

Sonderdruck

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

SCHRIFTFÜHRUNG: K. BECKMANN-STUTTGART · H. KÖBCKE-TÜBINGEN · F. LANGE-GÖPPINGEN · GEORG THIEME VERLAG, STUTTGART O. DIEMERSHALDENSTRASSE 47

77. Jahrgang

Stuttgart, den 1. August 1952
Stuttgart, den 15. August 1952

Nr. 31/32 (Seite 940—943)
Nr. 33/34 (Seite 987—989)

Aus der Neuropsychiatrischen Klinik Madrid
(Prof. Dr. J. López-Ibor)

Die Vitalität als Grundlage der psychosomatischen Pathologie

Von J. López-Ibor

Der Ausdruck „Psychosomatische Medizin“ ist keineswegs neu; er hatte jedoch einen genau so starken Erfolg wie seinerzeit die Begriffe Neurasthenie und Hysterie. Bei einigem Nachdenken kommen wir bald zu der Überzeugung, daß es sich im Grunde um das gleiche pathologische Geschehen handelt, nur daß es verschieden betrachtet wird. Beard prägte das Wort Neurasthenie zur Bezeichnung des nervösen Zusammenbruchs, den Opfer von Eisenbahnunfällen erlitten. Er ging von dem grundlegenden Gedanken aus, daß die Hast des modernen Lebens auf die Einzelpersonlichkeit ausstrahlt und seine Erschütterung sich als Krankheit äußert. Diese taufte er auf den magischen Namen Neurasthenie. Zu Zeiten Charcots hatte eine romantische Weltanschauung die berühmte Hysterie der Salpetrière geschaffen. Nach dem Sieg des Positivismus widmete die Medizin sich dann ausschließlich Krankheiten mit offenkundig somatischer Grundlage. Wie konnte man aber von all den mehr oder weniger psychischen Erscheinungen absehen, welche die somatischen Krankheiten begleiten, und diese Seite der menschlichen Persönlichkeit einfach verkennen?

Als typisch für die Entwicklung ärztlichen Denkens führt man die Tatsache an, daß die 14. Auflage des 1943 erschienenen bekannten medizinischen Werkes von Osler an Stelle

vom herkömmlichen Kapitel über die Infektionskrankheiten mit einem Kapitel beginnt, das der psychosomatischen Medizin und den funktionellen Erkrankungen des Nervensystems gewidmet ist. Auch die europäischen Psychiater und Internisten haben in den letzten Jahrzehnten ihre Aufmerksamkeit auf diese Probleme gelenkt, bei deren Erörterung die Chirurgen keineswegs zurückstanden. Vor allem aber stürzten sich die Amerikaner mit dem ihnen eigenen Elan auf diesen Problemenkomplex.

Es gibt bereits mehrere Lehrbücher der psychosomatischen Pathologie. Die Amerikaner gründeten eine Zeitschrift mit den entsprechenden Gesellschaften, und es erscheint kaum ein Heft der umfangreichen für den praktischen Arzt bestimmten Zeitschrift (Journal of the American Medical Association), das nicht einen Beitrag zur psychosomatischen Pathologie brächte.

„Die Ärzte, denen die Gesundheit unseres Heeres anvertraut ist“, sagt Dunbar, „haben entdeckt, daß ihre Probleme zu 80% neuropsychiatrischer oder psychosomatischer Art sind.“

Die nordamerikanische Heeresverwaltung selbst veranlaßte eine der großen amerikanischen Universitäten zur Verwirklichung eines Planes, nach dem ihren Ärzten die erforderliche psychosomatische Vorbereitung zur Erfüllung ihrer Aufgaben ermöglicht wird.

Die psychosomatische Pathologie untersucht den psychischen Einfluß auf die somatischen Krankheiten, nicht aus bloßer Neugier, sondern zu therapeutischen Zwecken. Außerdem beschäftigt sie sich mit anderen Störungen hauptsächlich psychischen Ursprungs (Neurose im allgemeinen).

Dunbar klärte das Problem mit Hilfe einer statistischen Methode. Danach wählte man eine Gruppe von Kranken, z. B. Hypertoniker oder Diabetiker aus, und untersuchte sämtliche persönlichen und familiären Eigentümlichkeiten. Alle dabei gefundenen Daten dienen dazu, das psychologische Profil zu zeichnen, das von der Fertilität bis zum Erfolg im Gesellschaftsleben oder bis zu den ästhetischen Neigungen reicht. Ist das Ausgangsmaterial gesammelt, so wird untersucht, welche Ergebnisse miteinander übereinstimmen und welche sich widersprechen.

Nichts liegt dem Gedanken einer mechanistischen Medizin ferner als die Annahme, daß bei der Ätiologie der **Frakturen** ein psychischer Faktor mitspielt. Und doch ist es so. Die von Frakturen Betroffenen weisen eine Reihe psychologischer und familiärer Züge auf, die sie in auffallender Weise charakterisieren. In den Familiengeschichten kommen verhältnismäßig

häufig Unfälle vor. Meistens hatte die Familie wenige Kinder und zeichnete sich durch große Strenge in der Erziehung aus. Die Eltern selbst erlitten in ihrer Kindheit verschiedentlich Verletzungen. Ihr geistiges Niveau ist gut; rundweg gesagt handelt es sich um „rechte Leute“ mit ausgeglichenem Geschlechtsleben, ohne sich in dieser Hinsicht besonders auszuzeichnen oder verfangen zu sein. Im großen und ganzen sind es Menschen von rascher Entschlußfähigkeit, die ihre Aufmerksamkeit mehr auf die nächstliegenden Dinge des Lebens richten als auf weiter entfernt liegende Ziele. Sie sind unabhängige Charaktere und unterwerfen sich nur schwer einer bestimmten Ordnung. Sie sind mehr Tatmenschen als Intellektuelle. Ihr Hang zum Abenteuer ist offensichtlich; verantwortliche Posten werden von ihnen gemieden.

Sondert man diesen psychologischen Typ in einer Industriestadt aus und stellt man die Orte mit den häufigsten Unfällen fest, so kann man ihre Zahl durch entsprechende Maßnahmen bedeutend vermindern, wie D u n b a r bewiesen hat.

