes eine größere diagnostische Genauigkeit und den Ausschluß gewisser altmodischer, vager, unklarer und fast inhaltsloser Bezeichnungen aus dem klinischen Gebrauch. Zweitens fordert er eine Vertiefung des Studiums der Pathogenie, nicht nur der Neurosen, sondern auch der somatischen Krankheiten. Andererseits vernachlässigt v. BERGMANN nicht den psychischen Aspekt der funktionellen physischen Störungen. Der Organismus arbeitet als psychophysische Einheit.

Die ursprüngliche Anschauung über die organischen Neurosen basierte auf dem peripheren Ursprung der Störungen; ROSENBACH sprach von Vagusneurose. POTTENGER gab eine ausführliche Einteilung der Störungen, richtete sich aber vorwiegend nach den peripheren Beschwerden. Dieser Standpunkt wurde durch die Entdeckung der Headschen Zonen, die zusammen mit organischen Läsionen auftreten, bestätigt.

Die viscerele Neurologie erfuhr 1920 durch die Lehre von EPPINGER und HESS über Vagotonie und Sympathicotonie einen neuen Auftrieb. Diese Systeme inner-

vieren die Eingeweide und regulieren ihren Tonus je nach dem Überwiegen des einen oder des anderen. Die Diagnose einer Vago- oder Sympathicotonie wurde auf Grund einiger hervortretender klinischer Zeichen gestellt, wie Pulsrhythmus, Pupillenstatus u. a. Nach dieser flüchtigen Analyse wurden gewisse Reflexe geprüft, wie der von ASCHNER, und zuletzt die vegetativen Proben ausgeführt. Aber der Wunsch, sie zu präzisieren, komplizierte sie derart, daß die klinische Anwendung erschwert wurde. Das Ziel dieses Vorgehens war, bei dem Kranken festzustellen, ob der eine oder der andere Tonus vorherrsche und seine Störungen damit in Zusammenhang zu bringen. Auch die Therapie gründete sich auf dieses einfache Schema des vegetativ-visceralen Gleichgewichts.

Der Irrtum dieses Schematismus wurde bald entdeckt. EPPINGER und HESS selbst gaben zu, daß bei der Basedowschen Krankheit sympathicotone und vagotone Fälle vorkommen, außerdem auch gemischte Bilder.

Die Pathogenese der organischen Neurosen war also hauptsächlich eine Pathogenese des peripheren vegetativen Nervensystems. Je weiter man im Studium der zentralen Regulationszentren vordrang, besonders in der Physiopathologie des Diencephalons, um so öfter erkannte man, daß der pathogene Kern oft nicht in der Peripherie, sondern in den Zentren lag. Daher kam der gradweise und fast unmerkliche Übergang zwischen organischer Neurose und *Diencephalose*. Doch darf man andererseits trotz der Entdeckung der zentralen Mechanismen, die heute nach der Entdeckung der Substantia reticularis so aktuell sind, die Wirkungen der peripheren Mechanismen keineswegs vernachlässigen.

#### 4. Die psychosomatische Forschung und die Psychiatrie

Diese Tatsachen zwingen uns, die Beziehungen zwischen Psychiatrie und psychosomatischer Medizin zu präzisieren. Zweifellos übt der Psychiater letztere auch aus, aber er darf auf keinen Fall beide Gebiete verwechseln. Die Psychosen müssen aus dem Gebiet der psychosomatischen Pathologie herausgenommen werden. Aber es geht noch weiter: Viele somatische Krankheiten werden von psychischen Symptomen begleitet. Infektionen und Vergiftungen sind ein gut bekanntes Beispiel. Die klassische Psychiatrie versuchte, die klinischen Bilder herauszuarbeiten, die mit den somatischen Krankheiten einhergingen. Der Versuch wurde unternommen unter den Gesichtspunkten der Psychiatrie von KRAEPELIN, die sich auf die Hypothese stützt, daß bei den psychischen Krankheiten die gleichen Gesetze herrschen wie bei den somatischen (ätiologische Einheit, Verlaufseinheit, prognostische Einheit usw.). BONHOEFFER bewies, daß alle psychischen Symptome, die die somatischen Krankheiten begleiten, *essentiell* die gleiche Struktur besitzen (exogene Reaktionsformen von BONHOEFFER).

HELLPACH hat neuerdings in seiner Klinischen Psychologie die spezifischen psychischen Zustandsbilder jeder somatischen Krankheit wieder beschrieben. Er ist sogar der Meinung, daß das psychische Verhalten des Kranken in dem noch unklaren Anfangsstadium einer somatischen Krankheit ein ausgezeichneter Hinweis für die Differentialdiagnose sein kann. In Analogie mit dem Wort „Genom“ hat er die Wortneubildung „Psychom“ eingeführt, um den psychischen Komplex zu bezeichnen, der jede somatische Krankheit begleitet. Aus diesem Grunde kann man vom „Psychom“ des Typhus, der Grippe, der Tuberkuloseformen, der Sepsis und auch der Abspannung, des Hungers und so weiter sprechen. Das Psychom unterscheidet sich von der Psychose dadurch, daß dieses ein psychischer Prozeß, jenes aber das „Epiphänomen“ eines somatischen Prozesses ist<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Alle Psychosen sind Epiphänomene eines somatischen Prozesses, z. B. die progressive Paralyse und selbst die Schizophrenie. Der Unterschied zwischen Psychom und Psychose ist die verschiedene Bedeutung der klinischen Symptomatologie, bei den Psychosen primordial und entscheidend, bei den Psychomen von sekundärer Bedeutung.

In dem Buch von HELLPACH kommt dieser Wortneubildung keine unsere konkreten Kenntnisse bereichernde Bedeutung zu. Er selbst sagt verteidigend, daß es sich um eine *terra fere incognita* handelt. Seine Beschreibung der verschiedenen Psychome entspricht den schon der klassischen Psychiatrie bekannten Bildern.

Beide Thesen, die der Unspezifität exogener Reaktionsformen und die vom Vorhandensein der „Psychome“, sind richtig und schließen einander nicht aus. Die Analyse irgendeines klinischen Bildes beweist es. Es gibt eine allgemeine Regel bezüglich der Reaktion des Psychischen auf toxische oder infektiöse Schäden. Aber abgesehen von der Verschiedenheit in der Stärke der Reaktion, gekoppelt mit der Intensität oder Lokalisation der Noxe, wird das klinische Bild variiert durch die typischen Symptome der *Konstitution* des Kranken und durch die sog. *psychoreaktiven* Symptome. WESTPHAL hat in einer ausgezeichneten Arbeit beschrieben, wie man diese Art struktureller Diagnostik des „Psychoms“ zu lösen versuchen soll. Bei der Tuberkulose z. B. finden wir Bewußtseinsstörungen, die die akute Phase der Krankheit begleiten (Miliartuberkulose, tuberkulöse Meningitis). In anderen Fällen finden wir psychoreaktive Symptome (Haltung gegenüber der Krankheit) oder Symptome, bedingt durch die eigene Konstitution (Psyche der leptosomen Astheniker) oder das Milieu (Sanatoriumsklima).

Die klassische Psychiatrie kennt alle diese Aspekte des psychisch Kranken sehr gut. Wenn die psychosomatische Pathologie diese Kranken in ihre Obhut nehmen will, muß sie die Beziehungen zwischen den verschiedenen Bestandteilen der psychischen Symptomatologie vertiefen. Das heißt, sie muß in die *innere Struktur des Psychoms* vordringen. In den letzten Jahren hat die Schule von BLEULER bedeutende Fortschritte im Studium der *endokrinen Psychome* gemacht.

Was bedeutet, kurz gefaßt, das Auftreten der psychosomatischen Medizin?

A. Die psychosomatische Medizin schaltet sich in die Medizin ein durch das Studium der psychischen Ursachen der Krankheiten (*Psychogenese*). Das Problem der Psychogenese ist entscheidend in der psychosomatischen Medizin. Für manche ist dies die Grenze: die Möglichkeit, der ätiologischen oder ätiopathogenen Kette ein psychisches Glied anzufügen.

Bei dem Gebrauch des Wortes „psychosomatisch“ entsteht die Frage seiner Gleichwertigkeit mit „Psychogenie“. Zweifellos konnten in einer gewissen Entwicklungsphase der psychosomatischen Medizin beide Worte gleichwertig gebraucht werden. Psychosomatische Krankheiten waren diejenigen, bei denen man das Vorliegen einer Psychogenese zeigen oder annehmen konnte. Aber gegenwärtig hat man beide Begriffe aus verschiedenen Gründen getrennt. Einerseits hat die Erforschung der Psyche Fortschritte gemacht, indem sie andere psychologische Probleme studierte, die die Krankheit beeinflussen und die nicht rein psychogene Faktoren darstellen: z. B. das psychologische Profil der Krankheiten, die Umweltfaktoren usw., usw. Andererseits besteht auch eine gewisse Tendenz zur Spaltung zwischen der Neurosenforschung und der Erforschung der psychosomatischen Krankheiten. Inwiefern diese Spaltung berechtigt ist, steht noch zur Debatte. Fest steht, daß die Neurosen sich als Prozeß einer Symbolisierung formen, während die psychosomatischen Krankheiten Störungen der vegetativen Regulation sind. ALEXANDER ist einer der Autoren, die am meisten auf dieser Trennung bestehen. Diese Unterscheidung entspricht der klassischen zwischen *Psychoneurose* und *Organneurose*. Andererseits darf die Unterscheidung von Ursachen und Gründen nicht vergessen werden, der Unterschied zwischen erklärender und verstehender Psychopathologie. Die psychosomatische Pathologie macht wegen ihres psychoanalytischen Einflusses kaum eine klare Unterscheidung und überschreitet bei weitem das Gebiet einer verstehenden Psychopathologie (in dem Buch von WEITBRECHT wird auf diesen Punkt besonders eingegangen).

B. Die psychosomatische Medizin befaßt sich nicht mit der psychischen *Kausalität*, sondern mit der psychischen *Bedingtheit* der Krankheiten. Das Problem der psychischen Kausalität ist zu begrenzt und zu verworren. Wie früher gesagt, geht man von der Psychogenese oder dem psychischen Trauma als Krankheitsursache zur Erforschung von Persönlichkeit und Situation über. Das Studium der Persönlichkeit hat dazu geführt, *psychosomatische Profile* der verschiedenen Krankheiten herauszuarbeiten. Jedenfalls erfolgt der Übergang zwischen Trauma und Persönlichkeit, wie in der letzten Etappe der Psychoanalyse, durch das Studium der Entwicklung der Persönlichkeit. Die Umweltfaktoren werden von verschiedenen Gesichtspunkten aus betrachtet (Erfahrungen von RUESCH, Arbeiten von HALLIDAY und von UEXKÜLL, Feldtheorie von GRINKER u. Mitarb.).

HALLIDAY führt den soziologischen Faktor in die psychosomatische Medizin ein. Er schafft den Begriff der sozialen Krankheit, der besagen will, daß die Gesellschaft selbst unter bestimmten Umständen krank sein kann. Auch die so wichtige Mutter-Kind-Beziehung ist schicksalhaften Zufälligkeiten unterworfen, so daß gewisse Gegebenheiten der psychosomatischen Pathologie auf sie zurückgehen und sich durch Variationen im Verlauf jener Beziehung erklären. Der Begriff von Arbeit, Anstrengung usw. modifiziert die soziale Pathologie. Die Zunahme gewisser Krankheiten wie Rheumatismus, Magengeschwür, Angina pectoris usw. hängt von den veränderten sozialen Bedingungen ab, unter denen sich der moderne Mensch bewegt. *Mit der Zeit ändert sich nicht nur der Standpunkt der Ärzte bezüglich der Krankheiten, sondern auch die Symptomatologie.* Wie ich zu beweisen versucht habe, besteht eine Korrelation zwischen „*Formen des Krankwerdens und Lebensstil*“.

VON BAEYER teilt die psychogenen Krankheiten ein in „Darstellungs- und Intimformen“, eine Einteilung, der sich auch KRANZ und PETRILOWITSCH anschließen. Die ersteren sind im Rückgang begriffen, die zweiten nehmen zu, was in Beziehung steht mit den „Vermassungs- und inneren Verarmungsprozessen“, denen der moderne „homo oeconomicus“ unterliegt.

C. Im Mittelpunkt der psychosomatischen Medizin findet sich die *psychosomatische Tatsache* selbst, d. h. die Beziehung zwischen dem körperlichen und psychischen Ausdruck der Störung. Die neurophysiologischen und psychoexperimentellen Studien stimmen hier mit den Thesen der Tiefenpsychologie überein. Hinweise auf das „Leib-Seele-Problem“ sind nicht zu umgehen. Die letzten Fortschritte der Neurophysiologie sind, vielleicht etwas verfrüht, von der psychosomatischen Pathologie aufgenommen worden. Jedenfalls ist es heute unmöglich, sie außer acht zu lassen, ebensowenig die neuen pharmakologischen Probleme.

D. Die psychosomatische Medizin erfordert mehr als eine Erweiterung der Kenntnisse einen *Wechsel in der Haltung*. Es gilt, dem Weg zu folgen, der von der naturwissenschaftlichen Medizin zu einer *neuen anthropologischen Medizin* führt (v. WEIZSÄCKER, MITSCHERLICH, BINSWANGER, BOSS, PLÜGGE u. Mitarb.).

In der Deutung organischer Krankheitsbilder versucht die psychosomatische Medizin eine Verbindung zwischen *Symptom* und *Biographie* herzustellen. Durch die Anamnese muß der Arzt ermessen können, „wieweit Subjektivität in einem Krankheitsgeschehen nicht nur erleidend, sondern gestaltend beteiligt ist“ (RUFFLER).

## B. Neurophysiologische

### Grundlagen der psychosomatischen Forschung

In den letzten Jahren wurden bemerkenswerte Fortschritte in der Kenntnis der Physiologie des Nervensystems erzielt, die als Grundlage der psychosomatischen Forschung gedient haben oder *dienen werden*.

Diese Fortschritte bewegten sich immer in der gleichen Richtung: die Entdeckung der Strukturen des Zentralnervensystems, denen neurovegetative Funktionen zugeschrieben werden können, und vor allem jener, die man mit der psychischen Dynamik der Gemütsbewegungen in Verbindung bringen kann. Vor einigen Jahrzehnten arbeitete man nur mit den peripheren vegetativen Strukturen, weil nur sie bekannt waren. Auf diese Weise entstanden die Begriffe von *Sympathicotonie* und *Vagotonie* (EPPINGER und HESS) wie auch der der „vegetativen Stigmatisation“ von v. BERGMANN. Vom psychologischen Standpunkt aus stützt sich auch die Theorie von JAMES und LANGE hauptsächlich auf die peripheren Regulationen, wie die ausgezeichnete Kritik von SHERRINGTON bewies. Diese peripheren Regulationen sind viel zu einfach, um die Komplexität der emotionellen Welt erklären zu können. Die fortschreitende Kenntnis der zentralen vegetativen Strukturen ging parallel mit dem alten und immer wiederkehrenden Bestreben, ein Bewußtseinszentrum zu lokalisieren. Das Bewußtsein muß in Beziehung stehen mit dem Schlaf-Wach-Rhythmus und auch mit einer ganzen Gruppe vegetativer Rhythmen, die das emotionelle Leben beeinflussen.

ENGEL bedauert, daß die großen Fortschritte der Tiefenpsychologie nicht von ebensolchen der Physiologie begleitet wurden. Es fehlt, so führt er aus, eine wirkliche „Tiefen-Neurophysiologie“. Welches auch die Entdeckungen und Hypothesen der Neurophysiologie sein mögen, die veröffentlicht werden, alle gruppieren sich, nach ENGEL, um ähnliche Interpretationsschemata: um die Homeostase von CANNON, um die bedingten Reflexe von PAVLOV und um die Adaptationsdynamik der Stresstheorie von SELYE. ENGEL ist sehr im Recht, denn wie wir später sehen werden, ist es mit diesen drei Theorien und mit allen anderen, die auf analogen Grundlagen aufgebaut werden, schwierig, eine ausreichende erklärende Grundlage dessen zu finden, was auf der psychischen Ebene vor sich geht.

Es ist unmöglich, eine Zusammenfassung aller neurophysiologischen Untersuchungen der letzten Jahre zu geben, die für die psychosomatische Pathologie Interesse haben oder es haben könnten, aber zumindest sollen die Hauptrichtungen zitiert werden<sup>1</sup>.

Das vegetative Nervensystem ist ein Regulator des organischen Lebens, das seinerseits von bestimmten funktionellen Gesetzen reguliert wird, die für es wesentlich sind. Es handelt sich um einen umfangreichen funktionellen Komplex, der vom Terminalreticulum und den vasculären Bahnen (STÖHR) bis zu den diencephalen Zentren reicht. Dieser Komplex reguliert sich autonom, wie jede vitale Organisation, zum Unterschied von den nichtorganischen. Die Regulation erfolgt zwischen ihren beiden Teilen, sympathico-ergotrop und trophohistotrop, der Tonus wechselt je nach zwei funktionellen Modellen: entweder allmählich oder als Krise. Der zweite Fall hat in der Pathologie eine besondere Bedeutung. Nach besagtem Schema wächst der Tonus eines der beiden Systeme, Vagus oder Sympathicus, zunehmend in einer bestimmten Situation. Wenn er ein gewisses Niveau erreicht hat, tritt eine Phase der Unsicherheit oder Labilität auf, und am Ende derselben, als ob er an seine nicht überschreitbaren Grenzen gelangt wäre, wechselt er brüsk die Richtung. Der Sympathicotonus verwandelt sich in einen Parasympathicotonus und umgekehrt. Diese brüske Umkehr nennt SELBACH „Kippschwingung“. Vor einigen Jahren formulierte WILDER das Gesetz des Ausgangswertes. Der Tonus des Systems reguliert in einem bestimmten Augenblick die Auswirkung des Reizes, den es empfängt. Je stärker der Tonus, desto kleiner ist der Effekt der Reize, die ihn zu erhöhen, und desto größer der von Reizen, die ihn zu hemmen versuchen. Es existiert also sozusagen eine biologische Hemmung, die die Regulation auf einem für den

<sup>1</sup> Vgl. die ausgezeichnete Darstellung dieser Fragen von ROF CARBALLO: «Cerebro interno y mundo emocional» Ed. Labor, Madrid 1952, und: «Fisiopatología de los sistemas de vigilancia», Boletín del Instituto de Patología Médica, Vol. XIII, Nr. 3, 1958, ferner den Beitrag JUNG in diesem Werk (Bd. I/1). Für eine zusammenfassende Übersicht findet sich wertvolles Material in «Conditionnement et Réactivité en Electroencephalographie». Herausgegeben von FISCHGOLD und GASTAUT, Masson, Paris 1957, und in dem Laurentian Symposium, das unter dem Titel «Brain mechanisms and Consciousness» bei Blackwell, Oxford 1954 erschien.

Organismus adäquaten und optimalen Niveau aufrechtzuhalten strebt; jeder Abweichung treten sofort kompensatorische Mechanismen gegenüber. Werden beispielsweise die Nebennieren extirpiert, so vermindert das Adrenalin seine Wirkung auf den Blutdruck nicht, sondern es erhöht sie. SELBACH hat diese funktionellen Prinzipien des vegetativen Systems auf die Pathologie angewandt. Bei der Epilepsie zum Beispiel vollzieht der Stoffwechsel des Kranken eine ergotrope Abweichung seiner nervösen Regulation, bis er zu einer Grenze gelangt, die gefährlich würde, wenn der Organismus nicht durch die Krise des Anfalls kompensierte. Beim Kollaps finden wir das umgekehrte Schema. Die exzessive trophotrope Regulation wird durch die ergotrope Gegenregulation verhütet.

Dieses *Prinzip der polaren Kompensation* gibt es bei allen Lebewesen. Die Pflanzen unterliegen während der Nacht einer skotophylen Phase mit großer hydrolytischer Aktivität, erhöhter dissimilierender Tendenz, beschleunigter Atmung usw. und während des Tages einer photophilen Phase mit umgekehrtem Vorzeichen. Es handelt sich um Äußerungen des Polaritätsprinzips, das die vitalen Prozesse regiert. Das Gesetz von WILDER widerspricht nicht dem Prinzip von v. UEXKÜLL bezüglich der Regulierung des Muskeltonus, welches besagt, daß die Erregung zu den Muskeln geht, die die größere Spannung aufweisen.

Vom klinischen Standpunkt ist am wichtigsten folgendes: *Im Diencephalon existieren Nervenstrukturen, die nicht nur die vegetativen Funktionen regulieren, sondern auch die Affekte, insbesondere die an sie gebundenen, und die motorischen Mechanismen, die ihrem Ausdruck dienen. Unter diesen Elementen bilden sich verschiedene Komplexe, die letztlich nichts anderes darstellen als schematische Modelle von Verhaltensweisen.* Man erkennt deutlich das aggressive Verhalten, das der Flucht, die trophophylaktischen Verdauungsfunktionen, die von der speichelbildenden Schleimhaut bis zur Entleerung geregelt sind, usw. Zusammenfassend beweisen also diese Untersuchungen, daß das Diencephalon in die Regulation dessen eingreift, was wir allgemein Instinkte und Vitalgefühle nennen (HESS). Setzen wir andererseits diese neurophysiologischen Befunde mit den modernen klinischen Erfahrungen in Beziehung, so sieht man, wie gerechtfertigt es ist, auf die Interferenzen zwischen der Pathologie des Diencephalons und der psychosomatischen Medizin hinzuweisen.

Wenn ein diencephaler Reiz erfolgt, geraten verschiedene funktionelle Elemente in Erregung, so daß sich als Endergebnis zwischen ihnen ein Gleichgewichtszustand einstellt. Die an Kopf und Augen des Tieres hervorgerufene Drehbewegung ist nicht das Ergebnis einer einseitigen Reizung einer Muskelgruppe, sondern eine koordinierte Innervation antagonistischer Muskelgruppen mit einem gerichteten Effekt einer Leistung. *Die Reizung hat also komplexe Wirkungen, und was ein Areal vom anderen unterscheidet, ist die größere Häufigkeit, mit der bestimmte Funktionen ausgelöst werden.* Dieses dynamische Schema zur Erfassung der diencephalen Lokalisation ist in den Darstellungen von HESS sehr gut zu erkennen. Wir brauchen kaum auf die bemerkenswerte Verwandtschaft mit dem, was in der psychosomatischen Klinik vor sich geht, hinzuweisen. Auch hier treten komplexe Syndrome auf, die durch das in einer bestimmten Situation vorherrschende Symptom bestimmt werden, das sich andererseits im klinischen Verlauf ändern kann, so, als ob es sich um eine Erregungswelle handelte, die nach einem bestimmten Schema über die diencephale Tastatur laufen würde.

Die amerikanische neurophysiologische Schule hat sich sehr eingehend mit dem Studium der neurodynamischen Basis der Emotion befaßt. Als reine Hypothese wies PAPEZ 1937 auf das Vorhandensein eines emotionellen Kreislaufs hin, der folgende Stationen umfaßt: Hippocampus — Tuberculi mamillares — vordere Thalamuskern — Gyrus cinguli — entorhinales Areal — Hippocampus. Spätere Forschungen haben diese ursprüngliche Hypothese von PAPEZ bestätigt. Neuerdings konnte ADEY das Vorhandensein eines „inversen Kreislaufs“ zu dem von PAPEZ beweisen, der von den intralaminären Thalamuskernen und den Areae septales ausgeht und über den Fornix zum Hippocampus führt, um vom dorsalen Hippocampus zur entorhinalen Area und von ihr über die Striae medulares zur Substantia reticularis der Kalotte des Hirnstamms zu führen.

Der Schritt von der neurophysiologischen Untersuchung zur psychologischen Interpretation wird in vielen neuen Arbeiten mit großer Leichtigkeit unternommen. OSTROW z. B.

formuliert einige Theorien von der Lokalisation der Instinkte und geht dabei von den Erfahrungen von KLÜVER und BUCY und von SCHREINER und KLING aus. Entfernt man Katzen und Affen den Temporallappen, so verlieren sie die Fähigkeit, die möglichen Objekte ihrer sexuellen und nutritiven Impulse zu unterscheiden, was für OSTROW bedeutet, daß die Temporallappen Objektbilder der instinktiven Impulse sammeln. Die temporalen Halluzinationen bestehen häufig aus unangenehmen, ekelerregenden Gerüchen. Bei einem Fall von PENFIELD erinnerte der Geruch an eine Mistgrube. In einem Fall von OSTROW bewirkte die Reizung des Temporallappens die zwanghafte Vorstellung eines Penis. Es scheint, als ob die gleiche Art von Zensur, die die Visualisation von verbotenen Akten und Organen im Schlaf bewirkt, in den Phantasien bei Temporallappenläsionen weiterwirkt, die bei Kranken ohne Schlaf auftreten. So hat schon JACKSON bei den Halluzinationsanfällen der temporalen Epilepsie von "dreamy states" gesprochen und auf die Parallelen mit den Träumen aufmerksam gemacht.

Die apathische und gleichgültige Haltung der Kranken mit Frontalhirnläsionen veranlaßt den erwähnten Autor zu der Theorie, daß die Funktion des Frontallappens in der Schöpfung und energetischen Aktivierung unbewußter libidinöser Phantasien besteht, die bewußt und verwirklicht werden können. Wie er ausführt, veranlaßt die Zerstörung des ventromedialen Hypothalamuskernes ein unbeherrschtes Verhalten, so daß man, nach diesem Autor, annehmen kann, daß dieser Kern ein wesentlicher Teil des Mechanismus ist, durch den die erotischen Tendenzen mit den destruktiven (Todesinstinkt) sich verbinden und verschmelzen.

Wir können *zusammenfassend* sagen, daß die Entdeckung des reticulären Systems durch MAGOUN und seine Mitarbeiter die Kenntnisse über die corticalen Funktionen erweitert hat. Der Hirnstamm war immer als Durchgangsstation zwischen Peripherie und Hirnrinde angesehen worden, abgesehen natürlich von seiner autonomen Funktion als Ausgangspunkt der Hirnnervenpaare und abgesehen von bestimmten vegetativen Funktionen. Die reticuläre Substanz übt einen aktivierenden Einfluß auf die Rinde aus, kann aber andererseits auch von ihr gehemmt werden. Das absteigende reticuläre System besteht aus einem bahnenden und einem hemmenden System. Das bahnende System liegt lateral in der reticulären Substanz des Hirnstammes, das hemmende medial im Hirnstamm. In diesem System treffen sich die Impulse des Gehirns und der aufsteigenden Bahnen durch Kollateralverbindungen. Das spinale Reticulärsystem übt eine Kontrolle auf den Muskeltonus aus, und zwar durch das gammamotorische System der Medulla, das die Entladungen der Muskelspindeln reguliert. „Durch die Zuflüsse aus allen sensorischen Kanälen ist sowohl das aufsteigende als auch das absteigende Reticulärsystem ein großer und wichtiger Modulator des Erregungszustandes in der Rinde und im Rückenmark“ (GLEES).

MORISON erwähnt im Symposion von Laurentian Mountains den Gedanken, daß der *Eintritt des Bewußtseins* dann erfolgt, wenn sich die drei Systeme, das klassische sensorielle, das reticuläre und das zentroencephale, „in Phase“ stellen. Dann erst tritt das volle Bewußtsein der Außenwelt ein.

Alle diese neurophysiologischen Studien beweisen, daß eine Gefahr unbedingt vermieden werden muß. Und zwar diejenige, eine Verbindung zwischen den klinischen Tatsachen und den physiologischen Aspekten der „psychosomatischen Tatsachen“ zu erzwingen. Bei zahlreichen amerikanischen Autoren beobachtet man die Tendenz, eine Beziehung zwischen den Schichten der Persönlichkeit und den Schichten des Nervensystems herzustellen. Wir könnten viele Beispiele nennen, wie das von MACLEAN, der behauptet, daß das „Es“ sich im limbischen System lokalisiert. Dieses Lokalisationsstreben führt zur Gefahr, eine neue cerebrale Mythologie zu schaffen, in der die bewußten Vorgänge cortical, die unbewußten subcortical sind. Ein anderer Schritt besteht darin, das „Ich“ im Cortex oder in der reticulären Substanz zu lokalisieren. Die bisher bekannten Tatsachen genügen nicht, um Behauptungen dieser Art aufzustellen.

Welche Punkte sollen in allen diesen neurophysiologischen Untersuchungen als besonders wichtig bezeichnet werden<sup>1</sup>?

I. An erster Stelle der Begriff der Wirkungsweise der vegetativen Zentren nach HESS. Es handelt sich nicht um einen Punkt, der bei Reizung eine bestimmte Funktion auslöst, sondern um ein Areal, das je nach der Reizart ein *funktionelles*

<sup>1</sup> Ich sehe hier von der Schwierigkeit ab, die Ergebnisse der beim Tier vorgenommenen neurophysiologischen Untersuchungen auf den Menschen anzuwenden, und auch von der Unzulänglichkeit, nur das anatomische Präparat zu untersuchen. In dieser Hinsicht genügt es, an die Untersuchungen von JASPERS über das «petit mal» zu erinnern. Jedenfalls kann man, dank der Technik der Elektrodenimplantation, die von DELGADO u. a. entwickelt wurde, beim Menschen neurophysiologische Untersuchungen durchführen, die neue Wege eröffnen (vergleiche die Beiträge HASSLERS und JUNGs in diesem Werk).

*Spektrum* bietet. Das ist das, was wir in Wirklichkeit in der Klinik sehen. Wir können hier die Prinzipien der charakterologischen Struktur nach LERSCH anwenden. Die charakteristischen Züge von Personen unterscheiden sich nicht untereinander, weil sie bei der einen vorhanden sind und bei der anderen fehlen, sondern das Gesamt des Charakters bildet ein Magma, aus dem gewisse Ecken, Akzente oder Arten hervortreten, die das charakterologische Profil formen. Dasselbe trifft für die psychosomatische Pathologie und für die Pathologie der Neurosen zu. Wenn man das klinische Bild eingehend analysiert, so erkennt man, daß sich das Prinzip der *symptomatologischen strukturellen Betonung* weiter fortsetzt. An erster Stelle wird der Herzschmerz stehen oder der Meteorismus oder die Colitis; dieses überwiegende Symptom wird von anderen begleitet, die zu verschiedenen Systemen gehören. Der Kranke, der unter Verdauungsstörungen leidet, leidet *auch* an Kopfschmerzen, Neuralgien, präkordialem Druck, Depression, Traurigkeit usw. Wenn ein Symptom sich besonders stark in den Vordergrund schiebt, so erscheinen die anderen wie verwischt als Hintergrundssymptome. Es besteht ein *psychosomatisches symptomatologisches Spektrum*, das offensichtliche Analogien mit dem *Spektrum* aufweist, *das sich in den Erfahrungen von HESS bezüglich der diencephalen Reize entfaltet*.

II. An zweiter Stelle tritt die Beziehung hervor, die vom neurophysiologischen und klinischen Standpunkt zwischen Bewußtsein und dem, was die französischen und amerikanischen Psychologen „Wachsamkeit“ (vigilance, alertness, arousal) nennen, besteht. Das aufsteigende aktivierende Reticulär-system ist ein dynamogenes System, das die Hirnrinde tonisch aktiviert. Eine Zunahme der Aktivität „erweckt“ die Rinde und umgekehrt. Diese Funktion ist die, die wir mit anderen Worten und wie EWALD bereits vorschlug „Biotonus“ nennen können. Abnahme und Schwankungen dieses Biotonus können sich in der Klinik auf sehr verschiedene Arten manifestieren. Hier ist noch ein weites Feld für die Forschung. Man denke einerseits an die Skala, die vom Wachsein zum Schlaf führt. In diese Skala könnte man vielleicht ein Glied einfügen, das das Syndrom der Depersonalisation umfaßt, das mit der psychosomatischen Pathologie in so enger Verbindung steht; aber es wäre schon weit schwieriger, das einzuflechten, was zwischen dem normalen vitalen Tonus und dem erloschenen vitalen Tonus des Depressiven oder dem euphorischen des Manischen liegt. Selbst wenn man, wie ZUTT vorschlägt, eine polare Bewußtseinsstruktur annimmt, ist es schwierig, die Störungen des Bewußtseins mit den Störungen der Vitalität oder der Vitalgefühle angesichts ihrer zwar deutlich polaren (Manie — Melancholie), aber mit vielen klinischen Varianten und Abarten einhergehenden Struktur, zu paaren. Das quantitative Kriterium der Erregung oder Hemmung genügt nicht. Die Einführung neuer Gesichtspunkte wäre nötig, und das ist die Hauptschwierigkeit der neurophysiologischen Korrelation. Die Neurophysiologie arbeitet, ob sie will oder nicht, mit Begriffen, die aus der Welt der physischen Kausalität stammen. Das Gesetz ist die Quantität. Die Psychopathologie gehört zum Reich des Qualitativen. Die Schwierigkeit liegt immer darin, die Beziehung zwischen Quantität und Qualität festzulegen.

