

LE FOND BIOLOGIQUE DES NEVROSES

Prof. J. LOPEZ - IBOR (Madrid)

La pharmacologie des névroses pose un problème de fond. Si les névroses ne sont, en réalité, que des troubles psychogènes, la pharmacologie ne peut qu'occuper une place très secondaire dans leur traitement. La véritable thérapeutique consistera en l'analyse, suivant les différentes modalités, de la genèse psychique des troubles (psychogénèse), et en la thérapeutique psychique adéquate de ces troubles (psychothérapie).

Depuis déjà de nombreuses années je m'applique à attirer l'attention sur les facteurs **non psychiques** qui se trouvent à la base des réactions dites neurotiques. Dans toute névrose nous découvrons une structure personnelle, constitué par le milieu du malade et par ce qui aura pu influencer sur le cours de son histoire («histoire vitale interne» de Binswanger; «intra-histoire» de López Ibor.) Un conflit revêt un caractère pathologique du fait qu'il devient significatif pour le malade; or, cette signification spécifique et personnelle dépend de son développement psychologique. Ces facteurs historiques et de milieu constituent le **plan personnel** des névroses, sur lequel il n'y a pas lieu d'insister ici.

Mais, au fond de toute névrose, il existe un trouble des structures **apersonnels**. Très souvent, dans la structure psychologique, dans la façade avec laquelle apparaît la névrose, il ne faut voir qu'une élaboration défensive du trouble de fond. Pour moi, l'intervention, dans ce structure apersonnel, de facteurs biologiques et, plus concrètement, neurophysiologiques, ne fait pas l'ombre d'un doute. Je maintiens depuis fort longtemps la thèse que les névroses appartiennent au cercle de la cyclotimie. De même que l'on distingue entre une mélancolie réactive et une mélancolie endogène, il faut aussi établir une distinction entre une réaction neurotique et une névrose à base endogène.

Le noyau symptomatologique des névroses est constitué par

l'angoisse. La génèse de l'angoisse neurotique est interprétée d'ordinaire comme provenant des conflits internes ou externes de la personnalité. Il y a une angoisse réelle produite par les conflits entre le Moi et le milieu; il existe une angoisse neurotique due aux conflits du «*ca*» avec le «*Moi*» ou avec le «*Sur-moi*». Même si l'on accepte qu'une telle angoisse neurotique ait son origine primaire dans des conflits, il convient de se rappeler que les conflits pathogènes sont de caractère instinctif, et que, dans les instincts existe, sans aucun doute, a coté un facteur psychologique, un facteur biologique,

Comme j'ai déjà indiqué dans d'autres travaux, de même que la tristesse du mélancolique malade est génétique et qualitativement différente de la tristesse réactive du sujet éprouvé par un malheur, de même l'angoisse de beaucoup de névrosés est une angoisse autre que l'angoisse réactive de la vie normale et que les réactions neurotiques authentiques. Il s'agit d'une angoisse **de base**, fondamentale, primordiale, de caractère **neurogène** ou **physiog ne**, due probablement à des altérations dans les dispositifs nerveux qui interviennent dans la régularisation des instincts et des fonctions vitales (diencephale, structures thalamiques intralaminaires, système réticulaire ascendant, etc., etc.)

L'analogie entre les névroses et la cyclotimie peut être envisagée suivant deux perspectives. Il existe, d'une part, une analogie **symptomatologique**. Nous observons fréquemment, et nous décrivons des cas et des formes de transition entre les symptômes cyclotimiques et les symptômes neurotiques. D'autre part, une analogie existe entre les formes de cours. La clinique établit la présence de beaucoup de névroses à **cours phasique**. Tout au long de la vie d'un individu l'on voit apparaître une ou plusieurs phases neurotiques. Il y a un fait important, sur lequel je veux attirer l'attention, et c'est que le contenu symptomatologique de ces phases peut être diff rent, et l'est fréquemment. Il s'agit parfois d'une phase d'anxiété, d'autres fois de vertige; il se présente, ailleurs, sous la forme d'une névrose cardiaque, ou bien de phobies et d'obsessions. La variété de combinaisons symptomatologiques est immense. Cette même variabilité dans le contenu symptomatologique de chaque phase démontre l'importance génétique du facteur endogène. C'est un peu ce qui se passe dans la mélancolie, qui peut faire son apparition à plusieurs reprises au cours d'une vie et présentant chaque fois une teinte symptoma-

tologique différente (idées de ruine, de culpabilité, sensation d'ennui, d'angoisse, etc.)