Bei eingehenderer Betrachtung des geschilderten Typs springt in die Augen, daß die Beziehung zwischen Psychologie und Trauma nichts Außergewöhnliches ist. Kinder wie Erwachsene mit Abenteurergeist sind der Gefahr, Frakturen zu erleiden, weit mehr ausgesetzt als Ängstliche und Friedfertige. Nur scheinbar besteht ein Zufall; die echte Wirklichkeit ist die Wahrscheinlichkeit eines Unfalls.

Die Rheumatiker (Kranke mit rheumatischem Fieber und rheumatischer Arthritis) sind scheu und infantil, besonders in Fragen der geschlechtlichen Beziehungen und der Ehe. Sie sind schweigsam und besinnlich, haben nur wenige Freunde und fühlen sich in größerer Gesellschaft unbehaglich. Sie neigen dazu, ihren Ehrgeiz mehr im Bereich der Phantasie als in der Wirklichkeit zu befriedigen. Der Kontrast zur vorher beschriebenen Gruppe ist deutlich. In den Vorgeschichten trifft man häufig kardiovaskuläre Leiden an. Ihre Lebensbedingungen im Rahmen der Familie sind: ein zerrüttetes Heim (sehr häufig anzutreffen), schlechte wirtschaftliche und soziale Lage, schlechtes Verhältnis der Kinder zu den Eltern, wenig Eheschließungen, aber große Kinderzahl in jeder Ehe. Die kardio-rheumatischen Kranken sind gesellig und angenehm, wirken auf Frauen anziehend und zeigen mehr Begabung über Abenteuer zu protzen als sie in Wirklichkeit zu erleben¹. Im Geschlechtsleben sind sie jedoch zurückhaltend scheu. In ihren Ehen gibt

¹ Die schönste literarische Beschreibung des Abenteurersinnes, die ich kenne, enthält das Vorwort zum Essai „Abenteurer und Beschauliche“ (Ortega y Gasset, Gesammelte Werke, Bd. 5).

es zahlreiche Aborte, spontane wie künstliche. Im Familienleben stellen sie gern den Märtyrer dar. Im allgemeinen sind sie Phantasten und Schwätzer mit unbeständigen Ambitionen. In ihrer Kindheit hatten sie häufig infektiöse Erkrankungen der oberen Luftwege, Magen- und Darmstörungen, allergische Krankheitsbilder und Pelvisbeschwerden, häufig wurden sie kleineren Operationen unterzogen. In vielen Fällen verloren sie den Vater oder die Mutter durch Unfall, Selbstmord, schwere Krankheit oder Operation. Ihre wirtschaftliche Lage ist mittelmäßig. Ehescheidungen kommen selten vor.

Die Diabetiker neigen in ihrer Kindheit zu Zornausbrüchen, Phobien und Alpdruck. Als Erwachsene sind sie nervöse Menschen mit Neigung zu paranoiden Reaktionen. Das Essen interessiert sie sehr. Sie beschäftigen sich häufig mit nebensächlichen Arbeiten und vergessen darüber die wichtigen. Für Religion zeigen sie weniger Interesse, „außer wenn das homosexuelle Bewußtsein sie zum Experimentieren in religiösen Dingen führt“. Sie sind oft niedergeschlagen und zeigen sich erleichtert, wenn sie einen Vorwand finden, um bedrückt zu sein. Geschlechtlich sind sie ambivalent und haben Verantwortungsgefühl. Ihr Leben ist von schwerer Arbeit ausgefüllt und verbraucht sich rasch. Die Häufigkeit des Diabetes ist eine bekannte Tatsache. Bei Männern findet man eine gewisse Neigung, Junggeselle zu bleiben und in der Ehe wenige Kinder zu haben. Endgültige Scheidungen sind selten; dagegen kommen längere Zeitabschnitte vor, in denen die Gatten getrennt leben.

Kranke mit **Koronarinsuffizienz** und **Koronarverschluß** bieten ein genauer umgrenztes und typischeres Profil. Ihr Leben verläuft in aufsteigender Linie, die dank ihrer persönlichen Kraftanstrengung das Maximum erreicht. Sie neigen zur Herrschsucht. Im Männerkreise sind sie die Wortführer, während sie zu Frauen höflich sind. Im gesellschaftlichen Leben sehr geachtet, sind sie geschlechtlich gut ausgeglichen; man findet jedoch bei ihnen einen hohen Prozentsatz Geschlechtskrankheiten, und die sexuellen Probleme bedrücken sie (sichtliche Verängstigung). Im Familienleben zeichnen sie sich durch eine gewisse feindselige Einstellung dem Vater gegenüber und durch Unterwürfigkeit gegenüber der Mutter aus; sie neigen fernerhin dazu, sich die Rolle des Familienoberhauptes anzumaßen; allerdings übernehmen sie auch die damit verbundenen Verpflichtungen. Von ihrer Umgebung verlangen sie Beachtung und Aufmerksamkeit. Sie arbeiten Tag für Tag, Stunde um Stunde, ohne jemals auszuspannen. Sie üben gern Autorität aus, wobei sie es ablehnen, die Verantwortung mit anderen

zu teilen. In der Unterhaltung sind sie herrisch und aggressiv. Sie leben für die Zukunft. Herzleiden findet man häufig in der Familie. In typischen Fällen sind beide Eltern streng. Wenige Kinder; Ehescheidungen sind selten. Kranke mit **Angina-pectoris-Syndrom** sind den soeben beschriebenen Patienten sehr ähnlich; sie mögen vielleicht zu Ängstlichkeit und Unsicherheit neigen; die künstlerische Seite des Lebens fesselt sie mehr als die praktische. Die Patienten mit **Herzarrhythmie** dagegen sind emotionsfähiger; sie haben einen gewissen Hang zur Überschätzung von Streitigkeiten in der Familie und ergreifen dabei die Partei des Schwächeren. Dem Ehegatten und den Kindern gegenüber sind sie ängstlich. Sie sind oft schlechter Laune, wenn sie allein oder bei vertrauten Freunden sind; in fremder Gesellschaft und im größeren Gesellschaftskreis sind sie dagegen lebhaftere Gesellschafter.