III. Seit CANNON wird in der Neurophysiologie der Begriff der *Homeostase* gebraucht. In ihrer Konzeption stützen sich die bedingten Reflexe, die Adaptationsreaktion von SELYE usw. auf ein ähnliches Schema: Die organische Funktion ist immer ein Versuch, sich der Umwelt anzupassen oder einen neuen Gleichgewichtszustand gegenüber einer von außen kommenden Gleichgewichtsstörung herzustellen. Doch ist dieses Schema von Grund auf ungenügend. Im Nervensystem regiert nicht nur das Gesetz der *Erregbarkeit*, auf das schon ALBRECHT HALLER seine Physiologie gründete, sondern auch das Prinzip der *Eigentätigkeit*

oder des Automatismus im ZNS. Manche Arbeiten der modernen Neurophysiologie erkennen die Wichtigkeit dieses Prinzips an (z. B. die Arbeiten von COGHILL und von HOLST).

Dieses Prinzip muß mit der klinischen Tatsache der *Endogenität* gewisser Störungen in Beziehung gebracht werden. Nicht alles und vielleicht noch nicht einmal das Wichtigste im Bereiche der psychosomatischen Pathologie wird durch eine von außen verursachte Anpassungsstörung hervorgerufen, sondern diese, d. h. die Störung, kann auch von *innen* verursacht sein. Die Tragweite dieses Gesichtspunktes leuchtet ein.

Außerdem deutet die Homeostase wie auch die Theorie der bedingten Reflexe auf die Vorstellung hin, daß der Organismus als *geschlossener Kreis* funktioniert. Viele neurophysiologische und psychoanalytische Interpretationen treffen sich in dieser Vorstellung. Die Idee der Erregbarkeit wird von der des geschlossenen Kreises vervollständigt. Sehr verschieden davon ist eine Auffassung, die das menschliche Leben nicht als einen geschlossenen, sondern als einen offenen Kreis deutet. Diese Offenheit ist umso größer, je mehr man in die verschiedenen Schichten vordringt, die die psychophysische Einheit des Menschen bilden.

Die radikale Offenheit der menschlichen Existenz bedeutet im biologischen Sinne ihre Insuffizienz, in dem Sinne, in dem GEHLEN von einem Mangelwesen spricht, damit in anderer Form eine Vorstellung wiedergebend, die in einer bestimmten Art der philosophischen Anthropologie verankert ist (z. B. der Mensch als krankes Tier bei NIETZSCHE). Die moderne Biologie (PORTMANN) hat wahrscheinlich gemacht, daß die vermeintliche Unreife, mit der der Mensch auf die Welt kommt, eine größere Plastizität seines Instinktlebens bedingt. Selbst von diesem Gesichtspunkt aus entwickelt sich das menschliche Dasein erst aus den biologischen Grundlagen des Lebens selbst. Die Instinkte der Tiere sind untrüglich, die der Menschen unsicher. Daher ihre größere Plastizität. Die Offenheit des Menschen zur Welt beginnt bereits auf biologischer Ebene. Die ersten instinktiven Erfahrungen haben manchmal einen entscheidenden Wert für das Leben. Die Ethologen (LORENZ, TINBERGEN) sprechen vom Phänomen der Prägung. Gerade wegen dieser Prägung der Instinkte kann die Entwicklung in den ersten Lebensjahren so wichtig sein. Allerdings ist echte Prägung bisher nur bei Vögeln nachgewiesen und ihr Vorkommen bei höheren Säugern und beim Menschen noch umstritten (vgl. PLOOGs Beitrag in diesem Werk, Bd. I/1). Die allgemeine Bedeutung einer Plastizität des Instinktlebens ist um so größer, je schwächer die biologische Offenheit des Lebewesens ist, d. h. je mehr es sich um ein Mangelwesen handelt. Aus diesen Gründen ist es notwendig, *in jedem Falle* das Prinzip der *Endogenität* mit dem der *Entwicklung* zu verbinden.

IV. Es besteht offensichtlich die Gefahr, daß durch die modernen neurophysiologischen Entdeckungen eine neue cerebrale Mythologie begründet wird. Wir wohnen einer Entthronung der corticalen Funktionen bei. Die Hirnrinde ist nur ein *Analysator* dessen, was der Hirnstamm anbietet. Es besteht eine Beziehung zwischen der Bedeutung, die man in der Neurophysiologie der Struktur des Hirnstammes gibt, und der, die man in der Psychologie und Psychopathologie dem Problem der Persönlichkeit zubilligt. Die „Tiefenperson“ von KRAUS steht mit diesen Strukturen in Beziehung. Vor einigen Jahren habe ich dargelegt, daß die Pathologie der Person nicht so sehr eine Pathologie des ganzen Wesens darstellt, sondern die seiner Einzigartigkeit und seiner Einheit.

Auf die gleiche Weise, wie die Sprache und die neurophysiologischen Strukturen, die sie tragen, ein Ausdrucksinstrument des Denkens sind, stellen die subcorticalen Regulationen ein Ausdrucksinstrument der *Einheit der Persönlichkeit* dar. Meiner Meinung nach ist es nicht erlaubt, zwischen der Struktur der

Persönlichkeit, wie sie die Psychoanalyse definiert, und den verschiedenen nervösen Ebenen ein gleichwertiges Verhältnis aufzustellen und zu sagen, daß das „Es“ im Diencephalon oder im Hirnstamm lokalisiert ist, wie es z. B. MacLEAN tut.

Das einzige, was man bis jetzt sehen kann, ist, daß die Strukturen des Hirnstammes ein Instrument darstellen, auf das sich die *Einheit* des psychischen Lebens stützt. Der Integration auf neurophysiologischer Ebene entspricht eine psychologische Integration, doch muß in dieser Beziehung gleichzeitig das Prinzip der *Ganzheit* anerkannt werden.

## C. Psychosomatische Dynamik

### 1. Die Konversionsmechanismen

Der beschreibenden Psychiatrie gegenüber wird versucht, eine psychodynamische Psychiatrie zu begründen. Dies setzt die Annahme der Gesichtspunkte der Psychoanalyse voraus. Der psycho-somatische Standpunkt der Medizin ist im wesentlichen psycho-dynamisch. Seine Berechtigung beruht auf der Bestätigung der Existenz einer psychologischen Dynamik somatischer Prozesse.

In der psychoanalytischen Theorie leiten sich die körperlichen Symptome wie die Fehlhandlungen und der Inhalt der Träume von verdrängten psychischen Elementen sexueller Art her. Die somatischen Störungen der Neurosen sind verkleidete Äußerungen einer unbefriedigten Libido. Das „Es“, wie GRODDECK sagte, neigt dazu, sich in Symbolen auszudrücken, und der Schlüssel zu ihrem Verständnis muß in der Sexualität gesucht werden. GRODDECK behauptet, daß das Fieber z. B. eine Form sexueller Erregung sei, und jede Art von Blutandrang zu einem Organ symbolisiere eine Erektion.

Diese Verwandlung der psychischen in somatische Phänomene wurde seit FREUD „Konversionsreaktion“ genannt (*Konversionshysterie*) und bietet den Schlüssel zur *Psychogenese*. Der Schlüssel besteht aus drei Begriffen: a) Vorhandensein einer auf die Libido gegründeten Dynamik; b) Bestehen eines gestörten Gleichgewichtszustandes (psychisches Trauma); c) Abweichen des Verlaufs in anomaler Richtung. Diese Abweichung hat einen symbolischen Charakter.

Selbst wenn man absieht von der Reduktion auf Libido von allem, was eine psychische Dynamik voraussetzen könnte, gibt es viele Punkte der Psychodynamik, die sich nicht auf das Schema zurückführen lassen. Aus diesem Grunde ist es sehr zweckmäßig, die verschiedenen Versuche, dieses Problem anzugehen, getrennt zu behandeln.

Die körperlichen Symptome der Hysterie unterteilen sich in folgende vier Gruppen:

1. Sensorische Störungen
2. Anfälle und Bewegungsstörungen
3. Störungen an Haut und Schleimhäuten
4. Störungen innerer Organe.

Das spezifisch psychosomatische Problem erscheint in den Störungen, die den beiden letzten Gruppen zugehören. Besteht ein wesentlicher Unterschied in der Entstehungsweise der Symptome der ersten beiden und der beiden letzten Gruppen? Das heißt, zwischen Hysterie und Organneurose oder zwischen Konver-

sionsreaktion und vegetativer Antwort? *Ist die psychosomatische Dynamik im engen Sinne anders als die psychoneurotische Dynamik*<sup>1</sup>?

F. ALEXANDER ist einer der Autoren, die in den letzten Jahren am meisten zum Fortschritt der psychosomatischen Medizin beigetragen haben. Für ihn müssen die psychologischen Prozesse in jedem Fall konkret erforscht und dargelegt werden, wobei allgemeine Ausdrücke wie Angst, Spannung usw. vermieden werden. Dieser Versuch, das psychosomatische Problem konkret darzustellen, veranlaßt ihn, die These von DUNBAR über die psychosomatischen Profile der verschiedenen Krankheiten zurückzuweisen. *Die psychologischen Vorgänge sind weiter nichts als in Worten ausgedrückte physiologische Vorgänge*, natürlich abgesehen davon, daß die körperlichen Vorgänge von psychischen Vorgängen beeinflußt werden. Dies ist der zentrale Gedanke von ALEXANDER, der deutlich die spätere Entwicklung veranschaulicht: die psychischen Funktionen sind nicht etwas von den körperlichen Getrenntes, sondern sie finden statt, dank dieser. Die Gemütsbewegungen äußern sich immer durch das vegetative System und die von ihm regulierten Organe. Eine bestimmte Gemütsbewegung ist konstant mit einer bestimmten vegetativen Regulation verbunden. Wenn sich eine Gemütsbewegung nicht ausdrücken kann, verursacht sie eine Störung in ihrer vegetativen Leitung, die dazu führen kann, die ihr anvertraute Funktion zu stören und eventuell sogar morphologische Veränderungen hervorzurufen. Das Schema der Entstehung einer psychosomatischen Störung wäre also das folgende: unterdrückte Gemütsbewegung → vegetative Dysregulation → funktionelle Störung → morphologische Veränderung.

Der Unterschied zwischen einer psychosomatischen Störung und einer Neurose, beispielsweise einer hysterischen Reaktion, besteht darin, daß bei letzterer die Symptome eine symbolische Bedeutung in bezug auf den sie bestimmenden Konflikt haben, während es sich bei einer psychosomatischen Störung um eine reine vegetative Dysregulation handelt, ausgelöst durch einen emotionellen Zustand<sup>2</sup>.

In den Arbeiten von ALEXANDER ist eine gewisse Entwicklung in der Art der Interpretation des ursprünglichen psychischen Konfliktes zu bemerken. Anfangs suchte er eine engere Formel, eine Art emotionelle Schlußfolgerung ("emotional syllogisms"), die sich in der vegetativen Störung entladen sollte. Später, parallel mit der Entwicklung des psychoanalytischen Denkens, glaubte er mehr an allgemeinere affektive Reaktionen wie die Abhängigkeitsbeziehung, den narzistischen Protest und die Überkompensation. Wenn diese Abhängigkeitsbeziehungen verhindert oder blockiert werden, ergießt sich die unterdrückte Energie in die parasymphatische Bahn, die die anabolischen und konservierenden Prozesse reguliert

<sup>1</sup> *Die Zone der körperlichen hysterischen Symptome hat sich im Laufe der Jahre geändert* (KRANZ, v. BAEYER, LÓPEZ IBOR). Es gab eine Zeit, in der die Hysterie alle Neurosen und alle funktionellen nervösen Störungen umfaßte. Allmählich schied aus dem einen oder anderen Grunde ein Symptom nach dem anderen aus: einige, um gewisse Kapitel der organischen Pathologie zu bereichern (Torsionsspasmus, extrapyramidale Tics usw.), andere, um sich dem Bereich anderer Neurosen anzuschließen. Wenn man beispielsweise, um nicht weiter auszuholen, die Beschreibung der Hysterie in dem Lehrbuch von OPPENHEIM liest, findet man Symptome inbegriffen, die in späteren Beschreibungen der Neurasthenie oder den Organneurosen zugeschrieben werden. In der Angsthysterie von FREUD (Angstneurose) sind Symptome eingeschlossen, die andere Autoren der klassischen Hysterie zurechnen. Es entspringt keiner Laune des Autors, diesen Stellenwechsel der Symptome vorzunehmen, sondern dem Dazwischentreten neuer ordnender Prinzipien, die eine größere deutende Klarheit in diesem symptomatologischen Wirrwarr suchen.

<sup>2</sup> Auch MACALPINNE besteht auf dem Unterschied zwischen psychosomatischen und hysterischen Symptomen. Das hysterische Symptom ist der symbolische Ausdruck eines Konfliktes oder einer Idee. Das psychosomatische Symptom ist wie eine rudimentäre und teilweise verkleidete Gemütsbewegung ("pars pro toto" von BILZ), die sich körperlich äußert.

(Ulcus, Colitis, Asthma usw.). Wirkt die Hemmung auf die aggressiven Beziehungen, so äußert sich die Störung in der sympathischen Innervation und verursacht Migräne, Hyperthyreoidismus, Diabetes, Hypertension usw.

Wichtig ist die Begrenzung, die ALEXANDER bei der Psychogenese der psychosomatischen Störungen aufstellt. In der Genese des Magengeschwürs besteht zum Beispiel eine psychische Komponente. Das Bedürfnis nach Schutz und Liebe, das der Magengeschwürkranke empfindet, wird unbewußt ausgedrückt durch sein Bedürfnis nach Essen, das die primitivste Form, Schutz zu empfangen, bedeutet. Dieses Bedürfnis mobilisiert die Magennerven, die dauernd so antworten, als würde Nahrung aufgenommen, was Übersäuerung und alle ihre Folgen, die zum Ulcus führen können, bewirkt. Diese Gefühlskonstellation kann sich jedoch auch bei vielen anderen Kranken finden, die nicht an einem Magengeschwür leiden; es müssen also außerdem allgemeine somatische oder lokale Faktoren bestehen. Nur das Zusammentreffen beider Faktoren, emotioneller und somatischer, kann das Ulcus hervorrufen.

Im Grunde erweckt ALEXANDER mit dieser Unterscheidung für die psychosomatischen Störungen von neuem den Begriff der *Reflexneurose*. Die Störung ist vegetativ und funktionell und ursächlich mit einem Trauma oder einer Situation verbunden, aber *entbehrt des Sinnes*. Dieses Fehlen eines Sinnes *verschließt* viele psychosomatische Perspektiven; auf diesem Wege erscheint es praktisch unmöglich, die psychosomatischen Gesichtspunkte auf die organischen Krankheiten anzuwenden. Ich sage nicht, daß diese Problemstellung falsch oder richtig ist. In diesem Augenblick handelt es sich nicht darum zu urteilen, sondern nur darum, eine Grenze zu bezeichnen.

Die Unterscheidung, die ALEXANDER zwischen den Konversionsreaktionen und dem Errichten einer vegetativen und Reflexdynamik als Folge eines emotionalen Einflusses macht, *kann nicht als wesentliche Unterscheidung aufgefaßt werden*. Die klinische Erfahrung zeigt, daß ein Krankheitsbild, das mit einer Konversionsreaktion beginnt, sich häufig in ein andersartiges verwandelt, z. B. kann nach einem Erbrechen mit allen Zeichen des hysterischen Erbrechens eine Anorexie mit allen Charakteristiken einer Pubertätsdepression auftreten. In anderen Fällen hat der neurotische Verlauf phasischen Charakter und man kann beobachten, wie eine der Phasen durch einen symbolischen psychodynamischen Mechanismus ausgelöst zu sein scheint, der in der folgenden Phase nicht mehr auftritt. Alle diese funktionellen Folgen und Ergänzungen zeigen das Bestehen einer gemeinsamen Struktur *aller* psychodynamischen Prozesse an.

## 2. Psychosomatische Wechselbeziehungen

Nachdem die Wirkung psychischer Reize auf die körperlichen Regulationen und umgekehrt die körperlicher Störungen auf das psychische Leben angenommen wird, ist es notwendig, jetzt die *Bahnen* dieser wechselseitigen Beziehungen zu untersuchen und die *Gesetze*, die sie regieren.

Die körperlichen Störungen können auf folgende Weise entstehen (JASPERS):

1. *Automatisch*, wie es z. B. bei den Verdauungsstörungen geschieht, die eine Gemütsbewegung begleiten. Die Angst kann eine Diarrhoe hervorrufen. In diesen Fällen können wir nur als Beobachter die Phänomene feststellen und registrieren.

2. *Aus Tendenz zur Fixierung*. Ist ein körperlicher Reflex, der eine Gemütsbewegung begleitet, einmal ausgelöst worden, so kann er von neuem nach kleineren Reizen auftreten. Um beim vorigen Beispiel zu bleiben, kann der Fall angenommen werden, daß eine Diarrhoe nach einem schreckerregenden Eindruck auftrat und daß eine Neigung zur Diarrhoe zurückbleibt, auch nach viel weniger

starken Eindrücken. Oft wirkt sich diese Fixierung auf Funktionen aus, die sich im Augenblick des Auftretens der Emotion gerade in Tätigkeit befanden, z. B. bei einer Person, die eine Armlähmung beim Telefonieren mit dem Empfang einer unangenehmen Nachricht erleidet (*Bahnung bedingter Reflexe*).

3. *Zwischen der Gemütsbewegung und der körperlichen Störung bilden sich ver-stehbare Beziehungen*, z. B. die hysterische Blindheit, die in einer Situation auftritt, die man ignorieren möchte. In diesem Hin- und Herfließen zwischen Psychischem und Körperlichem sehen wir häufig, wie die somatische Störung in unabhängigen Körpergebieten auftritt, gewöhnlich in denen der Willkür und der Darstellung. Das heißt, der psychische Reiz hat einen Einbruch in die autonome organische Rhythmik verursacht.

H. G. WOLF und seine Mitarbeiter (S. WOLF, W. J. GRACE, TH. HOLMES, I. STEVENSON, L. STRAUB, H. GOODELL und P. SETON) haben eine sehr demonstrative Methode für die Erforschung der psychosomatischen Wechselbeziehungen geschaffen. Es handelt sich um die fortlaufende Beobachtung gewisser Schleimhäute in Beziehung zu verschiedenen Erlebnissen und in bestimmten, experimentell hervorgerufenen Situationen. Die untersuchten Schleimhäute waren die folgender Organe: Magen, Vagina, Blase, Rectum, Nase und Bronchien. Auch wenn die Reaktionen in jedem Gewebe unterschiedlich sind, sind die Ähnlichkeiten ausreichend, um sie als einheitliche Gruppe zu betrachten.

Ein Beispiel, wie diese Untersuchungen vorgenommen werden können, gibt die psychosomatische Untersuchung der Magensekretion von Fistelträgern. WOLF studierte 1944 den Fall Tom und später, 1948, wiederholten CRIDER und WALKER die gleichen Untersuchungen bei anderen Kranken, wobei sie abweichende Ergebnisse erhielten. Dieselben Gemütsbewegungen, die in einem Falle die Magensekretion anregten, wie bei Tom, unterdrückten sie im Fall Helen. Darum unterzog Margolin diese Kranke Helen über 2½ Jahre einer kombinierten physiologischen und psychoanalytischen Untersuchung. Helen hatte eine Magenfistel, die nach einem Selbstmordversuch durch Trinken von Natronlauge aufgetreten war. Dieser war wegen unbewußter Konflikte unternommen worden, die sich als sado-masochistisches Verhalten äußerten, abgesehen von einer homosexuellen Neigung. Die Ergebnisse der Magensaftuntersuchung konnten nicht als normal angesehen werden, ehe sich die Kranke von ihren unbewußten, mit dem Magengeschwür in Verbindung stehenden Phantasien befreit hatte. Als der traumatisierende Einfluß auf der psychologischen Ebene des Ulcus behoben war, unterschied MARGOLIN drei Funktionstypen: synchrone Hyper- und Hypofunktion, in der alle gastrischen Funktionen sich im Sinne von Mehr oder Weniger änderten, und den funktionellen Asynchronismus, bei dem die verschiedenen Funktionen in relativer Unabhängigkeit voneinander wechselten. Die Magentätigkeit reagiert gleichermaßen auf bewußte und unbewußte Tendenzen und ebenso auf die Art, in der die psychoanalytische Übertragung die Wünsche des Patienten befriedigt.

Nach WOLF u. Mitarb. tritt die Turgescenz der Vagina während sexueller Erregung und in Angstsituationen auf. Manchmal wird die Hyperämie von einer Leukorrhoe begleitet. Bei einem Patienten mit Colotomie konnte das Colon beobachtet werden. An der Nasenschleimhaut beobachtete man, daß anhaltende Konflikte Hyperämie und Schwellung bewirkten, und daß im Gegenteil Paniksituationen die Mucosa blaß und trocken erscheinen ließen. In manchen Fällen, wie bei Tom, wurde beobachtet, daß andauernde und intensive Gemütsbewegungen punktförmige Blutungen in der Schleimhaut hervorrufen können. Ein Kranker, dem die Rectoskopie sehr unangenehm war, wies bei der Untersuchung hämorrhagische Flächen der Rectalschleimhaut auf, die in weniger als 24 Std. verschwanden, wenn es dem Kranken gelang zu entspannen. Auch in der Sekretion der Schleimhäute entstanden Modifikationen: die Hyperämie des Magens wird von einer Acidität begleitet, die Colonschleimhaut weist in Fällen von ulceröser Colitis je nach den verschiedenen Emotionen Veränderungen in der Lysozym-Konzentration auf. Die Modifikationen dieser Lysozym-Konzentration sind keine Folge der Gewebsläsion, sondern gehen ihr voraus. Es ist wahrscheinlich, daß die Lysozym-Erhöhung zusammen mit der Schwellung und der Hyperämie der Schleimhäute bei Kranken mit ulceröser Colitis Läsionen hervorrufen kann. Bei der Nasensekretion wird in einigen Fällen aus psychischen Motiven eine Neutrophilie provoziert, in anderen Fällen war die Reaktion eine Eosinophilie. Hyperämie und Schwellung ändern selbstverständlich die Reaktion der Schleimhäute toxischen Substanzen gegenüber.

Abgesehen von den bereits erwähnten Fällen gibt es noch einen neueren, „Monica“, der hinzugefügt werden soll. Es handelt sich um ein Kind mit angeborener Oesophagus-Atresie, dem am dritten Lebenstag eine Hals- und am vierten Tag eine Magenfistel angelegt wurde. ENGEL, REICHSMAN und SEGAL berichten über die Ergebnisse von 59 Untersuchungen, die

zwischen dem 15. und 20. Monat vorgenommen wurden. Die Werte der Gesamtsäureentsprechung genau dem allgemeinen Verhalten des Kindes. Die affektiven Schwankungen libidinöser oder aggressiver Art standen in Zusammenhang mit einer Zunahme der Salzsäuresekretion. Während der Reaktion auf ein Verbot ("depression-withdrawal-reaction") bestand eine Verringerung der Sekretion oder sie hörte auf. In dieser Phase wirkte das Histamin kaum auf die Magensaftsekretion, während in den Phasen der Extraversion das Histamin sich als starkes Stimulans der Magensaftsekretion erwies. Die Autoren führen aus, daß diese Beobachtung die psychosomatische These stützt, nach der auf diesem Entwicklungsniveau das Aufnehmen von Beziehungen zum „Objekt“ einer oralen Verhaltensform entspricht. Die „depressiv-abstinente“ Reaktion des Kindes wird von den Autoren so gedeutet, daß sie zwei grundlegenden Prozessen unterliegt, die zur Entwicklung dieser „depressogenen“ ("depressogenic") Konstellation beitragen. Der erste ist ein Prozeß des biologischen Bereichs, der Aktivität und Stoffwechsel bei einer äußeren, unbefriedigenden Situation reduziert. Der zweite Prozeß weist einen „ambivalenten Kern“ auf. Er steht in Beziehung zum Ernährungsvorgang und entfaltet sich psychisch in den Mechanismen der Introjektion oder Projektion, das heißt Mechanismen, die in Beziehung zu dem guten oder bösen Aussehen der Objekte der Außenwelt stehen.

Die Ausführungen von CASLOM, WOLF und anderen Autoren über Gastrostomierte werden von Margolin streng kritisiert. Er legt dar, daß man daran denken müsse, was es für einen Menschen heißt, eine Gastrostomie vier Jahre lang zu ertragen. Ein derartiges Ereignis dramatisiert zwangsläufig das Leben des Betroffenen und bringt den chirurgisch angelegten Mund an die erste Stelle im emotionalen Leben des Kranken. Das verstümmelte Organ verwandelt sich in ein primäres Organ für den Ausdruck alles dessen, was der Patient braucht und fühlt, sei es unbewußt oder bewußt. Es sei deswegen nicht möglich, die Bedeutung der Magenfunktion unter diesen Umständen der eines normalen Menschen gleichzusetzen.

In der Erforschung der Beziehungen zwischen psychischen und somatischen Phänomenen hat LACEY einen besonderen Weg versucht, um jeden Irrtum von seiten des Psychischen auszuschließen. Bei einer Serie von Kindern registrierte er die auftretenden physiologischen Varianten, die später der psychologischen und somatischen Lebensgeschichte gegenübergestellt werden sollen. In einer anderen Arbeit, die in der John Hopkins Medical School vorgenommen wurde, ist das Vorgehen umgekehrt. Studenten werden gründlichen psychologischen Analysen unterzogen und diese Daten werden später mit den Varianten verglichen, die an Blutdruck, Pulsfrequenz usw. beobachtet werden. So kann man feststellen, welche Voraussagen über die Kreislauffunktionen möglich sind, ausgehend von dem psychologischen Material, das Traumanalysen, freie Assoziationen, unbewußte Phantasien ebenso wie die bewußte psychische Struktur umfassen soll.

MIRSKY hat einen bemerkenswerten Versuch unternommen, die physiologische mit der psychologischen Forschung in Verbindung zu bringen, indem er versuchte, Methoden einer quantitativen Auswertung der physiologischen Fähigkeiten des Kindes während der Phase der biologischen Abhängigkeit festzulegen; z. B. ist die Messung des Blutpepsinogens ein Maß für die potentielle Magenaktivität. Wenn man quantitativ die Aktivität der physiologischen Systeme von der Geburt bis zum reifen Alter mißt, wird es möglich sein, Beziehungen zwischen dem biologischen und psychologischen Verhalten aufzustellen. Wenn man entsprechend dieser Technik von MIRSKY die notwendigen Daten hätte, würde es möglich sein, die Erkrankungen jedes Individuums je nach den Umständen, in denen es sich befindet, vorauszusagen.

### 3. Überschießende Reaktionen und Circulus vitiosus

Wenn man tiefer in die Pathogenese einer funktionellen Störung oder einer Visceralneurose eindringt, tritt sofort ein zum Verständnis dieser Phänomene wesentlicher Punkt in Erscheinung. Die Reaktionen, die in einem kranken Organ stattfinden, sind *überschießend*, *exzessiv*. Die Arbeiten von HOCHREIN über die „neurozirkulatorische Dystonie“, ebenso wie die Arbeiten von SELYE über das Adaptationssyndrom stimmen mit dieser Feststellung überein. Welches ist das Hauptcharakteristicum dieser überschießenden Reaktion? Es ist das gleiche, das die alten Autoren erwähnten, wenn sie von der „reizbaren Schwäche“ sprachen, z. B. bei der sog. neurasthenischen Reaktion.

Nach SELYE besteht gegenüber irgendeiner versuchten Aggression eine „Notfallreaktion“. Das Hauptverdienst SELYES besteht darin, daß er in die Alarmreaktionen nicht nur die nervösen Dynamismen einbegriffen hat, sondern auch die humoralen und endokrinen, auf die er besonders hinwies. Die Alarmreaktion umfaßt zwei Phasen, die des Schocks (Tachykardie, Hypotonie, Hypothermie, Anurie,

Neigung zu gastrointestinalen Ulcerationen, Hypoglykämie und Adrenalinausschüttung) und die des Gegenschocks, in der sich alle diese Reaktionen umkehren. Wenn die Schädigung das Lebewesen nicht vernichten kann, entsteht eine Adaptationsphase; wenn diese mißlingt, tritt eine Phase der Erschöpfung ein. Die Hypophyse spielt bei diesen Verteidigungsreaktionen eine zentrale Rolle, indem sie mehr corticotropes Hormon ausscheiden läßt.

In der Erschöpfungsphase eines Organismus sind die Reaktionen unkoordiniert und paradox. Wie HOCHREIN ausführt, *schießen die Reaktionen über das gesetzte Ziel hinaus*. Auf diese Weise verursacht der thermische Reiz, der eine mäßige Vasoconstriction hervorrufen sollte, einen Spasmus. Der Organismus mit geringerer Verteidigungskraft zieht sich in sich selbst zurück und verkrampft sich.

Ein anderer Faktor ist das Auftreten eines sog. *Circulus vitiosus*, der mit dem Vorhergehenden in enger Beziehung steht. Der Reiz verursacht eine überschießende Reaktion und die Folge dieser, sofern sie nicht kompensiert wird, wirkt selbst als pathogener Reiz.

#### 4. Die Organminderwertigkeit

Gegen das Vorhandensein eines *Locus minoris resistentiae* als Erklärung für die Projektion der Symptome — eine allgemeine somatische Ausgangslage vorausgesetzt — spricht die Tatsache der verschiedenen Lokalisationen in verschiedenen Phasen der Krankheit. Ein Kranker leidet zu einem Zeitpunkt an einer Herzneurose, Jahre später tritt ein Zustand von Magen- oder Darmneurose auf oder ein Schwindelzustand. *In diesen Fällen* kann also der Grund der Lokalisation nicht in einer organischen oder funktionellen Minderwertigkeit konstitutioneller oder erworbener Art eines bestimmten Organes liegen. Das soll aber nicht heißen, daß es nicht in *einigen Fällen* doch so ist (ADLER).

Die körperliche Projektion bestimmter Symptome entsprechend der psychischen Wertigkeit des auslösenden Reizes ist eine erwiesene Tatsache, aber es ist nicht *immer* so. Man könnte einen Vergleich mit den Depressionen ziehen. Der Fall des Kranken, der in seinem Leben mehrere depressive Phasen durchmacht, jede mit einem anderen Inhalt, ist geläufig. Noch offensichtlicher ist dies der Fall, wenn die Depression von Zwangsgedanken begleitet wird. Die Zwangsgedanken konzentrieren sich um eine erlebte Begebenheit in den Anfangsstadien der Depression.

