neurologischer Institute, wissenschaftlicher Reisen usw. an Mitglieder unserer Gesellschaft. (Genauere Formulierung der Einzelbestimmungen vorbehalten.)

B. Wissenschaftlicher Teil.

II. Referat.

1. Herr Oppenheim: **Pathologie und Therapie der nervösen Angstzustände.**

Als ich vor einem Jahre den Vorschlag machte, die nervösen Angstzustände zum Gegenstand einer Besprechung in unserer Gesellschaft zu wählen, drängte mich dazu in erster Linie die Erfahrung, dass es sich hier um ein überaus verbreitetes Übel handelt, das dem Nervenarzt auf Schritt und Tritt begegnet. Aber nicht allein seine Häufigkeit ist es, welche diesem Leiden eine besondere Bedeutung verleiht, sondern mehr noch die Intensität der Beschwerden, die es hervorbringt, die Beeinträchtigung des Lebensgenusses, die Störungen im Beruf und im sozialen Leben, die es verursacht.

Um eine Vorstellung von seiner Verbreitung zu geben, will ich nur anführen, dass ich im letzten Jahr 180 Personen wegen nervöser Angstzustände zu beraten und zu behandeln Gelegenheit hatte; und zwar habe ich nur die hierher gerechnet, bei denen die Angst die dominierende Erscheinung bildete.

Und um gleich den dritten Gesichtspunkt zu bezeichnen, der bei der Wahl dieses Themas bestimmend gewesen ist, so ist es — das scheue ich mich nicht, zu bekennen — die Rat- und Hilflosigkeit, in der wir uns selbst einem Teil dieser Kranken gegenüber befinden, ich meine, die Hartnäckigkeit des Leidens und die grosse Schwierigkeit seiner Behandlung.

Das sind Gründe genug, um diesen Gegenstand herauszugreifen, um Erfahrungen über sein Wesen, seine Grundlagen, seine Prognose und seine Behandlung zu sammeln und auszutauschen. Hier hat jeder von uns zu lernen, hier muss jeder Beitrag, der uns in der Erkenntnis einen Schritt weiter führt, willkommen sein.

Ich sagte, dass es sich um ein Leiden handelt, welches tief in das Lebensschicksal des Betroffenen eingreift, muss aber einschränkend hinzufügen, dass es Angstzustände im Verlauf der Hysterie und Neurasthenie gibt, die nur temporär auftreten, sich nicht an eine bestimmte Lebensbetätigung knüpfen und gegenüber anderen Beschwerden in den Hintergrund treten. Aber wir wollen uns hier besonders den Formen zuwenden, in denen die Angst das wesentliche Element des Leidens

ausmacht, und da begegnen wir den Unglücklichen, die im Verkehr mit der Menschheit, in den Beziehungen zur Umwelt mehr oder weniger gehemmt sind, sei es, dass sie nur alle grösseren Ansammlungen: Theater, Konzert, Orte, in denen demonstriert und vorgetragen wird, gesellschaftliche Veranstaltungen usw. vermeiden müssen, oder dass ihnen schon das Betreten der Strasse, das Verlassen des Hauses die grössten Qualen bereitet. Jedem von Ihnen sind gewiss Leidende dieser Art bekannt, die bei aller Intelligenz, bei grösstem Streben, bei der grössten Vielseitigkeit der Interessen gewissermassen an Händen und Füssen gebunden sind, durch Wände und Mauern vom Leben getrennt sind, an dem sie den tiefsten Anteil nehmen möchten.

Wenn wir die Natur eines derartigen Übels erkennen wollen, müssen wir vor allem wissen, woher es kommt, und es ist zu beklagen, dass der Forschung schon hier grosse Schwierigkeiten entgegentreten, ja dass um die Frage der Ätiologie der Kampf der Meinungen in besonderer Heftigkeit entbrannt ist.

Wenn ich ganz nüchtern und vorurteilsfrei, ohne alle Mystik und Symbolik, mein Material unter diesem Gesichtspunkt prüfe, so komme ich zu folgendem Ergebnis. In der grossen Mehrzahl der Fälle handelt es sich um neuropathisch belastete und behaftete Individuen. Sehr oft lässt sich in der Familie eine Neigung zu den krankhaften Zuständen feststellen, die auf das Nervensystem belastend im weitesten Sinne des Wortes wirken. Deutlicher noch tritt es hervor, dass die Individuen selbst von Haus aus Neuropathen oder Psychopathen sind, d. h. schon in der Kindheit und Jugend Erscheinungen geboten haben oder zur Zeit der Erkrankung Erscheinungen bieten, welche als Äusserungen der Neurasthenie und Psychasthenie, seltener der Hysterie, oder als ins Krankhafte verzerrte Charaktereigenschaften zu deuten sind.

Ebenso wichtig ist aber folgender Umstand:

Nur in der Minderzahl der Fälle entwickeln sich die Angstzustände auf dieser Grundlage scheinbar spontan, ohne markanten Anlass und dann oft schon in früher Jugend. Meist ist eine auslösende Ursache festzustellen: und zwar ein bestimmtes, die Seele erschütterndes Ereignis oder eine Summe von Aufregungen, ein fortwirkender Kummer. Weniger prägnant ist der krankmachende Einfluss jener Schädlichkeiten, die sich als erschöpfend wirkende kennzeichnen. In einem kleinen Bruchteil der Fälle ist Folgendes festzustellen: Bei irgend einer äusseren Gelegenheit, z. B. im überfüllten, überhitzten Raum hat sich einmal ein Schwindel- oder Ohnmachtsanfall oder dergl. eingestellt, die Situation war eine so peinliche, die Erinnerung an den Moment ist

eine so quälende, dass sich die Furcht vor der Wiederholung des Anfalls unter ähnlichen Verhältnissen zur echten Phobie entwickelt.