C'est justement la présence de cette base apersonnelle, neurodynamique des névroses qui rend possible une pharmacologie de ces dernières, non seulement comme traitement en vue d'atténuer les symptômes, mais pour obtenir des résultats plus profonds (l'action, par exemple, de l'électrochoc ou de quelques médicaments dans les phases mélancoliques).

Les possibilités thérapeutiques sont nombreuses et variées. Je m'en tiendrai, dans cet exposé, à mes expériences avec l'acétylcoline. Fiamberti proposa l'utilisation de l'acétylcoline intraveineuse dans le traitement de la schizophrénie; suivant son exemple, depuis plus de quinze ans j'utilise ce même médicament dans le traitement des névroses. La technique n'est pas exactement la même que celle de Fiamberti, car nous utilisons des doses moindres et la vitesse de l'injection intraveineuse est moindre; il s'agit seulement de produire un petit choc végétatif.

Mon expérience de cette thérapeutique est considérable. La dernière catamnèse se rapporte à 1.400 cas de consultation à l'hôpital, traités depuis cinq ans. En voici les résultats: 19 % n'acceptèrent pas le traitement; chez 3 % une récupération spontanée fut observée; chez 3 % il se produisit une amélioration n'excluant pas la présence de symptômes, mais permettant au malade de mener une vie normale; pour 13 % des cas le tableau clinique ne présentait pas de modifications. Les cas traités constituent 81 %; pour 31 %, il y eut une récupération complète; chez 11 %, deux ou trois rechutes furent constatées, mais la récupération complète se produisit également par la suite; pour 18 %, quelques symptômes persistaient, mais le malade menait une vie complètement normale; 19 % n'accuse pas de modification. L'amélioration apparaît, donc, dans 60 % des cas traités. On pourrait y ajouter probablement 3 % de récupération spontanée et 3 % de récupération incomplète parmi ceux qui n'acceptèrent pas le traitement.

Bref, 66 % de récupérations, ou complètes ou permettant de mener une vie normale, ont été obtenues. Evidemment, une statistique comme celle-ci comporte certains facteurs qu'il n'est pas facile de consigner mathématiquement; par exemple, la durée de la phase, une phase neurotique, mais à bon pronostic, s'écoule plus rapide-

ment avec que sans traitement, de même qu'une phase mélancolique traitée dure beaucoup moins qu'une phase non traitée.

Les possibilités de traitement pharmacologique des névroses sont multiples. Dans ma clinique nous essayons actuellement d'autres substances productrices de chocs végétatifs. D'autre part, le fait de reconnaître que les névroses possèdent une **neurodynamique** en plus d'une **psychodynamique** ouvre de grandes perspectives dans leur traitement pharmacologique.

Die Angst als Grundstörung der Neurosen und ihre Behandlung*)

Von Juan-Jose López-Ibor

Das Wort „Neurose“ entstand unter einem doppel-sinnigen Zeichen, und dieser Doppelsinn hat es bezeichnenderweise unter den verschiedensten Masken seine ganze Geschichte hindurch verfolgt. Es war Cullen, der es einführte, um alle diejenigen Krankheiten des Nervensystems zu bezeichnen, die nicht auf einer bekannten anatomischen Schädigung beruhten. Unter den Neurosen Cullens waren einige, wie die Epilepsie, die Parkinsonsche Krankheit usw., die das Kapitel der Neurologie mit der Zeit vergrößert haben; aber an den Neurosen im ursprünglichen Sinne ist ein Unterscheidungsmerkmal haften geblieben, das Cullen ihnen zuschrieb: das Merkmal, Erkrankungen ohne Schädigungen zu sein.

In dieser Hinsicht ist es von Bedeutung, nicht zu versichern, daß die Neurosen eine pathologische Anatomie haben, sondern daß sie diese nicht haben werden. Die Parkinsonsche Krankheit hatte zur Zeit Cullens keine pathologische Anatomie, hat sie aber heute dank der Fortschritte derselben. Die Neurosen dagegen haben sie nicht und werden sie auch nicht haben, wieweit die Anatomopathologie auch fortschreitet. Dies war die Behauptung von Hoché bezüglich der Hysterie. Werden sie aber eine pathologische Neurophysiologie haben? Das ist die Frage, die auf diesen Seiten aufgeworfen wird, ob-

wohl das gesamte Problem der Neurosen nicht gelöst ist, wenn man diese Frage akzeptiert.