Bei der Bewertung einer angenommenen Organminderwertigkeit in bezug auf das psychische Leben müssen folgende Tatsachen berücksichtigt werden:

a) *Das Vorhandensein einer anatomischen Anomalie genügt nicht zum Stellen einer Diagnose*. Es ist erforderlich, daß die subjektive Symptomatologie eine Beziehung zu ihr hat. Es gibt Kranke mit einer Organminderwertigkeit und einer auf andere Organe projizierten psychosomatischen Störung.

b) *Das Vorhandensein einer anatomischen oder funktionellen Anomalie genügt nicht, um als Projektionszone der subjektiven Symptomatologie zu dienen*. Diese Regel bringt eine starke Einengung des Prinzips von der Organminderwertigkeit als entscheidendem Mechanismus der psychosomatischen Störung mit sich. Einer meiner Kranken leidet seit Jahren an einer Arrhythmie mit Extrasystolen, die ihm nicht die geringsten Sorgen macht; dagegen lebt er in ständiger Abhängigkeit von einigen kleinen Zwangsvorstellungen.

ADLER baute die gesamte Dynamik der Neurosen auf der Theorie der Organminderwertigkeit auf, aber die spätere Erfahrung hat gezeigt, wie übertrieben diese Verallgemeinerung war. Neben dem Problem der somatischen Projektion und des Grundes, aus dem ein bestimmtes Organ eine gewisse Minderwertigkeit besitzt, steht das allgemeine Problem der Konstitution des Neurotikers. *Der*

*Minderwertigkeitskomplex besteht bei den Neurotikern, aber er ist nicht der Schlüssel zu ihrer Neurose, sondern deren Äußerung.* Die Insuffizienz der Persönlichkeit oder noch häufiger die *Angst* vor der Insuffizienz der Persönlichkeit offenbaren sich in dem, was mit dem trivialen und alltäglichen Namen des Minderwertigkeitskomplexes belegt wird. Die chronische, konstitutionelle Angst des Neurotikers drückt sich auf diese Weise aus, ebenso die physische Angst des Thymopathen. Viele länger beobachtete Minderwertigkeitskomplexe weisen diesen phasischen Verlauf auf, sind sie doch nur Äußerung der inneren und vitalen Ängste des Patienten.

## 5. Organsprache und Symbolik der Organe

(„ihre psychosomatische Spezifität“)

KUBIE weist auf die Vorurteile hin, die bezüglich des Problems der *Spezifität der psychosomatischen Prozesse* bestehen. Ein Organ kann eine anatomische oder physiologische Einheit darstellen, nicht aber eine psychosomatische Einheit. Jedes Organ kann in jeder Situation eine andere Rolle spielen. MARGOLIN spricht deshalb von der *Illusion der Funktion*. Die meisten neurotischen Symptome können auf verschiedene Weise zustande kommen, wie auch das Fieber durch sehr verschiedenartige Krankheiten hervorgerufen werden kann. Der spezifische Charakter eines Determinanten kann nur scheinbar sein; seine „Spezifität“ kann der Tatsache zugeschrieben werden, daß er am Ende eines Weges steht, des allgemeinen Weges, der zum neurotischen Symptom führt. KUBIE meint, daß FREUD zu Beginn seiner Arbeiten ähnlich gedacht haben muß, daß aber die Beschreibung des analen, urethralen, prägenitalen usw. Charakters die Forschung auf den Weg der Spezifität führte und feste Bindungen *zwischen gewissen neurotischen Symptomen und gewissen Libidofixierungen* aufstellte. Viele Arten von kranken Menschen können an demselben Symptom leiden, aber bei jedem ist seine Bedeutung anders. *Diese symbolische Vieldeutigkeit der Organe ist dieselbe, die sich in den Träumen findet.* Die Zunge kann auf Abhängigkeitsbeziehungen zur Mutter deuten, oder einen Ersatz im sexuellen Akt des impotenten Gatten darstellen, oder durch das Bild des Zungenkrebses Äußerung der Angst vor Strafe sein usw.

Schon vor einiger Zeit wollte HEYER die Lösung des Problems erreichen, indem er verschiedene vitale Kreise unterschied: den vegetativen (Verdauungsapparat), den animalen (das Leben des Blutes; Herz, Kreislauf) und den pneumatischen (Atmung). Das Wesen dieser vitalen Kreise steht symbolisch mit dem psychischen Wesen in Beziehung. Das Leben des Darmes ist pflanzenhaft, ruhig, dunkel, gehört der tellurischen und unbewußten Sphäre des Seins an. Das Leben des Blutes ist Leidenschaft, Affekt, Temperament und Instinkt; es ist die Sphäre des sexuellen Impulses. In dieser Sphäre regiert nur der Rhythmus, Kontraktion und Wiederentfaltung, es ist das Leben des aggressiven Tieres. Die Atmung hat ebenfalls ihre polare Art zu sein, ihr Ablauf steht dem Ich näher.

Zwischen den Typen der psychischen Konflikte, die die somatischen Störungen auslösen, und den Zonen, wo diese in Erscheinung treten, besteht eine gewisse symbolische und strukturelle Korrelation (v. WEIZSÄCKER).

1. *Die Konflikte mit der Umwelt* gehen zu Lasten der äußeren Sinne, des Bewegungsapparates und einiger zentralnervöser Organisationen. Das typischste Beispiel dieser Art von somatischer Projektion bietet die Hysterie mit ihren verschiedenartigen Symptomen (Amaurose, Lähmung, Tremor usw.).

2. *In die anatomischen Grenzzonen zwischen willkürlicher und unwillkürlicher Muskulatur* (System der cerebrospinalen und der autonomen Innervation) projizieren sich die *Konflikte, die zwischen der instinktiven und rationalen Erziehung*

bestehen. Die vorherrschend affektiven Bezirke des Körpers sind der orale und der anourogenitale Pol. Die Psychoanalyse entdeckte bereits die Wichtigkeit dieser Projektionszone, als sie die orale und anale Libido erforschte. Die Konflikte dieser Art entwickeln sich im Laufe des Lebens und gehören zum Reifungsprozeß der Persönlichkeit, der hauptsächlich in der Absorption und der Unterwerfung der instinktiven Mechanismen unter höhere Einheiten besteht, die durch das geistige und soziale Leben entwickelt wurden. Die Magen-neurose (Aerophagie, Ruminatio, Erbrechen, Obstipation usw.) stellen ein neurotisches Ausweichen vor Konflikten zwischen dem Willen und der Autonomie der Organe dar.

3. *Das innere Reich* umschließt die Gebiete der autonomen Innervation vom Oesophagus bis zum Colon; hier gibt es keine Konflikte zwischen willkürlicher Entscheidung und instinktivem Impuls, sondern nur den Einfluß oder Einbruch einer Gemütsbewegung auf die visceralen Nerven. Dasselbe gilt für Herz, Leber, Nieren usw.

Es wurde angenommen, daß jedes Organ den Impuls von einem bestimmten Reiz bekäme und so eine Art von Organsymbolismus der Emotionen aufgestellt. Diese Tatsache entspricht dem, was die Psychoanalyse unter dem Namen „Organ-sprache“ beschrieben hat. SCHULTZ-HENCKE stellt folgende Beziehungen auf:

Die Angst wird im Herzen und den Lungen symbolisiert, die Furcht in der Schilddrüse, die Traurigkeiten in der Leber, der Ärger in der Galle, die Wut in den Hirnarterien, der Geiz im Darm, die Habsucht im Magen, die Sexualität in den Genitalien und im Herzen und die Nieren schließlich sind das Organ, das Sexualität, Wut und Geiz ausdrückt.

4. Es gibt ein noch *interneres Gebiet*, dem die Stoffwechselprozesse zugehören, Immunität, innere Sekretion, Wachstum und Alter. Als Beispiel könnte die nervöse Anorexie dienen, bei der eine Stoffwechselstörung in enger Beziehung zu der Unmöglichkeit steht, im Leben weiter fortzuschreiten, d. h. zu wachsen und zu reifen.

5. In diesen Sektor schließt man die *Konflikte mit der Welt* ein, er umfaßt das Studium der Psychologie der „Sicherheiten“ (Heim, Dorf, Rasse, Recht). Wenn man dem Menschen die Sicherheiten des Lebens nimmt, fällt er ins Leere.

KUBIE stellt die Spezifität der psychosomatischen Symptomatologie in folgendem Schema dar, das mit dem vorigen gewisse Ähnlichkeit hat:

*I. Organe, die uns mit der Außenwelt in Beziehung bringen.* Darunter werden verstanden die Organe der exterozeptiven Sinne (die Sinnesorgane der äußeren Wahrnehmung), die quergestreifte Muskulatur mit propriozeptiven Wahrnehmungen, die Organe der Sprache und ihre Zentren. In der psychoanalytischen Sprache sind es die Organe des „Ich“ oder ego. Ihre Störungen gehören zum Typ der Konversionshysterie. Sie sind deutlich bewußt und in ihnen finden komplexe ideative Prozesse statt, die die Organe ihrerseits symbolisch darstellen können. Die Hauptrolle spielt dabei das Nervensystem des Beziehungslebens. Das autonome System ist von sekundärer Bedeutung.

*II. Organe der inneren Ökonomie.* Der Prozeß der Somatisation betrifft in diesem Falle die Organe, die im Inneren des Körpers der direkten Kenntnis verborgen sind. Obwohl einige von ihnen eine indirekte Verbindung zur Außenwelt haben, ist unser subjektives Bewußtsein über sie begrenzt. Ihre Störungen ergeben die sog. „Organneurosen“, bei denen das autonome System selbständig funktioniert.

*III. Organe mit instinktiver Funktion.* Organe, die in direkter Verbindung zur Außenwelt stehen und der Aufnahme und Ausscheidung von Nährstoffen, Luft usw. dienen, außerdem die Organe des Appetits und der genitalen Funktionen. Die primären Funktionen beginnen unter der Führung des willkürlichen Nervensystems, aber allmählich setzt die automatische Kontrolle ein.

IV. Das Körperschema (*Body-Image*) wird als Gesamtheit in Mitleidenschaft gezogen. Die Störung ist diffus und grenzt an keine organische Gruppe. Die Kranken gehören zu den chronisch Invaliden und den sog. „Neurasthenikern“. Im Verlaufe der Krankheit können sich Lokalisationen ergeben, in denen die anderen Gruppen vertreten sind.

Nach KUBIE wird gewöhnlich das psychosomatische Problem falsch aufgefaßt, da versucht wird, den symbolischen Prozeß, den Sprache und sensorische Bilder darstellen, der sog. „Körpersprache“ gegenüberzustellen. Es wird behauptet, daß es bei den psychosomatischen Krankheiten ein Übergehen der einen in die andere gibt. In Wirklichkeit wirken beide zusammen: die konzeptualen Prozesse wurzeln unweigerlich im Körper. Beide bilden die Einheit des Ich und des Nicht-Ich, zwischen beiden Welten existiert eine andere der Zwischenbeziehungen. Mit anderen Worten ist es das Symbol, das mit seinen multipolaren bewußten, vorbewußten und unbewußten Bindungen „genau wie die Three-Borough-Bridge in New York“ die projektiven Bahnen für Sprache und Imagination und die introjektiven Bahnen für die somatische Störung vermittelt. Diese multipolare Verankerung von Begriffen und Symbolen wird in den Spielen und Träumen der Kindheit dargestellt und erklärt uns die Umwandlung der Erfahrungen der psychologischen zur somatischen Ebene, die wir „Interrelation und Externalisation, Inkorporation, Identifikation oder Projektion“ nennen.

Die Realität dieser Verankerung wird durch die Experimente von PENFIELD mit der Reizung des Temporallappens bewiesen. Das viscerale Gehirn nach MACLEAN ist mit dieser Funktion betraut. Schon vor Jahren behauptete C. J. HERRICK, daß das Rhinencephalon nicht nur der Sitz der Riechfunktionen, sondern daß es auch ein „non-specific activator for all cortical activity, memory, learning and affectivity“ ist. In der Tiefe des Temporallappens befindet sich der Treffpunkt, an dem sich die multipolaren Funktionen der symbolischen Prozesse vereinigen. Der Temporallappen mit seinen primitiven Verbindungen ist ein Mechanismus für die Koordination aller Daten der äußeren und inneren Erfahrung. Durch ihn sind wir in der Lage zu projizieren und zu introjizieren. So können psychische Erlebnisse sich in somatische Störungen verwandeln. Dieser Hirnbezirk verdient als das wesentliche Organ der psychosomatischen Beziehungen angesehen zu werden.

## 6. Stottern der Organe

Sir JAMES PAGET veröffentlichte 1879 eine Arbeit, die kaum beachtet wurde und die eine für die Interpretation der Mechanismen, die bei den Organneurosen eine Rolle spielen, sehr nützliche Idee enthält. Seine Arbeit heißt „Über das Stottern von anderen Organen als die der Sprache“ und führt aus: Das Stottern, in welchem Organ es auch stattfindet, scheint verursacht durch ein Fehlen der Koordination der Muskeln, die sich zusammenziehen müssen, um etwas auszustoßen und denen, die erschlaffen müssen, um dies zuzulassen. Seine Betrachtungen hatten besonders die neurotische Blase als Ausgangspunkt, bei der dieser Mechanismus der gestörten Anpassung der Aktion und Hemmung deutlich sichtbar wird, aber das gleiche geschieht bei vielen anderen Organen und entspricht auch im Grunde dem gestörten Mechanismus beim Stottern.

Diese Deutung trifft eines der Elemente, die das Bild der psychosomatischen Störung mitformen. Es ist interessant, hier zu erwähnen, daß das Stottern anderen Rhythmusstörungen nahe steht. Auf diese Weise bildet sich eine Brücke, die von den Organneurosen zu dem führt, was CRUCHET *Rhythmosen* genannt hat.

PAGET erwähnt ein weiteres Zusammentreffen. Das Temperament derer, die unter Organneurosen leiden, sei dem der Stotterer ähnlich. Es bestehe ein konstitutioneller Faktor, der diese gesamte Gruppe verbindet, und dieser konstitutionelle Faktor scheine sich auf die Neigung zu Störungen der organischen Rhythmik zu gründen.

Dieser Gedanke ist um so interessanter, als er mit einer Parallele erweitert werden kann. Es bestehen allgemeine organische Rhythmen, wie die des Schlafes, der Aktivität, Stoffwechselrhythmen und solche der Drüsenfunktionen usw. Diese Rhythmen sind bei depressiven und Angstzuständen gestört. Neben ihnen gibt es die lokalen Rhythmen — Harnblase, Sprache, Herzaktion, Atmung —, die bei

Organneurosen gestört sind. Die Verbindung zwischen beiden bildet das klinische Vorkommen, wobei in der allgemeinen Störung — Depression oder Angstzustand — eine lokale Störung auftaucht.

Bis hierher bewegen wir uns fast auf dem Boden der Tatsachen. Die Schwierigkeiten beginnen, wenn wir versuchen, tiefer in den Mechanismus dieser Rhythmose einzudringen. Ist sie zentralen oder peripheren Ursprungs? Für die allgemeinen Dysrhythmien ist das Bestehen eines zentralen Mechanismus naheliegend. Wir brauchen kaum auf seine wahrscheinlich diencephale Lokalisation hinzuweisen. Jedoch im Falle des Organstotterns kann der Mechanismus nicht rein zentral sein. *Es ist nicht unwahrscheinlich, daß Interferenzzonen zwischen zentraler und peripherer Innervation anzunehmen sind.* Der Miktionsakt wird durch einen bestimmten seelischen Zustand beeinflusst. Ängstliche Erregung kann häufiges Harnlassen verursachen. In anderen Fällen kann es durch einen rein willkürlichen Entschluß gehemmt werden. Zweifellos beeinflusst die zentrale Innervation den peripheren und autonomen Mechanismus der Miktion.

Auf der anderen Seite tritt die Frage auf: Wie projiziert sich ein psychischer Konflikt auf dieses innervatorische Stottern? Das Stottern ist auch ein Konflikt des Rhythmus, seine beiden Hauptfaktoren sind die Aktion und die Hemmung. Das Resultat ist eine gestörte Funktion oder ein Schmerz. Psychisch finden wir in einem Konflikt ebenfalls die Situation des Zweifels. *Der Zweifel, psychisches Phänomen, stellt dasselbe dar wie der innervatorische Zweifel, den wir Stottern nennen. Die gleiche Erfahrung ergibt sich in der Genese der experimentellen Neurosen.*

## 7. Der Gestaltkreis

Innerhalb der psychosomatischen Beziehungen gibt es eine Auffassung, die wir mit v. WEIZSÄCKER *cyclomorphe These* nennen können. Ein somatisches Phänomen ergänzt ein psychisches Ereignis und umgekehrt. Die Lebensvorgänge verlaufen in rhythmischen Oscillationen oder Kreisen.

Die Gleichwertigkeit somatischer und psychischer Phänomene hat v. WEIZSÄCKER vom psychophysischen und klinischen Standpunkt festgelegt. In verschiedenen Experimenten konnte er beweisen, wie Störungen im Raum als Störungen der Zeit wahrgenommen werden können und umgekehrt. Bei der Wahrnehmung der Bewegungen vertreten sich Länge und Zeit gegenseitig. Die Fähigkeit, die Schnelligkeit eines Objektes wahrzunehmen, indem man auf den Raum verzichtet, ist eine vitale Fähigkeit. Diese Gleichwertigkeit zeigt sich auch für Kräfte und Gestalten. Beim Schätzen von Gewichten hat die Schnelligkeit und die Bahn des Wiegearmes einen Einfluß. Diese Auffassung beweist, daß Gefühle und motorische Impulse so verlaufen, daß sie kaum getrennt werden können. Das Wahrnehmen der Kräfte, die gegen den Organismus gerichtet sind, hängt nicht nur von der Sensibilität ab, sondern auch von der Motilität. Beim Versuch, die Größe eines Balles abzuschätzen, werden gleichzeitig Tastwahrnehmungen und Druckbewegungen der Finger benutzt. Die Verbindung zwischen dem sensorischen und motorischen Teil bildet die grundlegende Struktur des biologischen Geschehens. Zwischen der Wahrnehmung und der Bewegung besteht ein kontinuierliches Hin- und Herschwingen, das v. WEIZSÄCKER „Gestaltkreis“ nennt.

Vom klinischen Standpunkt aus lassen sich ähnliche Parallelen aufstellen. Während der Krankheit tritt der Organismus in eine Krise ein, und in der Krise *ersetzt das Pathische das Ontische*. Bei den psychogenen Störungen übernimmt die somatische Störung als solche, z. B. die Angina, die Darstellung des psychischen Konfliktes. *Der biographischen Linie folgend, kann man diesen Wechsel zwischen bewußten und unbewußten, subjektiven und objektiven, psychischen und somatischen*

*Phänomenen analysieren.* Die cyclomorphe These zeigt in wiedererstandener Form das Zusammentreffen der Gegenpole im Renaissance-Denken.

### 8. Das Prinzip der Analogie

Im Grunde untersteht das Lebewesen einem *analogen* Prinzip. Es gibt keinen menschlichen Reflex, der nicht auf einer biologischen Struktur basiert. Es gibt die Schemata der Aktion und Reaktion, die das Lebewesen mit seiner Umwelt verbinden und die Grundlagen der Biologie von v. UEXKÜLL bilden. Aber außerdem gibt es die psychischen Strukturen, und, obwohl sie von den biologischen verschieden sind, haben sie Gemeinsames mit ihnen. Der Grundgedanke der Psychologie von KÖHLER besteht darin, die Identität von physischen und psychischen Strukturen zu zeigen. Es ist sicher, daß diese Identität nicht akzeptiert wird, nicht einmal von den übrigen Psychologen der Schule in dieser Form; aber daß eine Analogie besteht, ist weniger zweifelhaft<sup>1</sup>.

Diese Analogie zwischen den psychischen und physischen Strukturen, die so deutlich in den somatischen und psychischen Manifestationen der *Angstkrisen* sichtbar ist, wird im Prinzip der *methexis* ausgedrückt. Dies hat eine tiefe philosophische Wurzel, da von ihm die psychophysisch neutrale Struktur abhängt; das heißt, jenseits des Physischen oder Psychischen, die physischen und psychischen Teilstrukturen umfassend. Aber es handelt sich nicht um eine neutrale psychophysische Struktur, sondern um die menschliche. Der Wissenschaftler, gewöhnt zu analysieren, sucht für sein Studium immer das Phänomen in seiner reinsten möglichen Form: die reine Wahrnehmung, oder den reinen Kohlenhydratstoffwechsel. Aber wenn er sich auf einen Menschen bezieht, existiert diese reine Form nicht. Die menschliche Wahrnehmung geschieht durch Sinnesorgane, die aus Zellen und Fasern bestehen, die ihren Stoffwechsel haben, und umgekehrt. Das Gemeinsame beider Serien ist der menschliche Geist. Und hier liegt die wichtigste Forschungsaufgabe, die das Studium der psychosomatischen Wechselbeziehungen in Angriff nehmen muß. Eine Struktur wird Objekt, zergliedert sich in eine Serie von Erlebnissen und Phänomenen, löst sich aber nicht in ihnen auf, sondern bleibt selbst die Basis von jedem Ereignis.

Der dunkle und schwierige Punkt im Problem der psychosomatischen Wechselbeziehungen befindet sich immer in jenem mysteriösen Augenblick, in dem sich *das Denken in einen Reflex verwandelt oder umgekehrt*, im Sprung der Materie zum Geist oder des Geistes zur Materie. v. WEIZSÄCKER sagt, daß der Gedanke einem gelebten Ereignis entspringt, nicht einem anderen Gedanken, und bezieht sich dabei auf die Organneurosen. In der Krankenbehandlung erfährt man ein *Widerstandsmoment*. An diesem Punkt hat sich die Metamorphose verwirklicht.

### D. Persönlichkeit und Konflikt in der psychosomatischen Forschung

Die klinische Erfahrung lehrt, daß das Vorhandensein eines „Traumas“ nicht genügt, um die Entwicklung einer Neurose ganz zu verstehen. Die Psychoanalyse änderte ihr auf Trauma und Katharsis basierendes ursprüngliches Schema, um auf das der Fixierung in der Entwicklung von Libido und Übertragung überzugehen. Mit diesen neuen Formulierungen führte sie dann das Problem der Persönlichkeit ein, nicht als etwas Gegebenes oder Konstitutionelles, sondern als dynamische Gestaltung.

<sup>1</sup> Analogie kommt von „ana-logon“ und bedeutet Kenntnis eines Wesens durch seine Beziehung zu einem anderen. Dies setzt voraus, daß zwischen beiden Übereinstimmung und Differenz besteht. Ohne die Übereinstimmung wäre es nicht möglich, beide zu vergleichen, und ohne Differenz wäre ein Wesen die Wiederholung des anderen.

In den letzten Jahren hat das Studium der Persönlichkeit des Kranken in der psychosomatischen Forschung einen wichtigen Platz eingenommen und wurde von verschiedenen Gesichtspunkten aus angegangen.

### 1. Psychosomatische Profile

DUNBAR hat das Problem unter Verwendung statistischer Methoden bearbeitet. Es wurde eine Krankengruppe ausgewählt, z. B. Hypertoniker und Diabetiker, und ihre sämtlichen persönlichen und familiären Eigenschaften analysiert. Alle Daten sind nützlich, um das psychologische Profil aufzuzeichnen, von der Fruchtbarkeit bis zum Erfolg im Leben oder bis zu den ästhetischen Bedingungen. Wenn das Ausgangsmaterial zusammengestellt ist, werden Übereinstimmungen und Abweichungen studiert. Es ist wie eine Abart der anthropometrischen Kennzeichnungsmethode von BERTILLON, auf das psychische Gebiet übertragen. Wir werden viele Menschen der gleichen Größe antreffen, aber schon weniger gleiche, wenn wir als Charakteristikum Größe und Armweite auswählen, und so umreißen wir, immer weiter fortschreitend und Daten anfügend, eine Gruppe, deren Einheitlichkeit offensichtlich ist. Ebenso erhält man das *Profil der Persönlichkeit*. Auf diese Weise ist man zu interessanten Resultaten gelangt, von denen wir hier nur einige Beispiele anführen können.

Dem medizinischen Denken liegt nichts ferner als die Vermutung, in der Ätiologie der *Frakturen* spiele ein psychischer Faktor eine Rolle, und doch trifft dies zu. Patienten mit Frakturen weisen eine Anzahl von psychischen und familiären Zügen auf, die für sie charakteristisch sind. In der Familienvorgeschichte finden sich relativ häufig Unfälle. Die Familie hatte immer wenige Kinder und hielt sich an strenge Erziehungsnormen. Während der Kindheit hatten die Patienten häufig Traumen erlitten. Sie haben eine gute Intelligenz, sind „nette Leute“; sexuell gut adaptiert, ohne viel Gefühlsmäßiges. Insgesamt sind sie Menschen von schnellen, klaren Entscheidungen. Sie konzentrieren sich mehr auf die unmittelbaren Werte des Lebens als auf ferne Ziele. Sie haben einen unabhängigen Charakter und sind schwer in bestimmte Rangordnungen einzufügen, wenig intellektuell und mehr Menschen der Tat. Ihre Neigung zu Abenteuern ist offensichtlich, ebenso wie ihr Leben voller verantwortungsvoller Situationen ist. DUNBAR glaubt bewiesen zu haben, daß die Unterscheidung dieses psychologischen Typus innerhalb einer Industriebevölkerung es erlaubt, ihn von unfallgefährdeten Arbeitsplätzen fernzuhalten und so die Unfallziffer deutlich zu senken.

Wenn man den eben beschriebenen psychologischen Typus durchdenkt, ergibt sich, daß die Beziehung zwischen Psychologie und Trauma nicht so merkwürdig ist. Kinder und Erwachsene mit Abenteuer Sinn sind den Gefahren einer Fraktur eher ausgesetzt als die Friedfertigen und Furchtsamen. Der Zufall ist nur scheinbar und wirklich real ist die Möglichkeit, daß ein Unfall geschieht.

CONGER und seine Mitarbeiter haben die persönlichen und zwischenmenschlichen Faktoren bei Autounfällen erforscht. Die Untersuchungen zeigen, daß es noch viele unbekannte Faktoren bei der Neigung zu Unfällen gibt. Beispielsweise finden sich unter diesen Menschen viele Intellektuelle, andererseits sind Menschen mit vorwiegend religiösen Interessen weniger gefährdet, Unfälle zu provozieren. Im allgemeinen kann nach den Erfahrungen der Autoren gefolgert werden, daß Menschen, die weniger Konflikte mit der Autorität haben und häufiger in die Kirche gehen, weniger exponiert sind. Menschen mit Interesse für große theoretische und ästhetische Werte sind weniger konventionell, eher in Disharmonie mit ihrer Umgebung und mehr dazu geneigt, komplizierte Verteidigungsmaßnahmen gegen innere Unruhe aufzurichten.

Patienten mit *Coronarinsuffizienz und Coronargefäßstörungen* haben eine große Zahl von Krankheiten derselben Art in ihren Familien. Im Familienbild fällt die Strenge der Eltern auf, viele Ehen, viele Kinder, wenige Scheidungen. Der Gesundheitszustand war früher schlecht, viele Operationen und vegetative Symptome. Häufige anginöse Beschwerden, wenig Traumen. Im Gegensatz zu den Hypertonikern sind sie oft extrovertiert. Im allgemeinen machen sie in der Gesellschaft einen sehr guten Eindruck und zeigen große Selbstbeherrschung. Wenn frühe neurotische Symptome auftreten, werden sie durch die ästhetischen Normen, die das ganze Leben beherrschen und durch die harte Arbeit, die sie absorbiert, überdeckt. Sie weisen nicht die Spannung der Hypertoniker auf: in schwierigen Lagen neigen sie dazu zu grübeln, an den Dingen zu zweifeln und sich zu isolieren. Ihre Physiognomie zeigt große Selbstzufriedenheit. Sie erzählen ihre persönlichen Angelegenheiten leicht und schreiben über ihre Gefühle, sie

sind mitteilbar. Sie befürworten das hierarchische Prinzip und kämpfen für die Nützlichkeit der Dinge. Bei einer Krankheit reagieren sie anfangs mit Verzweiflung, versuchen aber sofort, der Notwendigkeit, ihren Lebensstil zu verändern, zu entgehen.

Bei den *Patienten mit anginösen Beschwerden* ist das Familienbild das gleiche, wenn auch die Neigung zur Bildung großer Familien viel geringer ist. Hohes Berufsniveau mit künstlerischen Neigungen. Gute soziale Stellung, Tendenz, indirekt zu herrschen. Ihr Verhalten ist ähnlich dem der Coronarpatienten, aber ihre Energie wendet sich mehr künstlerischen Bahnen zu, die Phantasie überwiegt bei ihnen. Sie haben ein größeres Bewußtsein der Angst. Dagegen sind sie nicht so zähe in der Verfolgung eines gehobenen Berufszieles noch übernehmen sie gern eine Verantwortung, wie die Kranken der vorigen Gruppe.

Die Kranken mit *Herzarrhythmien* umgehen wir der Kürze halber und wenden uns zu den *Hochdruckpatienten*, bei denen wieder die große Zahl von Erkrankungen gleicher Art in der Familie auffällt. Die Gefährdung durch einen plötzlichen Tod oder die Häufigkeit kardio-vasculärer Prozesse wird mit 98% angegeben. Die meisten sind verheiratet, viele Kinder, wenig eheliche Probleme. Beide Eltern neigen zu Strenge und im allgemeinen dominiert die Mutter. Es sind Menschen mit schlechter Gesundheit, die viele Operationen durchgemacht haben, sowie Pneumonien, intestinale Störungen und häufige allergische Reaktionen. Dagegen haben sie wenig Frakturen. Sie sind introvertiert. Auch wenn sie durch ihren äußeren Aspekt die Aufmerksamkeit nicht auf sich ziehen, ist in ihrem Charakter und ihren Gesten oft ein ängstlicher Anstrich zu bemerken. Wenn neurotische Symptome vorliegen, haben sie regelmäßig Zwangscharakter. Es treffen bei ihnen Zweifel und Streben nach Vollkommenheit zusammen. Ihre Gefühle entladen sich oft in cholischen Reaktionen, wichtigen Lebenssituationen gegenüber nehmen sie oft ihre Zuflucht zu Wein, Vergnügungen oder Musik. Sie sind ausgesprochen ehrgeizig, aber gleichzeitig befürchten sie, die erstrebte Situation nicht erreichen zu können. Der Hauptkonflikt entwickelt sich zwischen den aktiven und passiven Instinkten, aus denen der Wunsch hervorgeht, gleichzeitig eine große Autorität zu besitzen und verwöhnt zu werden. Manchmal ist es etwas schwer, eine bestimmte Stellung in dieser ambivalenten Situation einzunehmen. Oft neigen sie dazu, größere Verantwortungen zu übernehmen, als sie tragen können, und stehen ihr ganzes Leben lang unter einem Druck, der kein Ventil findet, um sich zu entladen. Immer stellen sie eine Beziehung zwischen ihrem Hochdruck und einem bestimmten traumatisierenden Ereignis her, aber die eingehende Untersuchung ergibt, daß das Ereignis nur ein Gipfel in einer progressiv anwachsenden Welle von Ereignissen war. Wenn sie von ihrem Hochdruck erfahren, hat ihre Reaktion darauf denselben ambivalenten Charakter wie ihr übriges Verhalten, sie schwanken zwischen übertriebener Furcht und übertriebener Ruhe. Diese persönliche Konstellation ist von großer Bedeutung, da sie dazu dienen kann, einen Weg zu erschließen, der das Auftreten schwieriger Situationen verhindert, die zu psychischen Spannungen führen können.

