

Sonderabdruck aus Band X, Heft 3—4, 1955

**WIENER ZEITSCHRIFT
FÜR NERVENHEILKUNDE UND DEREN GRENZGEBIETE**

Schriftleitung: H. Hoff und H. Reisner, Wien

Springer-Verlag in Wien

Alle Rechte vorbehalten

Aus der Neuropsychiatrischen Klinik und Psychosomatischen Abteilung der
„Consejo Superior de Investigaciones Cientificas“.

Die Dynamik der Angst.

Von

Prof. Juan José López-Ibor, Madrid.

Kaum ein Ausdruck wird zur Bestimmung der geistigen Situation des modernen Menschen häufiger gebraucht als das Wort „Angst“. Jede geschichtliche Epoche charakterisiert sich durch eine bestimmte Gemütslage; daher werden jene Krankheiten, die, wie z. B. die Neurosen, in irgendeiner Form eine menschliche Situation zum Ausdruck bringen, von der geschichtlichen Wirklichkeit gewissermaßen mitbestimmt.

Wir brauchen gar nicht lange in der Vergangenheit zu suchen; ein Vergleich mit den Krankheitsbildern, die zu CHARCOTS Zeiten die Salpêtrière bevölkerten, genügt. Unzweifelhaft haben wir es mit den gleichen Krankheitstypen zu tun, nur hat sich der Stil ihrer Ausdrucksformen gewandelt.

Die vitale Krise, die jeder Neurose zugrunde liegt, bahnt sich in einigen Fällen über das Nervensystem einen Weg nach außen, wobei dann Lähmungserscheinungen, Zuckungen oder hysterische Amaurosen auftreten; in anderen Fällen wieder schlägt sie sich ins Innere und erscheint als viszerale, organische, phobische oder Angstneurose.

Dieser Wandel in den neurotischen Erscheinungsformen ist mit dem Geist der Zeit eng verbunden. In den letzten Jahren hat eine Wendung zum Innern stattgefunden, weshalb auch das Thema der Angst so sehr in den Vordergrund gerückt ist. Dieser Vorgang tritt auf verschiedenen Ebenen gleichzeitig in Erscheinung. Darum können wir auch eine Übereinstimmung zwischen den Lieblingsthemen der Existenzialphilosophie und den schwersten Leiden unserer Kranken feststellen.

Diese Übereinstimmung stellt uns eine Reihe interessanter Probleme der gegenseitigen Beziehungen zwischen den Arten des Denkens und denen des Krankwerdens. Auf dem Gebiete der Philosophie war es KIERKEGAARD, der sich erstmalig eingehender mit dem Thema der Angst beschäftigt hat. Liest man aufmerksam sein Tagebuch, so erkennt man deutlich, wie tief dieses Thema seiner eigenen Persönlichkeit ver-

bunden war. KIERKEGAARD litt aller Wahrscheinlichkeit nach an depressiven Angstphasen und auf Grund seiner Angstkrisen enthüllten sich ihm ungeahnte Umriss des menschlichen Seins. In seinem Falle war die Krankheit Anlaß zu einem bestimmten, philosophischen Schöpfungsakt. Es kann andererseits auch kein Zweifel darüber herrschen, daß die Rationalisierung und technische Durchdringung der modernen Welt machtvoll dazu beigetragen haben, den Menschen in eine Situation tiefster Einsamkeit zu stürzen, in der sich sein Wesen deutlicher als sonst als ein angsterfülltes Sein enthüllt.

Keine Erfahrung vermag die Struktur des menschlichen Daseins besser bloßzulegen als gerade die Angst. BOLLNOW weist darauf hin, daß auch andere Gemütszustände als Grundlage einer Hermeneutik des menschlichen Daseins dienen könnten, wie z. B. die Langeweile oder die dionysische Begeisterung. Dies ist wohl richtig, doch gewährt von allen möglichen Wegen die Analyse der Angst den weitaus tiefsten Einblick. Der Alltag wird erlebt, ohne daß man an die Angst denkt; in der Angstkrise aber tritt uns entgegen, was das menschliche Dasein wirklich ist.

Die Angst besitzt nicht nur einen negativen Wert. Mit STRANSKY können wir sehr wohl fragen: „Schädigt oder fördert die Angst den Lebensprozeß oder tut sie sowohl das eine wie das andere und inwiefern ist sie in diesem wie in jenem Sinne wirksam?“

Der Mensch steht zu seiner Umwelt immer in irgendeiner Beziehung. Auf Menschenart leben, heißt sich projizieren. In der Angstkrise verschwindet jedes Beziehungssystem und das Dasein erscheint in seiner ursprünglichen Blöße. Mit dem Verschwinden des Beziehungssystems tut sich das Nichts auf. Die Angst ist die Offenbarung des Nichts.

Den Philosophen ist es gelungen, die ontologische Struktur des menschlichen Daseins erschöpfend zu analysieren; diese Struktur ist nun die gleiche, die beim angstbefallenen Kranken auf ontischer Ebene zu entdecken ist. Der Kranke beschreibt mit alltäglichen Ausdrücken oder zeigt durch Symptome einen Gemütszustand, in dessen innerstem Kern wir dieselben Grundformeln antreffen, die uns schon die existenzielle Analyse erschlossen hat.