Ich führe die Ergebnisse der von Dunbar gemachten Erfahrung nicht etwa deshalb an, weil ich glaube, daß sie das Evangelium der psychosomatischen Medizin darstellen, sondern weil sie mit den Methoden der sogenannten positivistischen Medizin erzielt wurden. An sich sind sie keineswegs wertvoller als andere schon bekannte. Für den heutigen Arzt sind sie einleuchtend, so einseitig sie auch sein mögen. Man soll nicht vergessen, daß wir an der Schwelle eines neuen Zeitalters der psychosomatischen Pathologie stehen und daß die Heilkunde der Zukunft nicht auf sie verzichten kann, wie man noch bis vor kurzem tun zu können glaubte.

Über die Frage des Verhältnisses zwischen Schicksal und Krankheit veröffentlichte v. Weizsäcker eine Arbeit, die sich auf die Kreislaufstörungen beschränkte. Seiner Ansicht nach stehen die Veränderungen der Herzfrequenz in Verbindung mit der Psychologie der Leidenschaften, ebenso wie die Dekompensation des Herzens mit dem Ausfall der Lebensleistung; die Hypertension und die vaskulären Spasmen mit der Kraftanstrengung und dem Sich-selbst-übertreffewollen, was unvermeidlich den raschen Verbrauch herbeiführt. Thrombose, Infarkt und Hämorrhagien liegen an der Grenze zwischen dem Psychischen und dem Somatischen; sie greifen das Leben selbst an und bedeuten daher Selbstaufgabe, Schwund des Lebenswillens, ja den Tod selbst. Es ist merkwürdig: die Ergebnisse, die mit so verschiedenen Untersuchungen erzielt wurden, stimmen alle überein. Das psychologische Profil, das nach Dunbar den Hypertensions- und Koronar-kranken entspricht, ist dem von v. Weizsäcker gezeichneten ähnlich. Es sind die bereits erwähnten Menschen, deren

Leben bis zu einem gewissen Höhepunkt in ansteigender Linie verläuft. Danach werden sie verbittert, infolge von Müdigkeit und Entkräftung. In der ersten Lebenshälfte verbrauchen sie sich in ständiger Anstrengung, um sich dann in der zweiten hinsichtlich deren Folgeerscheinungen zu pflegen, wenn nicht bereits eine Angina pectoris die ansteigende Linie unterbrochen hat.

Jede Persönlichkeit tritt mit ihrem biologischen Schicksal ins Leben, beladen mit ihrer „Wesensart“, die ihr eigener, persönlicher Stil ist. Aus der Verbundenheit von Schicksal und Wesensart erwächst ein Lebensstil, der bei Eintritt der Krankheit zum persönlichen Stil des Krankseins wird. Daraus geht auch die Individualisierung des Krankheitsbildes hervor, obgleich man sie nicht als ein Verhängnis ansehen darf; denn dem eigenen persönlichen Schicksal wohnen biologische und psychologische Möglichkeiten inne, die das Wirkungsfeld des Arztes ausmachen. Der Tod ist eine Grenze, das Leben jedoch eine Möglichkeit. Um diese zu vergrößern oder zu erhalten, müssen wir unsere ganze Kraft einsetzen, auf Arbeitsgebieten, die von der Hygiene bis zur Psychotherapie reichen.

*

Schon in den bekannten Versuchen von Pawlow zeigte sich der Einfluß eines psychischen Reizes auf den Charakter der Sekretion. Es ist allgemein bekannt, daß beim Hund der abgesonderte Magensaft in seinen Eigenschaften der Nahrung angepaßt ist. Metalnikoff, ein Mitarbeiter von Metchnikoff, machte im Institut Pasteur folgendes Experiment: Er verabreichte Meerschweinchen peritoneal 30—40mal verschiedene Bakterienemulsionen. Jede Injektion rief ein Exsudat hervor. Bei jeder Injektion wurde gleichzeitig ein Reiz ausgeführt, stark genug, um einen bedingten Reflex auszulösen, z. B. Trompetenschall. Später gelang es, das gleiche Exsudat durch bloßen Schallreiz zu erzeugen, d. h. ohne Injektion. Diese Versuche zeigen eindeutig den Einfluß der Psyche auf ein so unbedingt somatisches Geschehen wie es die Immunitätsprozesse darstellen. Denken wir daran, wie entscheidend bei Virus-epidemien die Schwere der Krankheit von der Psyche des Individuums abhängt, so wird jene Tatsache noch augenscheinlicher. Als experimentelles Mittel zur einwandfreien Feststellung des Einflusses psychischer Prozesse auf die physischen Erscheinungen diente die Hypnose. Heyer führte vor einigen Jahren in der Münchener Medizinischen Klinik folgenden Versuch durch: Bei jungen Menschen wurde während der Hypnose der Magen ausgespült und eine Dauersonde angelegt.

Suggestierte man dem Hypnotisierten, er wäre gerade dabei, Milch zu trinken und Fleisch zu essen, so erwies sich der nach und nach entnommene Magensaft als dem suggerierten Nahrungstyp angepaßt. Langheinrich konnte das Gleiche hinsichtlich der Gallensekretion beweisen. Wittkowitz zeigte, daß Menschen, die in Vollhypnose in zornige Erregung gebracht wurden, das Röntgenbild eines Magenkatarrhs aufwiesen. Marx suggerierte in der Siebeck'schen Klinik seinen Versuchspartnern, daß sie dabei wären, eine bestimmte Flüssigkeitsmenge zu trinken. Die anschließende Untersuchung der Nierensekretion zeigte genau dasselbe Ergebnis, als ob die Kranken die betreffende Flüssigkeit wirklich getrunken hätten.

Dunbars Werk „Emotion and Bodily Changes“ enthält 2400 Literaturnachweise von Arbeiten, die sich mit unserer Frage beschäftigen. Geben wir den Einfluß der Seele auf den Körper, der psychischen Ereignisse auf die somatischen Prozesse, zu, so stehen wir erst im Vorfeld des Problems. Sofort tauchen zwei Fragestellungen von außerordentlicher klinischer Bedeutung auf. Die erste bezieht sich auf die **Bestimmung der Grenzen, welche die psychische Einwirkung erreichen kann.** Der Kliniker muß immer genau angeben können, inwieweit die von ihm beobachtete Erscheinung rein somatisch oder mehr oder weniger psychisch beeinflusst ist. Die modernen Psychotherapeuten des Abendlandes behaupten, der europäische Kulturmensch könne sich unmöglich einen Begriff von der ungeheuren Reichweite des seelischen Einflusses machen. Der Orientale dagegen, mit den jahrhundertealten Erfahrungen des Jogas und der tibetanischen Mönche, besitzt Methoden von unglaublicher Kraft und Wirksamkeit, um somatische Prozesse psychisch zu beeinflussen. Nach der Erfahrung des abendländischen Arztes ist dieser psychische Einfluß auf somatische Krankheiten nicht allzu groß. Ab und zu zeigt uns ein Fall deutlich, wie wenig man auf diesem Gebiet noch weiß und wie viel noch zu tun ist.