Wenn wir die *rheumatischen Herzkrankheiten* auslassen, die sehr ähnlich charakterisiert werden, kommen wir zu den *Rheumapatienten*. Sie unterscheiden sich wesentlich von den anderen Gruppen. Sie gehören dem Kleinbürgertum an, ihre Familien sind oft zerrüttet, andere in schlechten ökonomischen Verhältnissen. Wenige Ehen, viele Kinder pro Ehe und wenig Scheidungen. Einzelne Unfälle in der Kindheit. Ihre Physiognomie zeigt eine gewisse Einfachheit und Unbekümmertheit mit infantilem oder einfältigem Ausdruck. Aggressive Tendenzen pflegen zu fehlen. Sie sind eher schüchtern, mit geringer Selbstsicherheit und dem ausgeprägten Wunsch zu gefallen. In einer bestimmten Gruppe versteckt sich diese Tendenz hinter der Maske des guten Sportlers. Große Sehnsucht nach der Kindheit: „Ich habe nie geheiratet, weil ich niemanden finden konnte, der mich so gut versorgen kann wie meine Mutter.“ Und trotzdem sind ihre Kinderjahre voller Konflikte, hervorgerufen durch eine klare Identifikation mit dem passiven Elternteil und durch die masochistische Bindung an das Familienmitglied, das die Autorität ausübt und sie besonders quält. Selten haben sie das Bedürfnis, sich für etwas zu entscheiden und wenn sie einen Entschluß fassen, geschieht es sehr langsam. Sie sind schweigsam, sensitiv, mit einigen wenigen Freunden und fühlen sich in großen Gruppen nicht wohl. Sie haben große Neigung, ihre Ambitionen mehr auf dem Gebiet der Phantasie als in der Wirklichkeit auszuleben. Zu Beginn ihrer Krankheit besteht ein großes Schuldgefühl, das sie mit allen Kräften zu verbergen suchen. Später kompensieren sie es in einer Märtyrerrolle.

Bei den *Diabetikern* tauchen die Lebensschwierigkeiten schon in der Kindheit auf. Sie gehören dem dysplastischen Typ an. Ein Drittel der Patienten ist im Alter zwischen 15 und 24 Jahren, beide Geschlechter sind gleich beteiligt. Bei den älteren Kranken ist die Zahl der Ehen und Kinder eher niedrig; sie pflegen den höheren Berufsgruppen anzugehören (Universitätsprofessoren usw.). Andere für diese Kranken typische Berufe sind Buchbinder, Sekretäre und Kellner. Häufig leiden sie unter Eheschwierigkeiten und Frigidität. Ausgesprochen auffallend ist ihre Neigung zur Homosexualität. Sie waren nervöse Kinder, viele von ihnen hatten Fingerlutschen und Nägelkauen. Sie interessieren sich mehr für das Essen an sich als für kulinarische Feinheiten. Sie haben geringes Interesse für religiöse Dinge, abgesehen

von jener Gruppe von Diabetikern, die homosexuell sind und sich in die Religion flüchten, um Reformatoren und Fanatiker zu werden. Zu Beginn der Krankheit reagieren sie depressiv, aber später dient sie ihnen dazu, ihre Mißerfolge zu erklären. Für ihre Mitmenschen sind sie schwierig: weil sie eine sehr schwache „ego“-Funktion haben, neigen sie in ihren Reaktionen zur Passivität. Fast immer sind sie verwöhnte Kinder. Die natürlichen Schwierigkeiten des Lebens, verbunden mit ihrem Verantwortungsgefühl und ihrer großen Unsicherheit zwingen sie zu dauernden Anstrengungen, deren Ausgleich sie im Essen und im Opfern suchen. Häufig haben sie Verfolgungsträume, in denen Unbekannte sie angreifen oder verspotten. Oft vergessen sie ihre Träume, aber schreien in der Nacht auf, durch sie erschreckt. Diese Angstträume der Diabetiker können die Vorboten eines Coma sein. Bevor es sich manifestiert, besteht Schlaflosigkeit, allgemeine Depression und Mattigkeit sowie ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit. Es wäre gewagt zu behaupten, daß eine Persönlichkeitsstruktur dieser Art fähig wäre, den Diabetes hervorzurufen, aber sie ist ein prädisponierender Faktor von erheblicher Bedeutung.

RING hat die Gültigkeit der Persönlichkeitsprofile bei den psychosomatischen Krankheiten studiert. Die Methode bestand darin, zu bestimmen, wie oft ein Untersucher eine der verschiedenen körperlichen Erkrankungen auf psychosomatischer Basis diagnostizieren konnte ohne andere Hilfe als ein persönliches Gespräch. Folgende Krankheitsgruppen wurden untersucht: rheumatische Arthritis, Ulcera peptica, Diabetes, Hypertension, Hyperthyreoidismus, Coronargefäßstörungen, Colitis ulcerosa, Migräne, Asthma, Neurodermitis, Dysmenorrhoe, degenerative Arthritis, Glaukom und Lumbago. Folgende Persönlichkeitstypen wurden aufgestellt:

1. excessiv Reagierende (Coronarpatienten, Ulcusranke, degenerative Arthritis),
2. ungenügend Reagierende (rheumatische Arthritis, Colitis ulcerosa, Neurodermitis),
3. eingeschränkt oder gehemmt Reagierende (Hypertension, Hyperthyreoidismus, Migräne, Asthma, Diabetes),
4. unbekannt (Dysmenorrhoe, Glaukom, Lumbago).

Auf diese Weise konnte in einer großen Zahl der Fälle bestimmt werden, welches die Krankheit war, deretwegen der Patient in die Sprechstunde kam. Die Persönlichkeitsprofile gehen dem Krankheitsbeginn voraus. Es gibt gewisse Faktoren, die, mit gewissen Persönlichkeiten verbunden, das Individuum gegenüber gewissen Krankheiten anfälliger und anderen gegenüber widerstandsfähiger machen. Das Studium der Persönlichkeit hat bewiesen, daß sie ein sehr sensibler Indicator für das Bestehen gewisser Krankheiten ist, auch wenn man das kaum vermutet. Das Studium der Persönlichkeit kann einen sehr wichtigen Faktor für die Prognose darstellen.

Ich habe diese Ergebnisse der Arbeiten von F. DUNBAR zitiert, weil sie durch Mittel erhalten werden, die wir der positiven Medizin zugehörig bezeichnen können. An sich sind sie nicht wertvoller als andere, bereits bekannte; aber für das Bewußtsein des heutigen Arztes erscheinen sie überzeugender, auch wenn sie einseitig sind.

Als Ergebnisse der positiven Medizin weisen sie dieselben Fehler auf wie die übrigen mit ihren Methoden erhaltenen Befunde. Jede Gruppe von DUNBAR enthält einen wahren Kern. Bei den Patienten mit Frakturen beispielsweise ist es sicher, daß es aktive, energische, unternehmende Menschen sind, die das haben, was VALÉRY „Lust an der Funktion“ nennt. Sie bewegen sich, weil das Sich-Bewegen sie befriedigt und weil sie unter Bewegungslosigkeit leiden. Sie suchen außerdem das Risiko, weil sie an dieser Suche eine geheime Freude finden. Aber offensichtlich ist dies nicht immer der Charakter der Frakturträger. Ich habe vor kurzem eine Patientin mit verschiedenen Frakturen innerhalb weniger Monate gesehen; es handelte sich um das Initialstadium eines Parkinsonismus. Die Rigidität zwang sie, schnell zu gehen, um ihr Gleichgewicht zu halten und ihr schnelles Gehen förderte Stürze. Wir können also den Frakturträgern aus Vigitalitätsüberschuß die Frakturträger aus Mangel an Vitalität gegenüberstellen, abgesehen von den organischen Prädispositionen zu Frakturen. Jede Gruppe von DUNBAR ist also gezwungenermaßen eine heterogene Gruppe.

Die Merkmale der psychosomatisch Kranken zeigen einerseits die konstitutionelle Bahn, in der sich diese Krankheiten entwickeln. Andererseits kann ihr Charakter als *Schicksal* wirken, das die Krankheit formt. Im Falle des Abenteurers bringt ihn seine Eigenart in zahlreichere Situationen, in denen er sich einen Knochen brechen kann, als es einem Durchschnittsmenschen geschieht. Hier ist der Charakter ein biologischer Bestandteil, nicht nur als Ausgangspunkt (Konstitution), sondern auch als Ziel (Schicksal). Ein anderer Fall wäre der des Ehrgeizigen mit Hypertension oder anginösen Beschwerden, eines unermüdbaren Kämpfers, der alles unterjocht, um im Leben zu triumphieren. Der Hochdruck wäre Ausdruck der psychischen Spannung, unter der er lebt und des Verschleißes, dem ihn seine

Lebensform aussetzt. Im Charakter sind die Reaktionsformen des Individuums enthalten. In diesem Sinne ist die Pathologie des Charakters eine funktionelle Pathologie. Der Charakter schreibt die Richtung vor, in der die Erlebnisse ausgearbeitet werden können, aber nicht die, in der dies *erfolgen muß*; hier stehen wir an der Grenze der Funktion. Die innere Geschichte beginnt, wo Entschlußfreiheit besteht, und die beste Freiheit ist die der Entschlüsse sich selbst gegenüber. Die Freiheit gegenüber dem Charakter ist also ein wesentlicher Bestandteil der inneren Geschichte. Im Charakter gibt es Wiederholungen, in der inneren Lebensgeschichte dagegen nicht, sondern den neuen schöpferischen Akt.

Zu dieser Problematik der Beziehungen zwischen Schicksal und Krankheit veröffentlichte v. WEIZSÄCKER eine interessante Arbeit, die sich auf die Kreislauf-erkrankungen beschränkt. Für ihn sind sie Störungen des *Herzrhythmus* mit der Psychologie der Leidenschaften verbunden, die *Dekompensation* mit dem Mißerfolg im Leben, die *Hypertension* und die Gefäßspasmen mit Anstrengung und Überaktivität, die unvermeidlich zur Abnutzung führt, und die *Thrombose*, der *Infarkt* und die *Hämorrhagien* befinden sich an der Grenze zwischen Psychischem und Somatischem, wie das Leben selbst; deshalb bedeuten sie Hingabe, Aufhören des Lebenswillens, den Tod selbst.

Es ist interessant, auf die Übereinstimmung der Ergebnisse hinzuweisen, die mit so verschiedenen wissenschaftlichen Methoden gewonnen wurden. Das psychologische Profil, das DUNBAR den Hypertonikern und den Coronarpatienten zuschreibt, deckt sich mit dem, das v. WEIZSÄCKER beschreibt. Es handelt sich um Menschen, deren Leben, wie wir früher sahen, eine ansteigende Linie bis zu einem gewissen Gipfel zeigt, auf den Kummer, Ermüdung und Verschleiß folgen. Die erste Lebenshälfte verbringen sie in ständiger Anstrengung und die zweite, indem sie die Folgen dieser Anstrengungen pflegen, wenn sie nicht ein Herzschlag noch auf der ansteigenden Linie unterbricht.

Jeder Mensch kommt mit einem biologischen Schicksal zur Welt, außerdem hat er seine „Art zu sein“, die sein persönlicher Stil ist. Aus der Verbindung beider Faktoren entsteht ein „*Lebensstil*“, der sich beim Erleiden einer Krankheit in einen „persönlichen Stil des Krankwerdens“ verwandelt. Das Persönliche eines klinischen Bildes geht von hier aus, aber diese Individualisierung soll nicht als Schicksal aufgefaßt werden, denn das persönliche Schicksal selbst schließt ja einen weiten Rahmen biologischer und psychologischer Möglichkeiten ein. In dieser Grenzzone bewegt sich der Arzt. Der Tod ist die Grenze, aber das Leben ist eine Möglichkeit; um es zu steigern oder zu erhalten, müssen wir unsere gesamte Aktivität einsetzen, von der Hygiene bis zur Psychotherapie.

Bei Lektüre der zahlreichen Arbeiten, die der Persönlichkeitsanalyse der psychosomatisch Kranken gewidmet sind, treten einige nach meiner Meinung bezeichnende Tatsachen hervor. Die Beschreibung einer bestimmten Persönlichkeitsstruktur wird als ungenügend erachtet. Deshalb kritisieren ALEXANDER, GRINKER, MARGOLIN und viele andere die Arbeiten von DUNBAR und diejenigen, die unter gleichen Gesichtspunkten vorgenommen wurden. *Die Kritik wird hervorgerufen, weil diese Beschreibung die Einführung statischer Gesichtspunkte in die psychosomatische Pathologie bedingt.* Schon vor vielen Jahren wies KREHL auf die Wichtigkeit der Persönlichkeit bei der Art des Krankwerdens hin. Aber die Persönlichkeit, als etwas *Gegebenes* betrachtet, ist einfach die Anerkennung des konstitutionellen Faktors in der Genese der Krankheiten. Daß die psychischen Aspekte der Persönlichkeit aufgezählt werden, bedeutet einen Fortschritt, aber keinen entscheidenden. Das Problem ist das gleiche, das sich in der Psychiatrie durch die psychopathische Persönlichkeit ergibt. Wichtig ist, die Persönlichkeit zu erfassen, in der die psychosomatischen Störungen heranwachsen wie eine Entwicklung, wie

etwas in Bewegung Befindliches, d. h. wie ein dynamischer Prozeß, und weil es so ist, bietet er Punkte, an denen es möglich ist, einen Einfluß auszuüben. Dies ist die wirkliche psychosomatische These, die eine Diskussion der psychosomatischen Forschungsergebnisse fruchtbar zu machen versucht.

Es gibt noch viele andere Momente, die eine Untersuchung der psychosomatischen Profile erschweren. Viele Arbeiten versuchen die Persönlichkeitsstruktur einer bestimmten Krankengruppe durch „Tests“ zu erforschen. Der am meisten verwendete ist der von RORSCHACH, aber die Kritiker behaupten, wie CRONBACH, daß „there is nothing in the literature to encourage reliance on RORSCHACH interpretations“. Die Veterans-Administration wollte eine Auslese klinischer Psychologen mit projektiven Tests ausführen. Die Ergebnisse konnten den Skeptizismus nicht beseitigen, mit dem dieser Versuch aufgenommen wurde. Das Problem der Persönlichkeit ist das schwierigste der Psychologie. Beim Studium von Persönlichkeitstypen verfällt man zwangsläufig in Verallgemeinerungen. Um die Verallgemeinerung zu vermeiden, ist es erforderlich, bei der Suche nach der biologischen Eigenart zu bleiben. In diesem Falle stellt jeder Krankheitsverlauf eine singuläre biographische Formel dar und ihr Einschluß in einen bestimmten Typ bedeutet, daß das, was er als Eigenart hat, ausgelöscht wird. Die Singularität erfordert eine sehr persönliche Perspektive seitens des Untersuchers, von der er sich befreien will, indem er die Beobachtung wiederholt, damit die statistische Zahl ihm Wahrheit zubillige. Wie man sieht, stellt das Problem eine schwer zu lösende Alternative. *Vielleicht besteht die Aporie im Mysterium der Persönlichkeit selbst, in ihrem Geheimnis* (ROTHACKER). *Die Person ist „ein inkommunikables Gestaltungsprinzip“* (CARUSO). Darum haften die meisten Arbeiten an der Schale der Persönlichkeit, ohne zu versuchen, zu ihrem Kern vorzudringen.

## 2. Konflikt und Persönlichkeit

Die meisten psychosomatischen Untersuchungen stehen zwischen diesen beiden Polen: einige Autoren, wie ALEXANDER, messen dem Konflikt oder der Situation die größere Bedeutung zu, und andere, wie DUNBAR, der Persönlichkeit. In Wirklichkeit *sind Konflikt und Persönlichkeit untrennbar. Bestimmte Persönlichkeiten sind bestimmten Konflikttypen gegenüber empfindlicher und umgekehrt. Der Konflikt muß als existentielles Trauma wirken. Nur jener Konflikt, der die Fissuren der Persönlichkeit trifft, hat eine pathogene Potenz. Andererseits sind nur gewisse unreife, insuffiziente Persönlichkeiten dafür empfänglich, dauernde, durch die Konflikte ausgelöste Gefügestörungen zu erfahren. Der Konflikt schafft eine besondere persönliche Situation, in der die Möglichkeiten fehlen, sie durch bewußte, rationelle Formulierungen zu lösen. Der Konflikt äußert sich präverbal, d. h. somatotroph, und lokalisiert sich, wie wir sehen werden, dort, wo in der Persönlichkeit eine existentielle Fissur besteht.*

Als Beispiel werden wir einige Gesichtspunkte zu dem Problem Konflikt-Persönlichkeit beim Magengeschwür anführen. Die Psychologie des Ulcuskranken ist von vielen Gesichtspunkten her angegeben worden. FRENCH und ALEXANDER haben einen gastrischen Typ beschrieben, der nicht nur beim Ulcus auftritt, sondern auch bei Personen mit anderen Magenstörungen. Das Grundlegende dieser Charaktere besteht in ihrem Bedürfnis nach Verwöhnung und Schutz, das aus unbewußten Wurzeln stammt. Es besteht also eine *Unreife der Persönlichkeit*, wie ja dieses Bedürfnis nach Verwöhnung und Schutz für die Kindheit charakteristisch ist. Diese Inferiorität wird zu kompensieren versucht durch ein aktives, überbeherrschtes Leben mit dem deutlichen Wunsch nach Triumph. Die Dynamik der Persönlichkeit steht zwischen diesem aktiven Pol, der sich auf den Kampf in der Welt richtet, und dem passiven Pol, ausgedrückt im Bedürfnis nach Schutz. Diese bipolare Struktur löst Konflikte aus, die sich im Ulcus „materialisieren“.

Nach BOCKUS sind die Ulcuspatienten gespannte, ehrgeizige Persönlichkeiten mit großer Selbstzufriedenheit, starrköpfig, kritisch, störrisch, im Erfüllen ihrer Verpflichtungen sehr

gewissenhaft, sensibel usw. Er glaubt, daß diese persönlichen Züge auf eine Genotyp-Komponente zurückgehen, die gleichermaßen das Diencephalon, die psychologische Persönlichkeit und die endokrinen Verhältnisse betrifft. v. WEIZSÄCKER bezeichnet den Kampf um den Triumph im Leben als den typischen Untergrund der Konflikte des Ulcuskranken; das Machtbedürfnis überwiegt die Befriedigung des Gewissens und äußert sich im Wunsch nach Reichtum, Liebe oder gesellschaftlicher Geltung. Kampf setzt immer jemanden voraus, gegen den man kämpfen kann. Auch der Ulcuskranke braucht für seine Haupttendenz einen Feind, und er trägt ihn in sich. Der Ehrgeiz des Ulcuskranken erfüllt seine Instinktwelt mit Unruhe. Seine manchmal zu hoch gesteckten Ziele führen ihn auf Wege, die sich oft als Irrtum erweisen. Überall sieht er Feinde und Rivalen, manchmal eingebildete, gegen die er kämpfen muß, bis seine Schmerzen ihn lähmen und ihn zwingen, auf den Stacheln seiner Unruhe auszuruhen.

HOLLMANN und HANTEL umreißen das Profil des Ulcuskranken noch genauer und meinen, daß sein Ehrgeiz und seine extrovertive Neigung, auf die Eroberung weltlicher Güter gerichtet, eine Art falscher Extroversion ist, da der Ulcuskranke in seinem wirklichen Kern eine Persönlichkeit mit Neigung zur Introversion und dem Wunsch nach Ruhe und Frieden ist. Der Unterschied zwischen Extraversion und Introversion in der üblichen Typologie ist gut bekannt (KRETSCHMER, JAENSCH, JUNG, RORSCHACH u. a.). Innerhalb der internen Regulierung zwischen den Polen der Extra- und Introversion gibt es einen Spezialtyp von großem Interesse: jener, bei dem der wichtigere Pol von dem anderen beherrscht oder durch ihn verdeckt scheint. In einem Falle handelt es sich um Menschen, die der Welt gegenüber aufgeschlossen wirken, sich mit den Dingen in Berührung zu setzen wünschen, ihr Leben nach den warmen oder kalten Reizen der Außenwelt einrichten wollen: ihre eigene, authentische Persönlichkeit ist jedoch die des Einsiedlers mit seiner inneren Wertskala. Diese anormale Situation bewirkt einen Persönlichkeitskonflikt, der in funktionellen Krankheiten zu kompensieren versucht wird. Die Krankheit ist ein Bemühen um Kompensation, die den psychischen Konflikt in somatische Störungen verwandelt. Durch diesen krankhaften Konversionsprozeß gewinnt die wirkliche Persönlichkeit Kraft und kann sich manifestieren: sie schafft so eine zweite Lebenswirklichkeit, ehrlicher als die erste. Die Ulcuskranken und die Gallenpatienten gehören zu diesem Persönlichkeitstyp, in dem der entscheidende Pol unterjocht ist. Bei den Ulcuskranken ist dies die Introversion, die in ihrer Manifestation gehindert und durch eine scheinbare Extraversion verschleiert ist. Ihre Extraversion ist reaktiv, unecht. Diese Inadäquatheit ruft einen Reizzustand hervor, der sich auf den Magen projiziert. Der Magen ist das Organ der Wahl, um diesen psychischen Prozeß zu gestalten. BERG macht auf die Tatsache aufmerksam, daß es außer einigen seltenen Magenkrankheiten, wie Myom, Syphilis usw. nur zwei chronische Magenkrankheiten gibt: Carcinom und Ulcus. Bei jedem Ulcuskranken entdeckt man die Bedeutung psychischer Einflüsse bei der Entstehung des Ulcus. Bei einem Kranken wird jahrelang eine Magen-neurose diagnostiziert, weil weder die Röntgenuntersuchung noch die Gastroskopie noch die übrigen Untersuchungen eine organische Störung nachweisen konnten, und trotzdem wird eines Tages ein Ulcus festgestellt. Es gibt also keine Möglichkeit, die Magen-neurosen vom Magengeschwür zu trennen. Die große Zahl der Magenkranken kann man in zwei Grundtypen einteilen:

1. Ein rigider, gespannter Typ, der „Typ A“, der nordischen Rasse zugehörig. Es sind ehrgeizige Menschen, die mit Vorsicht bei der Verwirklichung ihrer Wünsche vorgehen. Sie haben wenig Geduld, Hindernisse reizen sie und ihre Gereiztheit wirkt auf den Magen zurück. Mit der Gereiztheit kommt das Geschwür, aber wenn die Ulcuskur dem Kranken die Möglichkeit gibt, über seine Situation nachzudenken und seiner Konflikte Herr zu werden, verschwinden die Beschwerden in wenigen Tagen, es sei denn, es werde der Irrtum begangen, eine übertriebene Ruhe zu verschreiben, durch die der Kranke erneut ungeduldig wird. Dieser Menschentyp ist zu großen Leistungen fähig.

2. Der „Typ Z“, der denselben äußeren Aspekt hat wie „A“, unterscheidet sich grundlegend von ihm durch seine Haltung. Er ist ein matter, wenig gespannter Mensch, immer dazu geneigt, seine Beschwerden eingehendst aufzuzählen. Es fehlt ihm an Ehrgeiz, Verantwortungs- und Pflichtgefühl. Er denkt nur an sich und ist nur auf sich bezogen. Die Krankheit prägt sich seinem Lebenslauf so ein, daß seine gesamte Aktivität von der Regulierung seines Stuhlganges und der Auswahl seines Essens absorbiert wird. Diese Kranken können ein Ulcus haben, aber in der Mehrzahl der Fälle ergibt sich bei der Untersuchung gar kein organischer Befund.

Zwischen beiden Typen gibt es Zwischenformen, auch kann im Laufe des Lebens A in Z übergehen. Aber abgesehen von diesen beiden Arten von Magenkranken gibt es eine dritte, bei der das Ulcus akut und blutend auftritt wie eine Infektionskrankheit. Es handelt sich um eine akute Schleimhautläsion, ohne daß vorher irgendwelche konstitutionelle Minderwertigkeiten bestehen und fast ohne das Hinzutreten psychischer Faktoren. Lassen wir also diese dritte Gruppe beiseite, so besteht keinerlei Gegensatz zwischen dem gastrointestinalen Geschwür und der Magen-neurose. Jeder Magenkranke braucht ärztliche Behandlung, unabhängig vom organischen Befund, und in dieser ärztlichen Behandlung muß die Berücksichtigung der Persönlichkeit des Kranken eine große Rolle spielen.

GLATZEL weist darauf hin, daß der typische Konflikt des Ulcuskranken im Erleben einer chronischen Behinderung der Äußerung seiner Impulse besteht, in einer chronischen Störung seiner persönlichen Freiheit. Der Kranke fühlt sich gefangen und kann sich gegen das, was ihn beengt, nicht wehren, weil die äußeren Kräfte sehr stark sind. Er kann sich diesem Kampf gegen die äußere feindliche Welt nicht entziehen, weil er sich nicht von dem Gedanken freimachen kann, daß er verpflichtet sei, ihn zu führen. Der Ulcuskranke löst den Konflikt nicht, sondern verbleibt in ihm. Die Charakterstruktur des Ulcuskranken ist eine „Kombination von starkem Geltungsstreben, Überempfindlichkeit, Scheu und Verletzbarkeit, Ausdrucksschwäche, überdurchschnittlicher Bewußtheit und Selbstüberforderung“.

SCHWIDDER erhebt Einsprüche gegen die Auffassung von GLATZEL und akzeptiert die Existenz einer einheitlichen Ulcuspersönlichkeit nicht; seine Kranken klagen, abgesehen von Magenbeschwerden, über Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Obstipation, Ejaculatio praecox, Fehlen des sexuellen Impulses, Frigidität, Konzentrationsschwäche und viele andere Störungen. Man findet unter ihnen depressive, hysterische und neurasthenisch-hypochondrische Charaktere. Der Autor führt weiter aus, daß die Ulcuskranken nicht imstande sind, ihre inneren Konflikte mit der Vernunft zu beherrschen. Keiner hat in der Kindheit gelernt, adäquat auf seine Besitzwünsche zu reagieren oder auf sie zu verzichten. Unter einer oberflächlichen Ideologie des Verzichts besteht eine innere Unruhe, hervorgerufen durch Besitzwünsche geiziger Art. Es bestehen retentive Tendenzen, der Zustand der Entbehrung kompensiert sich und der Wunsch, Erfolg zu haben, wird in Richtung des Opfers umgebogen.

SCHWIDDER weist auf die Bedeutung des oralen Moments hin. Die Ulcuspatienten haben „eine Vorliebe für üppige Frauen mit großen Brüsten“, der mütterliche Pol zieht sie stark an. Die Frustration erweckt sehr große Erwartungen, die noch aus der infantilen Welt stammen.

Diese Eigenschaften demonstrieren nochmals den unspezifischen Charakter aller dieser persönlichen Züge. Die Ulcuskranken haben die Oralität mit anderen Kranken gemeinsam. HUTTER weist sie bei cyclothymen Depressiven nach. Andere Autoren beschreiben sie bei Asthma usw. Andererseits beweist das Vorhandensein eines vollständigeren Syndroms, in diesem Falle das Ulcus, wie SCHWIDDER ausführt, die grundlegende Bedeutung einer bestimmten Konstitution oder persönlichen Seinsweise für die Auslösung aller dieser Störungen.

HOJER-PEDERSEN drückt sich vorsichtiger aus und sagt, daß die Menschen, die zu einem Konflikt infolge ihrer perfektionistischen Tendenzen neigen und die pathische Mechanismen benutzen, Gefahr laufen, ein Zwölffingerdarmgeschwür zu bekommen. In der psychosomatischen Medizin kann sich die Spezifität nicht auf die „Auswahl eines Organs“ beschränken, sondern sie erfordert ein Studium, wie und warum sich die psychosomatischen Syndrome entwickeln.

Auf analoge Weise könnten wir versuchen, die Veröffentlichungen zusammenzufassen, die über Asthma, Colitis, Anorexie, Diabetes, Ekzem, Hypertension, Herzkrankheiten u. a. erschienen sind, Veröffentlichungen, deren Zahl täglich zunimmt. Gute Zusammenfassungen finden sich in den Büchern und Arbeiten von PIERLOOT, ROF CARBALLO, WITTKOWER und RUSSEL, WYSS, RASKOWSKY, KROGER und FREED, WEISS und ENGLISH, ROEMER, MURRAY, DUNBAR, BARTON HALL, GRINKER und ROBBINS, WITTKOWER und CLEGHORN, LÓPEZ IBOR, WEITBRECHT, BOSS, PFLANZ, STOKVIS, VALLABREGA.

Trotz der unterschiedlichen Namen, die benutzt werden, *erkennt man eine gewisse Analogie zwischen den verschiedenen beschriebenen Persönlichkeitstypen. Der Faktor der Unreife, der Abhängigkeit, der Insuffizienz in ihren Beziehungen zur Welt erscheint immer wieder. Eingebettet in die eine oder andere Ausdrucksweise zeigt sich immer das Problem der Angst und ihre Verarbeitung als nach außen oder innen gerichtete Aggressivität sowie das der Abhängigkeitsbeziehung, die daraus entsteht.*

KOLLE macht auch auf die Ähnlichkeit der Träger psychosomatischer Störungen aufmerksam, wie man sie in verschiedenen Arbeiten beschrieben findet. Bei den Ulcuspatienten handelt es sich um „empfindliche, scheue, leicht verletzbare Menschen von überdurchschnittlicher Bewußtheit bei Fehlen innerer Wärme“ (GLATZEL). Das Asthma, nach JORES, ist „Ausdruck höchster Daseins- und Existenzangst eines mitleidbedürftigen, schwächlichen Menschen mit einem hohen Lebens- und Leistungsanspruch, der über das Maß des Erreichbaren bei weitem hinausgeht“. MÜLLER bezeichnet die Lebensangst beim Asthma als den hervorstechendsten Zug. KOLLE bringt diese Persönlichkeitsstruktur mit der sensitiven Persönlichkeit von KRETSCHMER in Beziehung, und nicht ohne Grund. Meiner

Meinung nach gibt es einen gemeinsamen Faktor bei allen neurotischen Persönlichkeiten oder solchen mit psychosomatischen Störungen, der sich in verschiedenen Formen äußert. Dieser gemeinsame Nenner ist das Erlebnis der *Angst*.

Auf die Nicht-Spezifität der Persönlichkeit mit psychosomatischen Störungen haben viele neue Arbeiten hingewiesen, wie die von F. BROWN, WHELLER und CALDWELL studierten drei Gruppen von Frauen, eine Gruppe mit Mammacarcinom, eine andere mit Uteruscarcinom und eine dritte gesunde, und fanden die Ähnlichkeiten größer als die Differenzen. KLEIN führte aus, daß die Persönlichkeitstypen der Kranken, die eine Klinik für Verdauungsstörungen aufsuchen, so verschieden sind, daß „man keine spezifische Beziehung zu ihren Störungen oder Magen-Darm-Beschwerden finden kann“.

### 3. Die unreife Persönlichkeit und die Mutter-Kind-Beziehung

Die Tendenz zur Analogie zwischen den verschiedenen Persönlichkeitstypen bei psychosomatischen Störungen bringt uns zu dem Problem der neurotischen Persönlichkeit. Hier zeigt die psychosomatische Forschung einen deutlichen psychoanalytischen Einfluß.

Die psychosomatische Persönlichkeit ist keine konstitutionelle Variante, sondern etwas im Laufe der Entwicklung Entstandenes. Das Problem der Hemmung der Persönlichkeitsentwicklung, der fehlenden oder verspäteten Reifung (KRETSCHMER), der Libidofixierung in der prägenitalen Phase, der Regression usw. stellt sich in der psychosomatischen Forschung von einer speziellen Perspektive dar. Diese wird bestimmt durch die Notwendigkeit, *eine Entwicklungsphase zu finden, in der das psychische Leben dem vegetativen so eng verbunden ist, daß ein Wechsel, eine Änderung, ein Austausch zwischen dem einen oder dem anderen mit Leichtigkeit erfolgen kann. Es handelt sich darum, zu den primordialen, nicht oder wenig differenzierten Formen der Existenz zu gelangen, in eine Welt der „vegetativen Magie“, in der jede Metamorphose möglich ist.*

Die Forschung ist hier in verschiedenen Ebenen vorgegangen. Einerseits sollte die vegetative Formel in den ersten Lebensphasen erforscht werden.

Andererseits sind in diesen ersten Lebensphasen Affektivität und vegetatives Leben untrennbar. Beide sind der Umwelt gegenüber offen, und die natürliche Umwelt des Kindes in dieser Phase ist die Mutter. So ergab sich das Gesamtproblem der Mutter-Kind-Beziehung in der Genese der psychosomatischen Störungen. Das allgemeine Schema, das allen diesen hypothetischen Wegen als Basis bei der psychosomatischen Forschung dient, ist das der Regression oder Unreife in der Entwicklung durch eine Störung der *Symbiose Mutter-Kind*.