Schliesslich kamen bei einzelnen meiner Patienten die Angstzustände zur Entwicklung, als sie sich aus einer umfassenden Berufstätigkeit zur Ruhe zurückzogen.

Um dieser Darlegung eine leicht übersichtliche Unterlage zu geben, habe ich auf Tabelle I 40 wahllos herausgegriffene Fälle zusammengestellt, wie sie sich mir in den Sprechstunden eines bestimmten Zeitabschnittes präsentiert haben. Ich hätte ja die vierfache Zahl und mehr (allein aus dem letztem Jahre) verwerten können, aber ich darf behaupten, dass das, was hier in leicht übersehbarer Weise vor Augen geführt wird, ein richtiges Bild von den tatsächlichen Verhältnissen gibt.

Tabelle I.

Zur Ätiologie der Angstzustände.

1. Frau K., 30 J. Beide Eltern nervös. Mutter und deren Geschwister Hemikranie, ein Bruder Tic. Patientin als Kind nervös, Pavor nocturnus. Bis 18 gesund. Damals grosse Erregung durch plötzlichen Tod des Vaters in ihren Armen. Seitdem Platzangst, Gesellschaftsangst usw. Glückliche Ehe, 2 Kinder.

2. Frau G., 35 J. Hereditäre Belastung ohne genaue Angaben. Beginn des Leidens im 20. Jahr im Anschluss an Kokainvergiftung mit enormer Aufregung. Schwerste Nosophobie, Furcht vor Herzschlag, quälende Todesfurcht.

3. Frä. v. Oe., 24 J. Neuropathische Belastung mütterlicherseits. Leichte Nervosität um Pubertätszeit. Vor 4 Jahren während Menstruation Ausbruch eines Feuers durch ihr Verschulden, seitdem Pyrophobie mit Schuldbewusstsein, Schlaflosigkeit.

4. I., 21 J., Student, schwere Belastung, von früh auf schüchtern, verschlossen. Dann vor einigen Jahren nach einer angreifenden Bandwurmkur dauernde Anthropophobie, zieht sich von allen Menschen zurück. Psychopathische Persönlichkeit.

5. R., 35 J., Kaufmann. Schon früher neurasthenische Beschwerden: Kopfdruck, nervöse Dyspepsie usw. Vor 5 Jahren grosse geschäftliche Aufregungen, danach typische Erythrophobie.

6. A., 32 J., Kaufmann. Über Heredität nichts zu erfahren, erinnert sich nicht, nervös gewesen zu sein, erkrankte vor einigen Jahren an Otitis media mit Komplikationen. Der Otiater Dr. J. spricht ihm gegenüber den Verdacht des Hirnabzesses aus, grosse Aufregung, seitdem typische Basophobie usw.

7. H., 27 J., Maler, Mutter litt an Krämpfen, deren Natur unklar blieb, Tante und Cousine an Epilepsie. Er selbst hat früh masturbiert leidet an sexueller Neurasthenie und Erythrophobie.

8. J., 17 J., Mutter schwere Neurasthenie, Pat. hatte als kleines Kind Salaamkrämpfe. Im Alter von 3 Jahren Angstzustände bei Bronchitis.

Dann Paralysis postdiphth. Im Alter von 11 Jahren Beginn des Leidens mit Angst vor allem Neuen, Unbekannten, Schwindelanfälle. Seit 2 Jahren Strassenangst, Menschenangst; einige Mal im Theater Schwindel- und Verwirrungsanfälle.

9. Frau L., 47 J., über Heredität und Jugendnervosität keine Angaben. Seit Jahren grosser Kummer über skoliosebehaftete Tochter, quälende Reflexionen, ob die Tochter heiraten darf usw. Darauf Entwicklung einer Pyrophobie, nervöses Ohrleiden; bei Periode Erregungszustände, Selbstwürfe, Schlaflosigkeit.

10. Frä. K., 22 J., ungünstige Familienverhältnisse, Stiefmutter. Seit Kindheit Nervosität, Neigung zu Skrupeln, zur Autoanalyse, Verwirrungszuständen, dann seit einigen Jahren Gesellschaftsangst, besonders in hell erleuchteten Salons. Sehr intelligent, ausgesprochene neuropathische Konstitution.

11. Dr. D., 39 J., Vater Diabetes, Patient selbst Diabetes, Ausbruch von Angstzuständen im Anschluss an Mitteilung von Tobsucht eines Freundes. Angst vor Psychose, Angst, dass er seine Nächsten umbringen würde, besonders nach jeder Anstrengung. Adipositas, allgemeine Nervosität.

12. Frau v. B., 33 J., über Heredität nichts zu erfahren. Schleichende Entwicklung von Angst und Schwindel beim Gehen, zuerst beim Alleingehen auf freien Plätzen, dann auch im grossen Zimmer, bei Blendung usw. Schon das Tragen des Schirmes bringt Erleichterung. Sonst gesund, sehr tätig, intelligent. Zuweilen Kopfschmerz; Blepharoclonus.

13. S., 36 J., Verleger. Angeblich nichts Erbliches. Als Kind sehr viel Infektionskrankheiten, aber dann gesund, machte grosse Reisen, Gebirgstouren. Mit 23 Jahren durch Tod des Vaters Übernahme grossen Geschäfts mit hoher Verantwortlichkeit, Nacharbeit und steten Erregungen; zitterte jeden Morgen beim Betreten des Geschäfts. Dann Agoraphobie, Basophobie, Furcht vor Suicid; Remission von einigen Jahren, dann Ehe-Unglück, Scheidung; schwerer Rückfall, kann nicht allein gehen, nicht allein reisen usw. Angstanfälle mit Herzjagen (P. 130), oft dabei Masturbation.