Ich erinnere mich an einen Kranken, der 20 Jahre lang ein qualvolles Leben führte, weil seine Hände außerordentlich stark schwitzten. Gesellschaftlicher Verkehr und geselliger Umgang waren für ihn sehr schwierig; sie scheiterten an jener Gebärde, welche im freundschaftlichen Verkehr zwischen Menschen des Abendlandes üblich ist: dem Händedruck. Er suchte viele Dermatologen und Internisten auf und unterwarf sich allen nur denkbaren Behandlungsmethoden: ihr Erfolg war nur gering und vorübergehend. Auch eine Behandlung mit Röntgenstrahlen und die Infiltration des Ganglion stellatum waren vergeblich. Ausgestoßen aus dem Gesellschaftskreis, dem er angehörte, wegen Zwischenfällen, die wir hier nicht angeben wollen, zog er sich, nicht zuletzt auch seines erwähnten Defektes halber, ganz

zurück und trat einem Geheimbund bei. Bei dessen Zusammenkünften wurde man auf ihn aufmerksam und mutete ihm Talente zu, die er in Wirklichkeit auch besaß. Eines Tages erhielt er den Auftrag, über die internationale politische Lage zu berichten, was er auch zu voller Zufriedenheit seiner Auftraggeber tat. Er wurde so eine wichtige und besondere Persönlichkeit. Diese Veränderung seiner seelischen Lage genügte, um seinen Händeschweiß zum Verschwinden zu bringen, was kein Heilmittel zu erreichen vermochte. Ich selbst war höchst überrascht, als ich den Umschwung feststellte.

Das zweite Problem besteht darin, eine **symbolische Beziehung zwischen den seelischen Erlebnissen und den Symptomen, durch die sie zum Ausdruck kommen, herzustellen.** Wir wissen, daß jede Emotion zwei Seiten hat, eine seelische und eine körperliche, und daß zwischen beiden natürlich eine Wechselbeziehung bestehen muß. Hier aber geht die Frage über diese allgemeine Aussage hinaus; sie ist konkreter. Welche Art Konflikt sollen wir bei einem Patienten mit psychosomatischem Ulkus, Darmstörung oder Asthma annehmen? Gibt es einen Schlüssel, der uns in die Lage versetzt, einen individuellen Fall zu erkennen und den Weg der Heilung abzukürzen? Bisher hat man zugegeben, daß die Angst hauptsächlich durch Störungen in Lunge und Herz zum Ausdruck kommt, die Furcht in Störungen der Schilddrüse, die Traurigkeit in Leberstörungen. Geiz ruft Darm-, Habsucht Magenstörungen hervor; Zorn verursacht Veränderungen in den Arterien des Kopfes, und schlechte Laune wirkt sich auf die Gallensekretion aus. Der Geschlechtstrieb wirkt auf Genitalien und Herz ein; manchmal kommt er auch in Nierenstörungen zum Ausdruck. Damit nähern wir uns aber nur etwas dem Problem. Wir müssen erst in jeden individuellen Fall eindringen, um seine verschiedenen psychischen Bestandteile zu ergründen.

Die psychische Energie fließt also in somatische Bahnen. Es scheint eine Verwandlung der psychischen in eine somatische Energie zu geben. Der Kliniker nennt deshalb diese somatischen Erscheinungen des psychisch gestörten Gleichgewichts **Konvertierungsreaktionen.** Die Hysterie stellt unter allen das deutlichste Beispiel dar. Bei dieser Krankheit erfolgt die Konvertierung nicht nach der viszeralen, sondern nach der somatischen Seite hin. Deshalb nahm man sie als Paradigma für die Konvertierungsreaktionen.

Erwähnenswert sind die Wechselbeziehungen zwischen der viszeralen Neurose und der Hysterie. Zu Zeiten Charcots und in den ersten Jahren unseres Jahrhunderts waren hysterische Reaktionen sehr häufig. Im ersten Weltkrieg lichteten sich die Reihen oft infolge von hysterischen Reaktionen. Die

Hysterie zeigte sich in ihrem großen Symptomenkomplex: Benommenheit, Taubheit und Blindheit, vor allem aber in Zittersyndromen und Lähmungserscheinungen. Damals erschienen begreiflicherweise viele Arbeiten, die zum Teil sehr interessant sind. Zum ersten Male wurde der Hysteriker eindeutig negativ gewertet. Diese Bewertung erzeugte nach und nach ein so starkes Gefühl beim Kranken, daß man öfters empfand, ihn beleidigt zu haben, wenn man den Ausdruck ihm gegenüber anwandte.

Später änderte sich die Lage. Schon während des spanischen Bürgerkrieges konnte ich beobachten, daß die hysterischen Reaktionen im Vergleich zum ersten Weltkrieg seltener vorkamen².

Im zweiten Weltkrieg konnte die Erscheinung erneut festgestellt werden, nur daß man an Stelle von rein hysterischen Bildern häufiger die als **organische Neurose** bekannten viszeralen und vegetativen Bilder beobachtete. Folglich hat auch die Symptomatologie des Herzens, des Magen-Darm-Traktes und der Harnwege zugenommen. Parallel zu dieser Zunahme trat die reine und bloße Ängstlichkeit in den Vordergrund des Krankheitsbildes; sie trat bald akut — durch Narkoanalyse leicht heilbar — bald chronisch auf, um dann in eine organische Neurose auszulaufen. Das zweite Merkmal der neurotischen Reaktion im letzten Kriege war neben der Ängstlichkeit die Überanstrengung, ein Syndrom, das häufig angetroffen wurde.