BENEDEK war einer der ersten, der die Aufmerksamkeit auf die „vegetativen“ Folgen der Störung der Symbiose Mutter-Kind lenkte. Das vegetative Nervensystem ist in den ersten Lebenswochen noch nicht organisiert. Dies zeigt sich in allgemeinen Äußerungen, wie unregelmäßige Atmung, Niesen, Gähnen, Regurgitation, Erbrechen, ungleichmäßige Entwicklung, Aufschrecken usw. Die Organisation des Ich tritt später ein, weswegen die postnatale Periode in Wirklichkeit eine undifferenzierte Phase darstellt. Die gesamte Psychologie des Neugeborenen ist einzig auf das Überleben gerichtet. Alle Wachstumsprozesse stellen eine Energiereserve dar, die sich später nach Quantität, Richtung und Zweck differenziert.

Dagegen weiß man fast nichts über die Physiologie der symbiotischen Einheit Mutter-Kind.

MARGOLIN und GRINKER stützen sich auf den Begriff „psychosomatisches Feld“. Ihr Konzept hat zwei Wurzeln, eine psychosomatische und eine biologische.

Bei der Geburt ist das Kind ein relativ undifferenziertes biologisches Feld. Der Reifungsprozeß, der das Kind zum Erwachsenen macht, besteht in der Organisation einer Anzahl von Subsystemen, die sich aus Entwicklung und Differenzierung jener Einheit oder jenes ursprünglichen Feldes herleiten. Jedes dieser Subsysteme ist zu einer funktionellen inneren Autonomie fähig, aber sie stehen in ständiger homeostatischer Beziehung zueinander.

Im Anfang ist die Umweltbeziehung einfach, fast auf das Biologische reduziert. Die Spannungen sind sozio-biologischer Art. Mit zunehmender Reifung wird es schwieriger, das Gleichgewicht aufrecht zu erhalten. Wiederholte Frustrationen bewirken eine strengere Organisation oder innere Struktur, so daß die Bindungen, die das Neugeborene zu seiner Umwelt hat, sich ändern. Störungen in der Funktion der physiologischen autonomen Systeme treten als krankhafte Prozesse in Erscheinung. Die Reife besteht in dieser konstanten Synthese und dauernden Entwicklung der Subsysteme. Die lokale Autonomie ordnet sich einer einzigen allgemeinen Kontrolle unter. In der Entwicklung dieser Kontrolle sind drei Phasen erkennbar: die unwillkürliche Initialphase, die unwillkürlich-willkürliche Phase und die willkürliche Phase. Beim Erwachsenen bestehen alle drei nebeneinander und unterscheiden sich durch ihre Eigenschaften. Genetisch entsprechen diese drei Phasen dem oralen, analen und genitalen Stadium der Libido. Ein anderes wesentliches Charakteristikum dieser Subsysteme ist, daß sie mit dem Älterwerden rigider werden, so daß das Auftreten irreversibler Veränderungen im Erwachsenenalter wahrscheinlicher ist als in der Kindheit.

Trifft der Organismus auf einen Reiz, der ihn überwältigt, den er nicht beherrschen kann, so fällt er zurück auf eine frühere Entwicklungsstufe. Selten bedeutet diese Regression eine exakte Wiederholung eines infantilen Zustandes, sondern in dem neuen Zustand durchflechten sich die infantilen Formen und Reste, die aus der Erfahrung des Erwachsenen stammen. Auch muß die Tatsache unterstrichen werden, daß nicht der gesamte Organismus an der Regression teilnimmt, sondern nur ein Teil, so daß sich ein Mosaik aus verschiedenen Reifestadien ergibt und das gleiche psychosomatische Syndrom in verschiedenen Ebenen der psycho-physiologischen Regression erscheinen kann.

MARGOLIN hat einen neuen Begriff eingeführt, den der „Phantasie der Funktion“ („fantasy of function“, oder wie er in früheren Arbeiten sagte, „illusion of function“). In den Funktionsbogen, der versucht, das Gleichgewicht zu finden, d. h. in dem homeostatischen Bogen, ist ein Reflexbogen im strengen Sinne eingeschmolzen mit gewissen mnestischen, affektiven, konnektiven und anderen Gegebenheiten. Der menschliche Organismus ist eine Einheit, gebildet von einer unendlichen Zahl solcher homeostatischer Bogen. Das Gehirn überwacht das Organ nicht mehr, das aufhört, im Interesse einer koordinierten Ökonomie zu arbeiten. Der hier angewandte Begriff des Organs entspricht nicht genau dem anatomischen oder physiologischen, sondern ist viel weiter. Er umfaßt weitgehend funktionelle Einheiten, auf verschiedenen Stufen der Reife oder Regression angeordnet. In dem Maße, in dem der Organismus reift, verlieren seine Gewebe die Fähigkeit zu infantilen Variationen. So entwickelt sich eine dekompenzierte Situation. *Die Organwahl erfolgt nach der Art, wie die affektive Komponente des infantilen psychophysischen Zustandes sich verschiebt, kondensiert oder dissoziiert durch die Aktion der Verteidigungsmechanismen des Ich.* Jede psychosomatische Manifestation kann verschiedene organische oder psychologische Regressionsniveaus enthalten. MARGOLIN begründete die sog. *anaklytische Psychotherapie*, die versucht, den Patienten in die infantile, präverbale Umwelt zu bringen, in der die Kommunikation für den Kranken leichter ist, und ihn so von seinen Störungen zu befreien. GREENE, der die psychologischen Prozesse bei Kranken mit Lymphomen

studierte, hat die Aufmerksamkeit auf das gelenkt, was er das Umbilikalniveau der Organisation nennt ("umbilical level of organization"), in dem vom Gesichtspunkt der organischen Entwicklung aus das Kreislaufsystem etwas Äußeres ist und deshalb zum umgebenden Milieu gehört. Die Geburt ist ein Übergang, eine neue Öffnung des Organismus, und mehr als ein Anfangsprozeß. Im gleichen Sinne bewegen sich die Arbeiten von WILLIAMS und J. P. SCOTT, SEITZ und SONTAG.

Spitz hat dem Problem der Mutter-Kind-Beziehung, von ROF „symbiotische Urdinge“ genannt, eingehende Arbeiten gewidmet. Nach SPITZ kann die Störung dieser Beziehung zahlreiche Krankheiten verursachen.

Als psychotoxische Krankheiten bezeichnet SPITZ die folgenden:

A. Psychosomatische:

1. bei primärer, unverhüllter mütterlicher *passiver* Ablehnung des Kindes: Coma des Neugeborenen,
2. bei aktiver Ablehnung: Erbrechen,
3. bei primärer ängstlicher Besorgnis,
4. bei verkleideter Feindseligkeit in Form ängstlicher Besorgnis: atopische Dermatitis,
5. bei Pendeln der Mutter zwischen Verwöhnung und Feindseligkeit: Hypermotilität (Schaukeln),
6. bei cyclischen Stimmungsverschiebungen der Mutter: Koprophagie,
7. bei bewußt kompensierter Feindseligkeit der Mutter: aggressive Hyperthermie.

B. Ausfall-Krankheiten:

8. bei partiellem Entzug der affektiven Zufuhr durch die Mutter: anaklitische Depression des Säuglings,
9. bei völligem Entzug affektiver Zufuhr: Marasmus.

Ein Kind, das in einer ungünstigen affektiven Beziehung zu seiner Mutter steht, wächst und entwickelt sich mangelhaft. Nach SPITZ sind drei Wege möglich: Aggression gegen sich selbst, das heißt, das Kind stirbt. Oder das Leben bleibt erhalten, aber die Intelligenz ist schlecht (Schwachsinn), oder das Kind entgeht diesen beiden Schicksalen, entwickelt sich aber zu einem asozialen Jugendlichen (haßerfüllte, verwahrloste Jugend). Zweifellos werden viele Psychiater diese Gesichtspunkte nicht ohne Widerspruch akzeptieren. Die Annahme einer Psychodynamik der Oligophrenie, des Todes und der psychopathischen Persönlichkeiten, wie sie SPITZ beschreibt, steht im Gegensatz zu der klinischen Erfahrung.

#### 4. Psychoneurose und Psychosomatose

Einige Autoren stellen mehr die Differenzen als die Gemeinsamkeiten heraus, die zwischen *neurotischer Persönlichkeit* und *psychosomatischer Persönlichkeit* gefunden werden können (PRICK). Die Psychosomatose ist keine Psychoneurose, sondern zwischen beiden besteht ein grundlegender Unterschied. Die psychosomatisch Kranken kämpfen mehr als die Psychoneurotiker gegen ihre Störungen und Beschwerden. Es ist schwieriger, psychosomatisch Kranke von der Beziehung zwischen ihrem psychischen Leben und ihren körperlichen Beschwerden zu überzeugen als die Psychoneurotiker. Wenn der psychosomatisch Kranke ein Psychoneurotiker wäre, müßte sich eine gemeinsame Struktur finden, führt PRICK aus, und fügt hinzu, daß in Wirklichkeit das Gegenteil zutrifft. Die Gesamtheit der Wünsche, Impulse und Gefühle der psychosomatisch Kranken unterscheidet sich von denen der Psychoneurotiker. Im Gegensatz zum „Ego“ des Psychoneurotikers ist das „Ego“ des psychosomatisch Kranken stark, zu stark. Diese Überentwicklung des „Ego“ erfolgte, weil während der Entwicklung gewisse Impulse, und vielleicht die aktivsten, aus dem Unbewußten ausgeschlossen wurden und in die bewußte Sphäre eingingen. Sie verwandelten sich so in bewußte Faktoren, die der Kranke in seinem täglichen Leben benutzt. Diese Charakterzüge wirken wie Kompensationen der passiven, unbefriedigten Bedürfnisse. Das hyperplastische „Ego“ des psychosomatisch Kranken errichtet eine starke Barriere gegen die nicht befriedigten, primären, infantilen Wünsche, die vom Ego zwangsläufig zurückgewiesen werden. PRICK sagt, daß es in den psychosomatischen Fällen keine

Verdrängung gebe. POLAVSKY bestätigt diesen Standpunkt und lenkt die Aufmerksamkeit auf die Schwierigkeiten, die der psychosomatisch Kranke hat, um zu Ausdrucksweisen in der bewußten Sphäre (verbal, musikalisch, malerisch) für diese unbefriedigten Bedürfnisse zu gelangen.

Aus den vorliegenden Gesichtspunkten ergibt sich eine wichtige Schlußfolgerung: die Unfähigkeit, auf psychische Weise innere Störungen auszudrücken, die der psychosomatisch Kranke aufweist. Im Grunde handelt es sich um *Kranke mit einer gewissen Kommunikationsunfähigkeit*.

In dieser Richtung hat RUESCH eine Theorie entwickelt und versucht, die Beziehungen des Individuums zu seiner Kultur zu erklären, ausgehend von den Auffassungen, die aus der Technik der Kommunikation stammen. Die Angehörigen jeder Gemeinschaft sind gegenüber der Kommunikation offen, die sich auf Botschaften aufbaut, die sie sich untereinander schicken. Das Schema ist das gleiche, das in den mechanischen und biologischen Modellen auftritt, d. h. die Errichtung von kommunikativen, selbstregulierenden Verbindungen. So erhält sich die Homeostase, und die sich entwickelnden überschüssigen Energien werden vermindert oder absorbiert. RUESCH weist besonders darauf hin, was in der Situation erfolgt, die die psychosomatische Medizin erforscht. Die Änderungen, die im Körper vor sich gehen, sind die Ergebnisse der Entladung einer unterdrückten emotionellen Spannung. Sie sind das Ergebnis einer regressiven Form der Kommunikation. Nehmen wir beispielsweise zwei Männer an, die eine Diskussion beginnen. In wenigen Minuten werden sie lebhaft und gestikulieren, um ihre Standpunkte zu unterstreichen. Sie erhitzen sich, und die anschließende Untersuchung ergibt, daß sie unangenehme viscerale Sensationen wahrzunehmen beginnen sowie eine übertriebene Bewegung gewisser innerer Organe. Das Gleichgewicht muß aufrecht erhalten werden und der hervorgerufene Energieüberschuß wieder über die verbindenden Systeme verteilt werden, die die körperlichen Prozesse umfassen. Bei dem Kranken, bei dem sich eine psychosomatische Störung festgesetzt hat, verschwinden die Symptome, wenn sich die Kommunikation wieder herstellt. Der psychosomatisch Kranke leidet unter einer konstitutionellen Insuffizienz jener Teile des Nervensystems, dem die höheren symbolischen Prozesse obliegen. Die verbalen Interpretationen können nicht in die Dynamik der intrapsychischen Konflikte eindringen. Es ist nötig, eine *preverbale Kommunikation mit der Umwelt zu erhalten*.

Wenn das Kind geboren wird, steht es in Verbindung mit der Mutter, um adäquat auf die einwirkenden Reize zu reagieren, wenn es überleben will. Wenn es reift, wird das Kommunikationssystem leistungsfähiger und wendet sich nach außen, indem es dem eigenen inneren Milieu weniger Aufmerksamkeit zuwendet. Diese Entwicklung setzt die Reife verschiedener symbolischer Systeme von wachsender Kompliziertheit voraus, die in zunehmendem Maße den exterozeptiven Teil des Nervensystems anstelle des interozeptiven benutzen. Wenn dieser Reifungsprozeß versagt, kehrt das Individuum zu mehr archaischen Kommunikationssystemen zurück, und um diese Kommunikation aufrecht zu erhalten, wendet es sich an gewisse Systeme, die sich in Symptome verwandeln, z. B. in eine Gesichtsrötung oder irgend eine vegetative Störung.

Alle diese Versuche, die Persönlichkeit des psychosomatisch Kranken zu verstehen, berühren interessante Gebiete, auch wenn die Interpretation unterschiedlich sein kann. Im psychosomatisch Kranken drückt sich zweifellos die Störung nicht in Worten aus, aber daraus kann man nicht schließen, daß sein Ich stärker sei als das des Neurotikers. (Abgesehen natürlich von der Kritik, die man an dem in psychoanalytischen Arbeiten so oft erwähnten Begriff der „Stärke des Ich“ vorbringen kann.) *Die Distanz, die der psychosomatisch Kranke*

*zwischen dem Ich und dem pathologischen Erleben errichtet, ist die gleiche, die der Zwangskranke errichtet. Die Struktur der psychosomatischen Persönlichkeit ist die gleiche wie die des Zwangskranken.*

Auch diese Auffassung muß eingehender wiedergegeben werden, wenn wir uns an die klinische Erfahrung halten. Bei den psychosomatischen wie bei den psychoneurotischen Störungen treffen wir auf Entwicklungsstörungen. Bei Beginn der Krankheit ist die Störung dem Ich näher. In dem Maße, in dem die Krankheit chronisch wird, entfernt sie sich von der Lebenssphäre des Ich, wie es bei den Neurotikern der Fall ist. Die Angst kristallisiert sich in einer Phobie und später in einem Zwang. Es ist ein Prozeß der Entfernung, Entfremdung oder Distanzierung des Symptoms, von dem wir später sprechen werden. Das Symptom wird bewußter, aber auch auf affektivem Gebiet neutraler erlebt. Das Ich verfügt weniger über das Es. Das Symptom hat sich unabhängiger gemacht.

Viele Autoren, darunter GROSS, BASTIAANS und VAN DER VALK haben die Aufmerksamkeit auf das gelenkt, was sie "syndrome shift" und "syndrome suppression" nennen. Es handelt sich um die Alternation von Symptomen, auf die auch v. WEIZSÄCKER hinwies, und die so viel Licht auf das Problem der Persönlichkeit des psychosomatisch Kranken wirft. Viele Autoren sind der Ansicht, daß die Persönlichkeit des Ulcuskranken von der des Asthmatikers oder von der des Migränekranken verschieden ist. Aber was geschieht, wenn, wie man es mit einiger Häufigkeit sieht, ein Kranker, der in seiner Jugend ein Ulcus hatte, später eine Migräne bekommt, ein Asthma, ein Ekzem oder Schwindelanfälle? Es ist nicht selten, daß derartige Verläufe beobachtet werden<sup>1</sup>.

Diese Alternation der Symptome zieht die Spezifität der psychosomatischen Persönlichkeit in Zweifel. Es handelt sich, wie bei der Neurose, um einen allgemeinen Persönlichkeitstyp. Aber wie erklärt sich dann die Variation der Symptome? Eine Möglichkeit bestünde darin, sie der Situation zuzuschreiben, in der die psychosomatische Störung auftritt. Die Konfliktsituation gäbe dem Syndrom seine Form, dieses hätte eine gewisse sinnvolle Beziehung zu dem auslösenden Konflikt.

In Wirklichkeit kann man bei psychosomatischen Krankheiten verschiedene Verlaufsformen beobachten. Bei einigen tritt eine einzige Episode von Asthma oder Ulcus auf, die mit Leichtigkeit abklingt. Bei anderen zeigt sich ein *phasischer Verlauf*, auf den verschiedene Autoren, unter anderem HALLIDAY, hingewiesen haben. Seit vielen Jahren weise ich auf diesen *phasischen Faktor* bei vielen Neurosen und psychosomatischen Krankheiten hin, der sie nach meiner Ansicht den endogenen (cyclothymen) Krankheiten annähert. Als dritte Möglichkeit erscheinen die *chronischen Verläufe*, die die Psychotherapeuten und Psychiater besonders häufig sehen. Die zukünftige psychosomatische Forschung sollte besonders auf diese verschiedenen Verlaufsformen achten und sich in ihre möglichen Ursachen vertiefen. Besonders weil ich das Vorhandensein eines endogenen Faktors, der dem der Cyclothymien nahesteht, annehme, neige ich dazu, alle diese Störungen in den *thymopathischen Kreis* einzuschließen.

Ebenso wie psychopathische Entwicklungen existieren, d. h. Abweichungen der Persönlichkeit, die im Maße, in dem diese reift, sich in einer plastischeren und deutlicheren Symptomatologie herauskristallisieren, gibt es auch das, was wir *psychosomatische Entwicklungen* nennen könnten. Eine Störung beginnt in minimalem Grad und mit initialem Charakter, und nach einigen Jahren, eines

<sup>1</sup> Viele Psychoanalytiker sind zu dem Schluß gelangt, daß der neurotische Prozeß eine relative Konstanz aufweist, während das neurotische Symptom so variabel ist wie ein Traumsymptom. Hier liegt die Wurzel des Problems. FREUD sprach von symptomschöpferischen Phasen in der Neurose.

progredienten oder phasischen Verlaufs, erscheint sie schon fest mit einem hypochondrischen Bild verbunden, das chronisch wird, von iterativen Mechanismen begleitet.

## E. Psychosomatische und anthropologische Medizin

Für v. WEIZSÄCKER hat die psychosomatische Medizin nur insofern Bedeutung, als sie in den allgemeinen Plan einer Reform der Medizin eingefügt ist. Ihr Hauptziel besteht darin, einen Sinn in den funktionellen Störungen zu finden und die Sprache des Organischen zu entziffern. Wenn jemand die vasomotorische Reaktion registriert, die durch suggerierten Schreck oder suggerierte Freude hervorgerufen wird, betreibt er Psychophysiologie. Das ist gut, aber es genügt nicht. Es ist erforderlich zu versuchen, den *Sinn* dieses Schrecks oder dieser Freude zu verstehen, die sich durch die vasomotorische Reaktion ausdrücken. Denn in dieser Situation präsentiert sich das *Subjekt*. Es gibt eine Psychosomatik auf *naturwissenschaftlicher Grundlage* und eine andere auf *anthropologischer*. Nur letztere hat die Macht, die Medizin zu reformieren. Es ist nützlich, den Einfluß der Psychosen, des Lebens in einem Sanatorium oder beim Militär auf die Tuberkulose zu kennen, aber daraus erfährt man nicht, *wie sich ein innerer oder äußerer Konflikt materialisiert*. Dasselbe könnte vom Ulcus gesagt werden, von der Angina pectoris, von der Tonsillitis usw.

Viele behaupten, daß sich die psychische Wirklichkeit unverschleiert und offen darbietet und daß es genügt, sich ihr zu nähern, um sie wie mit den Händengreifen zu können. Viele analysieren das körperliche „Geschehen“ und lassen das psychische unangetastet. Die psychosomatische Medizin muß die Tiefenpsychologie zu Rate ziehen oder aber aufhören zu existieren. Sowohl die körperlichen als auch die psychischen unbewußten Vorgänge verbergen sich dem bewußten Blick, infolgedessen müssen die unbewußten Prozesse ebenso gründlich erforscht werden wie die körperlichen.

Körper und Seele stellen keine Einheit dar, „*aber sie gehen miteinander um*“. *Es gibt zwischen ihnen eine Tendenz zur Trennung und zur Vereinigung*. Zellen treffen sich mit Zellen, Organe mit Organen, Personen mit Personen. Bei jeder „Umgangsart“ entstehen Störungen, die wir Krankheiten nennen.

In den Arbeiten über den „Gestaltkreis“ und den „Funktionswandel“ hat die Schule von v. WEIZSÄCKER ein Beispiel gegeben, wie das „Zusammentreffen“ mit der Natur erforscht werden kann und seine physischen und psychischen Manifestationen analysiert werden können. In der psychosomatischen Forschung handelt es sich nicht darum zu wissen, ob auch das Psychische einen Einfluß auf das Körperliche hat, sondern darum, zu bestätigen, daß in den organischen Krankheiten *auch der Körper etwas zu sagen hat*. *Es gilt zu entziffern, was es ist, das er zu sagen hat*. Es handelt sich also weder um eine funktionelle Pathologie, noch darum festzustellen, in welchem Maße körperliche Krankheiten die nervösen Regulationen beeinflussen.

Der Begriff der Kausalität ist zu eng und zu problematisch, um dem psychosomatischen Problem nahezukommen. v. WEIZSÄCKER selbst akzeptiert die Bezeichnung „psychogene Angina“ nicht, die BILZ einführte, um die Fälle zu kennzeichnen, in denen eine Angina in einer psychisch belastenden Situation auftritt. Er sagt, daß es unmöglich ist zu wissen, wer begonnen hat, die Psyche oder das Soma. Ebenso wenig kann man in einem derartigen Prozeß das Überwiegen des Somas über die Psyche oder umgekehrt feststellen. Es gibt hier keine Kausalität. Wenn man den Ausdruck *Psychogenie* gebraucht, so bezeichnet man nur einen *historischen Irrtum*, der darin besteht, daß *anstelle* einer psychischen Störung eine

physische aufgetreten ist. Die Klinik der Migräne, der Angina pectoris, der Cholecystopathien zeigt, mit welcher Häufigkeit ein Fragment des *ungelebten psychischen Lebens*, in der Liebe oder in der Arbeit, sich in einem körperlichen Symptom darstellt. Diese *Ersatzfunktion* des Körperlichen für das Psychische oder umgekehrt erklärt, daß die psychotherapeutische Heilung einer organischen Krankheit einen Zustand an der Grenze der Psychose provozieren kann („Organpsychosen“ nach GROTE, MENG und KÜTEMAYER). Ebenso wie es eine *Materialisation* eines Konfliktes gibt, kann seine *Spiritualisation* auftreten, wenn jene sich auflöst. Die Psychotherapie der organischen Krankheiten besteht in einer Neubildung eines Konfliktes.

Den ersten Teil dieses Widerspruches drückt FREUD aus in dem Satz: „Was Es war, soll Ich werden“, den v. WEIZSÄCKER mit „Was Ich war, soll Es werden“ vollendet. Jeder körperliche Prozeß, Entzündung, Hypertension, Hyperglykämie, Abmagerung, Ödem, muß als Symbol und nicht als Funktion aufgefaßt werden. Jede Psychotherapie muß gleichzeitig damit, daß sie etwas Unbewußtes bewußt macht, einen Teil des Bewußten unterdrücken. Die Krankheit hat das Ziel, den Kranken zum Sinn seines Lebens zu führen. Die herkömmliche Medizin hat ihn bis heute nur gelehrt, ihren Unwert zu sehen („zur Einsicht ihres Unwertes zu zwingen“).

MITSCHERLICH zeigt, daß sich die psychosomatische Forschung in zwei Richtungen entfaltet: 1. die empirische Erforschung der psychophysischen Einheiten, d. h. eine Psychologie der Affekte und Stimmungen; 2. die empirische Entwicklung einer *verstehenden* Erforschung der krankhaften Ausdrucksvorgänge. Es ist unmöglich, gültige Resultate durch die experimentelle Physiologie der Emotionen zu bekommen, ohne sich in das Studium der unbewußten Substanz der Emotion zu vertiefen. Die Angst kann man nicht nur als einen Prozeß nervöser Erregbarkeit im Laboratorium erforschen, sondern die Mitarbeit des Psychoanalytikers ist erforderlich, um das affektive Gleichgewicht der Person herzustellen. Der Psychoanalytiker dagegen muß die physiologischen Grenzen und Möglichkeiten der „Organsprache“ kennen, wenn er zu Schlüssen darüber gelangen will, ob die Reaktion normal oder anormal ist.

Nach MITSCHERLICH ist das Kriterium der „Heilung“ entscheidend, um den Unterschied zwischen der gewöhnlichen Medizin und der psychosomatischen Medizin zu zeigen. Es ist wahr, daß die Krankheiten anatomische oder funktionelle Prozesse sind, die sich zurückbilden oder nicht zurückbilden können, aber man muß danach fahnden, ob sich hinter diesen „Episoden“ eine *protrahierte Lebensproblematik* verbirgt. Wenn dies der Fall ist, kann nur dann von Heilung gesprochen werden, wenn eine Änderung des Charakters oder des Verhaltens erreicht wird, die eine adäquate Einordnung der Symptome in die Persönlichkeitsstruktur gestattet. Der Körper ist etwas, was man zugleich hat und ist (Leib-Sein und Leib-Haben). Einen Körper haben bedeutet, daß die Erlebnisse sich körperlich auf eine ganzheitliche, definitive, erschöpfende Weise ausdrücken. Das Erlebnis verwandelt sich in Geschehnis auf die gleiche Weise, wie dies bei den willkürlichen Handlungen geschieht; der Unterschied besteht darin, daß der Wechsel zwischen „Reiz“ und „Reaktion“ hier im Unbewußten mit seiner vegetativen Version stattfindet. Die unbewußte Verarbeitung des Erlebnisses schafft die reaktive Situation, die den günstigen oder ungünstigen Verlauf der Krankheit bestimmt. Die Arbeiten von PORTMANN und anderen Biologen zeigen, daß im Wesen eine Tendenz zur *organischen Selbstdarstellung* besteht. Das gleiche bestätigt die Psychoanalyse für das vegetative Leben. Wenn eine Ausdrucksbewegung, an einen Instinkt gebunden, in ihrer Manifestation gehindert oder diese erschwert wird, erfolgt eine „andere Bewegung“, die die innere Spannung entläßt. Die moderne

Theorie der Triebe lenkt die Aufmerksamkeit auf eine Handlung dieser Art, die „Übersprunghandlung“ (displacement reaction). In der psychoanalytischen Sprache spricht man von „Verschiebung“ oder „Sublimierung“.

Die hemmenden Faktoren der Triebentladung stammen von gesellschaftlichen „Tabus“. Kritische Konflikte mit dem „Tabu“ drücken sich in hysterischen Symptomen, Migräneanfällen, Anginen oder Ekzemen aus. Der psychosomatische Forscher ist überrascht von der großen Reichhaltigkeit der Einfälle der Kranken, manchmal können die Symptome während der Psychoanalyse „in statu nascendi“ beobachtet werden. Diese Möglichkeit, Symptome zu schaffen, zeigt eine unbewußte Handlungsfreiheit. Nicht nur die gesellschaftlichen Verbote wirken symptomenerzeugend, sondern auch das Fehlen von Vorbildern der Affektreaktionen. In kritischen Augenblicken kapituliert das Ich vor den Problemen, und das dramatische Spiel verschiebt sich auf die vegetative Ebene. In diesen Fällen von einer „Klarheit in der Krankheit“ zu sprechen, ist teilweise richtig, da ein Kranker oft nach einer Krankheit zu einer lebenswichtigen Entscheidung fähig ist, während er sich vorher einem Zustand der Unfähigkeit und des Verzichts überlassen hatte. Die Krankheit schließt sich innerlich zu einer Einheit zusammen (Geschehniseinheit), weil die *biologische Intelligenz* verarbeitet und beherrscht, was die andere Intelligenz nicht bewältigen kann.

Der chronische Verlauf der Krankheiten stellt ein besonderes Problem dar. Das Ulcus oder das Glaucom des Alters sind nicht nur pathogenetisch verschieden von denen junger Menschen, sondern vor allem psychosomatisch, d. h. durch ihre biographische Situation. In diesen Fällen kann auch die biologische Intelligenz das Problem nicht verarbeiten. Die Zuflucht zum biologischen Drama ist ein fehlgegangener Versuch, eine persönliche Krise zu bewältigen. Die Gefahr besteht nun in dem Auseinanderklaffen der psychosomatischen Gleichzeitigkeit (reziprokes psychosomatisches Simultangeschehen) und der Provokation einer *sekundären Autonomie* der organischen Prozesse. Bei den akuten Krankheiten hat die psychosomatische Forschung ein theoretisches Interesse, aber bei den chronischen ist die *biographische Anamnese* unerlässlich. Der chronische Charakter der Krankheit bedeutet, daß zu einem Zeitpunkt des Lebens eine Frustration erfolgt ist. Die neurotische Symptomatologie ist die erste Kompromißlösung der Krise. Die nicht produktiv eingesetzten libidinösen Kräfte verhindern das Reifen der Persönlichkeit und bewirken ihre soziale Isolierung. Eine chronische Krankheit entsteht, wenn die Möglichkeiten der persönlichen Reife blockiert sind. Das Bewußtsein der Krise wird unterdrückt, während die vitale Bewegung weiter nach Lösungen sucht: so erscheinen in einer ersten Phase neurotische Verteidigungsmechanismen und, wenn sie nicht genügen, chronische Krankheiten. MITSCHERLICH nennt diesen Prozeß in zwei Etappen *zweiphasische Verdrängung*. Es ist interessant zu beobachten, daß sich auch bei der Genese eine zweiphasische Entfaltung zeigt; wenn die organischen Symptome verschwinden, erscheint eine vorübergehende „Re-Neurotisierung“. THOMÄ hat ein gutes Beispiel angeführt.

Eine relative Insuffizienz der psychoanalytischen Anthropologie wurzelt darin, daß die Rolle unbekannt ist, die die Phantasie im Instinktleben spielt. Die fehlende Instanz in der Trilogie „Es-Ich-Über-Ich“ ist nach MITSCHERLICH die Phantasie als inspirierende seelische Aktivität. Die Triebhandlungen haben kein vorbestimmtes Ziel, aus dem Grunde, weil der Mensch nicht in einer stabilen Umwelt lebt, sondern in einer offenen Welt, die er ständig neu plant.

MITSCHERLICH spricht von der „psychosomatischen Gleichzeitigkeit“, SCHULTZHENKE vom „psychosomatischen Gleichzeitigkeitskorrelat“, SIEBECK, TH. v. UEXKÜLL und BILZ verwenden Begriffe wie „Grundabstimmung“ und „Stimmung“ usw. Alle scheinen einen gemeinsamen Grund anzunehmen, auf dem

die psychosomatische Symptomatologie erwächst. TH. v. UEXKÜLL verweist auf die Unzulänglichkeit der „somatogenen“ und „psychogenen“ Interpretationen der „psychosomatischen Tatsachen“. Eine gemeinsame Basis ist erforderlich, um die psycho-physische Einheit aufzurichten, und diese gemeinsame Basis kann nichts anderes sein als die „Stimmung“. Die moderne Philosophie (DILTHEY, NIETZSCHE, SCHELER, HEIDEGGER, JASPERS, BOLLNOW u. a.) hat den offenen Charakter der Stimmungen hervorgehoben. Diese Offenheit ermöglicht den „Stimmungswandel“. Bei jeder neuen Stimmung ändern sich der Mensch und die erlebte Welt.

