

Sonderdruck

MEDIZINISCHE KLINIK

Wochenschrift für Klinik und Praxis

Schriftleitung:

Dr. med. K. H. Stauder und Dr. med. K. Hoffmann

Verlag Urban & Schwarzenberg, München 22, Thierschstr. 11

Alle Rechte, auch die des Nachdrucks,
der photomechanischen Wiedergabe und der Uebersetzung, vorbehalten

Nr. 46 (14. November 1952)

47. Jahrgang

S. 1526—1530 und Nr. 47 S. 1562—1564

Angzustände und ihre Behandlung

Von Prof. Dr. med. J. López-Ibor

(Neuropsychiatrische Klinik, Madrid)

I. Zur Psychopathologie und Klinik der Angzustände

Die erste Frage, die wir uns stellen müssen, ist die, ob die Zustände oder Krisen der Angst heute häufiger sind als zu anderen Zeiten. Es scheint, daß dem so ist, wenn man bedenkt, wie oft das Wort „Angst“ in medizinischen und literarischen Publikationen oder im Gespräch gebraucht wird. Sprach man früher von „Tadium“, „Spleen“ und Erschöpfung, so redet man heute von Angst. Als die Erschöpfung im Vordergrund des subjektiven Interesses stand, entsprach dem auf medizinischem Gebiet die Neurasthenie von *Beard*. Heutzutage redet man mehr von Angstneurose als von Neurasthenie. Man kann einen beliebigen Text aus der Literatur der sogenannten psychosomatischen Medizin wählen, man wird als einen der häufigsten Ausdrücke bei der Beschreibung der verschiedenen psychosomatischen Syndrome stets die Angst finden.

Die Angstkrisen begleiten viele somatische Erkrankungen. Die Angst ist das wesentliche, subjektive Symptom der Angina pectoris, die Angst begleitet den An-

fang mancher schizophrenen Schübe. Wir könnten diese Beispiele beliebig vermehren. Aber abgesehen von dieser symptomatischen Angst, die als Sekundärsymptom eines Prozesses oder einer somatischen Krankheit erscheint, gibt es eine Angst, die den Grundkern des klinischen Bildes ausmacht. Diese Zustände wurden von *Freud* aus der großen Gruppe der Hysterie isoliert und mit dem Namen *Angstneurose* bezeichnet.

Cullen nannte gewisse nervöse Erkrankungen, bei denen keine bekannte Veränderung vorliegt, „Neurose“. In die Neurosen von *Cullen* schloß man die Epilepsie, die Parkinsonsche Erkrankung und viele andere Krankheiten ein. Heute hat sich die Bedeutung des Wortes Neurose gewandelt. Die Neurosen sind abnorme Erlebnisreaktionen. Es ist evident, daß die Angst als abnorme Erlebnisreaktion in Erscheinung treten kann. Die Psychoanalyse wollte anfangs nachweisen, daß die Angst einer Retention der Libido, das heißt der sexuellen Energie (im biologischen Sinn) zuzuschreiben ist. Später gab sie andere Deutungen hinsichtlich der Genese der Angst, und zwar glaubte sie nun, daß die Angst direkt oder indirekt psychogen bedingt sei.

Die letzten Erfahrungen — siehe z. B. die ausgezeichnete Arbeit von *Panse* — bestätigen die Tatsache, daß die Angst in bestimmten Situationen in Erscheinung tritt. Aber sicher ist, daß Grenze und Reaktionsfähigkeit des normalen Menschen viel weiteren Spielraum haben, als man annahm, und daß die reaktiven Angstzustände im allgemeinen passageren Charakter haben. In der Klinik jedoch begegnen wir Angstzuständen, die viel tiefer gehen und von größerer Dauer sind.

Bei der Prüfung einiger Fälle von Agoraphobie, die lange Zeit psychotherapeutisch behandelt worden waren, beobachtete ich, daß diese einen phasischen Verlauf hatten. Ich weise besonders auf den Fall eines Arztes hin, dessen große psychologische Kenntnisse eine besondere Untersuchung aller krankhaften Erlebnisse erlaubten. Bei diesem sah ich die Agoraphobie wachsen und dahinschwinden wie eine Flut, die aufsteigt und sich verliert, und im Grunde unabhängig von den Ergebnissen der Psychotherapie.

Klassischerweise betrachtet man die Agoraphobie als eine Form der *Zwangsneurose*. Bei den verschiedenen Ar-

beiten über dieses Problem dominieren zwei Deutungstendenzen. Die eine, klassischere, betrachtet die Agoraphobie als Manifestation einer unter Zwängen leidenden Persönlichkeit und damit reduziert sich im Grunde das Problem auf das Studium der unter Zwang leidenden Persönlichkeit, die man als Variante der psychopathischen Persönlichkeiten ansieht. Innigst verknüpft mit dieser Tendenz sind die psychopathologischen Studien, nach denen der Zwang primär durch eine Veränderung des Denkens bestimmt ist.

Der andere Weg der Deutung geht grundlegend von der Psychoanalyse aus. Der Ursprung der Phobien wie der Zwänge wird auf unterdrückte Komplexe, auf äußere und innere Konflikte zurückgeführt. Diese manifestieren sich tatsächlich oder symbolisch, in der Form der Phobie oder des Zwangs. Der Unterschied zwischen Phobien und Zwängen gründet sich nach dieser Deutung auf den mehr oder weniger symbolischen Charakter, den die symptomatischen Erscheinungen im Zusammenhang mit den bestimmenden Erlebnissen oder Komplexen zeigen.

Die Beobachtung des phasischen Verlaufs einiger Agoraphobiefälle ließ mich an die Möglichkeit eines Weges denken, der zwischen den eben dargestellten Theorien liegt. Dieser Zwischenweg würde eine Annäherung an andere als phasisch bekannte Krankheiten der Psychiatrie erlauben. Wohl bekannt ist die Tatsache, daß Manie und Melancholie grundlegend phasischen Charakter haben und obwohl die Krankheit vom klinischen Standpunkt gesehen eine konstitutionelle Basis haben mag, so überwiegt doch in der Mehrzahl der Fälle ihr phasischer Charakter. Wie deutlich konstitutions- und erbbedingt das Leiden eines Kranken auch sein mag, so kann die melancholische Phase doch in jedem Fall als einzige krankhafte Episode im Verlauf eines langen Lebens erscheinen.