Dieses negative Kennzeichen genügt jedoch nicht, um sie zu unterscheiden. Man darf nicht vergessen, daß es sich nicht nur um ein sprachliches Problem handelt. Auch in der Klinik sind wir nicht befugt, eine Neurose auf Grund eines rein negativen Urteils zu diagnostizieren, d. h. auf Grund fehlender objektiver Funde bei der Untersuchung. Es muß außerdem ein positives Merkmal festgestellt werden, das der Psychogenie. Die Neurosen haben an Stelle einer physischen eine psychische Pathogenie, obwohl sie sich symptomatologisch überwiegend auf psychischer (Psychoneurose) oder somatischer Ebene (Somatoneurose, Organoneurose) äußern können.

Das pathogenetische, Neurosen auslösende Glied ist das Trauma. Auch mit Bezug auf den pathogenetischen Wert des Traumas hat sich eine Evolution vollzogen. Anfangs traten die Neurosen in Katastrophensituationen auf (z. B. die Birdsche Neurasthenie). Charcot stellte bei seinen Hysterikern das Vorhandensein psychischer Traumata fest. Es waren jedoch Breuer u. Freud, die klarlegten, daß es die psychischen Traumata waren, die Neurosen auslösten; später bestätigte die Psychoanalyse, daß die in dieser Hinsicht bedeutendsten psychischen Traumata die sexuellen waren. Innerhalb des Perimeters

*) Nach einem Vortrag auf dem 10. Deutschen Kongreß für ärztliche Fortbildung vom 24. bis 28. Mai 1961 in Berlin.

der Neurose wird durch die Psychogenese die Hysterie absorbiert, die so lange Zeit hindurch eine unabhängige nosologische Ganzheit darstellte.

Die Neurosen haben also die Eigenschaft, Krankheiten mit psychischer Genese, Krankheiten „sine materia“ zu sein, weil sie einer anatomopathologischen Grundlage entbehren. Die phänomenologische Analyse der letzten zwanzig Jahre bemüht sich, eine größere Genauigkeit zu erreichen, und spricht an Stelle von Neurose von abnormen Erlebnisreaktionen. Eine normale Erlebnisreaktion ist die affektive, motivierte, besonnene Antwort auf ein Erlebnis, z. B. Furcht oder Traurigkeit angesichts eines bestimmten Ereignisses im Leben zu empfinden. Die affektive Antwort begreift eine Haltung gegenüber der bestimmenden Tatsache, eine Handlung oder ein Sich-Überlassen-Sein. Dieser ganze Komplex fällt unter den Begriff Erlebnisreaktion. Bei der Erlebnisreaktion handelt es sich nicht um das rationale Erfassen einer Situation, sondern um etwas Vitaleres. Das Subjekt ist in die Situation selbst eingeschlossen, mit ihr verhaftet, ist „engagé“ (Schneider).

Um von Erlebnisreaktion sprechen zu können, ist es nötig, daß:

1. der Reaktionszustand nicht ohne Eintreten eines bestimmenden Erlebnisses sichtbar wird. Wenn man Furcht empfindet, so deshalb, weil etwas sie uns einflößt;
2. das „Thema“ oder der „Inhalt“ der Reaktion eine verständliche Beziehung zu der sie bestimmenden Tatsache haben. Ein greuliches Ereignis flößt uns Furcht ein, ein frohes erfüllt uns mit einem gewissen Wohlbefinden;
3. der Zustand der Erlebnisreaktion gewisse temporale Beziehungen – der Dauer – zu der bestimmenden Tatsache hat. Vor allem verflüchtigt er sich, wenn letztere verschwindet. Eine Mutter ist um den Gesundheitszustand ihres Kindes so lange besorgt, wie seine Krankheit dauert, und faßt neuen Mut, wenn es von der Krankheit geheilt ist (Jaspers).

Was in der mitteleuropäischen Psychiatrie abnorme Erlebnisreaktionen sind, sind in der amerikanischen Psychiatrie Konfliktreaktionen. Der Neurotiker versagt vor einer Konfliktsituation, sei sie extern oder intern. Auf Grund des Einflusses des psychoanalytischen Denkens werden die internen Konfliktsituationen vorzüglich als durch instinktive Konflikte hervorgerufen angesehen. Der Einfluß der externen Konfliktsituationen ist offenbar, und deshalb existiert eine Soziogenese der Neurosen. Es gibt keine Krankheiten, in denen die historische Situation so scharf in den Vordergrund tritt wie bei den Neurosen. Jede Epoche hat ihren „neurotischen Stil“. Zwischen den theatralischen Gemälden, die die Charcotsche Hysterie darbot, und denen, welche Freud sah, liegt ein großer Abstand. Dieser vergrößert sich noch, wenn wir die neurotischen Gemälde von damals – Anfang des Jahrhunderts – mit den heutigen vergleichen. Die Zeiten ändern sich, und ebenso ändern sich die Neurosen, nicht nur bezüglich dessen, was die Ärzte über sie denken, sondern weil der Neurotiker je nach der Atmosphäre, in der er lebt, seine Symptomatologie ändert.