14. Frau H., 45 J. Neuropathisch belastet. Seit dem Jahre 1889 schwere Erkrankungen, gynäkologische Operationen, Tod des Vaters, Bruders, Schwester, anderer Verwandten; fortdauernd grosse Erregungen, dann Entwicklung von Angstzuständen, besonders, dass jemand aus dem Fenster stürzt, Fenster dürfen deshalb nicht geputzt werden; Schlaflosigkeit, Gähnkrämpfe usw.

15. D., 34 J., Kaufmann. Vater sehr nervös. Patient selbst immer leicht erregbar ohne besondere Beschwerden. 1908 Automobilunfall, in der Folgezeit grosse Überarbeitung (neues Geschäft), geschäftliche Erregungen; dann Entwicklung von Strassen- und Eisenbahnangst, Furcht vor Herzschlag. Neurasth. cordis.

16. v. H., 12 J., Mutter nervös und ängstlich, Vater Herzneurose, Patient von klein auf reizbar, sensibel, verschlossen. Seit Schulbesuch heftige Schulangst mit Neigung zu Erbrechen und Durchfall, obgleich ausgezeichnete Schüler. Schwere Herzneurose, Arrhythmia cordis, Extrasystolen.

17. H., 34 J., Kaufmann, Vater Tabes und Neurasthenie, Ehezerwürfnis der Eltern. Vor 3—4 Jahren nach Erregungen Platzangst, Reise-

angst, später Schwindel, Herzbeschwerden, zuweilen Bradykardie und Pollutionen.

18. Frau St., 36 J. Vater Paralysis agitans. Patientin selbst immer etwas nervös. Als Kind Chorea minor, zuweilen Weinkrämpfe bei Erregungen. In den letzten Jahren grosse Aufregungen durch Krankheit des Vaters, Ehescheidung der Schwester, danach Monophobie, Basophobie, Anfälle von Schwindel, Pseudoangina pectoris. Entwicklungsanomalie am rechten Auge.

19. Frau Oberst O., Heredität? Schon als Kind nervös, furchtsam, konnte nicht in eine Höhle gehen usw. Vor 2 Jahren heftige Gemütsbewegungen (sie war im Kurorte mit ihrem herzleidenden Mann und erlebte, dass im Nebenzimmer ein Herzkranker von Angina pect. befallen wurde), gleich darauf Monophobie, Angst vor dem Dunkel usw., asthmatische Zustände.

20. E., 52 J., Kaufmann. In Jünglingsjahren viel Pollutionen und sexuelle Neurasthenie, völlige sexuelle Enthaltsamkeit bei starker Libido. Vor 5—6 Jahren Austritt aus Geschäft, plötzliche Unterbrechung einer sehr umfangreichen Tätigkeit. Seitdem Angstzustände, Zwangsvorstellungen, Psychopath.

21. Frä. L., 27 J. Keine nachweisbare Belastung. Als Kind leichte Tics, die sich später fast ganz verloren. Im Alter von 17 Jahren Überfall mit Versuch der Vergewaltigung. Seitdem Anthropophobie, Agoraphobie, Neigung zur Tachykardie, zeitweilig Hyperaesthesia acustici und Schlaflosigkeit.

22. v. B., 35 J., Offizier. Eltern gesund, Onkel Psychose, ein anderer Psychopath und Sonderling. Patient selbst gesund bis auf eine Periode der Insomnie auf der Schule. 1893 Sturz vom Pferde, leichte Erschütterung, 1898 erneuter Sturz, schwere Kontusionserscheinungen. Seitdem Neurasthenie, Insomnie, Angst vor Psychose, auch einfache Angstzustände mit Herzjagen, Tachypnoe, Schweissausbruch.

23. P., 51 J., Jurist. Leidet seit Kindheit an Erythrophobie, ebenso wie seine Mutter und Schwester, hat deshalb stets Besuch von Gesellschaften gemieden, nicht geheiratet.

24. Frau Justitzrat P., 29 J. Zwilling, auch einer der Eltern und Grosseltern waren Zwillinge (leider nicht genau notiert), wie überhaupt diese Neigung in der Familie sehr verbreitet sei. Glückliche Ehe, 5 Aborte. Patientin war immer leicht erregbar. Seit ca. 16 Jahren heftige Angstzustände, besonders auf der Strasse oder wenn sie irgendwo ruhig sitzen soll (Theater, Konzert), am stärksten zur Zeit der Menses, mit Herzjagen, Beklemmungen. Grosse Erregbarkeit, Tachykardie.

25. J., 45 J., Schachtmeister. Hereditär nichts. 1888 grosse Erregung durch Wassersnot. Bald darauf Kreuzschmerz, Muskelschwäche. 1901/02 grosse Erregungen durch Vermögensverlust. Bald darauf Reizbarkeit, Schwindelanfälle, Ideenflucht, lokale Synkope. Dann in den letzten Jahren Angstzustände, besonders nachts, die Angst beginnt in den Extremitäten, steigt zum Kopf, muss aus dem Bett auf die Strasse. Auch Eisenbahnangst. Schreckhaft, reizbar. Dystrophia muscul. prog.

26. Frau H., 45 J. Vater Diabetes, sonst keine Heredität festzustellen. Pat. in der Pubertätszeit Neigung zu Synkope, später wiederholentlich heftige Urticaria. Seit vielen Jahren Gewitterangst, schon stundenlang

vorher Übelkeit, Herzklopfen, Unruhe; verdunkelt alles, rennt umher. Es ist die Furcht vor dem plötzlichen Geräusch; Blitzableiter gibt ihr keine Ruhe. Auch im Theater Angst vor Schuss, kann aber selbst schiessen. Hysterische Züge.

27. X., 28 J. Vor einem Jahre im Examen durchgefallen, war sehr unglücklich, wurde menschenscheu, es entwickelte sich Erythrophobie, Selbstmordversuch. Paranoide Ideen.