Bei vielen Kranken, deren Zustand auf Grund klassischer Kriterien als Angstneurose oder Angstreaktion diagnostiziert worden war, konnte ich später beobachten, daß ein noch so tiefes und gründliches Studium der psychogenen Wurzeln nicht immer das Vorhandensein eines psychogenen Mechanismus klarlegte. Und ebenso wenig führte das Aufdecken dieser psychogenen Wurzeln sichtbar zur therapeutischen Lösung. Außerdem zeigten diese für Angstneurosen oder Angstreaktionen gehaltenen Zustände ebenfalls einen phasischen Charakter, gleich der oben erwähnten Agoraphobie.

² López-Ibor

Die Aufgabe, die sich demnach für die klinische Untersuchung ergibt, kann man in diese drei Punkte zusammenfassen:

1. Gruppierung aller der Fälle von Zwang, Phobie und Angstreaktion, die phasischen Charakter zeigten.
2. Untersuchung der gemeinsamen psychologischen Struktur, welche alle diese Fälle haben könnten.
3. Bezug dieser Struktur auf eine biologische Grundlage, welche die „Phasenhaftigkeit“ erklären könnte, d. h. die Unabhängigkeit von den verschiedenen Ereignissen der äußeren oder inneren Lebensgeschichte.

Als klares Modell für diese Untersuchungen bot sich das manisch-depressive Irresein an. Die manischen oder melancholischen Phasen wurden klassisch durch drei Symptome charakterisiert, die *Kraepelin* als Grundlage aufstellte und die auf die *Wundtsche* Einteilung der Gefühle hinweisen.

Manie	Melancholie
Euphorie	Traurigkeit oder Bedrückung
Ideenflucht	Denkhemmung
Psychomotorische Erregung	Psychomotorische Hemmung

Die später einsetzenden, psychopathologischen Untersuchungen zeigten, daß bei der Melancholie z. B. die Hemmung des Denkens und der Psychomotorik nur einfacher Ausdruck der Grunderfahrung des Melancholischen waren, nämlich der Traurigkeit. Dasselbe ergab sich für die Manie. Das Problem engte sich also dahin ein zu untersuchen, ob die krankhafte Traurigkeit des Melancholikers irgend ein Charakteristikum besitzt, welches diese von der normalen Traurigkeit qualitativ unterscheidet. Die Meinungen der Psychiater sind praktisch geteilt, aber allmählich gewinnt die am meisten Raum, nach der es einen qualitativen Unterschied zwischen der Traurigkeit des Melancholikers gibt und der Traurigkeit des normalen Menschen, die durch eine traurige Nachricht hervorgerufen wird. In jedem Fall muß ich erwähnen, daß diese Auffassung nicht allgemein anerkannt ist. Denn wenn z. B. *Kretschmer* meint, es gäbe eine Abstufung zwischen der Zykllothymie als Variation einer normalen, psychischen Konstitution, dem Zyklolden als Variante einer psychopathischen Persönlichkeit (im Sektor der psychopathischen Persönlichkeiten) und der manisch-depressiven Psychose als reiner Krankheit, so enthält diese Abstufung die Vorstellung, daß der

Uebergang von dem einen zum andern Extrem nur ein quantitativer ist.

Dennoch ist evident, daß die Traurigkeit des Melancholischen kein Motiv hat, während die des normalen Menschen durch ein äußeres Geschehen determiniert ist. Ebenso klar ist, daß es vom psychopathologischen Standpunkt aus zwei Grundebenen des Gefühlslebens gibt. Die eine ist die der reaktiven oder gelenkten Gefühle (*Lersch*), das heißt, deren Hervortreten von Geschehnissen und Ereignissen abhängt, die der Umwelt des Menschen entstammen und auf ihn einwirken. Die andere hingegen ist aus Gefühlen zusammengesetzt, die der eigenen Körperlichkeit entspringen und die wir mit *Scheler Vitalgefühle* nennen können.

Die Vitalgefühle stimmen, wenn auch nicht ganz, mit dem überein, was man von anderer Seite das Ganze der Körpersensationen genannt hat. Jeder Mensch empfängt Nachrichten darüber, wie sich sein Körper in bestimmten Momenten fühlt. Diese Nachricht wird ihm als Gefühl der Frische, der Ermüdung, des Mißbehagens und der Erschöpfung übermittelt. In dieselbe Reihe von umgreifenden Sensationen muß man zwei andere, vom pathologischen Standpunkt aus grundlegende Sensationen einschließen: nämlich die Traurigkeit und die Angst. Um diese von den durch Umweltereignisse bedingten Erlebnisweisen abzugrenzen, nennen wir sie **vitale Traurigkeit** (*K.Schneider*) und die **vitale Angst**. Ihr entscheidendes Kennzeichen besteht darin, daß es sich um innere Erfahrungen handelt, welche durch eine Dysfunktion der eigenen Körperlichkeit hervorgerufen sind.

Man kann darüber diskutieren, ob diese umgreifenden Erfahrungen der Summe der tausend isolierten Wahrnehmungen entsprechen, welche das Ganze der inneren Körpersensationen integrieren, oder ob es sich um Primärerfahrungen handelt. Das heißt, ob diese uns nicht als Ergebnis eines integrierenden Prozesses gegeben sind sondern als viel unmittelbarere Erfahrung. Der Melancholische berichtet zur selben Zeit, wo er sich traurig fühlt, von Sensationen präcordialen oder abdominalen Druckes, manchmal von diffusen Schmerzen in den Gliedern, das heißt, eine Reihe von Sensationen, deren körperlicher Charakter viel evidentester ist als bei der Traurigkeit selbst.

Dennoch tritt meiner Ansicht nach diese Traurigkeit primär ins Bewußtsein und nicht als Ergebnis einer Assoziation der

übrigen körperlichen Sensationen. Bei der vitalen Angst handelt es sich um dasselbe Phänomen, nur daß es mit größerer Deutlichkeit in Erscheinung tritt. Die Bezeichnung „vital“ enthält überdies als Grundlage das, womit alle diese Gefühle die Vitalität des Menschen ausdrücken, so, wie er sich selbst fühlt.

Der Kranke beschreibt die vitale Angst auf sehr verschiedene Weise. Es ist ein sehr interessantes Problem, wie die Angst sich in Worte umsetzt, doch kann ich mich hier nicht damit befassen.