Diese Verwandlung des Krankheitsbildes wird durch zwei Umstände bedingt: Einerseits lebt der moderne Mensch bewußter als vor einigen Jahrzehnten, bewußter und individueller. Lebt man herdenhaft und unbewußt, so kommt die Bedrohung, die auch im Unterbewußtsein empfunden wird, in der Störung motorischer und sensorischer Mechanismen zum Ausdruck, die uns mit der Außenwelt verbinden. Daher stammt das Zittern, die Lähmung und die Blindheit. Noch heute sind diese Erscheinungen häufiger bei den einfachen und primitiven Leuten

² In meinem Buch über „Kriegsneurose“ wird neben dieser merkwürdigen Tatsache eine Neuorientierung der Geographie hysterischer Symptome festgestellt. Zittern und Lähmungen sind die klinischen Erscheinungen der **Bestürzungs- und Schreckreaktion**, die der Mensch in jeder gefährlichen Lage zeigt. Beim Schreck besteht eine Art Stocken, ein Sich-aufgeben. Bei der Bestürzung dagegen neigt man mehr dazu, zu fliehen. Deshalb zeigt sich der Schrecken und sein Ausdruck, die hysterische Lähmung, vorwiegend auf der linken, d. h. der passiven und weiblichen Körperseite. Die Bestürzung dagegen mit dem von ihr abgeleiteten Zittern äußert sich auf der rechten Seite, die nach allgemeiner Ansicht die aktive und männliche ist.

vom Lande anzutreffen als bei Intellektuellen in der Stadt. Die bewußte Lebensweise läßt den Menschen eine andere Haltung gegenüber den aus einem Konflikt entspringenden Zuständen einnehmen. Anstatt daß er sie nach außen zum Ausdruck bringt, verwahrt er sie mehr im Innern und konvertiert sie in viszerale und vegetative Reaktionen.

Ein von mir behandeltes Mädchen stand vor der Heirat, hatte aber keine rechte Lust, da ihre Gefühle für den Bräutigam nur oberflächlich waren, während sie sich innerlich abgestoßen fühlte. Gesellschaftlich schien die Ehe vorteilhaft, daß die von dem Mädchen befragten Personen ihm rieten, nicht länger zu warten. Der festgesetzte Hochzeitstag fiel in die Mitte des Menses-Zyklus. Nach der Feier wurde die Braut sich der Bedeutung des Tages bewußt und sie empfand große Angst. Wider Erwarten trat in der Nacht die Periode ein, so daß eine eigentliche Vollziehung der „nuptiae“ nicht stattfand. Unter anderen Umständen und in einem anderen Milieu hätte sich an Stelle von dieser Konvertierungsreaktion nach der biologischen Seite hin höchstwahrscheinlich eine Reaktion in der Sensomobilität eingestellt und zwar in Form von Lähmungserscheinungen oder hysterischen Anfällen.

Andererseits forderte der letzte Krieg mit seinen ungeheuren technischen Fortschritten vom Kämpfenden einen größeren individuellen Kräfteaufwand als der vorherige. Die Leistung der kämpfenden Truppe war die Hauptsorge der Heerführer; daher auch das häufigere Auftreten des Syndroms der Ueberanstrengung im Vergleich zum ersten Weltkrieg.

Bei einigem Nachdenken stellt man leicht fest, daß der Ausdruck Psychogenie etwas enthält, das keineswegs mit der Wirklichkeit übereinstimmt. Psychogenie heißt: Einfluß des Psychischen auf das Somatische, der Seele auf den Körper. Wie aber ist der Anprall der Erlebnisse auf die körperliche Tastatur zu erklären?

Das Denken und die Sekretionen z. B. sind wesentlich verschiedene Vorgänge heterogener Ordnung. Ihre Wechselbeziehungen und ihre Deutung waren die radikalste und am tiefsten einschneidende Frage, mit der die Psychologie aller Zeiten sich auseinanderzusetzen hatte. Die Annahmen des Parallelismus oder der Wechselwirkung sind nur unzureichende Erklärungen. Die Frage bekommt ein anderes Gesicht, wenn wir bedenken, daß der Körper nicht etwa auf einer Seite des Menschen und die Seele auf der anderen liegt, sondern daß es nur einen „belebten Körper“ oder eine „verkörperte Seele“ gibt.

Es geht also in der psychosomatischen Medizin letzten Endes nicht darum, die menschlichen Handlungen als Ergebnisse psychischer Reize anzusehen, die auf die Organe entladen werden,

sondern darum, sie als Aktionen der integralen Einheit Körper-Seele aufzufassen.

Das Interessanteste dabei ist immer, in die Regionen einzudringen, die derjenigen Linie am nächsten liegen, die *Novalis* die Naht zwischen Körper und Seele nannte. Diese Regionen stellen die **Vitalität** im weitesten Sinne dar. Nach einem heuristischen Prinzip können wir im menschlichen Wesen drei Schichten unterscheiden: eine höhere, rein psychische, eine untere, rein somatische und eine mittlere oder vitale Schicht. In der vitalen Schicht sind die sogenannten vitalen Gefühle verankert, die uns über die besondere Art des menschlichen Wesens oder die Art des Sichfindens Auskunft geben. Vitale Gefühle sind: Traurigkeit, Müdigkeit, Angst, Triebhaftigkeit und außerdem das Zusammenspiel triebhaft-affektiver Erscheinungen: des Hungers und Durstes, der Geschlechtslust usw. Diese vitalen Gefühle werden immer von jeder Krankheit betroffen; der Arzt, der den Kranken nach seinem Befinden fragt, wird stets auf den Kernpunkt der Vitalität hinzielen. Die infektiösen Erkrankungen beginnen immer mit einer Reihe von unbestimmten und diffusen Störungen, die der Patient dahingehend zusammenfaßt, daß er sagt, er fühle sich nicht wohl. Das gleiche beobachten wir bei anderen, rein somatischen Krankheiten. Aber darauf kommt es uns jetzt eigentlich gar nicht an. **Die Vitalität erkrankt autonom**, das ist meines Erachtens der wichtigste Punkt der Pathologie der Vitalität: denn in vielen Fällen können wir die Krankheit weder auf somatische noch auf psychische Ursachen zurückführen. Diese Autonomie hängt nach Wesen und Ursprung mit der Autonomie des Lebens zusammen. Das lebende Wesen ist nicht eine bloße physikalisch-chemische Zusammensetzung, sondern, wie die Scholastiker sagen, dadurch gekennzeichnet, daß es sich selbst zu bewegen vermag und — wie *Scheler* hinzufügt — weil es eine Intimität oder Innerlichkeit in sich schließt, mit anderen Worten, in allem Lebendigen gibt es so etwas wie eine individuelle Instanz. Im Menschen ist es jene psychische Einheit, die wir „Ich“ nennen und die uns gestattet, das innere Panorama mit einem gewissen Abstand und mit klaren Abgrenzungen gegenüber der Außenwelt zu überblicken. Deshalb fühlt sich der Kranke wohl oder schlecht, d. h. er fühlt in seinem zentralen Beobachtungsstand das Schlagen seines Plasmas, das ihn über den Stand seiner Vitalität unterrichtet.