Um nun aber zum Kern der Neurosen vorstoßen zu können, müßten wir uns zwei Fragen stellen:

1. Warum scheitert der Neurotiker?
2. Wie drückt sich dieses Scheitern aus?

In Wirklichkeit können wir nicht jedes beliebige Versagen im Leben mit dem neurotischen Zusammenbruch gleichsetzen. Wenn wir das tun, verschwimmen die Grenzen der Neurosen, was paradoxerweise auf theoretischem Gebiet nicht so wichtig ist wie auf dem praktischen, weil die unmittelbare Folge davon darin besteht, die Grenzen zu verwischen, die die ärztliche von der nichtärztlichen Tätigkeit trennen (Funktion von Psychologen, Beichtvätern und sogar Freunden). Oft geht man von der irrigen Annahme aus, daß es die schwierigsten Situationen im Leben sind, die neurotische Reaktionen provozieren. Die Erfahrung hat gezeigt, daß man das nicht verallgemeinern kann. Es ist wahr, daß in Kriegen die Zahl der Neurosen ansteigt; es ist aber auch wahr, daß ihre Zahl in schwierigen Situationen sich vermindert, wie die in den Konzentrationslagern gemachten Erfahrungen gezeigt haben. Wir müssen von einer neurotischen Reaktion sprechen, wenn sich das Scheitern auf etwas bezieht, das zur persönlichen Struktur des Kranken gehört. Im normalen Menschen bestehen Kompensationsmechanismen gegenüber den Zufällen der äußeren Umgebung. Derartige Kompensationsmechanismen wirken sowohl auf die physische als auch auf die psychische Schicht, nur ist der Aktionsradius auf der psychischen Schicht weitaus größer. Nicht umsonst ist der Mensch eine offene Struktur, und die Öffnung vergrößert sich in dem Maße, wie man von der materiellen zur biologischen und psychischen Schicht emporsteigt.

Die klinische Erfahrung zeigt, daß das neurotische „Trauma“ ein Trauma sein muß, das wir appellativ nennen könnten, weil es etwas im Kranken selbst Vorhandenes anruft oder weckt. Das psychische Trauma ist nicht kausal, im Sinne physischer Kausalität. Wenn unvermutet ein Bombenangriff erfolgt, befällt nicht alle Einwohner der Stadt eine Lähmung oder hysterisches Zittern, die über normale Furchtreaktionen hinausgehen, sondern nur bei einigen zeigen sich auf Grund der Wirkung des Traumas solche Phänomene. Die Psychoanalyse entdeckte, daß die neurogenen Traumata sexuelle Traumata waren. Nach derselben Doktrin werden die sexuellen Traumata wegen ihrer Kathexis, d. h. der psychischen Energie, mit der sie geladen sind, für das Bewußtsein unerträglich; daher ihr Rückfall ins Unbewußte und die Umformung ihrer energetischen Ladung in somatische Symptome („Konversionsreaktion“). Die spätere Erfahrung zeigte, daß diese Dynamik eher eine Ausnahme darstellt. Deshalb ist es eine Seltenheit, daß die Katharsis – das Trauma erneut ins Bewußtsein zu bringen – Erfolg hat. Freud kam darauf, daß erstens viele neurogene Traumata keine realen, sondern erfundene, eingebildete Traumata waren und daß zweitens die aktuellen Traumata wirksam waren, weil sie Schrecksituationen der Kindheit wieder wachriefen.

Speer sagt, daß die Neurose in der abnormen Erlebnisverarbeitung besteht. Das ist tatsächlich der wesentliche Punkt. Warum greift das traumatische Erlebnis so tief in die Seinsstruktur ein, und warum hinterläßt es eine so tiefe Spur? Wir können an verschiedene Möglichkeiten denken, und die Klinik liefert uns für alle Beispiele:

1. Es kann sich um eine Person handeln, die von Grund aus unfähig ist, sich mit den ernststen Zufällen im Leben zu konfrontieren. In diese Gruppe müssen wir die anomalen oder, wenn man will, psychopathischen Personen einschließen; aber auch andere Typen, die nicht in diesen Sektor gehören, wie die Geistesschwachen oder gewisse Per-

sonen mit biologischen Veränderungen verschiedener Art (Reiferetardierung nach K r e t s c h m e r).