Im Kern jeder Neurose lauert die Angst; sie bildet deshalb nicht nur das Achsensystem, sondern auch die eigentliche Grundlage der Neurose. Die übrigen neurotischen Erscheinungen müssen als Epiphänomene betrachtet werden.

Die zwischen Angst und Furcht ermittelten Unterschiede sind heute klassisches Gemeingut und haben bei bedeutenden Philosophen- und Psychologenschulen, von den Existenzialisten bis zu den Psychoanalytikern, Annahme gefunden. Furcht hat man vor etwas Wirklichem und fest Umrissenem, Angst jedoch vor einer Gefahr, die vom Unbekann-

ten her droht. Die Meinungsverschiedenheiten zwischen den einzelnen Autoren haben ihren Ursprung im Zweifel über die Herkunft der Angst. Bei der Furchtreaktion ist die Gleichung „Anreiz—Gegenwirkung“ unter normalen Umständen klar und ausgewogen. Die Anomalie rührt von einer Unausgewogenheit her. Der Normale wird vor einer Gefahr, z. B. einem Bombenangriff, fliehen oder sich einen angemessenen Schutz suchen. Der Anomale dagegen wird nicht so reagieren, sondern er wird z. B. mit Bewußtseinsstörungen (Dämmerzustand) mitten in der größten Gefahrenzone spazierengehen. Die Anomalie in der Reaktionsweise kann auch auf andere Art auftreten, so z. B. in Form einer erhöhten Intensität oder eines exzessiven Fortdauerns des die Furchtreaktion begleitenden Zitterns. Diese quantitative Zunahme oder längere Dauer ist es, welche diese Menschen zu Kranken werden lassen. Es bleibt dann einer späteren Untersuchung überlassen, die Grundlagen dieser unangemessenen Reaktion aufzuspüren, die entweder in der Konstitution des Kranken zu suchen sind oder bei irgendeinem Ereignis, das die Entwicklung seiner Persönlichkeit beeinflußt hat (psychisches Trauma).

Doch hören wir uns an, was die Kranken selber erzählen. Befragt man eingehend einen Angstneurotiker, so stößt man stets auf zwei Gattungen der Angst: Die Angst, verrückt zu werden, und die Angst vor dem Tode. Die klassische klinische Medizin beschreibt uns eine Fülle von Phobien; früher erfand man für jede einzelne von ihnen einen Namen, doch kommen diese immer mehr aus dem Gebrauch, und zu Recht, denn die Phobie jedes Kranken ist nur ein individueller Weg, die Angst zu erleben, der von den besonderen Umständen der Entwicklung der Persönlichkeit näher bestimmt wird; letzten Endes gehen aber alle Phobien auf diese eine zurück: Angst vor der Angstkrise in ihrer elementaren Form. Der an Agoraphobie Erkrankte kann deshalb den Platz nicht überschreiten, weil er fürchtet, daß ihm beim Überqueren „Dies“ zustoßen könnte; und jener andere, der nicht imstande ist, einen Zug ohne Begleitung zu besteigen, verhält sich so, weil er einen Anfall der Angstkrise im Zug befürchtet. Eine überaus wichtige Aufgabe der klinischen Analyse besteht darin, das wirre Gestrüpp der Schmerzen und Leiden des Kranken zu durchdringen und einen Einblick in diese Angst vor dem Wahnsinn und vor dem Tode zu gewinnen, die in der Tiefe jedes Angstbeladenen zu finden ist. Der Kranke wird sagen, er fürchte sich vor einem Schlaganfall oder vor einem Krebs oder er empfinde ein Hitzegefühl im Kopf oder präkordiale Beklemmungen. All das sind Ausdrucksformeln derselben ursprünglichen Erfahrung, der Angst schlechthin.

Die Krise wird im Grunde auf eine der beiden erwähnten Arten erlebt; als Angst vor dem Wahnsinn oder als Angst vor dem Tode. In jeder Beschreibung, die uns ein Angstbeladener liefert, treffen wir auf

einen Ausdruck, der auf diese Situation anspielt. Bei FREUDS berühmtem Fall Emmy de N. — der erste, den er allein, ohne die Mitarbeit BREUERS, veröffentlicht hat — kommt zu wiederholten Malen die Furcht vor dem Wahnsinn, zusammen mit anderen Phobien, an denen die Kranke litt, zum Ausdruck.

Welche Bedeutung besitzt die Furcht vor dem Wahnsinn? Untersucht man einen zur Selbstbeobachtung besonders geeigneten Kranken, so gelangt man zu der Erkenntnis, daß die Furcht vor dem Wahnsinn in Wahrheit die Furcht vor einer Auflösung der eigenen Persönlichkeit ist. Das ist eine Formulierung desselben Faktums mittels psychologischer Termini, das der Kranke oft erfolglos zu erklären versucht.