Ein Bauer z. B. kommt in die Sprechstunde der Klinik und klagt über Zittern und schnelle Atmung, Symptome, die sich in Gegenwart des Arztes steigerten. In diesem Fall waren diese körperlichen Symptome, die man prima vista als psychogen deuten könnte, tatsächlich der Ausdruck einer angstvollen Stimmung, die er nicht in Worte kleiden konnte. In anderen Fällen kann die Angst vorhanden sein und sich symptomatisch anders projizieren, ohne daß der Kranke diese als solche erkennt. Alle diese Fälle jedoch sind weniger häufig. Die Mehrzahl der Kranken drückt ihr Gefühl der Unruhe so aus, daß sie sagen, es würde ihnen etwas passieren. Es ist die Empfindung einer diffusen Gefahr, die den Kranken bedroht und deren Herkunft er nicht weiß. Bei der Beschreibung dieser Gefahr könnten wir auf die Sprache der Existentialphilosophie hinweisen, indem wir sagen, die Gefahr komme von nirgendwo. In Wirklichkeit ist dies eine innere Erfahrung und die Empfindung der Gefährlichkeit entsteht aus sich selbst. Die Kranken sprechen von ihrer Furcht vor dem Wahnsinn oder daß ihnen etwas mit ihrem Kopf passiere. Beide Formen des Ausdrucks weisen auf die innere Erfahrung hin, welche sich nach der psychologischen Untersuchung immer als Repräsentant der Gefahr darstellt, das Ich könnte die Kontrolle über sein Handeln verlieren. **Die Angst ist also Furcht vor der Auflösung des Ich.** In dieser Auflösung erscheint immer die Möglichkeit, sich von den Instinkten hinreißen zu lassen, besonders vom Agresionstrieb. Oft lehnen die ängstlichen Kranken, wenn man sie direkt fragt, ob sie die Angst als Furcht vor dem Wahnsinnigwerden erleben, dies ab. Eine Kranke, die diese Furcht ebenfalls leugnete, berichtete im Laufe des

Gesprächs von einem Ereignis, das sie aufs heftigste beeindruckte. Sie betrachtete eine Reihe von Photos und unter ihnen zeigte man ihr auch Abbildungen aus der Anatomie. Als sie eine solche des Gehirns erblickte, befiel sie eine furchtbare Angstkrise und sie mußte weggehen. Bei der Analyse des damaligen Erlebnisses zeigte sich dasselbe Phänomen. Den tiefen Eindruck machte ihr das Gehirn, weil es ihr als ein delikater Bereich des Organismus erschien, der sich bei ihr auflösen könnte.

Die Psychoanalyse behauptet z. B., daß die Phobie gegenüber zugespitzten Gegenständen sexueller Art sei und daß der zugespitzte Gegenstand ein phallisches Symbol wäre. Ich gebe eine andere Deutung. Eine Mutter z. B. hat Furcht vor zugespitzten Gegenständen, Messern, Gabeln, Bleistiften usw., weil sie fürchtet, daß sie in der vollen Angstkrise die Kontrolle des Ichs über ihr Handeln verliert und dann etwas gegen ihre Söhne tun könnte. Die Furcht, die die Agoraphoben davor haben, Plätze zu überqueren, ist die Furcht, daß sie die Krise in der Mitte des Platzes überfällt und daß sie nicht wissen, was geschehen kann. Diese Unbekannte ist in jeder Angstsensation enthalten.

Man kann die Angst auch anders deuten; als **Furcht vor dem Tod**. Die psychopathologische Untersuchung dieser Furcht würde uns zu viel Zeit kosten. Aber es genügt festzustellen, daß der Tod sich auch in diesen Fällen als persönlicher Tod und als Erfahrung des Nichts darstellt.

In der Angstkrise besteht ebenso wie in der subjektiven Ebene diese Erfahrung, daß sich das Bewußtsein der Icheinheit auflöst. Auf der Ebene der körperlichen Sensationen eine Wahrnehmung, als ob das Ganze dieser Sensationen sich auflöse. Nach demselben Mechanismus kann eine Phobie in Erscheinung treten oder kann sich eine bestimmte vegetative Dysregulierung offenbaren: Palpitationen z. B. und andere Symptome einer cardialen Neurose. Im klinischen Bild tritt immer ein Symptom in den Vordergrund, das eine besonders evidente oder exklusive Angstladung besitzt, z. B.: ein Kranker hat Furcht vor dem Schlaganfall, weil sich dahin das Angsterlebnis selbst projiziert. Das, was in seinem Kopf passiert, passiert auch in seinem Ich, und was ihm Sorge macht, ist dieser Bruch des Ich. Dagegen interessiert ihn das Vor-

handensein von Extrasystolen oder Palpitationen nicht im geringsten. Bei einer Kranken tritt von Zeit zu Zeit eine Tachycardie auf, die ihr außerordentlich tiefe Angst verursacht, die hundert bis hundertzwanzig Pulsschläge erreicht und die sie furchtbar quält. Mit kleinen Insulindosen kann man gewöhnlich innerhalb einer halben Stunde dieselbe Tachycardie hervorrufen, ohne daß diese irgendwie mit Angst verknüpft wäre. Die Lokalisierung der Angst ist ebenfalls nicht durch frühere Erfahrungen der Kranken bestimmt. Ich hatte einen Patienten, dessen Vater nach vielen früheren Angina pectoris-Episoden im Anfall in seinen Armen gestorben war und dessen Mutter, die noch lebt, eine Herzneurose hat. Dieser Kranke erlebte seine erste Angstkrise, als er eines Tages, ohne zu wissen warum, ins Gefängnis in eine sehr enge Zelle gebracht wurde. Dennoch ist, was ihn am tiefsten umtreibt, das, was in seinem Kopf passiert und dies ist nicht eigentlich der Schmerz sondern „eine Schwere, eine eigenartige Empfindung, als ob mir irgend etwas Außergewöhnliches zustoßen würde“.

Das andere Grundsymptom ist der Schwindel.

Der Schwindlige fühlt, daß er hinfallen wird, daß seine Beine sich verdoppeln, daß der Boden seine Stabilität verliert und er hat andere ähnliche Sensationen mehr. Ein anderes Mal kommt es keineswegs zu derartigen Sensationen sondern lediglich zu der Furcht, daß all dies eintreten könnte.