2. Die Anomalien rühren her aus dem Erleben. In ihnen verschiebt sich das Problem der Neurosen von der Gegenwart in die individuelle Vergangenheit, vom Trauma zur Person. Der Neurotiker hat sich in den ersten Phasen der Kindheitsentwicklung geformt. Die Unreife der Persönlichkeit ist ein Festhaften an frühere Entwicklungsphasen. Das aktuelle Trauma stellt das Wiederaufleben von Mikrotraumen dar, die vom Anfang des Lebens an gewirkt und eine normale Entwicklung verhindert haben.
3. Die Anomalien in der fortschreitenden Verarbeitung der Situation selbst. Das Erlebnis ist abnorm, weil das Subjekt sich mit einer anomalen inneren Situation auseinandersetzen hat. Diese dritte Möglichkeit ist es, die ich eingehender analysieren möchte. Diese krankhafte innere Situation ist endogen, nicht exogen.

Oft sehen wir in der Tat, daß das auslösende Trauma nicht im richtigen Verhältnis zur ausgelösten Reaktion steht. Diese Tatsache tritt ein, weil sich das Subjekt in einem bestimmten G e m ü t s z u s t a n d befand, der in sich schon pathologisch war oder an die Grenzen der Pathologie streifte. Ein solcher Gemütszustand ist die Angst. Schon F r e u d sagte, daß im Kern aller Neurosen die Angst steckt. Als K. S c h n e i d e r von den abnormen Erlebnisreaktionen spricht, hebt er Furcht, Angst und Traurigkeit als fundamental hervor. Die Furcht ruft vorübergehende Reaktionen hervor, außer wenn es sich um beklemmende Furcht handelt. Dies ist die Furcht, die nicht überwunden werden kann. Aber ich spreche nicht von reaktiver Angst, sondern von endogener Angst.

Worin besteht die neurotische Angst? Aus psychologischer Sicht ist die Angst ein Erlebnis, das als solches in verschiedenen Formen erlebt wird. Ein Kranker spricht von Furcht vor der Apoplexie oder vor Spinnen. Ein anderer kann keinen Platz überqueren oder nicht in einen geschlossenen Raum, wie ein Kino, eintreten. Ein Kranker spricht von einem seltsamen, merkwürdigen, schwer zu beschreibenden Kopfschmerz oder von einer Benommenheit, wie er sich ausdrückt; oder von einer unbestimmten Ahnung im Herzen. Oder von einem vagen, unbeschreiblichen Unbehagen, wie es beim Hypochonder vorkommt. All diese und noch viele mehr sind Varianten des Erlebnisses der Angst; wir könnten sogar sagen, daß jedes Lebewesen die Angst auf seine besondere, persönliche Weise erlebt. Können wir in diesem Polymorphismus der Symptome irgendein gemeinsames Merkmal finden?

1. Vom psychopathologischen Gesichtspunkt aus können alle Erlebnisse auf zwei fundamentale zurückgeführt werden: Furcht vor dem Tode oder vor dem Wahnsinn. Wer an einer „soi-disante“ eingebildeten präkordialen Angst leidet, fürchtet sich vorm Sterben. Eingebildete Angst, weil sie nicht von einer Herzschädigung abhängig ist, jedoch reales, sehr reales Angsterlebnis. Wer von Furcht vor der Apoplexie oder dem Irresein spricht, will im Grunde seine Furcht vor der Vernichtung seiner Persönlichkeit ausdrücken. Die Furcht vor dem Wahnsinn ist die Furcht, die Kontrolle über die Persönlichkeit zu verlieren und den aggressiven Instinkten freien Lauf zu lassen. Die Hermeneutik der Angst macht es manchmal erforderlich, schwierige Pfade zu begehen. Nie-

mals nimmt die Sprache maskenhafteren Charakter an, weil der Kranke eine eingewurzelte Furcht davor hat, sich der Erfahrung selbst gegenüberzustellen. Im Grunde – und man erlaube mir, in großen Zügen zu der Schlußfolgerung zu kommen – ist die Angst immer die Erfahrung eines Wesens, das fürchtet, annulliert, vernichtet zu werden, sich in nichts zu verwandeln. Es ist also die Erfahrung des Nichts, die dem Bewußtsein durch dunkle psychopathologische Veränderungen mitgeteilt wird.

2. Diese Angst bietet noch ein anderes fundamentales Merkmal. Wie die Kranken selbst sagen, wird sie in den Körper hineinprojiziert empfunden; es ist eine somatotropische Angst. „Ich empfinde“, so sagt ein Kranker, „ein gelindes Unbehagen, das hier drückt – und er zeigt auf die Gegend der Magengrube – und dann langsam zum Kopf aufsteigt; dann ist mir, als wenn mir der Kopf geöffnet würde.“ Die ausdrucksvolle Wortmalerei erschöpft sich niemals. Aber dieser Charakterzug ist sehr wichtig, wie wir sehen werden.