Das Bewußtsein von der Persönlichkeit besteht gerade in dem Bewußtsein von der Einheit in Zeit und Handlung. Meine Persönlichkeit ist mein „Ich“. Vom Ich kann man in der Psychologie zwei Deutungen geben: eine auf den Inhalt und eine auf die Form bezügliche. Lassen wir jedoch für jetzt dieses Problem beiseite und beschränken wir uns auf eine rein psychologische Beschreibung der Erfahrungen des Ichs, so sehen wir, daß das Ich eine Art Mittelpunkt bildet, von dem die gesamte psychische Tätigkeit ausgeht. Ich habe meine Empfindungen, meine Gedanken, meine Affekte usw.; neben dieser formellen Einheit behauptet das Ich seine Identität im Ablauf der Zeit. Ein Gedanke von vor einem Jahr ist ein Erzeugnis der Tätigkeit desselben Ichs, das auch heute tätig ist. Ungeachtet aller Unterschiede, die zwischen dem Jüngling, dem erwachsenen Mann und dem Greis bestehen, weiß „Er“ doch, daß er derselbe ist. Möglich, daß der Metabolismus seiner Zellen alle Substanzen, aus denen er bestand, umgebildet hat, daß seine Sauerstoff-, Stickstoff- und Kohlenstoffatome völlig andere sind, und daß diejenigen, die er als junger Mann besaß, heute in einem anderen Menschen oder im Humus der Erde Platz gefunden haben; dennoch schließt diese Möglichkeit einer vollständigen Metamorphose seiner physischen Bestandteile keineswegs aus, daß jenes Ich sich als sich selbst fühlt, und daß auch wir diesen Menschen für den gleichen halten, den wir vor zehn oder zwanzig Jahren kennengelernt haben.

Nun liefert aber das bisher Gesagte nur Angaben, die aus der Beschreibung des Ichs gewonnen wurden; wie aber wird dieses Ich, das jeder von uns ist, gelebt?

Ein Kranker berichtet mir folgendes Erlebnis: Er ist im Zeltlager für militärische Ausbildung und liegt zur Mittagspause in der Sonne. Nach einem längeren Ausmarsch ist er sehr müde. Er begann in einer Zeitschrift einen Artikel mit dem Titel „Der Mensch und Ich“ zu lesen. Es überraschte ihn, das Wort Ich mit großen Buchstaben geschrieben zu sehen, wodurch es sich von den anderen abhob. Es kam ihm wie eine Respektlosigkeit vor. Während er ausruhte und die Gegenstände in

seiner Umgebung betrachtete, erschienen ihm diese sinnlos und leer. Es war vollkommen absurd, daß diese Gegenstände vorhanden waren. Die Welt konnte ihrer entraten; deshalb erschienen sie sinnlos. Dieses Erleben löste in ihm das Erlebnis der Leere aus. Und wenn nun alles leer war, wo sich dann festhalten? Übrig blieb nur er — sein „Ich“ — einer Welt gegenüber, die in Nichts zerfloß. Wenn er aber allein übrig blieb, was war er dann? Wo war er? „Wer bin ich?“, sagte er sich. Und verfiel in eine heftige Angstkrise.

Während der Krise nahm seine Suche nach dem Ich ihren Fortgang. Ihm wurde klar, daß man nicht fragen konnte: Was bin Ich? Diese Frage hatte keinen Sinn. Das Ich ist kein Gegenstand. Man konnte nur fragen: „Wer bin Ich?“ Dieser Unterschied zwischen dem „Was“ und dem „Wer“ bedeutet etwas Grundlegendes. Das Ich wird nur in seiner Tätigkeit erlebt. Das Ich an sich ist, wenn es nicht handelt, eine leere Stelle, ein Hohlraum, die Erfahrung des Nichts.

Gewöhnlich gelangen die Kranken bei der Erfahrung der Angst nicht in solche Tiefen: sie fürchten den Wahnsinn, weil sie die *Bedrohung* der Einheit ihrer Person durch die Auflösung, die Auflösung ihres „Ichs“, erleben. Diese Auflösung des Ichs ist ein Fehlen des Bewußtseins, daß sie da sind; daher auch ihre Befürchtung, in Ohnmacht zu fallen, das Bewußtsein zu verlieren. Hat der Kranke Angst, über eine Straße zu gehen oder in einem geschlossenen Raum zu bleiben, so deshalb, weil er Angst hat, ohnmächtig zu werden. Zu dieser Grunderfahrung können abstufende Nebenumstände treten, wie z. B. die Furcht, daß niemand da ist, der helfen könnte, oder jene andere, Aufsehen zu erregen oder dem Ungeheuer, das man in sich trägt, die Zügel schießen zu lassen, d. h., sich wie ein richtiger Verrückter zu benehmen, der absonderliche Dinge tut.

Es handelt sich aber nicht um eine alltägliche Ohnmacht. Der Verlust der Einheit des Ichs bedeutet, daß sich all das, was das Ich zusammenhält, lösen kann. Was hält denn das „Ich“ zusammen? Das Ich gibt dem „Es“ die Form; im Es befinden sich die chaotischen Kräfte der Persönlichkeit, der Triebe.

Man ist berechtigt, einer monogamen oder einer polygamen Theorie des Trieblebens das Wort zu reden; für unseren Fall ist es belanglos, ob wir von einer einzigen Triebhaftigkeit oder von mehreren Trieben oder Triebbündeln sprechen. Das sind bloße Gesichtspunkte bezüglich der Darstellungsweise. JUNG setzt die Triebhaftigkeit mit der Libido gleich. Für FREUD gibt es zwei grundlegende Triebe: den sexuellen und den Aggressionstrieb. Ich will hier keine kritische Untersuchung der beschreibenden Theorie der Triebe anstellen, wohl aber möchte ich darauf hinweisen, daß der Angstneurotiker in seiner Krise eine Auslösung eben dieser seiner Aggressionstriebe fürchtet. Die Angst vor dem Wahnsinn

oder vor der Ohnmacht in Gegenwart anderer ist die Angst, seinen animalischen — d. h. apersönlichen — Trieben freien Lauf zu lassen. Im Grunde also aufzuhören, eine Person zu sein. Im weiteren werde ich noch näher auf diesen Punkt eingehen.