Die Zahl der anthropologischen Interpretationen psychosomatischer Probleme nimmt täglich zu. Eine der am meisten bearbeiteten Krankheiten ist die *nervöse Anorexie*. Hier tritt der Unterschied zwischen psychoanalytischer und anthropologischer Interpretation zutage. Unter den Psychoanalytikern weisen MEYER und WEINROTH auf die Häufigkeit hin, mit der die Schwangerschaft einer Person in der Umgebung der Kranken die Anorexie auslöst. Die Schwangerschaft erinnert an die Geburt eines anderen Geschwisters, und die Störung des Appetits repräsentiert den Wunsch, den verhaßten Rivalen zu verschlingen. Dagegen interpretiert ROLAND KUHN die Psychodynamik der Anorexie als ein Nicht-sein-Wollen, als Störung im „Werden“ der Persönlichkeit<sup>1</sup>. Es ist, wie WIESENHÜTTER sagt, eine Reifungskrise. „Neurosen sind, anthropologisch gesehen, Indikatoren und Wegweiser für ausgebliebene und noch zu vollziehende Reifungsschritte mit der Aufgabe der Selbstfindung, Selbstbestimmung und Entwicklung zur vollständigen Persönlichkeit innerhalb einer überindividuellen Gemeinschaft.“

Bei den anthropologisch-existentialen Interpretationen verlieren sich die Unterschiede zwischen Neurosen und psychosomatischen Störungen. Boss ist der einzige, der versucht hat, eine von diesem Gesichtspunkt aus relativ systematische Pathologie der Psychosomatik zu schreiben. Er stützt sich vor allem auf die Daseinsanalyse von HEIDEGGER, benutzt aber weitgehend die Arbeiten der französischen Schule (SARTRE, G. MARCEL, MERLEAU-PONTY, WAELEHNS), in denen der Körper konkreter in Erscheinung tritt. Ein grundlegender Gedanke von Boss ist der vom „Austrag“ der Existenz. „Spricht man dagegen von einem ‚Sich-Austragen‘ der menschlichen Existenz in einem bestimmten Phänomen, so handelt es sich immer um das ursprüngliche und unmittelbare Sich-Ereignen des Daseins selbst als dieses Phänomen.“ Und er fügt hinzu: „So unzutreffend deshalb die Verurteilung der hysterischen Störungen zu bloß mehr sinnhaltigen symbolischen Ausdrucksphänomenen irgendwelcher psychischer Fakten ist: nicht weniger verpaßt die psychosomatische Medizin das wahre Wesen auch der organoneurotischen Leiden, wenn sie diese in die Aschenbrödelrolle eines ‚sinn-losen‘ physiologischen Mechanismus oder eines bloßen, gehaltlosen, vegetativen Begleitsymptoms verstößt. Haben wir nämlich in den organoneurotischen Gesundheitsstörungen eine gleich unmittelbare und autochthone Möglichkeit des übermäßigen ‚Lebens‘ eines existentiellen Lebensbezuges wie in den hysterischen Leiberscheinungen zu sehen, so ist auch der Wesensgehalt der organoneurotischen Symptome um nichts geringer als der der hysterischen Phänomene. Beide Male besteht er in einer nicht normgemäß vollzogenen Existenzmöglichkeit.“

### 1. Psychosomatische Störungen und Psychose

WEITBRECHT stellt das Problem der Beziehungen zwischen psychosomatischen Störungen und Psychose sehr klar dar. Seine Schlußfolgerung ist: „Wir lehnen also die Psychologisierung des Daseins der endogenen Psychosen ab und rechnen

<sup>1</sup> Es ist bemerkenswert, daß BINSWANGERS berühmter Fall Ellen West von ZUTT und von mir selbst als „nervöse Anorexie“ katalogisiert wurde.

es mit ZUTT zu den grundlegenden und sichersten Erkenntnissen der psychiatrischen Wissenschaft, daß es endogene Erkrankungen gibt.“ Mit diesen Worten umreißt WEITBRECHT den Standpunkt der Mehrzahl der mitteleuropäischen Psychiater.

Wie KURT SCHNEIDER sagt, kann das „Dasein“ einer Psychose nicht verstanden oder interpretiert werden, auch wenn in vielen Fällen das „Sosein“ erklärt werden kann. Am entgegengesetzten Pol stehen die psychoanalytische und oft auch die anthropologisch-existentielle Forschung. Von MÜLLER-ECKARDT stammt die eindrucksvollste Formulierung, indem er „von den Krankheiten derer, die nicht krank sein können“ sprach, was eine andere Form ist, die These von v. WEIZSÄCKER von der Möglichkeit zu bestätigen, somatische Störungen zu vergeistigen oder psychische Konflikte zu somatisieren.

Es gibt einige klinische Tatsachen, die zugunsten dieser These sprechen könnten. Einige Kranke sind interessante Fälle, bei denen ihr „Kranksein“ sich in einer Asthmakrise oder einem Schwindelzustand zuerst bemerkbar macht. Manchmal folgen verschiedene psychosomatische Krisen einander. Schließlich wirkt der Kranke, als habe er eine endogene Psychose, oder zeigt schwere Verhaltensstörungen wie diejenigen, die eine psychopathische Entwicklung charakterisieren. Eine meiner Kranken begann mit 20 Jahren mit einem Asthma, das als allergisch diagnostiziert wurde. Sie war empfindlich gegen Geruch von Katzen. Später genügte der Anblick einer Katze im Kino, um den Anfall auszulösen. Das Problem wurde immer komplizierter, heute muß die Patientin wegen schwerer Verhaltensstörungen in einer Anstalt gehalten werden. In anderen Fällen haben wir keine Entwicklung, sondern einen phasischen Verlauf vor uns; psychosomatische Episoden wechseln mit depressiven u. a. Die Entwicklung derartiger Krankheitsverläufe könnte an das Bestehen eines gewissen *Sinnzusammenhanges* denken lassen. Es ist nicht schwer, Deutungen zu konstruieren, beispielsweise über die Aggressivität, die von der psychosomatischen Störung absorbiert wird und die sich manifestiert, wenn jene aufhört.

BADAL, DRISCOL und MAULTSBY haben die *Rolle des Symptoms* bei den psychosomatischen Erkrankungen studiert, indem sie die Veränderungen im klinischen Bild verfolgten, wenn ein Symptom durch extrapsychische Mittel beseitigt wurde. Die Veränderungen der Symptome erfolgten nicht immer in derselben Richtung und sind nicht immer vorhanden. Es ergeben sich einige wichtige Beobachtungen. Zum Beispiel zeigen Ulcusranke, die wegen ihres Ulcus medikamentös oder chirurgisch behandelt wurden, Veränderungen, einige sehr tiefgehende und andere feinere, die von der akuten hysterischen Reaktion zur chronischen neurotischen Invalidität reichen. Bei einigen bestand eine diffuse Angst, und bei anderen entwickelten sich andere psychosomatische Krankheiten. Das heißt, der Verlauf der Krankheit ist bestimmt durch etwas, das *relativ* unabhängig von der ärztlichen Intervention ist. KRAINES weist auch auf die Ersatz- oder Ergänzungsbeziehung hin, die zwischen Magenulcus und endogener Depression besteht.

CREMERIUS hat gefunden, daß Fälle von Altersdiabetes von einer Freß-Sucht abhängen, die ihrerseits von einer infantilen neurotischen Frustration her stammt. Diese Freß-Fettsucht versucht die Depression zu kompensieren, die ihr zugrunde liegt. Der Diabetes manifestiert sich, wenn der Eßtrieb den neurotischen Grundkonflikt nicht mehr kompensieren kann.

*Meiner Ansicht nach sind solche Verläufe im Grunde endogen bestimmt. Eine solche Endogenität geht bis zur Neurose.* Die Klinik bietet uns ein Spektrum, das von den Neurosen bis zu den endogenen Erkrankungen reicht. Zwischen dem Reaktiven und dem Endogenen besteht eine Skala mit vielen Übergängen. Je mehr wir uns dem Extrem, bei dem die anormale Erlebnisreaktion alles oder fast

alles ausmacht, nähern, desto größer ist die psychodynamische Zugänglichkeit. In dem Maße, in dem wir uns dem endogenen Pol nähern, nimmt die Macht der neuro- und somatodynamischen Faktoren zu.

Das Vorhandensein eines neuro- oder somatodynamischen Faktors in einem klinischen Bild verhindert die Intervention psychodynamischer Faktoren nicht. Es ist erforderlich, eine *Strukturdiagnose* der neurotischen und psychosomatischen Störungen zu verlangen.

Nach v. GEBSATTEL hat jede Neurose etwas mit dem Problem der Entwicklung der eigenen Persönlichkeit zu tun (Selbstverwirklichung). Unter den übrigen charakterisieren sich die „*existentiellen Neurosen*“ durch ihre Eigenart der Verhinderung oder Hemmung der Persönlichkeitsentwicklung und durch die Dialektik, die sich um diese Dynamik entwickelt. Das, was diese Persönlichkeitsentwicklung hindert, ist der unbewußte Nihilismus der Persönlichkeit, der zu einer Entthronung der Person führt. Im Grunde handelt es sich um nichts anderes als um den geheimen Willen der Person, sich aufzugeben und zu verschwinden. Soweit dieser Wunsch nach Vernichtung im Persönlichen gipfelt, ist er *Sünde* und überschreitet die psychologische Problematik. Beim Neurotiker manifestiert er sich in seiner „*apersonalen Vorgestalt*“ und in den Störungen seiner biologischen und psychologischen Mechanismen. Niemals darf vergessen werden, daß diesen Fixierungen, Abspaltungen und Kompensationen immer der Wunsch nach Vernichtung der Person zugrunde liegt. Die Neurosen sind echte Geisteskrankheiten und bestehen in einem verfälschten Willen.

Woher kommt dieser Zerstörungswille? Meiner Ansicht nach *gibt es einen derartigen „Willen“ nicht, auch wenn die Tendenz oder der Impuls zur Zerstörung der Persönlichkeit besteht*. Der Neurotiker kann seinen Lebensplan nicht verwirklichen, weil seine instinktaffektive Dynamik ihn daran hindert. *Diese Dynamik versagt im wesentlichen, wie auch beim Depressiven, in ihrem neuro-somatischen Grund*. Das Grunderlebnis des Neurotikers ist die krankhafte Angst, die wesentlich somatogen und somatotrop ist. Aber die Ausbreitung der Angst ist nicht allgemein. Es handelt sich nicht um eine unaufhaltsame Invasion, sondern um eine solche, gegen die eine Verteidigung möglich ist. Der Geist verteidigt sich gegen diese Invasion eines kranken Somas. Er verteidigt sich mit seinen Möglichkeiten, die die neurotische Struktur darstellen.

Die Daseinsanalyse von BINSWANGER hat nach meiner Ansicht einen grundlegenden Fehler. In der Daseinsanalyse wird die ontologische Struktur des krankhaften Zustandes aufgedeckt, aber im Grunde bleibt die materielle Wirklichkeit unbeachtet. Einen Satz von BINSWANGER finde ich außerordentlich aufschlußreich: „Ich stimme mit v. WEIZSÄCKER nicht überein“, sagt er, „hauptsächlich weil, während er die Sphäre der Körperlichkeit objektiviert und sie als Leibgeschehen versteht, ich überzeugt bin, daß wir uns von einem Verstehen objektivierenden Charakters freihalten können und trotzdem in der Sphäre des Leib-erlebens beharren können.“

*Die Krankheit ist nicht nur das Erlebnis, sondern das körperliche Geschehen*. Das Studium des Aufbaus der psychosomatischen Symptomenkomplexe ist wichtig. Was die Krankheit betrifft, variiert die Wichtigkeit eines Symptoms, je nachdem es mehr oder weniger angstbeladen ist. Wenn z. B. ein Kranker in einem Zustand starker vegetativer Labilität nach einer Insulininjektion eine deutliche Tachykardie bekommt, fühlt er sie zwar, aber sie macht ihn nicht wirklich besorgt. Bei einer anderen Gelegenheit, manchmal am gleichen Tag, regt ihn eine spontane Tachykardie, weniger ausgesprochen als die vorhergehende, aber von einem Angstgefühl begleitet, außerordentlich auf. Sie erscheint ihm als eine fremdartige und unerklärliche Störung, die er fürchtet.

Dasselbe trifft für andere Symptome zu. Bei manchen Kranken bestehen Extrasystolen, die schwere Angstzustände hervorrufen. Bei anderen sind sie kaum wahrnehmbar und geben dem Betroffenen nur das Gefühl des Herzstolperns ohne wirkliches Angstgefühl. Wir beobachten, daß dies auch bei Kranken vorkommt, die Angstphasen haben können, in denen andere als das beschriebene Symptom auftauchen.

Ein sehr wichtiges Problem ist das des „*Bewußtwerdens der Symptome*“, eine mögliche und sogar häufige Bewußtheit während eines akuten Angstzustandes. Ein Patient, der lange Jahre an Schlaflosigkeit litt, begann Tabletten zu nehmen, um besser zu schlafen. Daraufhin überkam ihn ein akuter Angstzustand, begleitet von Erstickungsgefühl und Schweißausbruch; mit einem Wort, eine ganze Serie vegetativer Störungen. Die Schlaflosigkeit hatte sich in die vorherrschende Manifestation seiner Angst verwandelt, in der die beiden positiven und negativen Faktoren abwechselnd dargestellt wurden durch sein Schlafbedürfnis und seine Unfähigkeit zu schlafen.

*Die Spezifität der Symptome ist an die Beziehungen zwischen Angst und Körperlichkeit gebunden.* Wo nehmen wir unser körperliches Ich wahr? Oder, anders ausgedrückt, wo lokalisieren wir das Ich im Körperschema? Das Ich befindet sich im Normalzustand dort, wo wir die *körperliche Anwesenheit* fühlen; in Ruhe dort, wo sich der Körper aufstützt, bei Aktivität in den für sie nötigen Organen. Die Körperlichkeit ist Mitgenießerin und Teilnehmerin des intentionalen Charakters, den alles psychische Leben hat. Diese Intentionalität ist an die Erfahrung einer gewissen Freiheit und einer gewissen Unangreifbarkeit gebunden, denn diese Lokalisation des Ichs in der Körpersphäre ist nur scheinbar und augenblicklich. Wenn man sie glaubt fassen zu können, ist sie schon im Ausweichen begriffen.

Beim Kranken *erscheint das psychosomatische Symptom an der Stelle, an der die Persönlichkeit das Vorhandensein einer möglichen Gefügestörung bemerkt, die der Ausdruck der Angst ist.* Das Symptom lokalisiert sich, wo die Angst ist, und die Angst, wo das Symptom ist. Angst und Symptom lokalisieren sich dort, wo die primäre Fissur in dem Block erscheint, den die persönliche Einheit darstellt oder darstellen sollte. Das alltägliche Symptom, das in den Zeiten der Neurasthenie die Kranken beschrieben als einen Nagel im Kopf, ist der intime Ausdruck dieser Gefügestörung, dieses Bruchs in der Lebenserfahrung des Ichs, dieser von Zerstörung bedrohten Einheit. Anstatt anzunehmen — wie in der These von ADLER —, daß das Symptom sich im minderwertigsten Organ lokalisiert oder in dem am meisten Libido-beladenen — wie in der These von FREUD —, lokalisiert sich das Symptom dort, wo die Einheit der Persönlichkeit in Gefahr ist zu zerbrechen. *Diese Stelle ist persönlichkeitspezifisch.* Das Zerbrechen des Ichs ist das Zerbrechen einer beweglichen Einheit, ist das Zerbrechen eines Lebensplanes. Daher die Bedeutung der äußeren Traumen.

Nicht jedes emotionelle Trauma ist imstande, diese Möglichkeit des Zerbrechens, die in jedem Wesen besteht und mit größerer Möglichkeit beim Kranken, zu *offenbaren*. Das Trauma ist sinngemäß an den Existenzplan gebunden. Nur existentielle Traumen haben tödliche Macht.

FREUD sagte: „Wo Es (das Unbewußte) war, soll Ich werden. Es ist Kulturarbeit wie die Trockenlegung der Zuidersee.“ Diese Trockenlegung des unbewußten Sees setzt Arbeit in nur einer Richtung voraus: die der Rationalisierung des Menschen. Aber die Struktur des Menschen selbst verhindert eine unbegrenzte Rationalisierung: dieser Prozeß würde zur Neurose führen. Tatsächlich geschieht dies in einigen Fällen von Psychoanalyse, die damit enden, daß sie eine neue Zwitterstruktur zwischen den Elementen der Neurose und denen der Analyse schaffen, die rationaler ist als die Neurose selbst, aber ebenso oder sogar stärker

die Freiheit des Kranken zerstört. Das Leben verlangt diesen Austrocknungsprozeß des Unbewußten: natürlich ist dies Beispiel nur teilweise zutreffend, da die Entdeckung des Unbewußten es auf die eine oder die andere Weise beeinflusst. Bewußtsein ist vor allem Aktivität. Es ist die reinste Form des "acting out". Das Bewußtsein kann, dieser unbegrenzten Ausdehnung ausgesetzt, nicht bestehen. Das Bewußtsein kann nicht das ganze Sein absorbieren, daher kommt es, daß zusammen mit diesem Prozeß sich immer das Gegenteil ergibt. Die „Regression“, um ein Wort der psychosomatischen Sprache zu verwenden, ist nicht immer ein krankhafter Vorgang. In der Entwicklung des Lebensplanes ist die Angst, wenn sie sich innerhalb bestimmter Grenzen entfaltet, notwendig.

Die Gesundheit besteht ebenso sehr im Vergessen wie im Erinnern. Die Instinkte können nicht immer auf der Ebene des Bewußtseins bleiben, und die Körperlichkeit kann sich nicht immer auf das Bewußtsein stützen. Gesund sein heißt sie vergessen. Man verfügt um so mehr über sie, je unbewußter man es tut. Die Symptome, die im Ich sind, müssen wieder verschwinden und vom Es absorbiert werden. Das, was im „Ich“ ist, muß an das Es weitergegeben werden. Auf diesen vitalen Widerspruch hat v. WEIZSÄCKER hingewiesen.

Ein anderes sehr interessantes Beispiel ist der Dynamismus der psychosomatischen Wechselbeziehungen, den wir mit dem Namen „*Tendenz zur Objektivierung der Störung*“ bezeichnen können. Diese Tendenz zeigt sich sowohl auf dem psychischen wie dem somatischen Plan und beweist erneut den einheitlichen und doppelgesichtigen Charakter des Angstzustandes. Psychopathologisch wird die Krise erlebt mit einer Bedrohung der Auflösung des Ichs. In diesem Augenblick erstehen die Instinkte und Verteidigungen gegen sie, und so bilden sich die Phobien. Die Phobie setzt einen Prozeß der Objektivierung voraus. Bei der Phobie hat der Kranke das Erlebnis von etwas, daß sich ihm aufdrängt und gegen das er kämpft, einen Fremdkörper, der sich in sein Seelenleben eingelagert hat. In der Krise hat ein Auflösungsprozeß von Komplexen stattgefunden, die eine gewisse autonome Kraft gewonnen haben, wie aus der Einheit der Persönlichkeit losgelöste Satelliten. Wenn die Angst chronisch wird, bekommen die Satelliten größere Bedeutung und Wichtigkeit, und die Angst geht von einem manifesten Erlebnis in einen latenten Zustand über, mit fortgesetzter Ausstrahlung von Energie, die den Satelliten — Impulsen, Zwangsvorstellungen, Phobien — erlaubt, ihre eigene Laufbahn weiter zu verfolgen.

*Dasselbe geschieht im Somatischen.* Der Angstzustand wird von einer Serie von Erscheinungen begleitet, die seine Projektionen auf die viscerale und somatische Ebene darstellen. Während der Krise sind sie alle gegenwärtig, bereit, sich zu lösen; aber sobald der akute Zustand vorbei ist, werden sie wieder absorbiert, und der Betroffene fühlt seinen Körper wie ein Gesunder, das heißt, ohne auf seine Funktionen zu achten, fast ohne zu wissen, daß er sie besitzt. Hält die Krise jedoch an, dann besteht auch im Somatischen die *Tendenz zur Objektivierung*, die wir im Psychischen beschrieben haben. Die Störung, Tachykardie, Atmungsstörungen, Paraesthesien usw., die in Wirklichkeit dem Kranken zugehören, scheinen sich für ihn in ein Objekt, eine Sache zu verwandeln. In dieser *Autonomie der visceralen und vegetativen Symptome* wurzeln die sogenannten Organ-Neurosen und die psychosomatischen Störungen.

Bei der visceralen oder Organ-Neurose löst sich ein Symptomkomplex und formt eine selbständige Einheit. Wenn man die Umstände genauer erforscht, findet man oft die restliche Symptomatologie der Anfangskrise. Der Kranke, der sich wegen seines Herzklopfens oder eines Opressionsgefühls am Herzen ängstigt, hat außerdem auch leichte Schwindelanfälle oder andere Störungen; nur bleiben diese fast unbemerkt. In einigen Fällen wäre die Autonomie der visceralen

Symptomatologie vollständig, wenn sie nicht vom Schatten der Angst umgeben wäre.

Dieser Entstehungsprozeß einer symptomatologischen Halbinsel ist dem der Zwangsvorstellungen analog und stellt ein allgemeines Gesetz der psychosomatischen Pathologie dar. Vielleicht ist dieses Gesetz noch allgemeiner. LOTMAR, um die Symptome, die bei vielen extrapyramidalen Erkrankungen auftreten, zu erklären, spricht von der Erhöhung des Reizzustandes gewisser Zentren (Nucl. pallidus, Corpus Luysi u. a.) *durch ihre Isolierung von den übrigen*. Der pathologische Prozeß unterbricht die Verbindungen im funktionellen Stromkreis zwischen den verschiedenen Zentren, und das isolierte Zentrum bleibt in krankhafter Überaktivität. Der Angstzustand ist im Grunde eine auf der psychischen und coenästhetischen Ebene wahrgenommene Desintegration.

## 2. Psychosomatische Störungen und Stimmung

SPEER sagt, das Charakteristische der Neurose sei die *innere Verarbeitung des Erlebten*, man könnte sagen, seine Verdauung („Neurose als Folge einer Störung der Erlebnisverarbeitung“). Woher kommt diese Störung in der inneren Verarbeitung? Einerseits von der psychischen Konstitution, wie früher ausgeführt, aber andererseits von der inneren Lebensgeschichte. Dies ist die psychoanalytische These und, im allgemeinen, die aller Richtungen der Tiefenpsychologie. Das, was man abnorme Entwicklung der Persönlichkeit nennt, ist nicht etwas in der Anlage *Gegebenes*, sondern etwas durch eine Serie vorhergegangener Traumata *Erworbenes*, besonders durch Traumata in der Kindheit. Ob die Traumata sexueller Natur sind oder nicht, ist von sekundärer Bedeutung. Das die neurotische Reaktion auslösende Erlebnis ist, wie KRETSCHMER sagt, ein Schlüsselerlebnis. „Solche Erlebnisse, die besonders geeignet sind, aus einer bestimmten Persönlichkeit gerade die für sie bezeichnende Reaktion herauszuholen, nennen wir Schlüsselerlebnisse. Charakter und Schlüsselerlebnis passen zusammen wie Schlüssel und Schloß.“

K. SCHNEIDER sagt: „Eine Erlebnisreaktion ist die sinnvoll motivierte gefühlsmäßige Antwort auf ein Erlebnis.“ Aber wo sind die Grenzen der gefühlsmäßigen Reaktionen? Sie haben ihre somatischen Komponenten. Es besteht Einstimmigkeit in der Annahme solcher somatischer Komponenten, soweit sie sich auf der Ausdrucksebene abzeichnen. Dieses *Ausdrucksgefälle* der gefühlsmäßigen Reaktionen, in denen die somatischen Wechselbeziehungen deutlich werden, stellt das Feld dar, in dem die affektive Anomalie an das Krankhafte im strikten Sinne stößt. Wenn der Ausdruck einer Emotion in seiner Quantität abnorm ist (z. B. die Affektlabilität des Alters) oder weil sie andere Wege als die ihr eigenen und angemessenen benutzt, dann haben wir eine abnorme Reaktion mit einer im strikten Sinne krankhaften Verknüpfung vor uns.

Die wirkliche innere Struktur der Affektivität wird häufig durch die Pathologie aufgedeckt. Nach Ansicht von K. SCHNEIDER charakterisiert sich die Melancholie durch das Auftreten einer vitalen Traurigkeit. In der psychoanalytischen Lehre ist die Melancholie reaktiv — eine anormale Erlebnisreaktion auf den Verlust des Objektes der Libido. Schon die klassische Psychiatrie unterscheidet zwischen der endogenen, der reaktiven und der provozierten Melancholie. In dieser Beziehung neigt jeder Psychiater, je nach seinem Standpunkt, mehr zu der einen oder anderen Theorie. Meiner Ansicht nach ist dieses Spektrum durch die Annahme verfälscht, daß es sich immer um die gleiche Form psychischer Erfahrung handele. *Die Traurigkeit des Kranken ist nicht das gleiche wie die Traurigkeit des Gesunden*. Ab und zu haben wir Gelegenheit, bei einem Kranken in einer tiefen melancholischen Phase zu beobachten, wie er selbst unterscheiden kann zwischen seiner krankhaften Traurigkeit und der rein reaktiven, die er etwa beim Verlust eines geliebten

Wesens durchmachte. Die affektive Struktur wird bestimmt durch gewisse Einflüsse, die aus seiner Körperlichkeit stammen, und andere, die von seinem psychischen Zustand herkommen. Beim Gesunden hat die Körperlichkeit wenig Gewicht. Die Gesundheit besteht in dieser Möglichkeit der Freiheit dem eigenen Körper gegenüber, ihn immer *bereit* (zur Disposition) zu haben. Darum spricht man von „Indisposition“ in den Anfängen der Krankheit.

Das gleiche trifft auf andere seelische Erfahrungen zu. Der Gemütszustand ist immer ein allgemeiner Zustand, der, je nach den Umständen, sich in die eine oder die andere Form kristallisiert. Diese Form der Kristallisation nennen wir Gefühle: Traurigkeit, Angst, Furcht usw.

*Die Pathologie der Gemütszustände ist im Grunde genommen die Pathologie der Neurosen und der psychosomatischen Störungen.* Ebenso wie es eine reaktive Traurigkeit und eine vitale Traurigkeit gibt, gibt es eine reaktive und eine vitale Angst, eine reaktive und eine vitale Langeweile usw. Bei der sogenannten Angstneurose finden wir ein Spektrum, das von der rein reaktiven zur endogenen Angst reicht, die sich mit gewissen Formen der angstgefärbten Melancholie berührt. Für die Langeweile und die übrigen Vitalgefühle gilt dasselbe.

Im Kern der Neurosen finden wir die Angst, sagte FREUD. Die Angst vieler Neurotiker ist keine reaktive Angst, sondern *endothym* und manchmal, würde ich sagen, *physiogen*. In der Klinik finden wir ein breites Spektrum, das von der ersten bis zur letzten Form reicht. Auch andere Seelenzustände können wir in diese Serie einreihen. Die Furcht, die eine neurotische Reaktion hervorruft, ist immer eine angstgetönte Furcht, das heißt eine in einer konkreten Situation gefühlte Angst. In der Pathologie der psychosomatischen Störungen spielt die Nausea eine große Rolle. Auch eine Analyse der Beziehung zwischen Schwindel und Angst ist interessant. Es handelt sich um gestörte Formen derselben Grundstruktur.

*In den pathologischen Gemütszuständen besteht eine Verschiebung nach dem Körperlichen hin.* Sie sind sozusagen mehr im Fleisch verankert, mehr verfleischt. Diese *Somatotropie* der pathologischen Gemütszustände ist bezeichnend für ihre Symptomatologie. Darum werden sie als in den einen oder anderen Körperteil projiziert gefühlt. Die Symptome der Organneurosen sind Angstprojektionen. Das Wort Projektion gibt kein klares Bild von der Art des Phänomens oder, besser gesagt, es gibt ein irriges. Es handelt sich nicht um eine Gemütsbewegung, die sich um ein bestimmtes Organ verdichtet, sondern um einen emotionellen Zustand, der schon mit einer gewissen Verleiblichung entsteht. Die Somatisation der Neurosen hat hier ihren Ursprung und ihren Ausdruck. Weil sie so an die Körperlichkeit gebunden sind, wiegen sie so schwer im Leben des Kranken. Ihr Gewicht befindet sich am Gegenpol ihrer Freiheit. Daher auch ihre Entfernung vom und ihre Nähe zum Ich. Es wäre aber ein Irrtum zu sagen, daß sie dem Ich näher oder ferner sind; ihre Beziehung zum Ich ist anderer Art als bei normalen Empfindungen. Sie ist nicht die der Nähe, sondern die der Herrschaft.

Für JASPERS ist das Charakteristische einer Neurose nicht die Verstehbarkeit ihrer Inhalte, sondern der Mechanismus der Übersetzung des Psychischen ins Körperliche, das heißt, der Prozeß der *Somatisation*. Wenn die Psychoanalyse von *Projektion* spricht, bezieht sie sich auf dasselbe Phänomen. Dies ist meiner Ansicht nach die Kernfrage. Das psychische Leben ist ein *Leben mit Sinn*. Das körperliche Leben ist ein *Leben ohne Sinn*. In der Neurose spielt sich eine Art Prozeß oder Wechsel ab, durch dessen Wirkung ein sinnvoller Lebensablauf in einen sinnlosen verwandelt wird. Im Grunde genommen gibt es in jeder Neurose einen *prozeßartigen Faktor*, und das ist offensichtlich, wenn in Betracht gezogen wird, daß jedes somatische Ereignis ein zeitliches Ereignis ohne Sinn ist.

Jedoch kann dieses somatische Geschehen derart verkettet sein, daß es einen Sinn hat, das heißt, daß es *symbolisch* den psychischen Konflikt ausdrückt, dem es seine Entstehung verdankt. Symbol ist „Sinnbild“, das heißt Bild mit Sinn. Es liegt also nahe, wenn wir den prozeßhaften Charakter der Neurosen und psychosomatischen Störungen ablehnen, das Bestehen einer Symbolisierung des psychischen Geschehens durch den Körper anzunehmen. Also hat die somatische Symptomatologie der Neurosen und psychosomatischen Störungen *nicht nur Ausdruckswert*.

### 3. Das Körpererlebnis

Vom anthropologischen Gesichtspunkt aus gesehen, ist für die Analyse der psychosomatischen Situation das Hauptproblem dasjenige, welches der menschliche Körper stellt. Sowohl vom anthropologischen als auch vom existentiellen und phänomenologischen Gesichtspunkt aus wurden während der letzten Jahre dazu ausgezeichnete Arbeiten veröffentlicht (BOSS, CHRISTIAN, v. WEIZSÄCKER, PLÜGGE, G. MARCEL, MERLEAU-PONTY, ZUTT, BUYTENDIK, WULF, LÓPEZ IBOR).

Zuerst muß im Auge behalten werden, daß der Begriff *Körperschema*, der in der modernen Neurologie soviel Interesse geweckt hat, hier kaum einen Wert hat. Um die Syndrome der Körperverneinung und der Entfremdung der Außenwelt zu erklären, dachte FORSTER, im Anschluß an WERNICKE, an eine Störung der „Somato-Psyche“, das heißt eine allgemeine elementare Asomatognosis. Nach WERNICKE ist die Somato-Psyche folgendermaßen beschaffen: in jeder Empfindung gibt es zwei Elemente, ein spezifisch sensorielles und ein anderes, muskuläres, Ergebnis der für die Adaptation des Sinnesorgans an den erhaltenen Reiz notwendigen Bewegung. Der Wirklichkeitssinn stammt aus einer Vereinigung von sensoriiellen und myogenen Bestandteilen. Im entgegengesetzten Fall bedingt die Nicht-Wahrnehmung oder Abwesenheit der myogenen Bestandteile im Bewußtsein das Syndrom der Körperverneinung. DENY und CAMUS äußern eine ähnliche Theorie: auch für sie stammt das Gefühl der Entfremdung von einem «*ébranlement des centres corticaux où sont fixées et enregistrées les images des sensations internes ou organiques auxquelles nous devons la notion de notre existence corporelle*». Diese internen oder organischen Wahrnehmungen ergeben die Coenaesthesia.