Man kann diese **Schwindelkrisen** als **Angstäquivalente** deuten, und dafür läßt sich eine Reihe von Gründen anführen. Sehr wichtig ist in dieser Hinsicht die Verflechtung beider Arten von Krise in derselben Krankengeschichte, in der sich diese Krisen gegenseitig ersetzen oder repräsentieren je nach der Phase, die der Kranke gerade durchmacht.

Ein anderes Mal zeigt sich die Aequivalenz zwischen Angst- und Schwindelkrise darin, daß sich die entsprechenden Symptome ineinanderlagern. Eine Kranke z. B. bemerkt, daß die Krise mit einer Veränderung der visuellen Wahrnehmung beginnt, „als ob die Dinge vor den Augen tanzten“; sogleich beschleunigt sich „der Tanz der Dinge“, bis alles aus dem Wahrnehmungsfeld zu verschwinden beginnt, und dann bricht als dramatischster dritter Akt die Empfindung der Angst ein, „als ob man mir das Herz zusammendrückte“. In manchen Krisen ist die Kranke für kurze Sekunden ohne Bewußtsein,

und wenn sie wieder zu sich kommt, „bemerkt sie weiterhin das Druckgefühl in der Brust und den Drang zu weinen“. Eine andere Kranke hatte bei Tag und Nacht häufig ein Schwindelgefühl. Manchmal trat es auch auf, wenn sie saß, dann erhob sie sich und lief weg, wie im „Amok“. Trotz ihrer Furcht vor dem Schwindel war sie niemals wirklich gefallen.

Wie man sieht, ist das Gewebe der Symptome in den Krisen so kompliziert, daß man nur künstlich die einzelnen auseinanderfädeln kann.

Die Kranken sprechen von Schwindel, zwingt man sie aber, ihre Empfindung zu präzisieren, so wissen sie nicht, ob sie diese der Angst oder dem Schwindel zuschreiben sollen. Die Ausdrucksgemeinschaft erstreckt sich manchmal auf alle Sensationen, die im Kopf wahrgenommen werden und manchmal auf die der gastrischen Regionen (Gefühl des Leeren im Magen). Die vegetative Symptomatik ist dem thymopathischen Schwindel eingelagert innerhalb eben dieser Schwindelkrisen selbst. Der Kranke spricht von einem verschwommenen Zustand des Unbehagens der „*intemperies nervosa*“, und der Furcht davor, daß er in irgend einem Augenblick das Gleichgewicht verlieren könnte. Diese Furcht hat manchmal einen mehr diffusen Charakter wie die Furcht davor, ihm könnte irgend etwas passieren, nach den Worten des Aengstlichen. In Verbindung mit diesem Zustand der „*ivresse émotive*“, wie *Féré* sagte, fühlt der Patient die Beine kraftlos, den Magen leer, er bekommt schweissige Hände, Palpitationen usw.

Mit den Bildern der an die Vitalität gebundenen und nicht reaktiven oder psychogenen Angst möchte ich einen klinischen Typ herausarbeiten, den man „**Angstthymopathie**“ nennen könnte. Dieser würde zu einer der verschiedenen Krankheitsgruppen gehören, die durch Störungen der Vitalität hervorgerufen und endogenen Ursprungs sind und die wir nachher beschreiben werden. In dieser Gruppe gehen die meisten Angstneurosen auf, viele Fälle von Zwangsneurose und einige andere, die in verschiedenen nosologischen Gruppen zersplittert sind. Die Kranken bilden eine Gruppe auf Grund der gemeinsamen Symptomatik, weil man eine pathogene Einheit annimmt und sie derselben pharmakologischen Behandlung unterwerfen kann, die der biologischen und nicht psychogenen Basis entspricht.

Vom klinischen Standpunkt aus lassen sich alle Krankheiten, die das, was wir den thymopathischen Kreis nennen könnten, ausmachen, auf die folgende Weise ordnen:

1. An einem extremen Pol der Reihe müssen wir die **manisch-depressive Psychose** strengen Sinnes ansetzen. Am häufigsten kommen die melancholischen Bilder vor. Aber abgesehen von der typischen Melancholie, gibt es noch zwei Formen, auf die wir die Aufmerksamkeit lenken müssen: die gehemmte und die ängstliche Form. Beide stellen uns vor das Problem, ob wir, abgesehen von der vitalen Traurigkeit, die Hemmung und die Angst als primäres Element des klinischen Bildes ansehen müssen. Für mich ist dies evident und dies würde auch erklären, warum es typische, gehemmte Depressionen gibt, bei denen das Gefühl der Traurigkeit fehlt.

Die angstgefärbten Depressionen bilden die Uebergangsbrücke zu den Bildern der vitalen Angst, für die ich den Namen **Angstthymopathie** vorschlage. *Leonhard* hat eine „idiopathische Angstmelancholie“ zu isolieren versucht, die sich von der klassischen Melancholie klinisch dadurch unterscheidet, daß die Angst sie charakterisiert und die außerdem einige besondere hereditäre und konstitutionelle Merkmale zeigt. Dennoch gibt es Kranke, bei denen die Phase eine typische Angstphase ist und wo andere als rein depressive Phasen erscheinen oder auch als gehemmte Depressionen. Das beweist, daß das zur Isolierung der klinischen Bilder angewandte Kriterium nicht Krankheitseinheiten bilden will, die im Sinne der Nosologie von *Sydenham* unabhängig sind, sondern klinische Typen, die sich aus der charakteristischen Zuspitzung bestimmter Symptomstrukturen herauskristallisieren.

2. **Die Angstthymopathie.** Der Ausdruck Thymopathie bedeutet Erkrankung der Affektivität und das Beiwort Angst entspricht unserem Wunsch, die vitale Angst als Grundsymptom herauszustellen. Die Angst zerstört nicht völlig den Begriff der Angstneurose. Ebenso wie es reaktive Depressionen gibt, das heißt eine durch äußere Ereignisse bedingte und infolgedessen ihrem Wesen nach psychogene Traurigkeit, so gibt es auch eine reaktive Angst. Der entscheidende Konflikt kann ein bewußter oder unbewußter, ein äußerer oder innerer sein, immer jedenfalls muß man, um diese Diagnose zu stellen, eine bestimmende Situation oder einen bestimmenden Konflikt ausfindig machen. Mit der Isolierung der Angstthymopathie, die an das Vorhandensein eines Kerns der vitalen Angst gebunden ist, reduziert sich der Bereich der Angstneurose erheblich. Natürlich gibt es Uebergangsformen, und

ein sehr wichtiges Problem besteht darin, bei der individuellen Untersuchung der klinischen Fälle abzugrenzen, bis zu welchem Punkt eine Angst vital ist oder in wieweit dabei persönliche und reaktive Faktoren mitspielen.