Natürlich kann die Angst auch in konkreteren Formen erlebt werden. Häufig trifft man z. B. auf eine Phobie vor Messern oder spitzen Gegenständen usw. Die Psychoanalyse deutet sie als Phobien mit sexuellem Inhalt; der spitze Gegenstand ist ein phallisches Symbol. Es genügt, dem Kranken zuzuhören, um sich davon zu überzeugen, daß dies häufig gar nicht der Fall ist. Z. B. berichtet mir eine Mutter, daß sie keine Messer sehen kann, weil sie fürchtet, ihren Sohn, wenn die Krise sie befällt, zu töten, *ohne es zu merken*. Deshalb unterwirft sie ihr Betreten der Küche und ihren Umgang mit Messern bei Tisch einer Reihe von Schutzriten; so hält sie z. B. darauf, daß bei diesen Gelegenheiten immer jemand bei ihr ist, weil sie sich dann beschützt fühlt.

Es gibt daneben noch eine andere Gruppe von Kranken, die auf dem Höhepunkt der Angstkrise im wesentlichen Furcht vor dem Sterben haben. Auch diese Erfahrung ist einer Analyse wohl wert. Die Furcht vor dem Tod müßte eigentlich bei jedem Sterblichen anzutreffen sein, der von dessen Existenz weiß. SCHELER hat gesagt, daß der Mensch selbst dann Angst vor dem Tode haben würde, wenn ihm seine Erfahrung nicht schon sagte, daß er zu sterben hat. Ihm zufolge existiert in jedem Lebewesen eine Wachstumsspannung, die selbst schon einen Verfall mit sich bringt, der sein Ende im Tode findet. Es ist dies die Entropie der Lebewesen. Einen ähnlichen Gedanken formuliert FREUD in der ersten seiner „metapsychologischen“ Studien, die er dem Todestrieb gewidmet hat.

Bewegen wir uns jedoch auf der Ebene der Psychologie und nicht auf derjenigen der Metapsychologie, so können wir feststellen, daß diese Angst vor dem Tode im normalen Menschen nicht sehr ausgeprägt ist. Sie muß sogar gepflegt werden, um das religiöse Gefühl zu entfachen oder gar erst zu schaffen. Das aus dem Vollen gelebte Leben neigt dazu, die Tatsache des Sterbenmüssens zu ignorieren. Der Soldat geht fröhlich mit der Überzeugung in den Kampf, daß es heute nicht ihn, sondern einen andern erwischen wird. Die maurischen Soldaten erzählten sich während des spanischen Bürgerkrieges, jede Kugel komme mit einer Karte angefliegen, auf der der Empfänger schon angegeben sei. Der Tod wird also nicht auf eine persönliche Weise erlebt; geschieht dies aber, so überfällt den normalen Menschen die Angst.

Was geht aber nun in dem Kranken vor sich, der eine rein neurotische, präkordiale Angstkrise hat? Er fürchtet den Tod. Haben wir es jedoch auch hier wieder, wie vorhin, mit einer zur Selbstbeobachtung besonders geeigneten Persönlichkeit zu tun und fragen wir sie, wie sie den Tod

vorausempfindet, so werden wir zur Antwort bekommen: *als Aufhebung des eigenen Seins*, d. h., *als das Nichts*. Besitzt der Kranke religiösen Glauben, so wird er sich der Pein, die dieses Vorgefühl in ihm entfacht, mit dem Gedanken an das jenseitige Leben, an die Fortdauer seines persönlichen Ichs usw. erwehren. Der spanische Schriftsteller UNAMUNO erlebte in dieser Form die Angst vor dem Tod und schuf als ausgleichendes Moment seine These von der persönlichen Transzendenz.

Die Angst in ihren beiden Formen — Furcht vor dem Wahnsinn oder Furcht vor dem Tod — ist also kurz gesagt *stets das Vorgefühl des Nichts*. Das Nichts kann nicht erkannt, sondern nur vorgefühl werden. So wird nun deutlich, wie die psychopathologischen Erfahrungen und die Postulate der Existentialphilosophie miteinander verbunden sind.

Woher kommt aber nun die Angst? Zu Anfang glaubte FREUD, daß sie ihren Ursprung in einer anomalen Verdrängung der Libido habe (z. B. sexuelle Enthaltensamkeit). So sprach er von der Angst der unbefriedigten Witwen, der enthaltensamen unverheirateten Männer usw. Es brauchte aber der Erörterungen mit LOEWENFELD gar nicht, um seine Ansichten zu berichtigen, sondern es genügte der spätere Verlauf seiner Erfahrungen, um diese erste Formulierung der Angstgenese richtigzustellen.