Bei der Analyse der **vitalen Depression** fand ich den wesentlichen Ansatzpunkt, um nach eigenen Gesichtspunkten in die Erkenntnis der Pathologie der Vitalität einzudringen. Eine in der Psychiatrie als typisch bekannte Krankheit — Melancholie

genannt — besteht darin, daß ein bisher gesunder Mensch von ungeheurer Traurigkeit und Verzweiflung befallen wird; sie ist in seiner eigenen Individualität verankert und weder auf eine körperliche Krankheit noch auf eine äußere Ursache zurückzuführen. Die Krankheit fällt ihren augenscheinlichen Äußerungen nach ins Arbeitsfeld des Psychiaters; in ihren gemäßigten Ausdrucksformen ist sie jedoch stark verbreitet, und fast jeder praktische Arzt wird sie dutzende — ja hundertmal — beobachtet haben. Die Patienten sind traurig, ohne zu wissen warum; aus Überdruß am Leben sind sie nicht imstande, die Anforderungen des Alltags zu bewältigen. Sie halten sich für gescheiterte Menschen und schleppen sich so monatelang herum, bis ihr Zustand sich plötzlich wie durch Zauber verändert. Ärzte und Laien denken in solchen Fällen gern an „Erschöpfung“ und nehmen ohne weiteres an, daß sie auf Überarbeitung zurückzuführen sind und durch Ruhe geheilt werden müssen. Die dauernde Beobachtung ihres klinischen Verlaufs zeigt jedoch, daß weder eine Überarbeitung noch eine Heilwirkung durch Ruhe in Frage kommt. Vor den Augen des Arztes läuft vielmehr ein Geschehen mit eigenem Rhythmus ab, ohne daß jener begreifen kann, was eigentlich vor sich geht; denn im Grunde bleibt er lediglich Zuschauer.

Neben diesen milderer Depressionen, die, wie gesagt, jeder praktische Arzt und jeder Psychiater aus eigener Erfahrung kennt, gibt es andere, nicht weniger interessante Formen der Vitalitätsstörungen. Einer Sonderart wandte ich mich in den letzten Jahren besonders zu: der *A n g s t*. Angst und Ängstlichkeit sind Erlebnisse, die wohl kaum beschrieben werden brauchen, da sicherlich kein Sterblicher im Laufe seines Lebens davon verschont blieb. Sie sind der Kernpunkt der psychosomatischen Pathologie. Ich war bemüht, die umfangreiche psychosomatische Literatur auf das sorgfältigste durchzugehen und als Ergebnis dieser eingehenden Durchsicht wage ich, zu behaupten, daß in den meisten Arbeiten auf die Angst als Begleitsymptom der dort beschriebenen Störungen hingewiesen wird, mögen sie als Gastro-, Intestinal-, Herz- oder Sexualneurosen eingestuft sein. Ein bekannter Internist sagte mir kürzlich: „Ich bin überrascht, immer auf die Frage der Angst zu stoßen, wenn ich einen meiner Magen- oder Herzkranken ohne organische Veränderungen näher befrage.“ Die Angst ist kein Begleit-, sondern Kernsymptom, und die organischen Veränderungen sind nichts anderes als die entsprechenden somatischen Projektionen der vitalen Angst des Kranken. Es gibt eine reaktive Angst, die man einer bestimmten äußeren Situation gegen-

über empfindet, genau so wie eine reaktive Traurigkeit besteht, die beispielsweise durch einen Unglücksfall hervorgerufen wird. Es gibt aber auch eine Angst, die aus dem Innern entspringt und mit dem, was in der Außenwelt vor sich geht, nichts zu tun hat; es ist die von mir als **vitale Angst** bezeichnete; denn sie gehört letzten Endes zu der Kategorie, welche die vitale Schicht der Persönlichkeit zu stören sucht. Die Angst findet in einer Reihe somatischer und viszeraler Symptome ihren Ausdruck. Neben den somatischen Symptomen steht das innere Erlebnis des Geängstigten, das nach meinen Beobachtungen nicht in der Todesangst besteht, wie in vielen medizinischen und philosophischen Werken geschrieben steht, sondern in der Angst „verrückt zu werden“, d. h. die Kontrolle über die eigene Persönlichkeit zu verlieren. In der klinischen Symptomatologie müssen wir neben die Angst den **Schwindel** stellen. In den letzten Jahren stand fast nur der **Ménière'sche** Schwindel im Vordergrund, ein Symptomenkomplex, der mit einer Störung des Nervus VIII verbunden ist. Aber die meisten Schwindelformen, die wir in der Klinik beobachten, sind nicht von dieser Art; denn bei der Untersuchung finden wir keine Anzeichen für die Erkrankung des N. VIII. Es handelt sich um Fälle des von mir als „**thymopathische**“ bezeichneten Schwindels, ein Ausdruck, mit dem ich gleichzeitig den Begriff des Agoraphobie-Vertigos erweitert habe. In mein Gedächtnis prägte sich tief ein Fall ein, wo ich eindeutig feststellen konnte, daß er klinisch allgemein falsch beurteilt wurde.

Es handelt sich um einen Kranken aus Tetuan, der an Schwindelanfällen litt, wobei ihm die Beine zu versagen schienen und er in einen unbeschreiblichen Angstzustand geriet. Die Krisen traten unter besonderen psychologischen Umständen auf, hauptsächlich in offenen Räumen. In der Annahme, daß die Ursache seiner Krankheit im Gehör liege, hatte man bereits eine radikale Mastotomie vorgenommen, die aber fehlschlug, worauf der Ohrenarzt die Sektion des Nervus VIII vorschlug. Meine somatische und neurologische Untersuchung war negativ. Von dem Gedanken ausgehend, daß der Schwindel nur Ausdruck einer Störung der vitalen Schicht war, die sich gleichzeitig durch Angst und Depression äußerte, und daß die Depression nicht Folge des Krankheitszustandes, sondern primär war und die gleichen Eigenschaften hatte wie der Schwindel, entschloß ich mich zur Anwendung einiger Elektro-Schocks. Die klinischen Symptome verschwanden über Nacht vollständig.