28. B., 19 J., Kaufmann. Über Erblichkeit nichts zu ermitteln. Verschlüsselter Charakter. Zeitweilig mangelhafter Schlaf, Pollutionen. Vor 5 Jahren bei einem Vortrag Ohnmachtsanfall. Seitdem beherrscht von Angst vor Ohnmacht und Umfallen bei ähnlichen Anlässen, Schwindelanfälle.

29. Arbeiterfrau (Poliklinik). Keine Heredität, Früher gesund. Vor einiger Zeit wurde ihr vom Arzt gesagt, dass ihr Mann schwer nierenleidend sei. Seitdem heftige Angst, als ob die Decke über dem Kopf zusammenstürze, sie muss auf die Strasse rennen usw.

30. Frä. v. P., 20. J. Mutter nervös, Vater Tabes. Seit Kindheit nervös und ängstlich (Brückenangst, Höhenangst). Falsche Erziehung. Vor 4 Jahren nach ungewohnter Trennung von der Mutter heftigere Angstzustände, speziell Strassenangst, Gitterangst usw., Schweissausbrüche.

31. Major T., 47 J. Vater Gicht, sonst keine Heredität. Patient früher gesund, seit Kindheit Schlangenfurcht. Trotz Neurasthenie, Insomnie usw. sehr tatkräftiger, schneidiger Offizier, aber ausgesprochene Klaustrophobie, die im Dienst „mit Zähneknirschen“ überwunden wird.

32. Frau Str. Mutter nervös. Patientin von klein auf ängstlich, schreckhaft, Pavor nocturnus. Stigmata degenerationis. Seit Jahren ohne bestimmten Anlass Strassenangst, Vortragsangst (Sängerin), Cephalalgia vasomotoria im Anschluss an Angst beim Singen.

33. Frä. P., 28 J. Von Kind auf nervös. 1904 Vorbereitung zum Examen mit Überanstrengung und vielen Aufregungen. Dann Herzneurose, Spasmus facialis und Angstzustände verschiedener Art. Nervöse Diarrhoe. Hemikranie.

34. W., 29 J., Kaufmann. Vater Psychose, Schwester Hypochondrie. Erst selbst immer nervös. Vor 9 Jahren Spitzenaffektion. Allmähliche Entwicklung von Angstzuständen. Anthropophobie, Gesellschaftsfurcht, Reisefurcht, Monophobie usw. Auf der Höhe der Angstzustände Erbrechen.

35. K., 34 J. Keine Belastung. Gesund bis 1901, dann Lues. Bald darauf Entstehung einer Hypochondrie, besonders Furcht vor Paralyse. In der Folge Neurasthenie und speziell Strassenangst, Menschenangst.

36. Dr. M., 40 J., Jurist. Eltern blutsverwandt. Patient selbst stets nervös. Im Alter von 20 Jahren nach sexuellen Erregungen (mutuelle Masturbation) Dorsalgie, Spinalirritation. 10 Jahre später (1894) Verheiratung, aber in Ehe starkes sexuelles Verlangen nach einer früher geliebten Frau; Seelenkonflikt. Seitdem dauernd Angstzustände, Grübelsucht, Hypochondrie.

37. Frau K., 41 J. Mutter nervös. Bruder Psychopath. Sie selbst stets gesund bis auf Hemikranie und seltene Ohnmachten. Vor 10 Jahren am Ende der Gravidität grosser Schreck durch Feuersbrunst. Seitdem Monophobie und Furcht, andere zu verletzen usw.

38. Frau L., 30 J. Keine wesentliche Belastung. Vor 6 Jahren

Abort, der sie körperlich schädigte und wegen enttäuschter Hoffnung seelisch erregte. Seitdem Monophobie, stete Angst für Mann, der sich kaum von ihr entfernen darf. Sonst gesunde, sehr intelligente Frau.

39. Fr. L., 31 J. Früher angeblich gesund bis auf geringfügige nervöse Beschwerden. Im Juli d. Js. nächtlicher Überfall in der Eisenbahn mit gewaltiger Aufregung. Seitdem Angstzustände (Monophobie, Klaustrophobie usw.), Erregtheit, Hemmungen. Hysterische Züge. Analgesie.

40. K., 46 J., Gutsbesitzer. Beide Eltern starben vor 18—20 Jahren an Carcinom, dadurch heftige Gemütsbewegungen. Seitdem Klaustrophobie. Unfähigkeit, im Dunkeln allein zu sein; doch genügt das Bewusstsein, dass sich jemand im Nebenraum aufhält. Sonst frei von jeder Angst und Furcht. Kräftiger Mann mit neurasthenischen Beschwerden.

Sie erkennen, dass die sexuelle Ätiologie bei meinen Kranken keineswegs in den Vordergrund tritt, und ich weiss, dass ich damit sofort das Misstrauen eines Teiles der Fachgenossen erwecke. Ich muss deshalb die Erklärung abgeben, dass ich meine Patienten in Bezug auf ihr Geschlechtsleben eingehend exploriere und dass ich bei dem modernen Grosstadtpublikum in der Regel auch auf keinerlei Schwierigkeit bei der Erörterung dieser Frage stosse.¹⁾ Aber ich befinde mich schon insofern in einem Gegensatz zu den Vertretern der Sexualtheorie, als das, was ich als krankmachende Ursachen angeführt habe, ich meine besonders die heftigen Gemütserschütterungen, für mich durchaus den Wert schwerer Schädlichkeiten haben. Die Schrecken der russischen Revolution und Pogrome haben sich mir z. B. wirksamer in der Erzeugung von Nervenleiden und Angstzuständen gezeigt als verdrängte Sexualvorstellungen. Ich war somit nicht veranlasst, bei der Erforschung der Ursachen ins Unterbewusstsein des Kranken hinabzusteigen und aus seinen Träumen und Assoziationen das Geheimnis der Ätiologie herauszuholen.

