

33-A

# Münchener Medizinische Wochenschrift

Sonderdruck

Schriftleitung: Walter Trummert, München — unter ständiger Mitarbeit von Otto Fenner, Haniburg  
Verlag: J. F. Lehmann, München — Anzeigenverwaltung: Karl Demeter, Gräfelfing vor München

107. Jahrgang 1965

Nr. 15 (Seite 697—700)

Aus der Psychiatr. Univ.-Klinik Madrid (Direktor: Prof. Dr. med. J. López-Ibor)

## Lebensangst und ihre Behandlung

von J. LÓPEZ-IBOR

**Zusammenfassung:** Durch psychische Aggression („Trauma“) entsteht der Angstkomplex. Für dessen Entstehung ist entscheidend, warum eine bestimmte seelische Reaktion vom Menschen nicht sinnvoll verarbeitet werden kann. Diese mangelhafte Assimilation ist nur aus der subjektiven Empfindung, nicht objektiv verständlich. Als psychisches Trauma kann sich ein Erlebnis auswirken, das, nicht assimiliert, einen übertriebenen Abwehrmechanismus — die Neurose — erzeugt. Besonders sexuelle Erlebnisse — auch aus der prägenitalen Phase — können eine Neurose erzeugen. Die Angstneurose *Freuds* entspricht der empfundenen Drohung des Todes, des Nichtmehr-Seins. Durch sie können „vegetative“ somatische Symptome ausgelöst werden. Medikamentöse Behandlung soll den neurotischen Kern einengen und der Psychotherapie leichter zugänglich machen.

Als *Freud* erklärte, am Beginn einer jeden Neurose stehe die Angst, ahnte er die Bedeutung, die sie für das Leben des modernen Menschen erlangen sollte. Der Mensch sucht nach einer Deutung seines Wesens, d. h. seiner Art und Weise, Mensch zu sein: in der Vernunft, in den Trieben oder aber in der Angst. Die verschiedenen Deutungsmöglichkeiten zeigen, daß es unmöglich ist, das Wesen des Menschen in eine monistische Formel zu fassen.

*Freud* beschreibt uns eine neue Neurose, und er stellt sie zwischen Neurasthenie und Hysterie. Zuerst nennt er sie Angsthysterie, später definierte er sie als Angstneurose. Noch später aber erst kommt er zu dem Schluß, daß die ganze Dynamik der Neurosen von der Angst und den Abwehrmechanismen, die der Mensch ihr gegenüber entfaltet, ausgeht. — Wie *ich* das Problem sehe, lautet die wichtigste Frage:

**Ist die neurotische Angst dasselbe wie die gewöhnliche Angst?**

Das Prinzip ist immer gleich, ob wir die Neurosen als abnorme Erlebnisreaktionen oder als psychische Konflikte betrachten. Der Mensch erleidet eine psychische Aggression (ein Trauma), die er nicht assimilieren, nicht sinnvoll verarbeiten kann. Entscheidend ist der Widerstand gegen die Integration in den seelischen Lebensablauf. Dadurch erhält die Reaktion auf das Erlebnis den Charakter des Abnormen. Es bleibt etwas, das nicht nur nicht integriert wird, sondern sogar den normalen Lauf des seelischen Lebens stört. Wir können dies nach dem Vorschlag von *Jung* einen **Komplex** nennen.

Von Bedeutung in diesem Schema ist die Frage, warum dieses seelische Erleben, dem wir einen traumatisierenden Einfluß zuerkennen, so schwer zu fassen ist. Man kann nicht behaupten, es sei „indiskutabel“, weil es Angst hervorruft. Es gibt im Leben sehr viele Erlebnisse, die ein Angstgefühl verursachen und trotzdem nicht denselben Effekt haben. Angst, Furcht, Trauer, Unmut, Zorn, Groll, Schuldbewußtsein, Scham sind als solche keine krankhaften Empfindungen. Sie liegen im Bereich des normalen Gefühlslebens. Oder sollten wir etwa behaupten, der Mensch dürfe keine Gefühle haben? Nein, wir müssen vielmehr fragen:

**Wann nehmen Schwankungen des Gefühlslebens einen pathologischen Charakter an?**

Die erste Antwort, die sich uns anbietet, und auch die geläufigste, besagt: Die Intensität der Reaktion ist zu dem auslösenden Ereignis quantitativ in Bezug zu setzen. Ein starker affektiver Reiz löst die inadäquate Reaktion aus, die wir gern als pathologisch bezeichnen. Diese Art, das Problem anzupacken, ist offensichtlich unzureichend. Ein Reiz löst nicht je nach seiner Stärke eine mehr oder weniger heftige Reaktion aus, sondern entscheidend ist, daß **der Reiz die Fähigkeit des Menschen übersteigt, ihn zu ertragen.**