Die Angst rührt von einem Wandel der Dynamik in der Struktur der Person her. „Realgefahr ist eine Gefahr, die wir kennen, Realangst die Angst vor einer solchen bekannten Gefahr. Die neurotische Gefahr muß also erst gesucht werden; die Analyse hat uns gelehrt, daß sie eine Triebgefahr sei. Indem wir diese dem Ich unbekannte Gefahr zum Bewußtsein bringen, verwischen wir den Unterschied zwischen Realangst und neurotischer Angst, können wir die letztere wie die erstere behandeln“ (FREUD)*.

Die neurotische Angst rührt also von der Bedrohung her, welche die Triebe auf das Ich ausüben. Diese Bedrohung geht auf geschichtliche Umstände zurück, welche die Entwicklung der Triebe beeinflußt und sie mit dieser traumatisierenden Fähigkeit ausgestattet haben. Das Ich hat im Drama der Angst bei einer derartigen psychoanalytischen Betrachtungsweise eine fast passive Rolle.

Die neo-analytischen Schulen (ALEXANDER) machen auf die Schwäche des Ichs aufmerksam. „The neurotic condition is the result of the ego's failure to accomplish its function, which consists in finding gratification for subjective needs in a way that maintains harmony between the various aspects of the personality and the environment.“ Vergleicht man dies mit FREUDS Schema, so ergibt sich deutlich eine Verschiebung des energetischen Poles.

* SIGM. FREUD: Gesammelte Werke, Bd. XIV, S. 198. London: Imago Publishing Co. Ltd. 1948.

Meiner eigenen Ansicht nach fühlt sich das Ich in der Angstkriese in der Tat bedroht, wie ich vorher schon sagte, und zwar von einer Gefahr, die von überall und nirgends kommt. Die Gefahr steigt auf aus dem tiefsten Innern des Ichs und ist ihm wesentlich verbunden. Würde sich die Gefahr verwirklichen, so verschwände das Ich; ein solches Verschwinden des „Ichs“ ist aber kein Leiden mehr, sondern das Aufhören des Leidens. Diese besondere Situation kann uns die rätselhaften Beziehungen erhellen, die sich zwischen der in der Angstkriese erfahrenen Furcht vor dem Tod und dem Selbstmord knüpfen, und uns zeigen, wie dieser, indem er zum Tode führt, als Befreiung von der Angst erscheint, d. h. von dem Leiden selbst, das von dem Gespenst des Todes als dem Abbild der Erfahrung des Nichts hervorgerufen wird.

Bei anderen Formen der Krise wird die Bedrohung nicht als eine existentielle Aufhebung des Ichs empfunden, sondern nur als eine Auflösung oder als eine Verrenkung. Die Einheit des Ichs wird in der eigenen Tätigkeit erlebt; es ist eine zerbrechliche Einheit, die sich auf den zahlreichen Antinomien aufbaut, die auf dem Grunde des menschlichen Seins ruhen. Ein Beispiel dafür liefert die Ambivalenz weiter Gebiete des Affekt- und Trieblebens. Der Begriff der Ambivalenz ist von BLEULER eingeführt worden, um die Psychopathologie der Schizophrenie zu deuten, doch bildet die gemilderte Ambivalenz einen Bestandteil jedes normalen Lebens. Die menschliche Existenz baut sich auf dem Absurden auf. Im normalen Leben tritt die Ambivalenz nicht offen zutage, kaum daß sie bei einem Zweifel oder einer Verlegenheit erfüllt wird, was sie aber nicht hindert, auf die Tätigkeit abschattend einzuwirken. Es steht hiemit ähnlich wie mit den Erscheinungsformen der Gene; jedes Paar Allelomorphe wird durch ein dominierendes und ein rezessives Gen gebildet; das rezessive hat aber weder seine Energie, noch seine Tätigkeit eingebüßt, nur steht es eben nicht im Vordergrund. Der ambivalente Trieb wird, wenn auch verkappt, in Situationen auftreten, in denen man ihn am wenigsten erwartet hätte. In der Synthese des Ichs wird ein Gleichgewichtszustand aller Strebrichtungen des Es erreicht, deren natürliche Form das Chaos sein würde. Wenn in der Angstkriese dem Ich Auflösung droht, erwachen alle verborgenen Kräfte. Das Ich fürchtet sich dann vor seinen eigenen unterschwelligem Triebkräften und fürchtet besonders diejenigen, die in der gegebenen Lage am gefährlichsten werden könnten; die Angst hat daher im Ich ihren Ursprung und zugleich auch ihren Zuschauer.

In der Krise ist dem Kranken, als könne alles geschehen. Tautologisch könnten wir sagen, daß dann jede Möglichkeit möglich wird. Im normalen Leben fühlt man sich zu diesem oder jenem fähig; doch finden diese Fähigkeiten in der Stellung jedes einzelnen als Person ihre Grenzen. Die Begrenzungen haben einen doppelten Ursprung, einen äußeren und