Aber diese Erklärung befriedigt Sie nicht. Sie verlangen vielmehr klare Stellungnahme zu den Freudschen Lehren, ihre Anerkennung oder Widerlegung. Ich bin in die entsprechende Literatur eingedrungen, ich habe mich sogar überwunden, die neueren Arbeiten Freuds durchzulesen, und wer an meinem guten Willen noch zweifeln sollte, dem brauche ich nur zu sagen, dass ich die Stekelsche²⁾ Broschüre einer sorgfältigen Durchsicht gewürdigt habe. Wer von Ihnen einen Blick hineingeworfen hat, kann ermessen, was das für einen von Freudschem Geiste nicht erfüllten Forscher heisst. Ich

1) Ich will aber gern zugeben, dass geschlechtliche Verirrungen und Missbräuche bei den hier berücksichtigten Patienten öfter vorgekommen sein werden, als es in der Tabelle zum Ausdruck kommt.

2) Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung. Mit einem Vorwort von S. Freud. Berlin-Wien. 1908.

darf gerade dieses Opus herausgreifen, weil es sich ganz speziell mit unserem Thema beschäftigt und weil es von dem Lehrer und Meister Freud die Approbation erhalten hat. Hier können Sie so recht erkennen, welches Unheil ein Arzt in der Seele eines ihm anvertrauten Menschen anrichten kann, wenn er beherrscht von der Überzeugung, dass es nur eine Ätiologie, die der sexuellen Verschuldung, gibt, im Unterbewusstsein des Kranken herumwühlt und seine Einfälle und Träume in durchaus willkürlicher Weise so deutet, dass der sexuelle Faktor herausspringen muss. Sie können verfolgen, wie der Gefolterte dieser Deutung zunächst einen energischen Widerstand entgegensetzt¹⁾, sich aber allmählich von dem Arzt, dem er nicht nur sein Vertrauen, sondern auch seine erotische Neigung entgegenbringt, immer mehr umgarnen und überrumpeln lässt, bis er schliesslich wahllos alles zugibt und jede Deutung annimmt, die dieser ihm imputiert.

Da gibt es in den Träumen und Einfällen des Kranken kein körperliches Objekt, das nicht als Symbol des Penis oder der Vagina angesehen wird.

Für die Sexualphantasie der Freudschen Schule ist: Wurst, Stock, Stöckel, Finger, Daumen, Däumling, Feder, Lineal, Fisch, Pferd, Säule, Baumstamm, Regenschirm („weil er hochgeht“), Kind, Kleiner, Apfel, Orange, Zündhölzchen, Kerze, Karfiol, Schwamm, Johannisbrot, Nagel, Schokolade, Nussack, Raubvogel, Torte, Flugapparat etc. das Symbol des männlichen Genitals.

Ein voller Bücherschrank ist ein sehr potenter Mensch. Träumt eine Mutter, dass ihr Kind vor der Tür steht, so ist es der Penis vor der Hosentür des Geliebten. Träumt jemand von einem Zimmer, so ist es ein Frauenzimmer. Leidet jemand an Angst vor dem Betreten eines Geschäftes, so rührt das daher, weil er in der Kindheit ein Geschäft (d. h. die Stuhlentleerung) mit Wollust ausgeführt hat. Beachten Sie den tiefen inneren Zusammenhang! Träumt die Wienerin von der Donau, so ist das Fluor albus etc. etc.

Es befremdet Sie, dass ich in einer so ernsten Angelegenheit derartigen Wust und Unsinn zusammenstelle, und es hiesse in der Tat einer so durch und durch kritiklosen Arbeit zu viel Ehre erweisen, wenn nicht Freud dahinter stände, Freud mit einem immerhin grossen Anhang, Freud, dessen Theorien bereits ins Publikum, in die schöngeistige und juristische Literatur, ja in die Theologie eingedrungen sind; er darf sich rühmen, begeisterte Anhänger unter den Pfarrern erworben zu haben, deren einer schon von psychoanalytischer Seel-

1) „Die ersten Wochen und häufig die ganze Kur hindurch findet ein beständiger Kampf zwischen dem Neurotiker und Seelenarzt statt“ (Stekel).

sorge¹⁾ im Sinne Freuds, von der Verwertung der wissenschaftlichen Traumdeutung bei der experimentellen Moralpädagogik spricht.

Diese erschreckende Wahrnehmung einerseits sowie die Verdienste, die sich Freud auf anderen Gebieten erworben hat, nötigen uns dazu, von dieser Bewegung Kenntnis zu nehmen und festzustellen, dass hier unter der Flagge der Wissenschaft und Heilkunst für ein überaus bedenkliches und gefährliches Behandlungsverfahren Propaganda gemacht wird. Die Art, wie hier dem Kranken Geständnisse abgepresst werden, erinnert durchaus an die alte Foltermethode, nur dass an die Stelle des körperlichen Schmerzes die geistige Vergewaltigung getreten ist.

Aber man könnte einwenden, das sei nur die eine Seite der Freudschen Lehren, während an der Bedeutung der Verdrängungstheorie, der Lehre vom eingeklemmten Affekt etc. nicht zu rütteln sei. Ich sehe davon ab, dass diese Lehre schon in den Abhandlungen von Raymond, Janet, Vogt im Keime enthalten ist, und habe den spekulativen Wert, der in diesen Betrachtungen steckt, nie unterschätzt, aber ich freue mich, auf eine Erörterung dieser Fragen deshalb verzichten zu können, weil in einer Kritik, die Isserlin²⁾ vor kurzem an der Freudschen Psychoanalyse geübt hat, alles das enthalten ist, was ich selbst gegen sie ins Feld führen würde.