Und hier liegt der Grund, warum ein Erlebnis

Was ist die Frage, dem wir einen Namen, so schwerhaupten, es sei korrupt. Es gibt die ein Angst nicht denselben, Unmut, Zorn, sind als solche Sie liegen im s. Oder sollten fürfe keine Ge-elmehr fragen:

#### **Gefühlslebens**

anbietet, und Intensität der Ereignis quanti-cker affektiver s, die wir gern Art, das Pro-unzureichend.ärke eine mehr, sondern ent-gkeit des Men-

ein Erlebnis

in gleicher Weise setzen sie eine Zäsur in den kontinuierlichen Ablauf seelischer Lebensvorgänge. Die Angst ist unter diesen Gefühlen nur das am deutlichsten erkennbare, das am meisten archetypische, bei dem die Unfähigkeit, den traumatisierenden Affekt zu integrieren, am klarsten in Erscheinung tritt.

Klinische Beobachtungen zeigen uns, daß die Schwierigkeit der affektiven Verarbeitung auf die spezifische Bedeutung zurückzuführen ist, die das traumatisierende Erlebnis für den betreffenden Menschen hat. Der Trauma-Charakter ergibt sich also nicht aus der objektiven Bedeutung dieses Ereignisses, sondern aus der Intensität, mit der es empfunden wird. Es vollzieht sich demnach ein Übergang aus dem quantitativen zum qualitativen Bereich. — Wir müssen nun weiter fragen:

#### **Was gibt einem Erlebnis in seiner subjektiven Wertung den Charakter eines Traumas?**

Die Psychoanalyse macht dafür Erlebnisse der frühen Kindheit verantwortlich, in dem Sinne, daß sie die Entwicklung der Libido gestört haben. Andere tiefenpsychologische Schulen akzeptieren lediglich den ersten Teil dieser dynamischen Hypothese, d. h. sie postulieren eine Beziehung zu früheren Erlebnissen (anamnestisches Trauma). Ob dieses Trauma verdrängt — vergessen — wird ist

Ehe wir unsere Darlegungen fortsetzen, ist von dem traumatisierenden Effekt aktueller emotionaler Eindrücke zu sprechen, die eine Neurose bedingen.

Es ist offensichtlich, daß sich jedes menschliche Erlebnis mit einem früheren korrelieren kann. Ich möchte noch weiter gehen: In der Struktur des menschlichen Lebens liegt eben die Sinnkontinuität, die jedes seelische Erleben zum Teil eines Ganzen macht, das von der Vergangenheit geprägt ist und für die Zukunft mitbestimmend sein wird. Aber trotz alledem zeigt die klinische Erfahrung, daß man nicht immer unbedingt auf die Erhellung anamnestischer Bezüge angewiesen ist, um ein neurotisches Zustandsbild zu deuten, und das gilt um so mehr, als wir ja bei Ausweitung der Analyse früher oder später ohnehin auf weiter zurückliegende Erlebnisse stoßen, d. h. auf den eigentlichen Kern der Persönlichkeit. Aus diesem Grund kann der anamnestische Rückgriff, der die traumatische Potenz eines Erlebnisses zu erfassen sucht, das Problem nicht lösen. Und darum vertrat *Freud* wohl die These vom sexuellen Charakter der Traumata, selbst während der prägenitalen Kindheitsphase. Diese „Libidinisation“ des Lebens, um es einmal so zu formulieren, ist ein immanentes Postulat des logischen Systems und die Basis der Theorien *Freuds*.

Unter diesem Gesichtspunkt müssen wir uns die

fortsetzen, ist von  
aktueller emotio-  
ne eine Neurose

Jedes menschliche  
verlieren kann. Ich  
der Struktur des  
die Sinnkontinui-  
zum Teil eines  
Angelegenheit geprägt  
während sein wird.  
sichische Erfahrung,  
auf die Erhellung  
sich ist, um ein  
zu sein, und das gilt  
für die Analyse  
weiter zurücklie-  
den eigentlichen  
sein Grund kann  
die traumatische  
suchen sucht, das  
in vertrat Freud  
Charakter der Trau-  
talen Kindheits-  
Lebens, um es  
immanentes Po-  
die die Basis der

wissen wir uns die

tragen. In der Biologie führen pathogene Aggres-  
sionen zu einer Störung des Organismus, wenn  
dieser nicht in der Lage ist, sie „aufzufangen“. Bei  
jeder Krankheit läuft ein Desintegrationsprozeß ab.  
Die Desorganisation ist die pathologische Reaktion  
auf einen Stress. Dasselbe geschieht in der Psycho-  
logie und Psychopathologie. Den erlebten psycholo-  
gischen Stress nennt man, je nach Fall, Angst oder  
Furcht.