Aber im täglichen Leben nehmen wir nicht immer eine introspektive Analyse des „Ich“ vor, sondern dieses dynamische persönliche Zentrum wird in seiner eigenen Aktivität „erlebt“, in Verbindung mit der Außenwelt. Diese Verbindung wird außerdem durch ein Medium, unseren Körper, hergestellt, der einerseits der äußeren Welt der Dinge und Objekte angehört und andererseits uns selbst. Das Verhältnis, das uns mit unserem eigenen Körper verbindet, ist eigenartig. Ohne daß wir daran denken, leben wir, als ob das Zusammenspiel von „Körper und psychologischer Erfahrung“ ein Zentrum wäre, von dem unsere Aktivität ausstrahlt. Dies ist eine unbewußte Erfahrung, aber wenn wir uns ihr zuwenden, bemerken wir bald ihren dualen Charakter, der sich in den Bezeichnungen, welche GABRIEL MARCEL wählte, um die wesentliche Note unserer Beziehungen zum Körper anzuzeigen, sehr gut ausdrückt. Wir *sind* unser Körper und *haben* unseren Körper. Einerseits fühlen wir uns eins mit dem Körper, in einer *konzentrischen* Situation von Ich und Körperlichkeit, aber andererseits fühlen wir die *Exzentrizität* der Körperlichkeit im Hinblick auf das Ich, und darum haben wir sie zur Hand, objektivieren sie wie die Dinge der äußeren Welt.

*Der Einheit der Erfahrung des psychologischen Ichs entspricht eine Einheit der Erfahrung des körperlichen Ichs.* Die coenaesthetische Erfahrung ist auf dieser Ebene *einmalig*. Die Existenz dessen, was SCHELER vitale Gefühle allgemeinen Charakters nennt, beweist dies. Wir fühlen uns *gleichzeitig* müde und euphorisch, wie eine

*allgemeine* Körperwahrnehmung. Wie können wir also diese Einheitserfahrung zu den obengenannten lokalisierten Erfahrungen, partiellen Anosognosien, der Epilepsie usw. in Beziehung bringen?

Die Erfahrung des körperlichen Ichs gibt sich nicht wie eine passive Wahrnehmung; es ist ein Irrtum zu glauben, wie in dem alten Begriff der Coenaesthesie, daß es sich um eine Art Telegramme handelt, die jedes Organ sendet — und warum nicht jede Zelle? — an ein Zentrum, in dem dieser „Coenaesthesie“ genannte Begriff des körperlichen Ichs lokalisiert ist. Der vorhergehende Abschnitt beweist die Absurdität dieser Hypothese; daher ist in Wirklichkeit eine coenaesthetische Erfahrung nicht als gleichzeitig von allen im Körper vorhandenen Empfindungszentren ausgehend, sondern als von *selektivem Charakter* anzusehen. Daher kann es auch keine summarische, sondern nur eine allgemeine und primäre Erfahrung sein, die keinesfalls analysiert werden kann. Es ist so, daß sie sich in verschiedene Bezirke *projiziert, je nach der Aktivität der Person*. In dem bereits zitierten Falle bemerkte der Kranke die Entfremdung der Hand, weil sich gerade *dort*, und in dem Moment, die Aktivität des Subjektes befand.

Wir sind daran gewöhnt, in Schemata zu denken, und diese verleiten uns zum Irrtum. In der Definition des Verhältnisses zwischen dem Ich und seinem Körper als gleichzeitig konzentrisch und exzentrisch, werden wir dazu verleitet, mit dem Schema eines genau abgegrenzten „Ich“ zu arbeiten, einer Art Sonne des menschlichen Körpersystems, die von dort aus ihre Energien ausstrahlt und aus dem Umkreis seine Nachrichten und Botschaften empfängt.

Diese Idee ist absolut falsch. Versuchen wir, uns ein introspektives Bild unseres Körpers zu machen. Das, was uns erscheint, was uns gegenwärtig ist, ist der Teil desselben, der sich auf das Bett stützt, auf dem er liegt. Wenn wir aufstehen, verschiebt sich die Erfahrung der Körperlichkeit. Wir sprechen jetzt nicht von pathologischen Erfahrungen. Dort, wo etwas geschieht oder sich ereignet, sind wir in jenem Augenblick; dort befindet sich unser „Ich-Erlebnis“. Und da das Ich, psychologisch gesagt, nichts anderes ist als eine Erfahrung, können wir sagen, daß das „Ich“ sich dort befindet. Es ist also kein distanziertes Erlebnis, sondern auf die momentane Aktivität begründet. Außerhalb dieses Bereiches, in dem sich der leuchtende Brennpunkt der Handlung projiziert, herrscht der Schatten.

Gerade wegen dieser Aktivität existiert in jedem Erlebnis der Depersonalisation dieses Merkmal des Un-eigenen. Die Handlung hat aus sich selbst die Erfahrung, und wenn diese gestört wird, erscheint sie als un-eigen (Gefühl der Entfremdung).

Bei den psychosomatischen Erkrankungen bestehen Störungen der organischen Systeme, z. B. eine Tachykardie oder eine Kolik usw., aber eng mit diesen Störungen verbunden ist eine Veränderung im Wissen um die betreffende Funktion oder den betroffenen Körperteil. Körperteile, Organe und Funktionen, die sonst unbeachtet bleiben, machen sich im Bewußtsein bemerkbar. In der Genese der Neurosen und der psychosomatischen Störungen findet der Schritt vom Unbewußten zum Bewußten nicht nur in den unterdrückten Erinnerungen oder den instinktiven Impulsen statt, sondern in der körperlichen Gegenwart selbst. Wenn ein bestimmter Teil des Körpers sich bemerkbar macht, so geschieht das, weil eine Abspaltung, eine Zone der Isolierung im Bewußtseinskomplex des Körpers vorhanden ist. Das flexible, beschwingte Einheitsgefühl der Gesundheit verwandelt sich in eine Polyphonie. Der Störungsfaktor ist das *Vorhandensein* der psychosomatischen Veränderung im Bewußtsein. Das Gefühl, das sich nun zeigt, ist nicht ein vorher unterdrückt gewesenes; im gesunden Zustand hat es nie existiert. Die dem Gesunden aus der Erfahrung seines eigenen Körpers bekannte Anatomie

ist sehr begrenzt. Die Spaltung in dem einheitlichen und umfassenden Sinn der Körperlichkeit ist die Krankheit selbst. Es besteht *keine somatische Projektion eines emotionellen Zustandes*, ebensowenig wie *eine Konversions-Reaktion besteht*, sondern die Krankheit ist ein Erlebnis der Auflösung, und die Erscheinung der Coenaesthesia ist eine Form dieser Auflösung. Die krankhafte Aufregung und vor allem die krankhafte Angst sind im Grunde somatotrop. Diese drohende Desintegration der Ich-Einheit schließt zwangsweise auch eine drohende Auflösung der körperlichen Ich-Erfahrung ein, welche diese Form der körperlichen Dissolution mit sich bringt, welche wiederum die Substanz der psychosomatischen Störung bildet.

„Ich kann meinen Körper nicht haben, ohne ihm zugleich diese oder jene Bedeutung zu geben. Das Haben in diesem Sinne ist ein Vorgang, der den Akt der Bedeutung und Sinnggebung a priori einschließt.“ Aber wenn wir wirklich unseren Körper haben und ihm darum einen Sinn in unserem Leben geben, ist es nicht weniger so, daß der Körper uns hat, was heißen will, daß er die Möglichkeiten dieser Sinnggebung begrenzt, die wir unserem Leben geben können. Den Sinn einer Krankheit sowohl als auch den Sinn des Lebens zu finden, ist ein Prozeß der Daseinsbeleuchtung, der nicht absolut dehnbar ist. Ein solcher Prozeß hat seine Zone des Geheimnisvollen, des Ungreifbaren, seine Grenze. Darum hat die Krankheit auch eine gewisse Undurchsichtigkeit und kann nicht ganz erleuchtet werden.

In einer Krankheit einen Sinnzusammenhang zu finden, bedeutet, ob man will oder nicht, sie zu vergeistigen und ihre Wirklichkeit zu zerstören. Das schwierige Problem ist, die Grenze zu finden zwischen dem, was Sinn hat und sinnlos ist.

#### 4. Psychogenese und Katagenese

CHRISTIAN sagt, daß das Problem der Beziehung zwischen Soma und Psyche Ausdruck einer «mauvaise conscience» ist, weil man die beiden Ebenen ontologisch getrennt hat; es ist aber in jedem Falle das Kernproblem der psychosomatischen Medizin. Genauer gesagt besteht die „psychosomatische Tatsache“ in der unausweichlichen Notwendigkeit, das somatische und das psychische Gefälle in der einen oder anderen Form zu vereinen. Bis zu welchem Punkt ist diese Forderung metaphysisch im Sinne von NICOLAI HARTMANN? Aber die psychosomatische Pathologie geht von einer klinischen Wirklichkeit aus. Es ist vielleicht ein Irrtum, sie als metaphysisches Problem darzustellen, aber es ist immerhin der Mühe wert, zu versuchen, sich ihr auf so vielen Ebenen als möglich zu nähern.

Die Übertragung des Psychischen auf das Somatische spielt sich nicht auf der gleichen Ebene ab; es handelt sich um den Schritt von einer Seinsschicht in die andere, in der andere Gesetze regieren. Das Wort „Psychogenese“ hat oft zu der irrtümlichen Annahme geführt, daß das, was psychisch hervorgebracht wird, durch die eine oder andere Form der Psychotherapie rückgängig gemacht werden könnte. Das heißt, daß das in der Konversionsreaktion Verwandelte rückverwandelbar sei.

Die klinische Erfahrung zeigt, daß es nicht so ist. Es gibt Krankheiten, bei denen der psychologische Faktor auslösend wirkt, aber wenn die Krankheit einmal ausgelöst ist, ist sie nicht reversibel. Die Provokation einer Krankheit durch einen psychischen Schock ist seit langem bekannt. Hier möchte ich mich auf eine andere, spezifischere Weise der Auslösung beziehen. Als Beispiel der Fall einer Frau, die einer Kriegsgerichtsverhandlung gegen ihren Mann beiwohnt. In dem Augenblick, als das Todesurteil gegen ihn ausgesprochen wird, wendet sie mit einer Geste des Schreckens den Kopf, sich vom Tribunal und dem Angeklagten abkehrend, wie um sie nicht mehr zu sehen. Seitdem besteht ein Tick, über dessen psychogenen Ursprung scheinbar kein Zweifel möglich war. Die Zweifel entstanden, als der

Tick einige Monate später sich in einen Torsionsspasmus verwandelte. In derartigen Fällen *stehen die auslösende Gemütsbewegung und das Symptom in einer symbolischen Beziehung, und doch folgt die einmal ausgelöste Störung ihrem Lauf, unabhängig von dem psychischen Trauma, das sie auslöste.*

In einem anderen Falle handelte es sich um die vierzigjährige Frau eines Angestellten, der im normalen Verlauf seines Berufes von B. nach M. versetzt wurde. Die Versetzung war nicht nach dem Geschmack der Frau. Sie war in B. geboren, ihr Vater lebte dort usw. In dem Moment, als sie die Griffstange faßte, um in den Zug einzusteigen, bemerkte sie ein Ameisenlaufen in der Hand. Während der nächtlichen Reise dehnte sich dieses Kribbeln auf den ganzen Arm aus, den sie zudem nur schwer bewegen konnte. Am darauffolgenden Tage machte sich eine leichte Gangstörung bemerkbar. Fünf Tage später war das Krankheitsbild einer akuten multiplen Sklerose komplett. Die Kranke starb nach zehn Tagen an Atemlähmung.

Fälle wie dieser beweisen, daß *eine Krankheit trotz ihrer symbolischen Beziehung sich als rein organische entwickeln kann.* Dies kommt auch, und mit größerer Häufigkeit, bei psychosomatischen Störungen vor, zum Beispiel bei Asthmaanfällen, Colitis mucomembranosa usw. Sie beginnen mit bestimmten psychischen Symptomen, aber die Abklärung aller bewußten und unbewußten Traumata dieser Situation genügt nicht, um die Störung rückgängig zu machen, sondern diese besteht fort und hat sich verselbständigt. Diesen besonderen Typ der psychischen Tätigkeit möchte ich *Katagenese* anstatt Psychogenese nennen.

### 5. Das Leib-Seele-Problem und die Spezifität der Störungen

Zusammenfassend kann man die psychosomatische Dynamik von verschiedenen Gesichtspunkten aus darstellen. Im Grunde stößt man immer auf das philosophische Problem der Beziehung Körper—Seele, das wie jedes metaphysische Problem der Forschung immer ungelöst und gegenwärtig sein wird. Hat die psychosomatische Medizin irgendwie dazu beigetragen, dieses Problem zu lösen? In der Tat, aber nur in konkreten Punkten. Diese konkreten Fortschritte haben sich auf zwei Gebieten entwickelt: auf dem neurophysiologischen und auf dem klinischen. Auf dem einen wie dem anderen besitzen wir Kenntnisse, die man vor fünfzig oder hundert Jahren nicht hatte. Sind es substantielle Kenntnisse? Bedeutet es einen Fortschritt, daß wir heute vom Reticulärsystem oder dem Temporallappen sprechen, wo DESCARTES von der Glandula pinealis sprach? Die Antwort auf diese Frage hängt vom Standpunkt ab, den der Forscher einnimmt.

Wie wir später sehen werden, wurzelt das Hauptproblem in der Art, wie das „Ich“ und der Körper sich finden. Der Körper ist ein Instrument des „Ich“. Der Fortschritt des Wissens besteht darin, die Arten und Grenzen der *Verfügbarkeit über den Körper* zu kennen, die das „Ich“ hat. Dies ist das wirkliche psychosomatische Hauptproblem, wie kürzlich HAEBERLIN bestätigte. *Der menschliche Körper hat einen intentionalen Charakter.* Die Intentionalität, die man dem psychischen Leben zuschreibt, ist wirklich die Intentionalität allen Seins, das heißt, der Einheit Mensch. Aber diese Intentionalität entfaltet sich in einer großen Skala von Möglichkeiten. Ihre Dynamik ist beim Gesunden und beim Kranken nicht gleich. Die psychosomatische Störung tritt an der Grenze der Intentionalität auf, und daher kommt es, daß das Physiologische sich in Psychologisches verwandeln kann, aber in dieser Verwandlung zeigt sich schon ihr krankhafter Charakter. Es gibt physiologische Schichten, die niemals psychologisch sind, es sei denn, sie erkranken. Die psychosomatische Forschung setzt einen Fortschritt über die Pathologie hinaus voraus, derart, daß der Körper in der intentionalen Sphäre des Ichs anwesend ist. Es ist eine Zone des Zusammentreffens zweier verschiedener Welten. Wenn man das Problem der psychosomatischen Beziehungen in der gleichen Art aufstellt, wie eine „res cogitans“ mit einer „res extensa“ in Verbin-

dung zu bringen, wie es DESCARTES tat, so heißt das, auf eine andere, nicht metaphysische Lösung zu verzichten. Die psychosomatische Pathologie muß im Gegenteil von der *Verfügbarkeit des Körpers* in Beziehung zu der *Intentionalität des Ichs* ausgehen.

Wenn wir die früher erwähnten Dynamismen durchgehen und der klinischen Erfahrung gegenüberstellen, ergibt sich der Eindruck, daß *jeder dieser Dynamismen in einem konkreten Fall auftreten kann*. Einige Male stehen wir scheinbar vor einer Konversionsreaktion oder einer Organminderwertigkeit oder vor einer gemeinsamen Endstrecke oder einer Vertretung oder Ergänzung, je nachdem, ob man sich der Ansicht von KUBIE oder von v. WEIZSÄCKER anschließt. Aber oft stößt die Verbindung eines bestimmten Organs mit einem bestimmten Konflikt auf eine klinisch evidente Tatsache: die *Transportabilität*, um es so auszudrücken, vieler psychosomatischer Störungen. Ein Kranker leidet zu einem Zeitpunkt seines Lebens an Asthmaanfällen, zu einem anderen an Schwindel oder einer Depression. Wenn man die Krankengeschichte im ersten Abschnitt abbricht, denkt man an das Asthma als psychosomatische Krankheit, aber nicht, wenn man versucht, das Leben des Kranken zu verfolgen und seine krankhaften psychosomatischen Manifestationen im Zusammenhang zu interpretieren, so verschieden sie auch sein mögen. Andererseits, wie man in vielen Arbeiten sieht, verwandeln sich die aktuellen Konflikte in ihrer Interpretation in solche der evolutiven Wurzel der Persönlichkeit, bis sie an eine primäre Abweichung in der psychophysiologischen Entwicklung durch Störung der Mutter-Kind-Beziehung kommen, oder noch früher, während der fetalen Entwicklung, wie GREENACRE ausführt.

Diese Vertiefung in die historisch-individuelle Deutung einerseits und andererseits die Variabilität der klinischen Erscheinungen sprechen dafür, daß alle psychosomatischen Störungen einen gemeinsamen Untergrund haben, eine Störung in der *Primärstruktur des Seins*, die sich später in deutlichen klinischen Manifestationen kristallisiert. Es gibt auch die Möglichkeit *vitaler Strukturen oder Formen, die unter den eigentlichen funktionellen Strukturen der Organe und Systeme liegen*. Zum Beispiel können wir bei einer Asthmatikerin ihr Luftzurückhalten symbolisch deuten. Die Symbolik kann auf psychoanalytische Gehalte oder existentielle Erfahrungen hindeuten. Die erwähnte Asthmatikerin hatte bei der ersten Geburt in ihrer zweiten Ehe einen Uterushalsspasmus, der einen Kaiserschnitt erforderte. In diesem Spasmus manifestierte sich ein retentives Prinzip analog dem, das sich bei den Asthmaanfällen in den Bronchien manifestierte. Die psychosomatische Forschung muß in Zukunft mehr nach diesen *Formen oder Schemata* suchen, die mehreren Funktionen gemeinsam sein können, vielleicht eine einzige Art bezeichnend, in der der ganze Organismus zerbrechen oder sich spalten kann. *Diese Spaltung in der Primärstruktur des Menschen wird sich im Laufe des Lebens mehr oder weniger offenbaren. Die Enthüllung hängt auch davon ab, ob der Konflikt mehr oder weniger tief und auch mehr oder weniger adäquat ist.*

## 6. Schlußwort

Die psychosomatische Medizin eröffnete eine neue Perspektive im Studium medizinischer Probleme. Die Sozialisierung und Technisierung des modernen Lebens verlangt als Gegengewicht eine Psychologisierung, wenn die Medizin nicht dehumanisiert werden soll. Die psychosomatische Medizin ist eine Erweiterung der Neurosenpathologie. So ist sie entstanden und so soll sie bleiben. Ihre Berührungen mit der Psychiatrie sind überaus groß. Der Versuch, die psychosomatischen Störungen von den neurotischen zu trennen, hat zu keiner wesentlichen Unterscheidung führen können.

Aus der psychosomatischen Medizin sollte eine neue anthropologische Medizin entstehen; aber das ist mehr Ideal als Wirklichkeit. Die Erforschung der psychosomatischen Phänomene darf nicht auf das Kausalitätsprinzip verzichten, wie die ständigen Fortschritte der Neurophysiologie psychosomatischer Phänomene klar beweisen. Aber nach dieser Feststellung sind es die Probleme der psychosomatischen Medizin, die uns am meisten der wirklichen Struktur des Menschen nahebringen. Der Mensch ist ein offenes Wesen, und diese Offenheit zeigt sich in seinen Krankheiten. Wenn man beispielsweise die Arbeiten über die Pathologie des Herzens in verschiedenen Ländern vergleicht, sind die Analogien zahlreicher als die Differenzen. Dagegen wird die psychosomatische Medizin entscheidend durch die Kulturkreise, in denen wir leben, beeinflußt. Wie SARRÓ sagt, kann die medizinische Anthropologie nicht isoliert von den Problemen der kulturellen Anthropologie bearbeitet werden. Vielleicht trifft dies nicht ganz in dem Maße zu, wie JORES annimmt, für den die Störung in der Neurose und den psychosomatischen Krankheiten immer von der Umwelt herrührt. „Krankheit ist das Prinzip der Natur, das Einzelwesen zu zerstören. Dieser selbstzerstörerische Akt wird vorzugsweise — aber nicht ausschließlich (Infektionskrankheiten) — dann vollzogen, wenn das Leben entweder aus äußeren (Gefangenschaft) oder inneren Gründen (spezifisch menschliche Krankheit) keine Möglichkeit zur Selbstentfaltung mehr hat oder diese an dem natürlichen Ende des Lebens angelangt ist.“

Das große Problem der medizinischen Anthropologie ist das des *Sinnes der Krankheit*; genau genommen ist es die Frage, die einen großen Teil des psychosomatischen Denkens, sowohl des psychoanalytischen als auch des anthropologischen, *gefängelnimmt*. Der Irrtum besteht darin, einen *intra-vitalen*, biographischen Sinn der Krankheit finden zu wollen. Wenn der Mensch eine offene Struktur ist, wenn das menschliche Leben „mehr als Leben“ (SIMMEL) ist, so wird es schwierig, den Sinn der Krankheiten in biographischen Begebenheiten zu finden. Dies ist gegen das Prinzip der Offenheit der menschlichen Existenz. Im Grunde ist das Problem des Sinnes ein *metaphysisches*.

Die psychosomatische Medizin fördert unsere Kenntnisse von den Beziehungen des Körper-Seele-Problems. Der Fortschritt bringt die Lösung noch nicht mit sich. Auch hier stehen wir vor einem metaphysischen Problem im Sinne von NICOLAI HARTMANN. Eine optimale Kenntnis dieses Problems erfordert eine Vertiefung in die Erforschung jenes Bereichs, in dem der Übergang vom Psychischen zum Somatischen erfolgt, der „vitalen Schicht“ der Person. Die psychosomatischen Krankheiten entwickeln sich von der Störung der Stimmung aus. Die Neurosen und die psychosomatischen Krankheiten stehen den Krankheiten nahe, die von der Psychiatrie unter dem klassischen Namen „Gemütskrankheiten“ beschrieben wurden.

### Literatur<sup>1</sup>

ABRAHAM, K.: Selected papers on psychoanalysis. Chapt. 24, 26. London: Hogarth Press 1927. — ADEY, W. R., S. SUNDERLAND and C. W. DUNLOP: The entorhinal area: electrophysiological studies of its interrelations with rhinencephalic structures and the brain stem. E. E. G. Clin. Neurophysiol. **9**, 309—324 (1957). — ADLER, A.: Menschenkenntnis. Leipzig: Hirzel 1927. — ADLER, A.: The practice and theory of individual psychology. Harcourt, Brace, New York, 1924. Translation from original of 1912. — ADLER, A.: Studien über Minderwertigkeit von Organen. München J. F. Bergmann 1927. — ALEXANDER, F.: The logic of emotions and its dynamic background. Int. J. Psycho-Anal. **16**, 399 (1935). — ALEXANDER, F.: Treatment of a case of peptic ulcer and personality disorders. Psychosom. Med. **9**, 320 (1947). — ALEXANDER, F.: Psychosomatic medicine. Its principles and applications. (Including a chapter in “The functions of the sexual apparatus and their disturbances” by THERESE BENEDIKT). New York: Norton 1950. — ALEXANDER, F.: Specificity of psychodynamics in vegetative disease. A discussion of methods. Bull. Amer. Psychoanalyt. Ass. **7**, 241 (1951). — ALEXANDER, F., and

<sup>1</sup> Nachtrag s. S. 995f.

T. M. FRENCH: Psychoanalytic therapy. New York: Ronald Press Co. 1946. — ALEXANDER, F., and T. M. FRENCH: Studies in psychosomatic medicine. New York: Ronald Press Co. 1948. — ALEXANDER, F., and H. ROSS (ed.): Dynamic psychiatry. Chicago: Univ. Chicago Press 1952. — ALKAN, L.: Anatomische Organkrankheiten aus seelischer Ursache. Hippokrates Verlag Stuttgart 1932. — ALLBUTT, T. C.: The Gulstonian lectures on neuroses of the viscera. Brit. med. J. 1, 495—99, 543—47, 594—99 (1884). — ALVAREZ, W. C.: The neuroses. Philadelphia: Saunders 1951.

BAEYER, W. VON: Zur Statistik und Form der abnormen Erlebnisreaktion in der Gegenwart. Nervenarzt 19, 402—408 (1948). — BARD, P.: A diencephalic mechanism for the expression of rage with special reference to the sympathetic nervous system. Amer. J. Physiol. 84, 490 (1928). — BARTON HALL, ST.: Psychological aspects of clinical medicine. London: H. K. Lewis 1949. — BEACH, F. A.: Psychosomatic phenomena in animals. Psychosom. Med. 14, 261 (1952). — BEAUMONT, W.: Experiments and observations on the gastric juice and the physiology of digestion. Plattsburgh: F. P. Allen 1833. — BENEDEK, J.: Insight and personality adjustment. New York: Harper & Br. 1937. — BENEDEK, T.: The psychosomatic implications of the primary unit: mother-child. Amer. J. Orthopsychiat. 19, 642 (1949). — BENEDEK, T.: Personality development. Chapter IV in Dynamic Psychiatry, edited by ALEXANDER and ROSS. University of Chicago Press 1952(a). — BENEDEK, T.: On the organization of psychic energy: instinct, drives and affects. Chapter V in GRINKER, Mid-Century Psychiatry. Springfield: Thomas 1953. — BERG, GUNNAR: Charakteristische Wesenszüge magerkranker Soldaten. Leipzig: Georg Thieme 1942. — BERGMANN, G. v.: Funktionelle Pathologie. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1932. (Hay traducción española en la Editorial Labor.) — BERGMANN, G. v.: Psychosomatische Medizin. Verh. dtsch. Ges. inn. Med. 55, 41 (1949). — BILZ, R.: Psychogene Angina. Epikritische Betrachtungen über eine Mandelentzündung und ihre Psychopathologie. I. Beih. Zbl. Psychother. 9, S. 49f. Leipzig 1936. — BILZ, R.: Pars pro toto. Ein Beitrag zur Pathologie menschlicher Affekte und Organfunktionen. Leipzig: G. Thieme 1940. — BILZ, R.: Die Stimmung als leib-seelisches Phänomen. Dargestellt am Beispiel der Magen-neurose. Dtsch. med. Wschr. 68, 25 (1942). — BING, R.: Lehrbuch der Nervenheilkunde. 5. Aufl. Berlin und Wien 1937. — BOLLNOW, O. F.: Das Wesen der Stimmungen. 2. Aufl. Frankfurt a/M.: Klostermann 1934. — BONNIER, PIERRE: L'anxiété. Paris: Alcan 1913. — BOSS, M.: Körperliches Kranksein als Folge seelischer Gleichgewichtsstörungen. Bern: Verlag Hans Huber 1940. — BOSS, M.: Einführung in die Psychosomatische Medizin. (Sammlung innere Medizin und ihre Grenzgebiete.) Bd. VI. Bern-Stuttgart 1954. — BOVET, TH.: Die Person, ihre Krankheiten und Wandlungen. Bern: Haupt 1946. — BREUER, J., u. S. FREUD: Studien über Hysterie. Leipzig, Wien: Deuticke 1922. — BRAUN, L.: Psychogene Störungen der Herztätigkeit in SCHWARZ: Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome. p. 178. Wien 1925. — BROWN, F.: A clinical psychologist's perspective on research in psychosomatic medicine. J. Amer. Soc. psychosom. Dent. Vol. 20, Nr. 3 (1958). — BROWNING, J. S., and J. H. HOUSEWORTH: Development of new symptoms following medical and surgical treatment for duodenal ulcer. Psychosom. Med. 15, 328 (1953). — BRUCH, HILDE: The importance of overweight. New York: W. W. Norton 1957. — BUYTENDIJK, F. J. J.: De la douleur. Paris: P. U. F. 1951.

CAMUS, J.: La régulation des fonctions psychiques, troubles mentaux par lésions extracorticales. Paris méd. 1922, 363. — CANNON, W. B.: Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. 2nd. ed. New York and London: Appleton 1929. — CANNON, W. B.: The wisdom of the body. New York: Norton 1932. — CANNON, W. B.: The role of emotion in disease. Ann. intern. Med. 9, 1453 (1936). — CARP, E., and B. STOKVIS: Problemen der psychosomatischen Geneeskunde. Ned. T. Geneesk. 97, 213 (1953). — CARUSO, I. A.: Psychoanalyse und Synthese der Existenz. Wien: Herder 1952. — *I conversaciones de la sociedad española de medicina psicosomática y psicoterapia*. Diciembre 1955. (Ponencias leídas en San Lorenzo de El Escorial). — CHAMBERS, W. W., and M. ROSENBAUM: Ulcerative colitis. Psychosom. Med. 15, 523 (1953). — CHRISTIAN, P.: Der Beitrag der modernen Psychophysik zur psychosomatischen Forschung. In: ERNST SPEER: Die Vorträge der 3. Lindauer Psychotherapie-Woche 1952. S. 33—41. Stuttgart 1953. — CRONBACH, L. J.: Assessment of individual differences. Ann. Rev. Psychol. 7, 173 (1956). — CUSHING, H.: Peptic ulcer and the interbrain. Surg. Gynec. Obstet. 1, 55 (1932).

DARWIN, C.: Thus speaks the body. Acta med. orient. (Tel-Aviv) 9, 199 (1950); 10, 67 (1951). — DELGADO, H.: Psicología y ecología. „Letras“ n° 21, Lima (Perú). — DEUTSCH, F.: Biologie und Psychologie der Krankheitsgenese. Int. Z. Psychoanal. 19, 130 (1933). — DEUTSCH, F.: Psychodynamische Überlegungen zu psychosomatischen Hauterkrankungen. Psyche (Stuttgart) 7, 700 (1954). — DEUTSCH, F.: The psychosomatic concept in psychoanalysis. New York 1953. — DRAPER, G.: Disease; psychosomatic reaction. J. Amer. med. Ass. 90, 1281—1285 (1928). — DÜHRSENN, A.: Psychopathie und Neurose. Psyche (Stuttgart) 2, 380 (1949). — DUNBAR, F.: Psychosomatic diagnosis. New York: Hoeber 1943. — DUNBAR, F.: Synopsis of psychosomatic diagnosis and treatment. St. Louis 1948. — DUNBAR, F.:

Emotions and bodily changes. A survey of literature on psychosomatic inter-relationships. 1910—1953, 2 ed. New York: Columbia University Press 1954.

ECONOMO, C. V.: Über den Schlaf. Vorträge in der Gesellschaft der Ärzte in Wien. Wien: Springer 1925. — ELLENBERGER, H.: Das menschliche Schicksal als wissenschaftliches Problem. *Psyche* (Stuttgart) 4, 576 (1951). — ENGEL, G.: Homeostasis, behavioral adjustment and the concept of health and disease. *Mid-Century Psychiatry*. Springfield: Ch. C. Thomas 1953. — ENGEL, G. L.: Studies of ulcerative colitis. I. Clinical data bearing on the nature of the somatic process. *Psychosom. Med.* 16, 496—501 (1954). — ENGEL, G. L., and F. REICHSMAN: Spontaneous and experimentally induced depression in an infant with gastric fistula. A contribution to the problem of depression. *J. Amer. psychoanal. Ass.* 4, 428—452 (1956). — ENGEL, G. L., F. REICHSMAN and H. L. SEGAL: A study of an infant with a gastric fistula: 1. Behavior and rate of total hydrochloric acid secretion. *Psychosom. Med.* 18, 374—398 (1956). — ENGLISH, O. S., and E. WEISS: *Psychosomatic medicine: clinical application of psychopathology to general medical problems*. Philadelphia and London: Saunders 1943. — EPPINGER, H., u. L. HESS: *Vagotonie*. Berlin: Hirschwald 1910. — EWALD, G.: *Temperament und Charakter*. Berlin: Springer 1924.