einen inneren. Die äußeren Begrenzungen ergeben sich aus dem Zwang, dem uns die physischen Kräfte der Natur unterwerfen. Die inneren Begrenzungen sind die eigentlich menschlichen, sind diejenigen, die einem jeden das Bewußtsein, Person zu sein, verleihen. Die ethischen Werte, die Beherrschung der Triebe usw., sind jedes für sich ein Glied dieser inneren Ankettung. Das Dasein ist nicht ein unbegrenzter Entwurf von Möglichkeiten, da es neben den physischen Unmöglichkeiten noch andere gibt, die sich aus der Eigentümlichkeit des Seins ergeben. Die ursprüngliche Faktizität des Seins erfährt in dieser Begrenzung ihre Übertragung in die Ebene des Künftigen. In der Angstkrise öffnet sich der Fächer der Möglichkeiten auf eine erschreckende und unbegrenzte Weise; alles wird möglich, ist erst einmal die Kontrolle über das Ich verloren gegangen; alles kann geschehen, wenn die Vertrauensbeziehung, die sich zwischen dem Ich und der Welt geknüpft hat, zerbricht. Hier tauchen dann die Phobien auf. Daher ist die Angst mit KIERKEGAARDS Worten „die Wirklichkeit der Freiheit als Möglichkeit vor aller Möglichkeit“.

In der Krise erscheinen eine Reihe einander entgegengesetzter Impulse. Am heftigsten von allen tritt der Aggressionstrieb auf, heftiger noch als selbst der Geschlechtstrieb. Die Krise besteht aus einer steigenden und fallenden Kurve dieses Systems von Möglichkeiten. Ist sie vorüber und hat der Pat. seine Ruhe wiedererlangt, dann denkt er: „Im Grunde war es eigentlich gar nichts.“ In dieser banalen Ausdruckweise hat BOLLNOW den Ausgangspunkt der Existentialphilosophie sehen wollen; doch dieses Nichts nach der Krise ist nicht das Nichts, das in ihrem Kern in Erscheinung tritt. Es ist die Verneinung der überstandenen Gefahr, nicht aber die Verneinung der Existenz des Seins.

Die Dynamik, die sich zwischen den Trieben, die drohen, und dem Ich, das dieser drohenden Überflutung zu unterliegen fürchtet, ergibt, stellt uns ein hochinteressantes Problem; nämlich das der *Autentizität der Person*. Der Psychoanalyse zufolge erwächst die Autentizität der Person aus den Trieben, die, von keiner Wirklichkeit und keinem Über-Ich entstellt oder maskiert, als reine Kraft oder dynamische Prinzipien erscheinen. Aber die Analyse der Angstkrisen der Kranken zeigt uns, daß die Autentizität der Person nicht bei der Stoßkraft der Triebe, sondern beim Prinzip des Ichs liegt, das jenen Form und Richtung verleiht. Auf keinen Fall darf man aus der Tatsache, daß der an Phobien Erkrankte glaubt, man könne ihn für einen Homosexuellen halten, schließen, er sei nun wirklich ein maskierter oder verkappter Homosexueller; ebensowenig wie die Mutter, die sich vor den spitzen Gegenständen fürchtet, ihre Söhne wirklich töten will. Wir tragen alle in unserm Innern das Ungeheuer unserer Triebe, aber das Person-Sein besteht nicht in der Befreiung des Ungeheuers, sondern in seiner Anpassung und

Beherrschung. Wenn KIERKEGAARD nach einer Unterhaltung mit seinem Vater über den großmütigen Räuber vor seinem Spiegelbild erschrickt, so deshalb, weil er in seinen angsterfüllten Zügen die Möglichkeit sieht, von seinen Aggressionstrieben fortgerissen zu werden. Das ist eine bei Kranken häufig beobachtete Erscheinung; überdies ist oft schon dieses Sich-vor-den-Spiegel-Stellen eine Art des Sich-Fragens: „Wer bin ich?“, mit anderen Worten, eine Art, den Kern des Ichs zu problematisieren und infolgedessen ein Der-Angst-Verfallen.

Was lehrt uns nun die klinische Medizin über das Auftreten der krankhaften Angst? Eine jahrelange und eingehende Beobachtung der Kranken hat mir Klarheit darüber geschaffen, daß die sogenannte neurotische Angst oft einen phasischen Verlauf hat. Sogar im Leben desselben Kranken können wir auf verschiedene Phasen der neurotischen Angst stoßen, die sich in unterschiedlicher Symptomatologie kristallisiert haben. Manchmal hat der Kranke eine Agoraphobiephase, Jahre später eine andere, bei der eine Herzneurose, eine Colitis mucomembranosa oder Schwindel als Symptome auftreten. In einigen Fällen verschachtelt sich die Symptomatologie und dann erscheint in derselben Phase eine kombinierte Angst-, Phobie- und vegetative Viszeralsymptomatologie.

Das Vorhandensein dieser phasischen Verlaufsformen und die eingehende Analyse der symptomatologischen Struktur jeder Phase brachten mich auf den Gedanken, es könne die Angst, die an bestimmte Ereignisse im Leben des Kranken gebunden schien, eher einen endogenen als einen psychogenen Ursprung haben. Damit wären wir berechtigt, eine Übereinstimmung mit der Melancholie festzustellen. Es gibt eine reaktive und daher psychogene Melancholie, sowie eine endogene Melancholie. Diese endogene Melancholie wird durch das Vorhandensein eines grundlegenden Symptoms bestimmt, und zwar durch eine an die Körperlichkeit gebundene oder von dieser herrührende Traurigkeit, die sogenannte vitale Traurigkeit. Neben den Gefühlen, die durch eine äußere Lage hervorgerufen werden, gibt es Gefühle, die den Zustand der eigenen Körperlichkeit insofern ausdrücken, als der menschliche Körper ein beseelter Körper ist (SCHELER, LERSCH, JASPERS, SCHNEIDER usw.). Wenn es aber eine vitale Traurigkeit gibt, so steht der Annahme nichts im Wege, daß es auch eine vitale Angst gibt, d. h. eine mit der Körperlichkeit verbundene Angst. Die psychopathologische Praxis kann diese These nur bestätigen; es mag genügen, sich hier des Vorhandenseins der ängstlichen Melancholie zu erinnern.