Die Angst des Neurotikers ist wie die Traurigkeit des Melancholikers. Seit langem kennt die Psychiatrie die Melancholie, eine der verehrungswürdigsten Krankheiten, die es in der Geschichte der Medizin gibt. Dank der phänomenologischen Forschung der letzten Jahrzehnte hat sichtbar gemacht werden können, daß die Traurigkeit des Melancholikers nicht die Traurigkeit des normalen Menschen ist. Es ist eine Traurigkeit, die in die Schicht der vitalen Gefühle gehört und nicht in die der psychischen. Diese sind gelenkt; wir sind traurig oder zufrieden über etwas. Sie sind r e a k t i v. Die vitalen Gefühle drücken im Gegenteil den Zustand der Körperlichkeit aus. Sie sagen uns, wie wir uns befinden, soweit unser Ich ein an einen Körper gebundenes Ich ist. Die vitalen Gefühle sind es, die uns sagen, wie wir uns als Leib in der Welt befinden.

Diese vitale Angst bringt in einem gewissen physiogenischen Sinn den Determinismus vieler Neurosen und psychosomatischer Krankheiten in Übereinstimmung. Die primordiale Tatsache besteht darin, daß auf dieser durch die Angst gekennzeichneten Gemütskrise, die aus den vitalen Sphären der Person emporsteigt, sich die Symptomatologie gestaltet. Im Lichte dieses Prinzips nahm das neurotische Trauma einen neuen Sinn an. Im Leben gemachte Erfahrungen, die eher vergessen als unterdrückt waren, tauchen wieder auf. Ihre Pathologie liegt nicht im anfänglichen Trauma, sondern im erneuten Auftauchen desselben.

Führen wir uns ein Beispiel vor Augen. Der Kranke wünscht selbst unter Narkoanalyse zu sprechen, weil er auf diese Weise nicht für die Dinge, die er sagt, verantwortlich ist. Seine große Sorge ist es, ob das, was er sagt, objektiven Wert hat oder ob es eine Übertreibung oder ein Verbergen seinerseits zu einem bestimmten Zweck ist. In der Narkoanalyse berichtet er, daß sich, als er vierzehn Jahre alt war, im Internat ein Junge, der für homosexuell galt, zu ihm ins Bett legte und versuchte, einen analen Kontakt herbeizuführen. Der Kranke war bekleidet, zog kein Kleidungsstück aus, die Szene spielte sich rasch ab, und er maß ihr keine besondere Bedeutung bei. Hinterher lebte er normal weiter.

Als er siebzehn Jahre alt war, also drei Jahre später, überfiel ihn eines Tages diese Erinnerung, ohne daß er wußte warum, in sehr lebhafter Weise. Von dem Augenblick an hielt er sich für einen anderen Menschen. Der Vorgang befleckte sein Leben in solchem Maße, daß es ihm unmöglich schien, weiterzuleben. Es gab keine andere

Lösung als den Selbstmord, um sich zu reinigen. Die Erinnerung quälte ihn unaufhörlich. Wenn er sich vorher ab und zu an diesen Vorgang erinnert hatte, hatte er gewußt, daß nichts geschehen war, daß er bekleidet gewesen war; aber als die Erinnerung zur Zwangsvorstellung wurde, begann er zu zweifeln, ob er wirklich bekleidet gewesen war oder ob seine Kleidung zerrissen gewesen war, wodurch der Kontakt möglich gewesen wäre. Er dachte sogar, daß ihn die Erinnerung, wenn er einmal gestorben sei, weiter verfolgen würde, und rief unbekannte Zauberkräfte an, die die Erinnerung aus ihm herausreißen sollten. Er wollte ihnen zu Ehren Opfer bringen, ihnen einen Arm oder ein Bein, was es auch immer sei, opfern, damit sie sich beruhigten und davon abließen, ihn zu quälen. Wenn er sich in den vorhergegangenen Jahren an den Vorgang erinnert hatte, war es eine banale Erinnerung gewesen, über der er stand und die ihm keine Sorgen machte. Er konnte sie nach Belieben zurückweisen oder dem Vergessen anheimfallen lassen. Jetzt konnte er das nicht mehr, die Erinnerung war aufsässig geworden, und er konnte sie nicht einmal jenseits des Todes kontrollieren.