*Jedes Erlebnis* bedeutet uns etwas. Jedes Ding  
hat eine Bedeutung, und darum ist es „*ein Ding*“.  
Die Person ist ein sinngebendes Zentrum, dessen  
dadurch sinnbestimmte Peripherie die Dinge sind.  
Wir müssen daher zu erfahren suchen:

**Welche Dinge — Objekte — tragen für das neu-  
rotische Individuum eine Bedeutungslast?**

Bei Erhebung der Katamnese der kranken  
*Emmy von N.* stellte Freud fest, daß die banalsten  
Dinge des täglichen Lebens für sie eine besondere  
Bedeutung gewonnen hatten, unter dem neuroti-  
schen Impuls hatte sich die Wertstruktur der Welt  
gewandelt.

Meines Erachtens — ich möchte meine Gedan-  
ken so direkt wie möglich ausdrücken — ist die  
entscheidende „Bedeutung“ eines Ereignisses die,  
welche das Leben des Menschen zum Bezugspunkt  
nimmt, („*meaning for life*“ der Engländer). Ich  
meine damit nicht, was das tägliche Leben beinhal-

droht ihn, und diese Bedrohung läßt ihn das Abgrundtiefe seiner Situation spüren. Das Gefühl, von der traumatisierenden Situation überwältigt zu sein, ist die Erfahrung dieser zugrunde liegenden Strukturen. Die Erfahrungen, die diesen Untergrund hervortreten lassen, sind die, welche psychologisch nicht integriert werden können. Es handelt sich nicht um irgendeine, sondern um eine ganz bestimmte Bedrohung, die den Grund selbst des Lebens mit einbezieht und die dessen wesentliche Frustration herausstellt. In dieser oder jener Art haben wir alle Frustrationsgefühle. Die neurotische Frustration ist der Übergang dieser wesentlichen Frustration vom Leben in den Bereich des „Nicht-Seins“, es findet eine Invasion des Nichts statt. — Es stellt sich ein Problem, das mir besonders wichtig scheint:

**Wie können wir den Trauma-Charakter des Angsterlebnisses erkennen?**

Das Wort Angst gehört zum gewöhnlichen Wortschatz, aber die Grenzen zu Furcht, Trauer, Ekel etc. sind nicht klar gezogen. Was ist der Unterschied zwischen normaler und pathologischer Angst? Um meine Ausführungen zu verdeutlichen, möchte ich auf die Symptome der Angsthysterie zurückgreifen, wie *Freud* sie definiert hat: allgemeine Reizbarkeit, Erwartungsangst, Angstzustände mit Herzfunktions- und Atemstörungen.

rohung läßt ihn das  
on spüren. Das Ge-  
nden Situation über-  
rung dieser zugrunde  
fahrungen, die diesen  
sen, sind die, welche  
t werden können. Es  
eine, sondern um eine  
die den Grund selbst  
nd die dessen wesent-  
In dieser oder jener  
nsgefühle. Die neuro-  
ergang dieser wesent-  
n in den Bereich des  
Invasion des Nichts  
blem, das mir beson-

#### Charakter des Angst-

a gewöhnlichen Wort-  
Furcht, Trauer, Ekel  
Was ist der Unter-  
und pathologischer  
gen zu verdeutlichen,  
e der Angsthysterie  
e definiert hat: all-  
rtungsangst, Angst-  
und Atemstörungen.

Maße „verkörperlicht“, personifiziert ist. Die patho-  
logische Angst ist auch eine somatotrope Angst.  
*Das seelische Leben ist eng mit dem Leiblichen  
verbunden*, behält diesem gegenüber aber trotz-  
dem eine gewisse Autonomie. Ohne menschlichen  
Leib gibt es kein menschliches Seelenleben, aber  
dieses ist keineswegs nur Ausdruck leiblicher Vor-  
gänge. Es handelt sich indessen wohl um ein sym-  
bolhaftes Spiegelbild, wobei die Symbole dann  
eigenständig werden können.

Scheler hat das Gefühlsleben als in verschiede-  
nen Ebenen angeordnet beschrieben, von denen uns  
hier nur 2 interessieren: Die Ebenen des Vitalen  
und des Psychischen. Die erste ist eng an die Leib-  
lichkeit — den körperlichen Sektor — gebunden  
und stellt den Leib in Beziehung zur Welt und zu  
uns selbst. Der Arzt fragt den Patienten während  
seiner morgendlichen Visite: Wie fühlen Sie sich?  
d. h. Sie persönlich, Sie selbst. Es ist dieses „Sie  
selbst“, welches das Leibliche definiert. Das „En-  
soi“ ist in diesem Fall das Leibliche.