3. Dieser Gruppe reihe ich die Fälle ein, die man als **chronische Ermüdung** bezeichnet. Die Kranken fühlen sich durch eine Empfindung unendlicher Erschöpfung beherrscht, die keine äußere Ursache hat. Diesem Problem der Erschöpfung hat man sich von verschiedenen Standpunkten genähert, von denen jeder ein Teil Wahrheit besitzt. Zweifellos gibt es Fälle von Erschöpfung infolge Ueberbelastung, besonders wenn der Organismus unter Ausnahmebedingungen lebt, wie z. B. im Krieg. Es gibt auch die konstitutionelle Erschöpfung, als konstitutionelle Variante der Persönlichkeit und zwar der Persönlichkeit, die man als asthenische bezeichnet. Man darf diese Variante nicht wie bei der alten konstitutionellen Asthenie von *Stiller* sich nur auf die somatische Ebene projiziert denken sondern auch auf die psychische. Aber abgesehen von diesen beiden Gruppen von Kranken, gibt es andere, und das ist vielleicht die Mehrzahl, bei denen die Erschöpfung phasisch auftritt. Das heißt, diese Phasen von Erschöpfung dauern eine gewisse Periode des Lebens, um nachher zu verschwinden und vielleicht nach einigen Jahren wieder aufzutreten. Sieht man von symptomatischen Kennzeichen ab, so bietet die Erschöpfung andere Charakteristika, die sie den phasischen Krankheiten annähern. Es ist eine Erschöpfung, die morgens nach der Nachtruhe auftritt und im Laufe des Tages abnimmt, auch wenn der Kranke sich irgendwie aktiv betätigt hat. Die ersten Stunden der Nacht sind die besten für ihn. Wäre die Erschöpfung exogen bedingt, so müßte es gerade umgekehrt sein. Untersucht man die Weise, wie der Kranke seine Erschöpfung empfindet, so erkennt man unmittelbar ihren vitalen Charakter.

4. Ich schlage vor, die typischen Fälle von **visceraler Neurose** (Organneurose) in den thymopathischen Kreis einzuschließen. Ebenso wie die Angstdepressionen die Uebergangsbrücke zwischen den typischen Depressionen und der Angstthymopathie bilden, bilden die organischen Neurosen ihrerseits die Uebergangsbrücke zwischen der Angstthymopathie oder der typischen vitalen Angst und der wirklichen Neurose. Es gibt zwei entscheidende Gründe, welche die visceralen Neurosen der Angstthymopathie annähern: der erste ist ihr häufiger phasischer Verlauf. Der zweite bezieht sich darauf, daß die Angst das Hauptsymptom des klinischen Bildes ist. Bei den meisten cardialen, gastrischen, respira-

torischen und anderen Neurosen figuriert die Angst als eins der Hauptsymptome. In jeder beliebigen Beschreibung der sogenannten neurozirkulatorischen Asthenie ist die Angst eins der Basalsymptome. Die ausführliche Untersuchung der Ursprünge dieser Angst zeigt, daß sie fast immer eine primäre, unmotivierete Angst ist, die sich auf keine äußere Situation oder keinen inneren Konflikt bezieht. Natürlich gibt es außerdem eine Sekundärangst, die man bei vielen Kranken findet und die durch die Krankheit selbst erzeugt ist. Besser gesagt, durch die Reaktion des Ich oder der Persönlichkeit, die der eigenen Angsterfahrung gegenübersteht. Zwischen diesen beiden Arten von Angst kann ein wahrhafter „circulus vitiosus“ zustandekommen.

Das dritte Grundkennzeichen ergibt sich daraus, daß ein viscerales Symptom an ein bestimmtes Organ gebunden ist, sich in einer anderen Phase in einem anderen Organ manifestiert oder in einem anderen somatischen Bereich. Dies ist ein Punkt, dessen Untersuchung ich mich in der letzten Zeit nachdrücklich gewidmet habe, wenn auch diese Tatsache evident und durch viele Kliniker anerkannt ist. Ein Kranker leidet z. B. unter einer Colitis mucomembranosa, die einige Monate dauert und vorübergeht, um nach einem Intervall oder direkt durch eine andere Phase ersetzt zu werden mit Palpitationen oder präcordialer Angst und umgekehrt. Wir müssen die Geschichte der Kranken bis zu Ende lesen, ohne an Querschnitten hängen-zubleiben. Die Diagnose der cardialen, intestinalen und ähnlicher Neurosen ist eine Querschnittsdiagnose. Die Diagnose der Angststhyropathie beansprucht, die Geschichte des Kranken im Längsschnitt zu deuten. Bei vielen Kranken besteht eine chaotische und verworrene Symptomatik, ohne daß dabei ein besonderes Organ bevorzugt würde. Abgesehen davon, oszillieren neben den übrigen noch einige Symptome, die vegetativen, zentralen Dysregulierungen entsprechen, wie Dysthermien, Schlaflosigkeit, Schwankungen des Gewichts usw. Gewöhnlich werden solche Fälle als „Diencephalose“ diagnostiziert. Ihre Beziehungen zur vorigen Gruppe sind evident. Abgesehen von den vegetativen Dysregulationen, die man zu Zeiten durch besondere Untersuchungsmethoden, wie z. B. das Messen der Hauttemperatur, objektivieren kann, sind diese Zustände immer von subjektiven Symptomen begleitet, die zu demselben thymopathischen Kreis gehören.