Das ist jetzt fünf Jahre her. Seitdem hat sich meine Erfahrung auf diesem Gebiet so erweitert, daß ich zu behaupten wage, daß viele Schwindelanfälle zu dem Typ gehören, den ich als thymopathischen Schwindel bezeichne.

Eine andere wesentliche Äußerung der Vitalitätspathologie finden wir bei den **Anfällen**, die wir in Anlehnung an die klassische Bezeichnung wohl auch weiterhin „vasovagal“ nennen dürfen. Gowers beschrieb bekanntlich in seinem Buch über die Grenzgebiete der Epilepsie eine besondere Anfallsform, die dadurch gekennzeichnet ist, daß der Kranke manchmal spontan, manchmal infolge von Kältekrisen, Herzklopfen, Brustbeklemmung, Kälte in den Extremitäten, Stockung der Denkfähigkeit usw. zeigt. Der Patient merkt für gewöhnlich, was um ihn herum passiert, kann aber nicht entsprechend reagieren. Gowers dachte an Vagusspasmen und wies auf die große Ähnlichkeit zwischen diesen Symptomen und der Epilepsie hin. Wilson beschrieb später die *periventrikulären Epilepsieanfälle*, die sich durch Herzklopfen, Blässe, Schwindel, Kältegefühl, Tachykardie, Zittern und Sprechunfähigkeit auszeichnen. Nach dem Anfall fühlt sich der Kranke sehr bedrückt und quält sich mit Selbstmordgedanken. Seltsamerweise haben sowohl Gowers wie auch Wilson und die modernen Autoren diese Fälle immer an die Grenzgebiete der Epilepsie gerückt. Der Grund dafür ist mir nicht ganz klar. Denkt man vielleicht, daß die Epilepsie alles umfaßt, was allgemeine Krisen darstellt? Die Krankheitsgeschichte und die eingehende Untersuchung des Krankheitsbildes zeigen, daß der Kranke weder einer Epileptikerfamilie angehört noch eine entsprechende Konstitution aufweist; man kann keinen Anhaltspunkt für eine solche Annahme finden. Alle Daten sprechen für seine Zugehörigkeit zum thymopathischen Kreis, d. h. zum Kreis der Vitalitätspathologie. Behandelt man einen solchen Kranken mit Barbitursäurepräparaten, so erreicht man höchstens eine Verschlimmerung seines Zustandes. Dagegen kommt es bei Behandlung mit vegetativen Schocks, so wie sie in meiner Klinik angewandt werden, meistens zu einem günstigen Verlauf.

Eng mit dem Problem der Vitalität verbunden ist m. E. die Frage der **organischen Neurosen**. Diesen Begriff schuf man in der Annahme von Störungen des die Viszera innervierenden vegetativen Nervensystems; den anatomischen und lokalen Veränderungen sollten demnach die Störungen zuzuschreiben sein, welche die kranken Organe aufwiesen. Daß das der Fall sein kann, hat selbst die mikroskopische Untersuchung der Nerven gezeigt; aber es kommt nur sehr selten vor. In den meisten Fällen mußte der Kliniker zugeben, daß es sich nicht um anatomische, sondern um funktionelle Veränderungen handelt. In einer dritten Phase entdeckte man dann die Bedeutung der seelischen Erlebnisse für die Bestimmung der organischen Neurosen. Ein Kranker mit unbezwingbarem Erbrechen drückt

dadurch seinen Ekel vor der Daseinsform aus, in der er lebt. Bei einem anderen ist das Herzklopfen die somatische Übertragung eines sexuellen Komplexes.

Die organischen Neurosen sind das eigentliche Schlachtfeld der psychosomatischen Pathologie. Ich glaube jedoch, daß es sich bei den meisten, wenn nicht bei allen, um besondere Erkrankungsformen der Vitalität in ihren beiden Arten, der somatischen und der psychischen, handelt. Es ist interessant, die Verwandlung zu beobachten, die einzelne Syndrome im Lebensverlauf der Kranken erfahren. In einer ersten Phase zeigt uns der Kranke ein asthmatisches Krankheitsbild oder die Symptome einer Herzneurose, in einer zweiten Platzangst oder Intestinalneurose. Eine meiner Patientinnen litt an Asthma, das selbst den Heilmethoden der besten Spezialisten gegenüber hartnäckig widerstand, so daß die Kranke dem Dolantin-Abusus verfiel. In der psychiatrischen Abteilung wurde durch lange und mühsame Heilbehandlung unter Anwendung somatischer und psychischer Methoden das restlose Verschwinden des asthmatischen Krankheitsbildes erreicht. Einige Jahre später zeigte die Kranke vasovagale Krisen, so wie oben beschrieben sowie andere Zustände, die hauptsächlich in Krankheitsempfindungen der Wirklichkeit gegenüber bestanden. Man wird behaupten, daß jenes Asthma rein psychisch bedingt war. Ich aber frage: Warum suchen die Asthmaspezialisten, die das Problem doch gut kennen, die Ätiologie des Asthmas dann in einem Allergen? Meine These ist folgende: Es handelt sich weder um primär psychogene noch um somatische Störungen, sondern um vitale, selbstverständlich nur in dem hier gebrauchten Sinne.

Untersuchen wir nun die Frage der **Ermüdung**. Der bekannte Gastropathologe der Mayo-Klinik Walter G. Alvarez kritisierte in einer kürzlich erschienenen Arbeit die traurige Wallfahrt, welche die Ärzte Kranken mit chronischer Ermüdung auferlegen. Diese suchen 20 verschiedene Kliniken auf und lassen 20 verschiedene Heilbehandlungen über sich ergehen. Einmal werden ihnen die Mandeln und ein anderes Mal der Blinddarm herausgeschnitten; bei einer dritten Behandlung überschwemmt man sie mit Adrenokortikosteron. So durchwandern sie die Klinik, ohne eine Besserung ihres Leidens zu verspüren. Walter Alvarez meinte, daß die Behandlungsart dieser Kranken hart an der Grenze zur Morillosigkeit liege. Ich würde nicht ganz so streng urteilen, führe aber das Beispiel an, um zu zeigen, wie dringend die Lösung des Problems ist.