Der Unterschied zwischen „existentieller“ Trau-  
rigkeit und reaktiver Trauer wird deutlich während  
einer Depression. Die seelischen Empfindungen sind  
gerichtete Empfindungen. Jemand kann wegen  
eines Unglücks traurig sein, aber die melancholi-  
sche Traurigkeit ist nicht motiviert. Manchmal wird  
diese Traurigkeit auf irgendein Ereignis bezogen,  
es ist dies jedoch ein sekundärer Vorgang und

Unterscheidung zwischen Angst und Furcht nicht konsequent beibehalten) lediglich konfliktbedingt, also reaktiv und psychodynamisch ist, kommt zu ihrer Bewältigung nur die **Psychotherapie** in Frage. Von diesem Standpunkt aus läuft die Verabreichung von Medikamenten darauf hinaus, die Angst abzuschwächen, sie zu maskieren und infolgedessen ihre Heilung zu verzögern. Die Angst verarmt in ihren Möglichkeiten, erlebt zu werden, zeigt weniger Symptome, und der Patient bringt zu jeder psychoanalytischen Sitzung weniger Material mit. Außerdem wird ein wesentlicher Faktor wirksam, nämlich die Beziehung zwischen Arzt und Kranken erfährt durch die Einschaltung von Medikamenten eine Wandlung. Ich glaube deshalb, daß die Weigerung der meisten Psychoanalytiker, Arzneimittel anzuwenden, aus dem Zusammenhang der analytischen Situation durchaus gerechtfertigt ist.

Offenbar gibt es bei den Neurosen ein sehr starkes Element psychodynamischer Angst. Die Abwehrmechanismen des „Ich“ sind auch größtenteils psychodynamisch. Das ist der Grund, warum sich die Analyse immer mehr dem Ich und seinen Schutzmechanismen zuwendet. Aber im neurotischen Kern gibt es auch eine gewisse „Physiodynamik“.

Die Wurzel „physis“ bringt mich dazu, lieber das Wort „Physiodynamik“ zu verwenden als „Neurodynamik“. Das griechische „physis“ heißt nicht Körper,

nd Furcht nicht  
konfliktbedingt,  
n ist, kommt zu  
herapie in Frage.  
ft die Verabrei-  
inaus, die Angst  
nd infolgedessen  
ngst verarmt in  
den, zeigt weni-  
bringt zu jeder  
er Material mit.  
Faktor wirksam,  
rzt und Kranken  
n Medikamenten  
b, daß die Wei-  
ker, Arzneimittel  
hang der analy-  
fertigt ist.

en ein sehr star-  
gst. Die Abwehr-  
uch größtenteils  
nd, warum sich  
Ich und seinen  
ber im neuroti-  
se „Physiodyna-

dazu, lieber das  
den als „Neuro-  
eißt nicht Körper,  
natura naturata“.

matologischen Gesichtspunkten orientieren. Sie ver-  
suchen — oder sollten es jedenfalls —, den Kern im-  
mer genauer zu lokalisieren, der die Vitalsphäre  
des Kranken ist, die existentielle physiodynamische  
oder endothyme Angst. In dieser Perspektive muß  
die Psychotherapie einen gewissen Frontwechsel  
vollziehen. Die Analyse der Abwehrvorrichtungen  
des Ich erhält einen völlig anderen Aspekt, wenn  
wir die Existenz eines „vitalen Selbst“ berücksich-  
tigen, eines Selbst, das „verkörperlicht“ und des-  
sen Störung die Quelle der aufsteigenden Angst ist.

Es ist fast 23 Jahre her, seitdem ich begonnen  
habe, die Neurosen mit **intravenösen Azetylcholin-**  
**Gaben** zu behandeln. Die Ergebnisse habe ich dem  
Weltkongreß für Psychiatrie 1950 in Paris vorge-  
tragen. Ich habe damals versucht, aus der großen  
Zahl der Neurotiker eine Gruppe herauszulösen,  
bei welcher der existentielle Charakter der Angst  
mir offenkundig schien. Diese Kranken habe ich als  
„Thymopathen“ bezeichnet, und ich habe sie dem  
„thymopathischen Formenkreis“ zugeordnet, und  
zwar als Untergruppe der „Angstthymopathie“. Ge-  
wisse Analogien zur Schockbehandlung der Depres-  
sionen veranlaßten mich, die i.v. Azetylcholin-  
Therapie anzuwenden. Die Ergebnisse waren aus-  
gezeichnet. Ich habe sie 1951 der Royal Society Lon-  
don vorgetragen, und die Statistik erschien in der  
Zeitschrift „Lancet“.