Er kommt zu dem Ergebnis: „Die Lehre von den Symbolen ist eine wahre Karrikatur von einem wissenschaftlichen Verfahren, die Lehre vom Sexualleben ist eine freie Dichtung etc.“

Ich erkenne gewiss an, dass in den von Freud und besonders von Jung inaugurierten Forschungen ein richtiger Kern stecken kann und dass unterbewusste Vorstellungen in der Genese der Angstzustände eine Rolle spielen können. Ich halte es deshalb für berechtigt, diese Studien an den Kliniken fortzusetzen, aber vor ihrer Verwertung in der Praxis und ganz besonders vor dem Freudschen Verfahren der Traum- und Schwatzdeutung kann ich nicht genug warnen und halte es für durchaus erforderlich, dass die Leiter von Sanatorien und anderen Heilanstalten in ihren Prospekten klipp und klar erklären, ob sie Psychoanalyse im Sinne Freuds treiben, damit wir, die wir ihrer Obhut unsere Patienten anvertrauen, wenigstens genau informiert sind.

Ich habe zur Ätiologie noch eine Bemerkung zu machen. Es ist mir seit langem aufgefallen, dass die Angstzustände, die bei den Kranken der Privatpraxis eine so grosse Rolle spielen, in der Poli-

1) O. Pfister, Psychoanalytische Seelsorge und experimentelle Moralpädagogik. Protest. Monatshefte. Leipzig 1909.

2) Die psychoanalytische Methode Freuds. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. und Psych. Bd. I.

klinik fast ganz zurücktreten. Zum Teil liegt das daran, dass in meiner Poliklinik die organischen Leiden bedeutend überwiegen. Aber das erklärt nicht alles. Man könnte sich vorstellen, dass der Zwang zur Beschäftigung beim Arbeiter einen gewissen Schutz bildet. Aber dem widerspricht, dass sich unter meinen Privatpatienten Männer befinden, die angestrengt arbeiten: Kaufleute, Rechtsanwälte, Verleger etc., allerdings sind sie fast durchweg so gestellt, dass ihre Arbeit nicht von der Not gefordert wird. Mir scheint mehr noch ins Gewicht zu fallen, dass die Neigung zur Introspektion, zur Reflexion über sich selbst bei den Volksklassen, die die Poliklinik besuchen, weit weniger verbreitet ist, aber auch das ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass die harte Not sie nicht zur Selbstschau kommen lässt.

Wir kommen nun zur Symptomatologie und Analyse der Angstzustände.

Ich verzichte auf eine Klassifikation und beschränke mich auf folgende Bemerkung: Angstgefühle können im Verlauf der Hysterie und Neurasthenie jederzeit auftreten, besonders im Gefolge heftiger Gemütsbewegungen, im Erwartungsaffekt, oder bei Erschöpfungszuständen oder im Geleit einer langdauernden Schlaflosigkeit. Unter diesen Verhältnissen bildet die Angst meist ein passageres und nur ausnahmsweise ein stabiles oder lange Zeit vorherrschendes Symptom.

Dagegen gibt es eine Gruppe von Neuropathen und Psychopathen, bei denen die Angst das wesentliche Krankheitsmoment ausmacht und in der Regel den Charakter der Phobie hat. Man kann dann von Angstneurose oder von Psychasthenie sprechen, doch soll weder diese Frage noch die der Beziehungen zwischen den Phobien und Zwangsvorstellungen hier erörtert werden. Die Angst der Epileptiker, die Angst bei Psychosen schliesse ich ebenfalls von meinen Betrachtungen aus. Ich hoffe, dass der Herr Koreferent näher darauf eingehen wird.

Was ist Angst?¹⁾

Wir wenden den Begriff in einem doppelten Sinne an, einmal als Furcht vor etwas, das eintreten kann, vor dem Tode, vor der Erkrankung eines Angehörigen, vor Ansteckung bei einer Epidemie.

Besonders aber bezeichnen wir mit Angst das starke Unlustgefühl,

1) Siehe hierzu die Abhandlungen von Arndt, Roller, Boll, Störing, Krafft-Ebing usw., zusammengestellt bei Forster (Die klinische Stellung der Angstpsychose. Berlin 1910. S. Karger), ferner das grundlegende, die französische Literatur berücksichtigende Werk von Raymond et Janet: *Névroses et Idées fixes*. Paris 1898; Freud, *Obsessions et Phobies*. *Revue neurol.* 1895; Hartenberg, *La névrose d'angoisse*. Paris 1902; Kornfeld, *Jahrb. f. Psych.* 1902; Kaufmann, *Münch. med. Wochenschr.* 1908; Lange, *Die Gemütsbewegungen* usw. 2. Aufl. Deutsch v. Kurella. Würzburg 1910 usw. usw.

das wir im Augenblick einer Gefahr, z. B. bei einem Eisenbahnunfall, bei drohendem Absturz, beim Durchgehen der Pferde, bei einem Erdbeben usw. empfinden. Wir haben für diese emotiven Vorgänge auch wohl die Bezeichnung des Grauens und Schauderns und wissen, dass in ihnen ein seelisches und ein körperliches Moment steckt, nämlich ein spezifisches Unlustgefühl und eine Reihe körperlicher Empfindungen und Vorgänge: Herzklopfen, Beklemmung, Gefühl, als ob das Herz still stände, das Blut erstarre, Atemnot, besonders Erschwerung der Einatmung, Versagen der Muskulatur, die wie gelähmt ist, Zittern, Schweissausbruch, Kältegefühl an Händen und Füßen, Sträuben der Haare, Trockenheit der Lippen, gastrische Störungen, Harndrang, Stuhldrang usw.