Ich vertrete andererseits die Hypothese, daß die **Vitalstörungen** in der einen oder anderen Form an **diencephale Regulationen** gebunden sind. Diese Theorie

kann ich begründen mit den Tatsachen der klinischen Beobachtung und mit therapeutischen Ergebnissen. Häufig erscheinen in all diesen Kreisen Störungen des Trieb-
lebens, deren diencephale Regulation evident ist. Das Gefühl der Mundtrockenheit, das die Depressiven haben, ist der gemilderte Ausdruck einer Dysregulierung des Dursttriebs, die subjektiv so empfunden wird. Bei den sexuellen Störungen ist dies ebenso evident. Häufig habe ich Störungen des Gewichts beobachtet, die zyklisch auftraten, und deren diencephalischer Ursprung ebenfalls klar ist. Andererseits haben die Untersuchungen von *Hess* das Vorhandensein einer Motilität ergeben, die er „erismatisch“ nennt, das heißt basal, und die durch das Diencephalon geregelt wird. Vom ersten Augenblick an erweckten einige klinische Bilder meine Aufmerksamkeit, bei denen neben der Angst ein Schiefhals bestand. Auch diese Zustände traten phasisch auf.

Charcot wies in einer seiner berühmten Dienstagsvorlesungen auf ein Angstsymptom hin, neben dem gleichzeitig ein Torticollis bestand und darauf, daß beide Erscheinungen spontan nach einigen Monaten wieder verschwanden.

Beweiskräftiger als die bisherigen Gründe ist die therapeutische Erfahrung.

II. Zur Therapie der Angstzustände.

Ordnet man die Mehrzahl der Fälle, deren Symptom die Angst ist, der sogenannten Angstneurose oder der Angstreaktion ein, so erscheint natürlicherweise die Psychotherapie als die für alle diese Fälle am meisten adäquate Behandlung. Zweifellos hat die Psychoanalyse von allen möglichen Psychotherapieformen den größten Erfolg gehabt. Daneben gibt es aber Fälle, bei denen die Angst nur ein Symptom mehr ist in einer psychotischen Krise: z. B. die Angst, die gewisse Anfangszustände der Schizophrenie begleitet, die früher beschriebenen Formen der Angstdepression und die Angstkrisen, unter denen Hirnverletzte in bestimmten Konfliktsituationen leiden. In jedem dieser Fälle wird die Therapie der Grundkrankheit angepaßt sein, innerhalb derer die Angst nur eine Erscheinung oder ein Symptom unter vielen ist.

Dennoch halte ich hier daran fest, daß die meisten Fälle, die gewöhnlich als Angstneurose diagnostiziert werden, eine **vitale Grundlage** haben, die man endgültig als somatisch ansehen muß. Wenn dies sich wirklich so verhält, so muß die **somatische Behandlung** bessere Ergebnisse zeitigen als eine psychotherapeutische. Und so ist es auch.

Will man die therapeutischen Ergebnisse in allen Fällen der vitalen Angst werten, so muß man sich vergegenwärtigen, daß die meisten von ihnen phasisch verlaufen und infolgedessen auch eine Tendenz zur spontanen Remission haben. Das erklärt viele Erfolge, die man psychotherapeutischer Behandlung zuschrieb. In Wirklichkeit entwickelt sich die Krankheit während der psychotherapeutischen psychoanalytischen Behandlung, und es kommt der Augenblick, wo die Phase spontan abklingt und schließlich aufhört. Natürlich denkt der Psychotherapeut in diesen Fällen seiner Ueberzeugung gemäß, daß das Ergebnis von seiner Behandlung kommt. Dasselbe erlebte ich, wie schon erwähnt, bei vielen Fällen.

Man darf keineswegs die **psychotherapeutische Tätigkeit** für absolut unnütz halten, denn sie verhindert, daß die Angst sich in Symptome kristallisiert, z. B. in Phobien. Des weiteren hemmt sie die Ausbildung eines *Circulus vitiosus* und sie bedeutet in jedem Fall für die Dauer der Krise eine Stütze für den Kranken, was oft unersetzlich erscheint. Man muß also immer in der einen oder anderen Form psychotherapeutisch vorgehen, auch wenn man sich zur Behandlung der körperlichen Grundlage der Krankheit entschlossen hat. In einer anderen Arbeit versuchte ich darzulegen, daß dieser phasische Verlauf in den ersten, von *Freud* veröffentlichten Krankengeschichten erscheint, wo er die Diagnose Angsthysterie stellte. Besonders im Fall von Emmy von N., der in den Gesamtwerken *Freuds* als seine erste Krankengeschichte publiziert wurde, sieht man diesen Verlauf in Phasen. Nach der ersten Behandlung *Freuds* fällt die Kranke zweimal zurück, und bei jedem Rückfall wechseln die phobischen Inhalte. *Freud* selbst erkennt dabei die Wirkung eines außerpsychologischen Faktors an, den er neurotisch nennt und der die Krankheit mitbestimmt.

Ausgehend vom vitalen Charakter der Krankheit, bzw. von dem Hintergrund der biologischen Störung

und von der Analogie, die zwischen der Angstthymopathie und Zykllothymie besteht, dachte ich natürlicherweise, man könne auch beide gleich behandeln. Bekannt sind die ausgezeichneten Resultate, die sich bei den meisten Depressionen ergaben, wenn man sie mit Elektroschocks behandelte. Dennoch gab es zwei Gründe, den **Elektrokrampf** in vielen Fällen von Angstthymopathie nicht anzuwenden. Diese Gründe sind: 1. bestand ein Mißverhältnis zwischen der Therapie und der zu behandelnden Krankheit. 2. zeigte der Kranke auf Grund seiner Angst einen gewissen Widerstand gegen diese Art der Behandlung. Tatsächlich quält vom Standpunkt des von Angst bedrückten Kranken die Elektrobehandlung diesen gerade deshalb so besonders, weil der Elektrokrampf die Kontinuität des Bewußtseins zerreißt. Die dem Krampf folgenden körperlichen Beschwerden und sogar die Amnesie nimmt er weniger wichtig. Diese innere Erfahrung ist so außerordentlich und tiefgehend, daß man sie sogar während der Behandlung in Narkose (Pentothal und ähnliche Barbitursäurederivate) beobachten kann. Der Kranke empfindet ganz klar den Unterschied zwischen der reinen Wirkung des Pentothals und der, die von einer Krampfkrise begleitet ist oder sogar von einer Angstkrise, wenn es nicht zum Krampf kommt. Dennoch ist in manchen Fällen tiefer Angst, die eher zur Angstdepression als zur Angstthymopathie gehören, die Elektrotherapie unvermeidbar. In solchen Fällen geben wir den Elektroschock lieber bei Nacht, wenn der Kranke schon am Einschlafen ist. Die Injektion von Pentothal begünstigt das Einschlafen und unmittelbar nach dem Elektrokrampf gibt man eine starke Dosis Skophedal (Morphin -- Scopolamin) oder ein Barbitursäurepräparat. Damit erreicht man, daß der Kranke bis zum folgenden Morgen tief schläft. So macht man die Therapie für den Patienten erträglicher. Auf der Suche nach einem für die typische Angstthymopathie brauchbareren Mittel entschied ich mich für das **Acetylcholin**. *Fiamberti* hatte die Acetylcholinbehandlung der Schizophrenie, und zwar mit Krampfdosen vorgeschlagen. Er verwendet das Acetylcholinbromat (Pragmolin) in einer Dosis von intravenös 0,60. Injiziert man dies mit der nötigen Schnelligkeit, so kommt es zum Krampf mit Be-