Die Klagen der Kranken haben trotz ihrer scheinbaren Mannigfaltigkeit eine gewisse eintönige Färbung. Hier ein Beispiel: 30 Jahre

alter Journalist, verheiratet, 6 Kinder. „Seit anderthalb Jahren bin ich immer müde, kann ich nicht studieren, habe ich zu nichts Lust. Ich bin nicht imstande, einen längeren Roman auszulesen und habe keine geschlechtlichen Impulse. Ich habe keinen Appetit, fühle mich schlapp und stehe allem, was mich umgibt, gleichgültig gegenüber; nichts kann mich begeistern. Schon früher habe ich Höhen und Tiefen dieser Art durchgemacht; aber der jetzige Zustand ist anders. Ich komme mir selbst überflüssig vor und das Unvermögen, das ich den geringsten Anforderungen gegenüber empfinde, macht mir Sorgen. Meine Kinder sind mir lästig, nicht etwa, weil ich sie nicht mehr liebe, sondern weil mich ihre Spiele aufregen. Ich fühle eine schwere und tiefe Müdigkeit in mir, eine Müdigkeit von Jahrhunderten. Es scheint, als ob der Kopf sich vom Körper trennt und isoliert bleibt, mit einem dumpfen Schmerz, als ob er umnebelt wäre. Ich habe keinen Appetit mehr, und für die Verdauung brauche ich lange Zeit. Die Ermüdung ist allgemein, obwohl sie auf die Beine beschränkt zu sein scheint. Darüber beunruhigt, versuche ich, alle etwaigen Ursachen meiner Krankheit auszuschließen. Trotzdem ich mir alle Reizmittel abgewöhnt habe, verspüre ich keine Besserung. Manchmal empfinde ich Schmerzen in der Herzgegend und gehe dann in die Sprechstunde zur Untersuchung; aber man sagt mir immer, daß alles in Ordnung sei. Während ich früher nervös war, rege ich mich heute nicht mehr auf. Ich bin wie ausgelöscht. Die Schwäche und Körpererschaffung, die ich empfinde, nehmen ständig zu.“

Die Störung ist immer die gleiche, trotz der verschiedenen Nuancen und der wechselnden Ausdrucksweise. Interessant ist z. B. ein Vergleich der Beschreibungen mehrerer Autoren mit verschiedenen Ansichten über unsere Frage, um zu sehen, wo und inwiefern sie übereinstimmen. Hochrein und Schleicher beschäftigen sich in einer Monographie (1943) mit den medizinischen Problemen, welche die Steigerung individueller Leistungen mit sich bringt. Ihre Beschreibung der Ermüdung könnte sehr wohl — sagen wir — mit der Beschreibung meiner Thymopathien übereinstimmen oder auch mit der Beschreibung vieler organoneurotischer Krankheitsbilder; denn im Grunde genommen handelt es sich um ein und dieselbe Störung.

Die gemeinhin als chronisch bezeichnete Ermüdung hält manchmal lange Zeit an. Gerade daran erkennt man ihren vitalen Ursprung. Ich schlage deshalb vor, sie **vitale Ermüdung** oder **vitale Asthenie** zu nennen. In der Klinik begegnen wir allen möglichen Übergangsformen: Angst-, Depressions- und Organoneurotiker. Wir gebrauchen diese oder jene Bezeichnung, je nachdem ein Symptomenkomplex mehr oder weniger ausgeprägt erscheint.

Das Vitale hat außerdem eine rein somatische Verankerung. Ich habe die Frage des Zusammenhangs zwischen Vitalität und Zwischenhirn in einer besonderen Arbeit untersucht. In diesem

Rahmen ist es mir leider nicht möglich, meine dort geäußerten Ansichten in allen ihren Einzelheiten zu wiederholen. Es liegt mir jedoch daran, hier festzustellen, daß die somatische Pathologie Molekularpathologie, die vitale dagegen eine Pathologie des Rhythmus darstellt.

Abschließend Einiges zur **Therapie**: Wie sind die Vitalitätsstörungen therapeutisch anzugehen? Wenn die Vitalität gleichermaßen Exponent der Seele und des Körpers ist, muß sie, wenn sie gestört ist, auch gleichzeitig von beiden Seiten aus angepackt werden, das heißt mit anderen Worten, daß einerseits die rein somatischen und andererseits die psychischen Behandlungsweisen anzuwenden sind. Unter den somatischen Heilmethoden habe ich in meiner Klinik — abgesehen vom elektrischen Schock, der nur in ganz bestimmten Sonderfällen angezeigt ist — den Schock durch intravenöse Azetylcholinverabreichung eingeführt und inzwischen umfangreiche Erfahrungen gesammelt. Wir sind bemüht, neue Präparate zur Bereicherung des therapeutischen Arsenal herauszubringen. Das Grundprinzip ist m. E. stets das gleiche: Ein gestörter Rhythmus erfordert bestimmte Erschütterungen, um wieder normal zu werden, genau so wie ein Organismus mit chronischer Infektion den Schock einer intensiven Protein-Therapie benötigt, um sie zu bewältigen.

Schrifttum

Alvarez, W. C.: The Neuroses. (Saunders, Philadelphia 1951.) — Dunbar, F.: Emotions and Bodily Changes. (Columbia University Press 1946, New York.); Psychosomatic Diagnosis. (Paul B. Hocker, New York 1943.) — Heyer, G. R.: Magensekretion und Psyche. Verh. dtsh. Ges. inn. Med. 33 Kongr. 1921: 447. — Hochrein u. Schleicher: Ärztl. Probleme der Leistungssteigerung. (Thieme Verlag 1943.) — Lang, H. O.: Münch. med. Wschr. 69 (1922): 1527. — Lopez, I.: La Angustia Vital (Patología General Psicósomática. Ed. Paz Montalvo, Madrid 1950.) — Marx, H.: Klin. Wschr. 10 (1931): 64. — Metalnikov, S.: Presse méd. 40 (1932): 753. — v. Weizsäcker (mit R. Siebeck u. H. Schultz-Hencke): Über seelische Krankheitsentstehung. (Thieme Verlag 1939.) — Wittkower, E.: J. ment. Sci 81 (1935): 533.

(Ansch. d. Verf.: Prof. López-Ibor, General Goded 19, Madrid [Spanien].)