Soweit wir in solchen Situationen uns beobachten und den Zustand analysieren können, erkennen wir, dass die seelische Erregung das Primäre ist, aber dann tritt rasch eine Vermengung des Seelischen mit den körperlichen Empfindungen ein, so dass die Unlust, die Qual aus beiden zu resultieren scheint. Immerhin kann das Herz klopfen, die lähmungsartige Erstarrung usw. noch andauern, nachdem die Angst überstanden ist.

Das Krankhafte kann sich nun auf zweierlei Weise offenbaren, 1. als übermässig starke psychophysische Reaktion, 2. als eine Verschiebung in der Kausalität, d. h. als ein Auftreten der Angst unter Bedingungen, unter denen der Gesunde sich nicht ängstigt. Meist kommen beide Faktoren in Frage, doch spielt der letztere die Hauptrolle.

Wir erkennen sofort, dass die Grenze zwischen dem physiologischen und dem pathologischen Vorgang keine starre, sondern eine fließende ist. Ich erinnere z. B. an die Gewitterangst, die bis zu einem gewissen Grade causal begründet ist. Das Krankhafte zeigt sich aber einmal darin, dass sie oft bei Personen auftritt, die sich vor dem Blitzschlag nicht fürchten, dann besonders in der Intensität der körperlichen Reaktionen, die durch die Naturerscheinung ausgelöst werden. Sehr schön wird die nahe Beziehung des Physiologischen zum Pathologischen auch durch die Furcht vor dem Schuss auf der Bühne illustriert. Hier ist es in der Regel das plötzliche starke Geräusch, das gefürchtet wird. Es sind Individuen, die auf plötzliche starke Geräusche besonders stark reagieren, und zwar kann auch in dieser Reaktion ein seelischer und ein körperlicher Vorgang stecken. Ist diese akustische Reaktion eine ungewöhnlich starke, so ist die Angst vor dem Schuss causal begründet und kann an sich nicht als krankhaft angesehen werden.

Aus diesen Darlegungen geht schon hervor, dass in der Phobie

nicht nur die Angst vor einem seelischen Vorgang, sondern auch die vor körperlichen Erscheinungen unangenehmer Art enthalten sein kann.

Ich kann Ihnen dafür noch ein anderes prägnantes Beispiel anführen. Es gibt Klaviervirtuosen, die, wenn sie anderen vorspielen sollen, von einem Kältegefühl in den Fingern befallen werden, das sich bis zur lokalen Synkope steigern kann, so dass dadurch ihr Spiel zu einem ganz unvollkommenen wird. Wenn man diese befragt, so ist es nicht das Unlustgefühl der Angst, vor dem sie sich fürchten, sondern die Erstarrung der Hände.

Der Schwindel beim Blick in die Tiefe, in den gähnenden Abgrund ist eine Erscheinung, die wir kaum als eine krankhafte betrachten dürfen, wenn es auch gewiss eine krankhafte Steigerung derselben gibt. Es sind hier die ungewöhnlichen Raumvorstellungen, die den Schwindel auslösen. Dasselbe optische Moment spielt nun bei der Agoraphobie, bei einem exquisit krankhaften Zustand, sowie bei dem sog. Höhenschwindel häufig eine wesentliche Rolle.

Beachten Sie alle diese Gesichtspunkte, dass es sich bei dem Symptom der Angst bald nur um die Steigerung eines physiologischen, bald um einen rein pathologischen Zustand handelt, dass sie in einer Kombination von seelischen mit körperlichen Vorgängen besteht, dass der erste Anstoss freilich in der Regel von der Vorstellungssphäre ausgeht, dass aber dieser seelische Vorgang oft nur die Konsequenz einer auf körperlichem Gebiet gemachten Erfahrung, einer übermässigen körperlichen Reaktion auf Sinneseindrücke und Vorstellungen ist. Das führt uns zu der wichtigen Frage: Liegt nun hier eine Störung auf geistigem oder auf körperlichem Gebiet vor? Sie scheint so leicht zu beantworten und birgt doch so manche Schwierigkeit und Unklarheit. Man sollte meinen, dass schon die nahe Beziehung der Angstzustände zu den Zwangsvorstellungen auf den rein geistigen Charakter dieser Störungen hinweise. Es gibt aber Phobien, die sich mit den Zwangsvorstellungen nur in ganz äusserlichen Merkmalen berühren.

Weiter liesse sich für den psychischen Charakter des Leidens anführen, dass es Phobien gibt, die sich auf suggestivem Wege hintanhalten lassen. Bekanntlich kann der Platzangstkranke dem Anfall dadurch vorbeugen, dass er in Begleitung eines anderen den verhängnisvollen Platz überschreitet. Indes bewährt sich dieser günstige Einfluss nur bei einem Teil der Agoraphobischen. Ich habe viele andere gesehen, die nicht dazu zu bringen waren, ihr Haus zu verlassen, selbst nicht in ärztlicher Begleitung, selbst nicht unter dem Schutze einer ihnen vollstes Vertrauen einflössenden Persönlichkeit.

Dubois¹⁾ hat nun, wie Ihnen bekannt sein dürfte, den pathologischen Angstzustand mit der Feigheit und Furchtsamkeit identifiziert. Ja er geht so weit, dass er von der Geistesschwäche dieser Patienten spricht, von ihrem Aberglauben, ihrem Kleinmut, ihrem ausgesprochenen Mangel an Urteil. Ich²⁾ habe in einer Entgegnung schon an Beispielen gezeigt, dass das durchaus nicht generell zutrifft, dass es oft geistig hochstehende, willensstarke Individuen³⁾ sind, die von einer Phobie gequält werden, dass sie sich der Lächerlichkeit ihrer Angst bewusst sind und gerade darunter besonders leiden, dass sie bei aller Einsicht und bei aller Energie auf anderen Gebieten dieser Schwäche nicht Herr werden können.