wußtseinsverlust. Dem Krampf gehen vegetative Erscheinungen voraus, die der starken parasympathischen Reizung entsprechen und die das Acetylcholin hervorrufen. Der Kranke bekommt einen heftigen Hustenstoß, hat ein präcordiales Druckgefühl, Tränenlaufen, Hitzegefühl im Gesicht usw.

Man muß die Kranken der Angstthymopathie nach einer besonderen Regel behandeln. Man beginnt mit kleinen intravenösen Dosen und steigert diese allmählich, je nachdem, wie es der Kranke erträgt, bis es zum erwünschten vegetativen Schock kommt und sogar zu einem flüchtigen Bewußtseinsverlust. Behandelt man mit steigender Dosierung und im richtigen Rhythmus, so verliert der Kranke rasch die Furcht vor den Injektionen und verträgt sie ausgezeichnet. Selten sah ich Kranke, die eine Fortsetzung der Therapie ablehnten. Man macht den Patienten auf die Beschwerden aufmerksam, bevor er diese empfindet. In meiner Klinik benützen wir die von *Fiamberti* für die Schizophrenie empfohlenen Dosen nicht, sondern wir benützen das Chlorür des Acetylcholins bis zu einer Maximaldosis von 0,20 und bleiben dabei stehen. (Acetylcholin Roche.) Rhythmus und Anzahl der Injektionen gestaltet man individuell, von zwei intravenösen Injektionen täglich bis zu einer täglich oder 2—3 wöchentlich. Es ist nicht angebracht, die Gesamtzahl der Injektionen vorher festzulegen. Zahlreiche Fälle kommen bei dieser allgemeinen Behandlungsregel zur Heilung: man gibt drei Injektionen wöchentlich und 36 im ganzen.

Die Wirkung des Acetylcholins beruht vor allem auf der zentralen diencephalischen Reizung. Schon vor vielen Jahren hatte ich versucht, das Acetylcholin intramuskulär zu geben bei der symptomatischen Behandlung der Angst, da ich daran dachte, daß die Angstkrise eine Sympathicotonuskrise sei und das Acetylcholin ein Mittel mit Vagotonuswirkung. Dennoch ist die intramuskuläre Applikation ohne jeden Erfolg. Andererseits versuchte ich, Acetylcholin zusammen mit Prostigmin intramuskulär zu geben, damit das Acetylcholin nicht so schnell zum Abbau käme und seine Wirkung als Parasympathicusreizmittel entfalten könne. Die Ergebnisse waren in keiner Weise überzeugend. In anderen Fällen gab ich vor der intravenösen Acetylcholininjektion Prostigmin i.m. Dabei ist der vegetative Schock so intensiv, daß es zu einem echten Acetylcholin kollaps kommt. Trotzdem wirkt dies therapeutisch nicht besser, deshalb habe ich darauf verzichtet und bin zu der vorhererwähnten Standardmedikation zurückgekehrt. Diese Standardform kann man so einfach hand-

haben, daß man sie den Hausärzten und sogar den Pflegerinnen anvertrauen kann. Man behandelt gewöhnlich ambulant oder im Haus des Kranken. Der Kranke muß dabei nüchtern sein, das heißt, man gibt die Injektionen am Morgen oder vor den Mahlzeiten, jedenfalls immer außerhalb der Zeit, in der der Kranke verdaut.

Niemals bei Tausenden von Injektionen (ungefähr 12 000) wurde ein einziger Zwischenfall beobachtet. Manche Aerzte glauben, daß auf Grund der blutdrucksenkenden Wirkung das Acetylcholin bei Kranken mit Hypotension kontraindiziert wäre. Meiner Ansicht nach ist die Hypotension kein selbständiges Symptom sondern nur eins bei den Bildern der Angst oder der vitalen Asthenie. Eigentümlicherweise kann man beobachten, daß sich die Hypotension unter dieser Therapie bessert, da sich das ganze Syndrom bessert. In manchen Fällen kann man auch eine Besserung des Syndroms der Angst oder der Asthenie erzielen, ohne daß der niedere Blutdruck verschwände. Prüfen wir die **Ergebnisse dieser Therapie**, so müssen wir uns folgendes vergegenwärtigen: wenn die Tendenz zum phasischen Verlauf sehr manifest ist, so kann sehr wohl das Wiederauftreten der Phasen den guten Prozentsatz von Heilungen drücken, wenn man eine Katamnese der in vielen Jahren behandelten Fälle macht.

Dedichen hat die Ergebnisse untersucht, die man bei der Elektrobehandlung der Zykllothymie erzielt, und er ist zu dem Schluß gekommen, daß das Ergebnis dieser Therapie gleich Null ist. Dieser Schluß stimmt, wenn man unter Therapie nur das Verhindern neuer Phasen verstehen will. Er ist jedoch völlig falsch und irrig hinsichtlich der therapeutischen Wirkung in der Phase selbst. Ist es nicht wichtig, daß eine Melancholie, die an sich 6, 8 oder 10 Monate dauern würde, auf zwei bis drei Wochen verkürzt wird, wenn man bedenkt, wie furchtbar der Kranke leidet und wie oft er außerdem der Gefahr des Selbstmordes ausgesetzt ist und wie erleichtert er andererseits ist nach der dritten oder vierten Behandlung?