Zwischen der an ein Ereignis der Geschichte des Individuums gebundenen Angst und der rein endogenen Angst sind alle Übergänge möglich. Der Arzt lernt, zwischen beiden zu unterscheiden, nicht anders wie auch bei der melancholischen Traurigkeit. Die Unterscheidung ist zuweilen mit gewissen Schwierigkeiten verbunden, und zwar gerade des

Bedürfnisses wegen, das der Kranke in zahlreichen Fällen hat, seine Angst mit einer Episode seines vergangenen Lebens in Verbindung zu bringen. Dieses Bedürfnis ist, wie irgendein anderes Mittel zur Rationalisierung der Angst, ein Abwehrmechanismus des menschlichen Geistes. Mit jenen Fällen, die einen phasischen Verlauf zeigen, der deutlich endogenen Charakter hat, habe ich einen *klinischen Typus* herausgearbeitet, für den ich die Bezeichnung Angstthymopathie in Vorschlag gebracht habe.

Die These der vitalen Angst bedeutet eine Bereicherung für die Deutungsversuche der Angstkrise. Vorhin vertrat ich die Meinung, daß das Grundlegende bei den Angstkrisen in einer Bedrohung der Einheit des Ichs besteht. Wodurch aber kann das Ich seiner kohäsiven und verbindenden Kraft verlustig gehen? Woher mag diese Schwäche des Ichs kommen, von der ALEXANDER spricht? Daß eine konstitutionelle Schwäche vorliegt, ist offenbar. "Every person has his own integrative capacity", sagt ALEXANDER. Es gibt aber auch durch die Umstände bedingte Verluste dieser funktionellen Energie des Ichs, und einer dieser Verluste ist die Abnahme der Vitalität im weiteren Sinne. Die Angst verankert sich so im ausgesprochen biologischen Dynamismus. Diese somatische Verankerung kann uns nicht befremden, wenn wir uns einen Augenblick darauf besinnen, daß der Mensch konstitutionell Soma und Psyche ist.

Die vitale Ebene gehört zum Normalen. K. SCHNEIDER scheidet streng zwischen der reaktiven und der vitalen Traurigkeit und deutet so den Hiatus an, der zwischen der Depression als psychotischer Form und den Schwankungen der Gefühle, die bei Normalen und bei Psychopathen auftreten können, klafft; aber auch beim normalen Menschen gibt es vitale Gefühle, wie z. B. die Traurigkeit oder die vitale Angst. Nur sind sie eben beim Kranken pathologisch verstärkt.

Die vitalen Gefühle, wie z. B. die Stimmungen, sind Formen des In-der-Welt-Seins. Sie bilden die persönliche Atmosphäre, die den Kern des Ichs umgibt. Diese Atmosphäre entwickelt sich aus dem Ichbewußtsein, das auf dem Wege über unsere Körperlichkeit einen vitalen Kontakt mit der Welt herstellt. Die vitalen Gefühle sind, wie die Stimmungen, in ständigem Fließen. Die Pathologie beginnt, wenn sie an Fluß verlieren und in Form einer stark ausgeprägten Traurigkeit oder vitalen Angst erstarren.

Das Thema der vitalen Angst liegt voll vielversprechender Aussichten für die Deutung der klinischen Phänomene vor uns. Eines dieser Phänomene ist die Beziehung zwischen der Angst einerseits und dem Ekel, dem Schwindel, der Langeweile, der Müdigkeit usw. andererseits. Es sind dies Störungen der Vitalität von analoger Struktur, die den Grund zu einer Anzahl wohlbekannter klinischer Bilder abgeben, auf die näher einzugehen sich hier erübrigt.

Ein anderes Problem bei diesen klinischen Phänomenen ist die Rangordnung der Symptome. Auf der Ebene der Krankheit besitzt ein und dasselbe Symptom je nach seiner Angstladung größere oder geringere Wichtigkeit. Ein Kranker z. B., der sich im Zustand großer vegetativer Labilität befindet, bekommt nach einer Insulininjektion erhebliches Herzjagen mit Fadenpuls bis zu 120 Schlägen in der Minute. Er empfindet dieses Herzjagen mehr oder weniger störend, doch macht es ihm keine Sorgen. Bei einer anderen Gelegenheit wieder, manchmal sogar am gleichen Tage und nur zu anderer Zeit, hat er spontan eine Tachykardiekrise, möglicherweise nicht so heftig wie die durch das Insulin hervorgerufene, und diese Krise ist nun begleitet von Angstgefühl, Unbehagen, das ihm zu Kopfe steigt, und im Kopfe selbst verspürt er eine seltsame und unerklärliche Verwirrung. Diese Krisen fürchtet er ungemein.