Seine vorhergehende sexuelle Entwicklung war normal. Mit vier Jahren spürte er ein erstes Erwachen der Sexualität, das von einer Kusine von ihm provoziert wurde. Später entwickelte er einen ungeheuren Ödipuskomplex. Heutzutage ist er etwas freier davon, obwohl die Mutter nicht frei davon ist. Er hat niemals homosexuelle Versuche oder Anziehung gespürt. Sein Sexualleben begann er frühzeitig mit Frauen und hat es fortgesetzt. Der Kontakt hat ihn in den letzten Jahren nicht befriedigt, nachdem ihn die Zwangsvorstellung überfallen hat, weil das Lustgefühl durch die Erinnerung ferngehalten wird. Diese Erinnerung heftet sich schon an die unbedeutenderen Vorgänge in seinem Leben. Wenn er eine geistige Arbeit beginnt, nimmt er in der perianalen Region eine Sensation wahr. Er fühlt sich auch zwangsläufig veranlaßt, dieselbe Zone bei Frauen und Männern, die an ihm vorbeigehen, zu beobachten. Bisweilen hat er mit einer Frau den analen Koitus vollzogen mit dem Gedanken, daß er auf diese Weise die geheimnisvollen Schicksalskräfte befriedigen könne.

Sofort, nachdem er dies berichtet hat, ist im Kranken Widerstand festzustellen. Etwas sagt ihm, daß diese Erinnerungen, wenn er sie berichtet, noch rebellischer werden, weil sie ja von einer Kraft getrieben werden, die sich seiner Kontrolle entzieht, und daß er, sein bewußtes Ich, sich diesem Bericht hätte entgegenzusetzen müssen. Er hat diese Absicht verschiedentlich gehabt, ohne jedoch etwas zu erreichen, und hat die Narkoanalyse gewünscht, um sich des Schuldgefühls seines bewußten Ichs zu entledigen.

Die in diesem Fall bedeutsame Tatsache ist, daß Jahre später nach dem Vorfall die Erinnerung auftaucht und diesmal mit pathologischem Charakter. Warum? Weil sein Gemütszustand pathologisch war. Er befand sich mitten in einer durch vitale Angst gekennzeichneten Krise: Die Angst war es, die die Erinnerung aufblühen ließ, und nicht umgekehrt. Die Angst heilte, und die Erinnerung verschwand. Es handelte sich um eine phasische, thymopathische, physiogene Angst.

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

delt sich um gestörte Formen derselben Grundstruktur.

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

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

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

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

Die klinische Erfahrung zeigt, daß es nicht so ist. Es gibt Krankheiten, bei denen der psychologische Faktor auslösend wirkt, aber wenn die Krankheit einmal ausgelöst ist, ist sie nicht reversibel. Die Provokation einer Krankheit durch einen psychischen Schock ist seit langem bekannt. Hier möchte ich mich auf eine andere, spezifischere Weise der Auslösung

beziehen. Als Beispiel der Fall einer Frau, die einer Kriegsgerichtsverhandlung gegen ihren Mann beiwohnt. In dem Augenblick, als das Todesurteil gegen ihn ausgesprochen wird, wendet sie mit einer Geste des Schreckens den Kopf, sich vom Tribunal und dem Angeklagten abkehrend, wie um sie nicht mehr zu sehen. Seitdem besteht ein Tick, über dessen psychogenen Ursprung scheinbar kein Zweifel möglich war. Die Zweifel entstanden, als der Tick sich einige Monate später in einen Torsionsspasmus verwandelte. In derartigen Fällen stehen die auslösende Gemütsbewegung und das Symptom in einer symbolischen Beziehung, und doch folgt die einmal ausgelöste Störung ihrem Lauf, unabhängig von dem psychischen Trauma, das sie auslöste.

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

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

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

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

Ein sehr wichtiges Problem ist das des „Bewußtwerdens der Symptome“, ein mögliches und sogar häufiges Bewußtwerden während eines akuten Angstzustandes. Ein Patient, der lange Jahre an Schlaflosigkeit litt, begann Tabletten zu nehmen, um besser zu schlafen. Daraufhin überkam ihn ein akuter

Angstzustand, begleitet von Erstickungsgefühl und Schweißausbruch; mit einem Wort, eine ganze Serie vegetativer Störungen. Die Schlaflosigkeit hatte sich in die vorherrschende Manifestation seiner Angst verwandelt, in der die beiden positiven und negativen Faktoren abwechselnd dargestellt wurden durch sein Schlafbedürfnis und seine Unfähigkeit, zu schlafen.

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

Beim Kranken erscheint das neurotische Symptom an der Stelle, an der die Persönlichkeit das Vorhandensein einer möglichen Gefügestörung bemerkt, die der Ausdruck der Angst ist. Das Symptom lokalisiert sich, wo die Angst ist, und die Angst, wo das Symptom ist.