Aehnlich ist es bei der Thymopathie. Dennoch sind die Unterschiede zwischen Fällen, die jahrelang behandelt oder nicht behandelt wurden, evident, da in vielen Fällen der phasische Verlauf nicht so unbedingt und heftig ist wie bei der Zykllothymie. Ueberdies ver-

hindert das schnelle Abdrosseln der Angst die Kristallisation von Symptomen und, wie wir vorher sahen, das Zustandekommen eines Circulus vitiosus, was die Therapie später erheblich erschwert. Es ist ein großer Unterschied, ob man einen Agoraphoben in den ersten Wochen behandelt, in denen das Syndrom sich erst herausbildet, oder ob man einige Jahre später zu behandeln beginnt, wenn es bereits den ganzen Lebensentwurf des Patienten der Agoraphobie untergeordnet hat.

Bis jetzt habe ich zwei Reihen von **Katamnesen** von Kranken gemacht, die seit fünf Jahren behandelt worden waren, die eine in meiner Privatklinik, die andere im Provinzialkrankenhaus. Die Ergebnisse sind in diesem besser als in der Privatklinik und das, weil in die Sprechstunde des Hospitals im allgemeinen mehr akute und beginnende Fälle kommen als in die Privatsprechstunde. Es wurden 100 Fälle ausgewählt, die 1945 als Angstthymopathie diagnostiziert worden waren.

19 behandelte man nicht und sie entwickelten sich spontan folgendermaßen: 3 kamen von selbst zur Heilung, 3 besserten sich soweit, daß sie wieder normal leben konnten, und 13 sind gegenüber der ersten Konsultation unverändert. Von den restlichen 81 Kranken wurden 31 ohne spätere Rezidive geheilt. 13 hatten Rezidive in einem Zeitraum von ein bis drei Jahren und auch diese kamen (ebenfalls) zur Remission. 18 besserten sich soweit, daß sie wieder normal leben und arbeiten konnten und bei 19 zeigte sich keinerlei Besserung. Von den 13 Kranken, die in dem Zeitraum von ein bis drei Jahren Rückfälle hatten, ließen sich 5 wieder behandeln und wurden neuerdings geheilt. Bei 6 von ihnen war die Symptomatik so gemildert, daß sie sie nicht am normalen Leben hinderte und 2, die sich nicht wieder behandeln ließen, waren unverändert im Augenblick der Beobachtung. Im ganzen waren mit den Geheilten und gut gebesserten Kranken 60% also wieder hergestellt. Von den übrigen 40 Kranken wurden 19 nicht behandelt, 19 blieben unbeeinflusst und 2 fielen nach einer ersten Behandlung wieder zurück. Meine Gesamterfahrung umfaßt die Behandlung von ungefähr 2000 Kranken.

Bei all diesen Fällen wurde keine Art Psychotherapie angewandt, abgesehen natürlich von der allgemeinen psychotherapeutischen Tätigkeit des Arztes, die sich auf jeden Kranken erstreckt. Ohne Zweifel könnte man bei manchen von den Fällen, bei denen die Symptome bestehen bleiben,

eine bessere Anpassung an das Leben erzielen, wenn man die biologische durch die psychotherapeutische Behandlung ergänzte.

Wir haben nicht nur mit dem Acetylcholin zu behandeln versucht. Wir machen mit anderen Präparaten ebenfalls Versuche in meiner Klinik, in der wir immer von der Idee des diencephalischen Ursprungs der vitalen Angst ausgehen und von der Behandlungsmöglichkeit mit vegetativ-diencephalischen Stößen. In den letzten zwei Jahren machten wir Versuche mit dem Ammoniumchlorid, mit i.v. Injektionen von Pikrotoxin, mit Nikotinsäure, mit Apomorphin, mit Dilvasen und anderen Präparaten. Wir hatten dabei die Vorstellung, wir könnten je nach der Symptomatologie verschiedene Indikationen gewinnen. Bis jetzt konnten wir den therapeutischen Nutzen noch nicht mit der nötigen Klarheit herausarbeiten. Mit dem Dilvasen erzielten wir Resultate, die denen des Acetylcholins ähnlich sind, und mit dem Ammoniumchlorid hatten wir ebenfalls ausgezeichnete Erfolge. Von dem vegetativen Schock mit Pikrotoxin jedoch haben wir Abstand genommen, weil es die Kranken sichtlich reizbarer machte.

Im ganzen glauben wir, daß das Hereinnehmen vieler Fälle von Angstneurose, auch wenn sie psychogen überlagert ist, neue Wege zur Therapie dieser Krankheit eröffnet, haben die Symptome dieser Angstneurose doch als Grundlage oft eine endogene und vitale Störung. Die spätere Beobachtung wird zeigen, ob diese tatsächlich in irgendeiner Form an Veränderungen der diencephalischen Regulation gebunden sind. In jedem Fall aber hat eine Therapie, die auf die Umstimmung der anomalen Funktion dieser Regulation zielt, zweifellos großen Erfolg.

Schrifttum

— *Fiamberti*: Premier Congrès Mondiale de Psychiatrie. Rapport t. 4 Hermann, Edit. Paris 1950. — *Freud*: Gesammelte Schriften. Leipzig. Wien, Zürich. Internat. Psychoanal. Vlg. 1925—1928. — *Hess, W. R.*: Die funktionelle Organisation des vegetativen Nervensystems. Basel 1948. — *Kraepelin*: Psychiatrie. 8. Aufl. Barth, München. — *Kretschmer*: Körperbau und Charakter. 19. Aufl. Heidelberg-Berlin 1948. — *Lersch*: Aufbau der Person. 5. Aufl. Barth, München 1952. — *Leonhard*: Involutive und idiopathische Angstdepressionen. Thieme Vlg., Leipzig 1934. — *Lopez-Ibor*: La Angustia vital. (Patología general psico-somática.) Ed. Paz Montalvo, Madrid 1950. — *Panse*: Angst und Schreck. Thieme Vlg., Stuttgart 1952. — *Scheler*: Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Halle 1916. — *Schneider*: Klinische Psychopathologie. 3. Aufl. Thieme Vlg., Stuttgart 1950.

Anschr. d. Verf.: Madrid, Neuropsychiatr. Klinik,
General Goded 19

E. Mühlthaler's Buch- und Kunstdruckerei G.m.b.H., München 2