Dasselbe tritt bei anderen Symptomen auf. Bei einigen rufen die Extrasystolen das Gefühl einer außerordentlichen Ängstlichkeit hervor. Bei anderen Kranken treten Extrasystolen spontan auf, die zuweilen kaum empfunden werden, bei anderen wieder wirken sie wie ein Sprengkörper, wie ein Schlag im Herzen, jedoch ohne Ängstlichkeit. Es ist von Bedeutung, daß diese Kranken zur gleichen Zeit, da sie einer Angstkrise unterliegen, um andere Symptome besorgt sind, die von denen, die sich bei ihnen zeigen können, verschieden sind.

Ein wichtiges Problem ist das Bewußtwerden der Symptome, welches erreicht werden kann und laufend erreicht wird mittels einer scharfen Angstkrise: Ein Kranker schläft seit längerer Zeit schon kaum mehr, selbst dann nicht, wenn er einige Tabletten nimmt, um seinen Schlaf zu verlängern. Er bekommt dann eine lebhaftere Angstkrise mit Atemnot, Schweißausbruch, Hitzegefühl nebst dem ganzen vegetativen Gefolge, und dann bemerkt er, daß er müde ist und doch nicht schlafen kann. Die Schlaflosigkeit herrscht also in der Angstkrise des Kranken vor. Daher weist sie sowohl einen positiven wie auch einen negativen Faktor auf: Müde-Sein und Nicht-schlafen-Können. Die über den Schlaf eingedrungene Ängstlichkeit stört diesen so sehr, daß sie ihn schon fast völlig aufgehoben hat. Mit der Therapie erzielt man eine Besserung, bis den Kranken dann später eine neue Angstkrise mit einem typischen Schreckempfinden vor dem Wahnsinn oder der Furcht vor dem Tod befällt.

Die Angst erscheint sowohl auf der psychischen als auch auf der somatischen Ebene. Die vegetativen und viszerale Symptome, die die Angst begleiten, besitzen denselben Wert und dieselbe Bedeutung wie das Erleben der Kranken selber. Sie zeigen sogar dieselbe Struktur. Bei einigen von ihnen hat mir die psychopathologische Analyse bewiesen, daß sie dieselbe zweigliedrige und antinomische Struktur haben wie eine Phobie. Es ist daher möglich, ein *symptomatologisches Ersatzverhältnis*

zwischen einem somatischen und einem psychischen Symptom anzusetzen. Dieses Ersatzverhältnis wirkt zuweilen während des ganzen Lebens des Kranken und in den verschiedenen Phasen, andere Male wieder nur in der Phase selbst.

Schließlich stellt sich uns noch das Problem der *persönlichen Kristallisation* der Angst. Die Angst als ein sich auf eine zerrüttete Vitalität gründendes Erleben ist etwas Verschwommenes und Unbestimmtes. Dennoch können wir bei jedem Kranken beobachten, wie sich die Angst-erfahrung historisch in voneinander abweichenden Formen verwirklicht. So gibt es an Agoraphobie oder an Klaustrophobie Erkrankte, andere haben eine Krise präkordialer Beklemmungen und wieder andere fürchten sich davor, ein bestimmtes Wort zu hören usw. Die Krisen werden dann durch einen besonderen Umstand oder Beweggrund ausgelöst. Hier ist eine Aufgabe, die sich der Analyse der psychopathologischen Situation stellt.

An erster Stelle müssen wir uns fragen, warum einige Kranke die Angst als Furcht vor dem Wahnsinn und andere als Furcht vor dem Tod empfinden. Wir stehen hier zwei Elementarweisen biologischer Reaktion gegenüber, die mit den primitiven Reflexen des „Bewegungssturms“ und des „Totstellreflexes“ in Verbindung stehen. Man kann eine Typeneinteilung der gesamten Angstsymptomatologie vornehmen, die sich auf diese beiden Reaktionsschemen gründen ließe.

Das ist aber nicht das dringendste Problem, vielmehr ist es die Frage nach der persönlichen Formel, in die sich die Angst in jedem Einzelfalle kleidet. Es ist leicht, das Problem in der besonderen Konstitution des Individuums suchen zu wollen. Über deren Einfluß kann kein Zweifel herrschen; aber auch die historischen Umstände des persönlichen Lebens sind dabei mit im Spiel. Das Leben wird als Kontinuität gelebt und die Angsterfahrung ist eine ganz besondere Form der Bedrohung, und zwar durch einen Bruch dieser Kontinuität. In diesem Sinne kann die existenzielle Analyse Inhaltsbestände aufdecken, die für eine Psychotherapie unerläßlich sind.

Da die Angst aus der Nahtstelle zwischen dem Psychischen und dem Somatischen aufsteigt, wird man von diesen beiden Richtungen aus auf sie einwirken müssen. Es ist ein Irrtum, den Umstand zu vernachlässigen oder gar zu leugnen, daß die vitale Angst der Psychotherapie zugänglich ist; man irrt aber nicht minder, wenn man die somatische Angriffsfront vernachlässigt.

Dieser Gesichtspunkt ist von dem der gegenwärtigen Wiener Schule (HOFF) nicht allzu weit entfernt, die auf die psychiatrischen Probleme einen gleichzeitigen Angriff von neurobiologischer und psychopathologischer Seite empfiehlt.