FENICHEL, O.: Nature and classification of so-called psychosomatic phenomena. *Yb. Psych. anal.* 2, 23 (1946). — FRANKL, V. E.: *Theorie und Therapie der Neurosen*. Einführung in Logotherapie und Existenzanalyse. Wien-Innsbruck: Urban & Schwarzenberg 1956. — FRENCH, T.: Physiology of behavior and choice of neurosis. *Psychoanal. Quart.* 10, 561 (1941). — FRENCH, T. M., and F. ALEXANDER: Psychogenetic factors in bronchial asthma. *Psychosom. Med., Monogr. Ser. 1, No. 4 Part I*, (1941). — FREUD, S.: *Gesammelte Werke*. London: Imago 1947. — FULTON, J. F.: *Physiology of the nervous system*. New York, Oxford: 1943.

GARMA, A.: Eine Theorie über die Entstehung von Magen- und Darmgeschwüren. *Psyche* (Stuttgart) 5, 293 (1952/53). — GARMA, A.: *Peptic ulcer and psychoanalysis*. Baltimore: Williams & Wilkins 1958. — GASTAUT, H.: Corrélations entre le système nerveux végétatif et le système de la vie de relation dans le rhinencéphale. *J. Physiol. Path. gén.* 44, 431 (1952). — GEBSATTEL, V. E. FRH. V.: *Prolegomena einer mediz. Anthropologie*. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1954. — GEHLEN, A.: *Der Mensch, seine Natur und seine Stellung in der Welt*. Bonn: Athenäum 1950. — GELLHORN, E.: *Physiological foundations of neurology and psychiatry*. Minneapolis, Univ. Minnesota Press, 1953. — GELLHORN, E.: *Autonomic imbalance and the hypothalamus. Implications for physiology, medicine, psychology and neuropsychiatry*. Minneapolis: Univ. of Minnesota Press. London, Oxford: Univ. Press 1957. — GLEES, P.: *Morphologie und Physiologie des Nervensystems*. Stuttgart: Georg Thieme 1957. — GLOOR, P.: Electroenceph. clin. Neurophysiol. 7, 223 (1955). — GOLDSTEIN, K.: *Der Aufbau des Organismus*. Haag: Nijhoff 1934. — GRACE, W. J., S. WOLF and H. G. WOLFF: The human colon. New York: Hoeber 1951. — GREEN and ADEY: Electroenceph. clin. Neurophysiol. 8, 245 (1956). — GREENACRE, P.: *Trauma, growth and personality*. New York: W. W. Norton 1952. — GREENE, W. A., JR.: Early object relations, somatic, affective and personal. *J. nerv. ment. Dis.* 126, 225 (1958). — GRINKER, R. R.: *Psychosom. Research*. New York: W. W. Norton 1953. — GRINKER, R. R.: *Mid-century psychiatry*. Springfield: Thomas 1953. — GRINKER, R. R.: Some current trends and hypotheses of psychosomatic research. Chapter in "The psychosomatic concept in psychoanalysis". New York: International Universities Press, Inc. 1953. — GRINKER, R. R., and F. P. ROBBINS: *Psychosomatic case book*. New York: Blakiston 1954. — GRINKER, R. R., and J. P. SPIEGEL: *Men under stress*. Philadelphia: Blakiston 1945. — GRODDECK, G.: *Die psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organischer Leiden*. Berlin: Hirzel 1917. — GRODDECK, G.: *Psychosomatische Forschung als Erforschung des Es.-Psyche* (Stuttgart) 4, 481 (1951).

HALLIDAY, J. L.: Concept of psychosomatic affection. *Lancet* 1943 II, 692. — HALLIDAY, J. L.: *Epidemiology and psychosomatic affection*. *Lancet* 1946 II, 185. — HALLIDAY, J. L.: *Psychosocial medicine, a study of the sick society*. London 1948, s. S. 45ff. New York 1948. — HAMILTON, M.: *Psychosomatics*. London 1955. — HARTMANN, N.: *Der Aufbau der realen Welt. Grundriß der allgemeinen Kategorielehre*, 2. Aufl. Meisenheim 1949. — HEIDEGGER, M.: *Sein und Zeit. Erste Hälfte*. 5. Aufl. Halle a. d. S. 1941. — HEINROTH, J. C.: *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung*. Part. 2, para. 313, p. 49. 2. vols. Leipzig: F. C. W. Vogel 1818. — HELLPACH, W.: *Klinische Psychologie*. Stuttgart: Thieme 1949. — HERRICK, C. J.: The function of the olfactory parts of the cerebral cortex. *Proc. nat. Acad. Sci. (Wash.)* 19, 7—14 (1933). — HERRICK, C. J.: *GEORGE E. COGHILL, naturalist and philosopher*. University of Chicago Press 1949. — HESS, L., u. H. EPPINGER: *Vagotonie*. Berlin, Hirschwald 1910. — HESS, W. R.: *Die funktionelle Organisation des vegetativen Nervensystems*. Basel: Benno Schwabe 1948. — HESS, W. R.: *Symposium über das Zwischenhirn*. *Helv. physiol. pharmacol. Acta Suppl.* 6 (1950). — HESS, W. R.: *The functional organization of the diencephalon*, p. 180. New York: Grune & Stratton 1957. — HETZEL, B. S., W. R. SCHOTTSTAEDT, W. J. GRACE and H. G. WOLFF: Changes in urinary nitrogen and electrolyte excretion during stressful life experiences, and their relation to thyroid

function. *J. psychosom. Res.* **1**, 177—185 (1956). — HEYER, G. R.: *Der Organismus der Seele*. München: Lehmann 1932. — HOCHREIN, M., u. I. SCHLEICHER: *Leistungssteigerung*. Leipzig: Thieme 1940. — HØJER-PEDERSEN, W.: On the significance of psychic factors in the development of peptic ulcer. *Acta psychiat. (Kbh.) Suppl.* **119**, Vol. 33 (1958). — HOLLMANN, W., u. E. HANTEL: *Klinische Psychologie und soziale Therapie*. Stuttgart: Thieme 1949. — HOLMES, TH., H. GOODELL, S. WOLF and H. G. WOLFF: *The nose*. Springfield: Thomas 1950. — HORST, L. VAN DER: *Anthropologische Psychiatrie*, 2 vol. Amsterdam: Holkema & Warendorf 1946. — HUEBSCHMANN, H.: *Psyche und Tuberkulose*. *Dtsch. med. Wschr.* **76**, 605 (1951).

JAHREISS, W.: Die sogenannten Organneurosen. *Handbuch der Neurologie* **17**, 477 (1935). — JASPERS, K.: *Allgemeine Psychopathologie*. 4. Aufl. Berlin-Heidelberg: Springer 1946. — JORES, A.: *Vom Sinn der Krankheit*. Hamburg: Cloos 1951. — JORES, A.: *Der Mensch und seine Krankheit*. Stuttgart: Ernst Klett Verlag 1956. — JUNG, C. G.: *Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewußten*. Zürich: Rascher 1945.

KAUDERS, O.: *Vegetatives Nervensystem und Seele*. Wien: Urban & Schwarzenberg 1947. — KLAESI, J.: *Über Neurosenlehre und Psychotherapie*. *Handbuch der inneren Medizin*. Begr. v. L. MOHRU, R. STAHELIN, 4. Aufl. Hrsg. v. G. v. BERGMANN, W. FREY, H. SCHWIECK. 5. Bd. 3. Teil, S. 1260. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1953. — KLAGES, L.: *Der Geist als Widersacher der Seele*. Bonn: Munich 1954. — KLÜVER, H.: Functional differences between the occipital and temporal lobes, with special reference to the interrelation of behavior and extracerebral mechanism. In *Cerebral Mechanisms in Behavior*. New York: John Wiley & Sons 1951. — KLÜVER, H., and P. L. BUCY: Preliminary analysis of functions on the temporal lobes in monkeys. *Arch. Neurol. Psychiat. (Chicago)* **42**, 979 (1939). — KOLLE, K.: *Der Psychiater und die psychosomatische Problematik*. *Verh. dtsch. Ges. inn. Med. (Wiesbaden)* **5**, 377 (1949). — KOLLE, K.: *Zur Kritik der sogenannten Psychosomatik*. *Mtschr. Psychiat. Neurol.* **126**, 341 (1953). — KORTLAND, A.: *Wechselwirkung zwischen Instinkten*. *Arch. néerl. Zool.* **4**, 442 (1940). — KRANZ, H.: *Über neuzeitlich-epochale Bedingtheiten des psychisch Abnormen*. *Psychiatrie und Gesellschaft Huber*. Bern und Stuttgart 1958. — KREHL, L. VON: *Krankheitsform und Persönlichkeit*. 2. Aufl. Leipzig: Thieme 1929. — KRETSCHMER, E.: *Psychotherapeutische Studien*. Stuttgart: Thieme 1949. — KROGER, W. S., and S. CH. FREED: *Psychosomatic gynecology. Including problems of obstetrical care*. Philadelphia and London: W. B. Saunders 1951. — KUBIE, L. S.: The basis of a classification of disorders from psychosomatic standpoint. *Bull. N. Y. Acad. Med.* **20**, 46 (1944). — KUBIE, L. S.: Review and discussion of the paper by S. G. MARGOLIN. *The behavior of the stomach during psychoanalysis*. *Psychoanal. Quart.* **20**, 369 (1951). — KUBIE, L. S.: The problem of specificity in the psychosomatic process. Chapter in "The psychosomatic concept in psychoanalysis". New York: International Universities Press Inc. 1953. — KUHN, R.: *Zur Daseinsanalyse der anorexia mentalis*. *Nervenarzt* **22**, 11 (1951). — KUNTZ, A.: *Visceral innervation and its relations to personality*. Springfield: Thomas 1951. — KÜTEMAYER, W.: *Körpergeschehen und Psychose*. *Beitr. aus der allgemeinen Medizin*. Hrsg. v. V. v. WEIZSÄCKER. Stuttgart 1953.

LACEY, J. I., R. L. SMITH and A. GREEN: Use of conditioned autonomic responses in the study of anxiety. *Psychosom. Med.* **17**, 208—217 (1955). — LAIN ENTRALGO, P.: *Introducción histórica al estudio de la patología psicósomática*. Madrid 1950. *Ref. Zbl. ges. Neurol. Psychiat.* **118**, 125 (1952). — LAIN ENTRALGO, P.: *Heilkunde in geistlicher Entscheidung. Einführung in die psychosomatische Pathologie*. Salzburg: Otto Müller Verlag 1956. — LEIBBRAND, W.: *Gesundheit und Krankheit im abendländischen medizinischen Denken*. *Studium Generale* **6**, 32 (1953). — LÓPEZ IBOR, J. J.: *Neurosis de guerra*. Barcelona-Madrid: Editorial Científico-Médica 1942. — LÓPEZ IBOR, J. J.: *Los problemas de las enfermedades mentales*. Barcelona: Edit. Labor 1949. — LÓPEZ IBOR, J. J.: *La Angustia vital. Patología general psicósomática*. Madrid: Ed. Paz Montalvo 1950. — LÓPEZ IBOR, J. J.: *Problems by asthma as a psychosomatic illness*. *J. Psychosom. Res.* **1**, 115—119 (1956).

MACLEAN, P. D.: *Psychosomatic disease and the "visceral" brain*. Recent developments bearing on the Papez theory of emotion. *Psychosom. Med.* **11**, 338 (1949). — MAC LEAN, P. D.: *Studies on limbic system ("visceral brain") and their bearing on psychosomatic problems*. Recent developments in psychosomatic medicine. Ed. by WITTKOWER and CLEGHORN. London, Pitman 1954. — MARCEL, G.: *Être et avoir*. Paris 1955. — MARGETTS, E. L.: *Historical notes on psychosomatic medicine*. In "Recent developments in psychosomatic medicine", by WITTKOWER and CLEGHORN. Philadelphia-Montreal. London: Lippincott 1954. — MARGOLIN, S. G.: *The behavior of the stomach during psychoanalysis*. A contribution to a method of verifying psychoanalytic data. *Psychoanalyt. Quart.* **20**, 349 (1951). — MARGOLIN, S. G.: *Genetic and dynamic psychophysiological determinants of pathophysiological processes*. Chapter in "The psychosomatic concept in psychoanalysis". New York: International Universities Press Inc. 1953. — MARGOLIN, S. G., D. ORRINGER, M. R. KAUFMAN, A. WINKELSTEIN, F. HOLLANDER, H. JANOWITZ, A. STEIN and M. H. LEVY: *Variations of gastric functions during conscious and unconscious conflict states*. *Ass. Res. nerv. Dis. Proc.* **29**, 656 (1950). — MARTINI, F.: *Psychosomatische Medizin*. *Verh. dtsch. Ges. inn. Med.*

(Wiesbaden) 55, 51 (1949). — MARTINI, F.: Über die Ordnungen der Medizin. *Studium Generale*. 6, 167 (1953). — MATUSSEK, P.: *Metaphysische Probleme der Medizin*. 2. erw. Aufl. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1950. — MEINERTZ, J.: *Psychosomatische Medizin*. *Verh. dtsh. Ges. inn. Med.* 55, 58 (1949). — MENG, H.: *Das Problem der Organpsychose*. Vortr. 13 Int. Psychoanal. Kongr. Luzern, 1934, S. auch *Int. Z. Psychoanal.* 20, 443 (1934). — MERLEAU-PONTY, M.: *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard 1945. — MERLEAU-PONTY, M.: *La structure du comportement*. Paris: p. U. F. 1949. — MICHEL, E.: *Zur anthropologischen Deutung der Hysterie*. Ein Beitrag zur Neurosenlehre. *Studium Generale*. 6, 292 (1950). — MIRSKY, A.: *Secretion of antidiuretic hormone in response to noxious stimuli*. *Arch. Neurol. Psychiat.* (Chicago) 73, 135—137 (1955). — MIRSKY, A.: *Psychoanalysis and human behavior*. *Experimental approaches, inc. Evolution of nervous control from primitive organism to man*. A. A. A. S. Symposium. Vol. 52. Ed. ALLAN D. BASS 1959. — MIRSKY, A., H. E. ROSVOLD and K. H. PRIBRAM: *Effects of cingulectomy on social behavior in monkeys*. *J. Neurophysiol.* 20, 588—601 (1957). — MITSCHERLICH, A.: *Freiheit und Unfreiheit in der Krankheit*. Hamburg: Claasen & Goverts 1948. — MÜLLER-ECKARDT, H.: *Die Krankheit, nicht krank sein zu können*. *Psyche* (Stuttgart) 5, 290 (1951). — MURRAY, J. B.: *Some common psychosomatic manifestations*. Geoffrey Cumberledge. London, New York, Toronto: Oxford Univ. Press 1949.

O'NEILL, D., u. a.: *Modern trends in psychosomatic medicine*. New York 1956.

PAGET, S. J.: *Clinical lectures and essays*. London 1879. — PAPEZ, J. W.: *A proposed mechanism of emotion*. *Arch. Neurol. Psychiat.* (Chicago) 38, 725 (1937). — PAVLOV, I. P.: *Conditioned reflexes*. London: Oxford 1927. — PENFIELD, W., and T. RASMUSSEN: *The cerebral cortex of man*. p. 248. New York: The Macmillan Co. 1950. — PFLANZ, M.: *Der gegenwärtige Stand der Psychosomatik in Deutschland*. *Acta psychother.* (Basel) 3, 164 (1955). — PFLANZ, M., u. T. v. UEXKÜLL: *Psychol. Rdsch.* 5, 105—115 (1954). — PFLANZ, M., and T. v. UEXKÜLL: *Guide to psychosomatic literature in Germany since 1945*. *J. Psychosom. Res.* 3, 56—71 (1958). — PIERLOOT, R.: *Problèmes généraux de psychosomatique clinique*. E. Nauwelaerts. Paris: Louvain 1956. — PLÜGGE, H. VON: *Zur Phänomenologie des Leib-Erlebens besonders bei inneren Krankheiten*. *Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie*. 5. Jg., Heft 1—2, 1957. — POTTENGER, F. M.: *Symptoms of visceral disease. A study of the vegetative nervous system in its relationship to clinical medicine*. St. Louis: Mosby 1944. — PRICK, J. J. G.: *Le psychosomatisme comme base de la médecine psychosomatique*. Contribution en même temps à l'étude des névroses et à la question du domaine d'indication pour la psychothérapie. *Folia psychiat. neerl.* 53, 41—66 (1950). — PRICK, J. J. G.: *Psychosomatic medicine, its possibilities and limitation in: Psychosomatics*, edited by J. BOOIJ. Amsterdam, London, New York, Princeton: Elsevier 1957.

REICHARDT, M.: *Hirnstamm und Seelisches*. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete. S. 81. Leipzig: Georg Thieme Verlag 1944. — RING, F. O.: *Testing the validity of personality profiles in psychosomatic illness*. *Amer. J. Psychiat.* 113, 1075—1080 (1957). — RIOCH, D. McK., and C. BRENNER: *Experiments on the corpus striatum and rhinencephalon*. *J. comp. Neurol.* 68, 491 (1938). — ROBBINS, F. P., and R. GRINKER: *Psychosomatic case-book*. New York: Blakiston 1954. — ROEMER, H.: *Gynäkologische Organneurosen*. Einführungsvorlesung in die Psychosomatik. Stuttgart: Georg Thieme 1953. — ROF, J.: *Patología psicósomática*. Madrid: Editorial Paz Montalvo 1953. — ROSSIER, P. H.: *Psychosomatische Medizin*. *Verh. dtsh. Ges. inn. Med.* 55, 49 (1949). — RUESCH, J.: *The infantile personality. The core problem of psychosomatic medicine*. *Psychosom. Med.* 10, 134 (1948). — RUESCH, J., and G. BATESON: *Communication, the social matrix of psychiatry*. New York: W. W. Norton & Co. 1951. — RUFFLER, G.: *Zur Bedeutung der Anamnese für die psychosomatische Fragestellung*. Dargestellt an einer Anfalls-Kranken. *Psyche* (Stuttgart) 11, 7. H., 416 (1957). — RÜMKE, H. E.: *Über die Notwendigkeit einer Revision der Neurosenlehre*. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.* 59, 327 (1947). — RUPP, C., et al.: *Homeostatic studies in patients with so-called psychosomatic disease*. *Peptic ulcer*. *J. nerv. ment. Dis.* 114, 384 (1951).

SARRÓ, R.: *Die Psychotherapie in Spanien*. *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*. München-Berlin: Urban & Schwarzenberg 1959. — SAUL, L. J.: *The physiological effects of psychoanalytic therapy*. *Ass. Res. nerv. Dis. Proc.* 19, 305 (1939). — SCHNEIDER, K.: *Klinische Psychopathologie*. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme 1950. — SCHWARZ, O.: *Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome*. Wien: Springer 1925. — SCHWIDDER, W.: *Die Bedeutung psychischer Faktoren in der Ätiologie der Ulkuskrankheit*. *Psyche* (Stuttgart) 4, 561 (1951). — SCHWÖBEL, G.: *Die Lehre vom allergiekranken Menschen*. Mit einem Geleitwort von LUDWIG BINSWANGER. 1585. Bern u. Stuttgart: Hans Huber 1956. — SEGUIN, C. A.: *Introduction à la médecine psychosomatique*. Paris: L'Arche 1950. — SELYE, H.: *The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation*. *J. clin. Endocr.* 6, 117 (1946). — SELYE, H.: *The story of the adaptation syndrome*. *Acta med. Publ.* Montreal 1952. — SELYE, H.: *The stress of life*. New York: McGraw Hill 1956. — SHERRINGTON, C. S.: *Integrative actions of the*

nervous system. London, Cambridge 1947. — SIEBECK, R.: Medizin in Bewegung. Stuttgart: Thieme 1953. — SIEBECK, S., H. SCHULTZ-HENCKE u. V. v. WEIZSÄCKER: Über seelische Krankheitsentstehungen. Leipzig: G. Thieme 1938. — SPITZ, R. A.: Anaclitic depression: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. The Psychoanalytic study of the child. **2**, 313 (1947). — SPITZ, R. A.: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Stuttgart: E. Klett 1957. — STERN, E.: Lebenskonflikte als Krankheitsursachen. Zürich: Rascher 1952. — STIERLIN, H.: Probleme der Ätiologie psychosomatischer Erkrankungen im Lichte moderner Erkenntnisse der vergleichenden Physiologie des Verhaltens. Psyche (Stuttgart) **8**, 605 (1955). — STOKVIS, B.: Die „Organpsychose“ (Meng) in ihrer Bedeutung für die psychosomatische Medizin. Psyche (Stuttgart) **6**, 228 (1952). — STOKVIS, B.: Results of psychotherapy of psychosomatic patients. In: J. BOOY et al.: Psychosomatics. A series of five lectures. S. 100—120. Amsterdam 1957. — STOKVIS, B.: Psychosomatik im Frankl-Gebattel-Schultz Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Bd. III, Berlin-München: Urban & Schwarzenberg 1959. — STRASSER, S.: Le problème de l'âme. Louvain, Publ. Univ. Louvain. Paris: Desclée de Brouwer 1953. — STRAUS, E.: Das Zeiterlebnis in der endogenen Depression. Mschr. Psychiat. Neurol. **68**, 640 (1928). — SZASZ, T. S.: Psychoanalysis and the autonomic nervous system. Psychoanal. Rev. **39**, 115 (1952). — SZASZ, T. S.: Pain and pleasure. New York: Basic Books 1957.

*The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis.* New York. Edited by FELIX DEUTSCH, M. D. International Universities Press, Inc. 1953. — THOMÄ, H.: Schwere zentrale Regulationsstörungen als Beispiel einer zweiphasischen Verdrängung. Psyche (Stuttgart) **10**, 579 (1953/54).

UEXKÜLL, T. v.: Probleme und Möglichkeiten einer Psycho-Somatik unter dem Gesichtspunkt einer funktionellen Biologie mit experimentellen Untersuchungen zur Ulcusfrage. Z. klin. Med. **145**, 117—185 (1949). — UEXKÜLL, T. v.: Untersuchungen über das Phänomen der „Stimmung“ mit einer Analyse der Nausea nach Apomorphingaben verschiedener Größe. Z. klin. Med. **149**, 132—210 (1952). — UEXKÜLL, T. v.: Über das Menschenbild in der heutigen Medizin. Studium Generale **6**, 471 (1953). — UEXKÜLL, T. v.: Möglichkeiten und Grenzen psychosomatischer Betrachtung. Nervenarzt **26**, 377 (1955).

VALLABREGA, J. P.: Les théories psychosomatiques. Paris: P. U. F. 1954.

WAELEHENS, A. DE: Phénoménologie du corps. Rev. Philosoph. de Louvain, 1950. Tomo 48, n° 19, 371—397. Agosto 1950. — WEISS, E., and O. S. ENGLISH: Psychosomatic medicine. The clinical application of psychopathology to general medical problems. Philadelphia-London: W. B. Saunders Co. 1943. — WEISS, E., and O. S. ENGLISH: Psychosomatic medicine. A clinical study of psychophysiologic reactions. Philadelphia-London: W. B. Saunders 1957. — WEITBRECHT, H. J.: Kritik der Psychosomatik. Stuttgart: Thieme 1955. — WEIZSÄCKER, FRH. V. v.: Der Gestaltkreis. Stuttgart: Thieme 1947. — WEIZSÄCKER, FRH. V. v.: Der Begriff der allgemeinen Medizin. Einführung in die Schriftenreihe „Beiträge aus der Allgemeinen Medizin“. Heft 1, Stuttgart: Ferdinand Enke 1947. — WEIZSÄCKER, FRH. V. v.: Der Widerstand bei der Behandlung von Organkranken mit Bemerkungen über Werke von JEAN PAUL SARTRE. Psyche (Stuttgart) **2**, 481 (1948—49). — WEIZSÄCKER, FRH. V. v.: Psychosomatische Medizin. Verh. dtsh. Ges. inn. Med. **55**, 13 (1949). — WEIZSÄCKER, FRH. V. v.: Der kranke Mensch. Stuttgart: Koehler 1951. — WEIZSÄCKER, FRH. V. v.: Fälle und Probleme. Stuttgart: Enke 1951. — WEIZSÄCKER, FRH. V. v.: Soziale Krankheit und soziale Gesundheit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1955. — WIESENHÜTTER, E.: Entwicklung, Reifung und Neurosen. Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. Freiherr von GEBSEL. Stuttgart: Ferdinand Enke 1958. — WILDER, J.: The law of initial value in neurology and psychiatry. J. nerv. ment. Dis. **125**, 73—86 (1957). — WITTKOWER, E.: Einfluß der Gemütsbewegungen auf den Körper. Wien-Leipzig: Senses 1937. — WITTKOWER, E., and R. A. CLEGHORN (ed.): Recent developments in psychosomatic medicine. London: Pitman 1954. — WOLFF, H. G.: Life stress and bodily disease. A formulation. Ass. Res. nerv. Dis. Proc. **29**, 1059 (1950). — WOLFF, H. G.: Stress, emotions and bodily disease. In the New York Acad. of Medicine. Med. and Science **94**—131, 1954. Ref. Psychol. Abstr. **29**, 1106 (1955). — WOLFF, H. G., S. G. WOLF and C. C. HARE: Life stress and bodily disease. Baltimore: Williams & Wilkins Co 1950. — WYSS, W. H. v.: Aufgaben und Grenzen der psychosomatischen Medizin. S. 28. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1955.

ZUTT, J.: Das psychiatrische Bild der Pubertätsmagersucht. Arch. Psychiat. Nervenkr. **180**, 776 (1948). — ZUTT, J.: Kongr.-Zbl. ges. inn. Med. 1949. — ZUTT, J.: Der Arzt und der Kranke, der Mediziner und der Fall. Studium Generale **6**, 443 (1953).

Druck: Brühlsche Universitätsdruckerei Gießen



# PSYCHIATRIE DER GEGENWART

## Forschung und Praxis

Herausgegeben von HANS W. GRUHLE †, RICHARD JUNG, WILHELM MAYER-GROSS †, MAX MÜLLER

### Band II: Klinische Psychiatrie

Mit 146 Abbildungen. VIII, 1229 Seiten (davon 14 Seiten in englischer und 35 Seiten in französischer Sprache) Gr.-8°. 1960. Ganzleinen DM 120,—

Subskriptionspreis bei Verpflichtung zur Abnahme des Gesamtwerkes (bis zum Erscheinen des letzten Bandes) Ganzleinen DM 96,—

*Endogene Psychosen:* Klinik der Schizophrenie. Von JAKOB WYRSCH. — Die Therapie der Schizophrenien. Von MAX MÜLLER. Unter Mitarbeit von CHRISTIAN MÜLLER. — Depressive und manische endogene Psychosen. Von HANS JÖRG WEITBRECHT. — Die Therapie der manisch-depressiven Erkrankungen. Von HANS-HERMANN MEYER. — Die atypischen Psychosen und KLEISTs Lehre von den endogenen Psychosen. Von KARL LEONHARD. — *Psychopathien, Neurosen, abnorme Reaktionen:* Die psychopathischen Dauerzustände und die abnormen seelischen Reaktionen und Entwicklungen. Von HANS BINDER. — Neurosenprobleme vom anglo-amerikanischen Gesichtspunkt. Von ERWIN STENGEL. — *Considérations pratiques sur le traitement des névroses.* Par PIERRE-B. SCHNEIDER. — *Psychiatrie der Suchten:* Einleitung. Von MAX MÜLLER. — Social implications of alcoholism. By SAKARI SARIOLA. — Klinik des Alkoholismus. Von RUDOLF WYSS. — Die Behandlung der akuten Alkoholvergiftung und der akuten und chronischen Formen des Alkoholismus. Von HUGO SOLMS. — Nichtalkoholische Süchte. Von JOHN EUGEN STAEHELIN. — *Organische Psychosen und Hirnerkrankungen:* Die symptomatischen Psychosen. Von KLAUS CONRAD. — Die psychischen Störungen bei Infektions- und Tropenkrankheiten. Anhang: Die Behandlung der Neuroles, insbesondere der Paralyse. Von WERNER SCHEID. — Die psychischen Störungen nach Hirntraumen: Akute traumatische Psychosen und psychische Spätfolgen nach Hirnverletzungen. Von CLEMENS FAUST. — Epilepsie: Klinik und Forschung. Von GERHARD SCHORSCH. — Die Behandlung der Epilepsien. Von RUDOLF DREYER. — Die Oligophrenien (Geistige Entwicklungsstörungen und Schwachsinnzustände). Von CLEMENS E. BENDA. — Anhang: Zur Erbpathologie und Psychiatrie der Oligophrenien. Von KLAUS POECK. — *Kinder- und Alterspsychiatrie:* Kinder- und Jugendpsychiatrie. Von HERMANN STUTTE. — Das Altern und die Psychiatrie des Seniums. Von HANNS RUFFIN. — Namen- und Sachverzeichnis.

### Band III: Soziale und angewandte Psychiatrie

Mit 79 Abbildungen, davon 2 farbig. VIII, 880 Seiten (davon 165 Seiten in englischer und 74 Seiten in französischer Sprache) Gr.-8°. 1961. Ganzleinen DM 98,—

Subskriptionspreis bei Verpflichtung zur Abnahme des Gesamtwerkes (bis zum Erscheinen des letzten Bandes) Ganzleinen DM 78,40

*Soziale und praktische Psychiatrie:* Neue Strömungen in der praktischen Psychiatrie. Von MAX MÜLLER. — Social psychiatry. By PAUL H. HOCH. — The mental hygiene movement and the problem of preventive mental health. By KENNETH SODDY. — Selbstmord und Selbstmordversuch. Von ERWIN STENGEL. — Psychiatrische Anstaltsorganisation (Arbeitstherapie, Milieugestaltung, Gruppentherapie). Von HANS MERGUET. — Psychiatric education and training. By AUBREY J. LEWIS. — Diagnostische Einteilungen und Diagnosenschemata in der Psychiatrie. Von J.-E. MEYER. — *Forensische Psychiatrie:* Forensische und administrative Psychiatrie. Von HELMUT EHRHARDT und WERNER VILLINGER. — Die sexuellen Perversionen und die psychiatrisch-forensische Bedeutung der Sittlichkeitsdelikte. Von JAKOB WYRSCH. — Forensic psychiatry in relation to legislation in different countries. An international review. By GÖSTA RYLANDER. — *Grenzgebiete der Psychiatrie:* Psychiatry and ethnology. By MARGARET MEAD. — Religion und Psychiatrie. Von HANS HEIMANN. — Art et psychiatrie. Par ROBERT VOLMAT. — *Psychiatrie der Kriegszeit:* Einleitung zur Kriegpsychiatrie. Von RICHARD JUNG. — Die abnormen Erlebnisreaktionen im Kriege bei Truppe und Zivilbevölkerung. Von J.-E. MEYER. — Anhang: Bemerkungen zur deutschen Kriegpsychiatrie während des 1. und 2. Weltkrieges. Von KURT KOLLE. Erfahrungen an 1400 Kriegsneurosen. Von G. ELSÄSSER. — Psychologie und Psychiatrie der Kriegsgefangenschaft. Von HANS H. KORNHUBER. — Psychologie und Psychiatrie des Konzentrationslagers. Von VIKTOR E. FRANKL. — Psychologie und Psychiatrie der Internierung und des Flüchtlingsdaseins. Von MARIA PFISTER-AMMENDE. — Akute cerebrale Hungerschäden in Kriegsgefangenschaft und ihre neurologischen und psychiatrischen Folgen. Von GÜNTHER WILKE. — Neuro-psychiatric disorders in prisoners-of-war. By E. K. CRUICKSHANK. — Namen- und Sachverzeichnis.

SPRINGER-VERLAG · BERLIN · GÖTTINGEN · HEIDELBERG