Nicht bei allen Ängsten liegt dieser vitale Urgrund vor. In einigen sind die Reaktivprobleme offenbar. Auf dem vitalen Grund hat sich das, was man eine neurotische Entwicklung nennen könnte, aufgebaut. Neben den Neurosen mit vitalem Grund, von physischem Charakter, bestehen die neurotischen Entwicklungen von beharrlicherem Charakter. In einigen Fällen kann man eine Metabasis wahrnehmen, die eine Neurose in eine vitale Krise umformt, in eine neurotische Entwicklung als Projektion einer persönlichen Entwicklung.

Wenn die Neurosen nicht mehr wären als „abnorme Erlebnisreaktionen“ oder „Konfliktsituationen“, müßte das therapeutische Verfahren die Psychotherapie sein. So ist es in großem Maße: die Neurose, die durch einen gegenwärtigen Konflikt hervorgerufen ist und nicht auf einer mehr oder weniger affektierten Persönlichkeit fundiert. Es ist notwendig, die Neurosen als persönliche Krankheiten anzusehen. Die geeignete Behandlung ist die Psychotherapie. Es gibt viele psychotherapeutische Richtungen; so verschiedenartig sie auch sein mögen, die Persönlichkeiten der Neurotiker stellen sich als verschiedenartiger heraus. Auf dem Grunde aller Psychotherapie liegt die Transferenz, die nichts anderes ist als die Tätigkeit der Dissolution, die der Arzt als Mensch hinsichtlich der Angst ausübt. In der Angstkrise weiß der Kranke nicht, woran er sich klammern soll. Seine Beziehungen zur Umwelt lösen sich auf: Der Arzt absorbiert die Angst durch seine bloße Präsenz; aber es gibt viele Möglichkeiten, in einer solchen Situation anwesend zu sein: Auf das Verfahren des Anwesendseins wird hingewiesen.

Wenn aber die Neurosen eine physiodynamische Basis haben, ist es nur natürlich, an die Möglichkeit einer pharmakologischen Tätigkeit zu denken. Die bei Neurosen angewandten Arzneien stellten nur eine Form von symptomatischem Arzneigebrauch dar: Aus dem Grunde sind verschiedene Medikamente angewandt worden, die die vegetativen Störungen

regulieren, welche manchmal Begleiterscheinungen der Neurosen sind. Es gibt jedoch direktere therapeutische Heilmittel.

Seit einigen Jahren wende ich vegetative Schocks mit Azetylcholin an nach einem Verfahren, das ich an anderer Stelle beschrieben habe. Meine Idee ging von der zwischen den Depressionen und Neurosen als Gemütskrankheiten bestehenden Analogie aus. Wie bei jenen pharmakologische und elektrische Schocks angewandt werden, dachte ich an die Brauchbarkeit anderer schwächerer Schockarten für die Neurosen. Fiamberti hatte vorgeschlagen, die Schizophrenie mit Azetylcholinschocks zu behandeln. Ein gemildertes Verfahren dieser Therapeutik hat sich bei den Neurosen als sehr wirksam erwiesen.

Die Fortschritte der Neuropharmakologie haben es gestattet, die Indikation des Elektroschocks bei der Melancholie mittels Anwendung gewisser Arzneien (Imipramin und die Inhibitoren der Monominoxidase) beträchtlich zu reduzieren. Diese Arzneien kön-

nen in geringerer Dosis auch bei Neurotikern wirksam sein. Kürzlich haben das Diazopoxin und andere ähnliche Medikamente neue Perspektiven eröffnet.

Die Neurosen sind Krankheiten, in denen am stärksten zum Ausdruck kommt, was Persönlichkeit ist. Es sind die menschlichsten aller Krankheiten; deshalb verlangen sie vom Arzt die Haltung tiefen menschlichen Verständnisses. Die Angst des Neurotikers muß vom Arzt absorbiert werden. Das ist eine schwere Belastung, aber es ist eine Belastung, die ihm Würde verleiht. Außer der neurotischen Angst existiert die jeder Krankheit innewohnende Angst. Es ist eine wesentliche Aufgabe des Arztes, zu wissen, wie er sich angesichts der Angst zu betragen hat. Nie wird ein guter Arzt sein, wer nicht empfindlich gegenüber der Angst des Kranken ist, welches körperliche Leiden er auch haben mag. Diese Empfindlichkeit unterscheidet den „Arzt“ vom „Mediziner“.

Anschrift d. Verf.: Prof. Juan-José López-Ibor, Olivares 18, Madrid 3.