Es gibt freilich eine Gruppe von Psychopathen, die von Haus aus ängstlich und feige sind, die vor allem, was das Leben von ihnen fordert, zurückschrecken, bei denen besonders jede Erwartung sich in einen Angstzustand verwandelt. Das sind aber nach meiner Erfahrung die Ausnahmefälle³⁾. In der Regel steht der Kranke mit seinem Verstande hoch über der Phobie; die Aufklärung, die wir ihm über die Grundlosigkeit seiner Furcht geben, scheint ihm höchst überflüssig. Um einen Intelligenzdefekt, um eine Urteilschwäche handelt es sich sicher nicht. Ich habe vielmehr die Überzeugung, dass die Angst bei einem grossen Teil dieser Kranken eine körperliche bzw. eine nicht nur im Psychischen wurzelnde Grundlage hat, dass sie bei ihnen auf einer ungewöhnlichen Reaktion des vasomotorischen bzw. kardiovaskulären, viszeralen und sekretorischen Nervensystems auf Vorstellungen und Sinnesindrücke beruht.

Für die Richtigkeit dieser Auffassung kann ich noch folgende Tatsachen anführen: 1. Es gibt eine rein körperlich ausgelöste Angst, wie wir sie bei schweren Herzaaffektionen, auf der Höhe eines stenokardischen Anfalls etc. beobachten. Die Angst besteht hier nicht in

1) Psychologie und Heilkunst. Berl. klin. Wochenschr. 1909. Nr. 25.

2) Zur Psychopathologie der Angstzustände. Berl. klin. Wochenschr. 1909. Nr. 28. Siehe weiter Dubois, Berl. klin. Wochenschr. 1909. Nr. 33 und Pathogenese der neurasthenischen Angstzustände. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge 1909. Nr. 154/155 sowie Monatsschrift f. physik.-diät. Heilkde. Wien 1909.

3) Ein abnormer Geisteszustand der Psychasthenischen wird auch von der älteren französischen Schule angenommen. Sie haben aber dabei vorwiegend die an Zwangsgedanken Leidenden im Auge und es ist nicht der Mangel an Einsicht, den sie betonen, sondern die Mangelhaftigkeit der „synthèse mentale, l'indécision, l'hésitation pour tous les actes, la perte de l'attention volontaire etc. — das sind also besonders die Eigenschaften der Hemmung, die ja von uns allen betont wird.

der Furcht vor dem Tode, sondern in einer körperlichen Qual von spezifischer Färbung. Ich kann Cramer¹⁾, der diese Angstform in Abrede stellt, keineswegs zustimmen.

2. Bei einem sehr grossen Teil der an Phobien leidenden Personen finden sich Zeichen einer angeborenen Schwäche bzw. erhöhten Labilität der vasomotorisch-viszeralen Nervenapparate, und zwar, wie Sie aus Tabelle II ersehen: Neigung zu Tachykardie, Arrhythmia cordis, Pseudoangina pectoris, lokaler Synkope, Hyperidrosis, Polyurie, Glykosurie, Kongestionen, nervöser Diarrhoe, Urticaria, spontanen Sugillationen, Erythem, angioneurot. Ödem etc. Und diese Erscheinungen werden nicht etwa nur psychisch ausgelöst, sondern entstehen auch spontan oder reflektorisch, z. B. auf Hautreize, Kältereize, vom Magen aus²⁾ etc.

Tabelle II.

Angst und vasomotorische Diathese.

1. Fr. J., 17 J. Schwere Agoraphobie und Anthropophobie. Erythem. Kongestionen.
2. Dr. D. Vater Diabetes. Patient selbst Diabetiker. Agoraphobie, Psychosefurcht, Mordphobie.
3. J., 36 J., Verleger. Basophobie usw. Tachykardie (P. 130). Blutdruck (Gaertner) 140.
4. D. 34 J. Strassen- und Reiseangst, Herzneurose mit Arrhythmie.
5. v. H., 12 J. Heftige Schulangst. Schwere Herzneurose mit Arrhythmie (Extrasystolen).
6. H., 34 J., Kaufmann. Platzangst, Reiseangst, Herzbeschwerden, zuweilen Bradykardie, Synkope.
7. Frau St., 36 J. Monophobie, Basophobie, Pseudoangina pectoris.
8. Frau M., 40 J. Gesellschaftsangst mit Vomitophobie. Hemikranie, Ekzem, nervöse Diarrhöen, angioneurotisches Ödem, spontane Sugillationen.
9. Fr. L., 27 J. Anthropophobie, Agoraphobie, Tachykardie, Hyperidrosis.
10. v. B., 34 J. Angstzustände, Angst vor Psychose, Herzjagen, Tachypnoe usw.
11. Frau P., 29 J. Heftige Angstzustände auf Strasse und bei ruhigem Sitzen. Tachykardie, Kongestionen.
12. J., 45 J., Offizier. Erythrophobie. Lokale Synkope.
13. Frau H., 45 J. Gewitterangst, Synkope. Urticaria.

1) Zur Symptomatologie und Therapie der Angst. Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 32.

2) Wenn Dubois im Hinblick auf meine Äusserung, dass sich die erhöhte vasomotorische Erregbarkeit bei diesen Kranken auch sonst feststellen lasse, seine Überraschung äussert und mich erstaunt fragt: „Was ist das für eine Krankheit“, so muss ich ebenso verwundert an ihn die Frage richten: „Kennen Sie denn die Neurasthenie und speziell die vasomotorische Form dieses Leidens nicht?“

14. R. Zwangsvorstellungen, Strassenangst usw. Kongestionen, angio-neurotisches Ödem. Vit. cordis.

15. Frau B., 38 J. Angst vor Menschen, vor jeder neuen Situation. Starke Tachykardie, Kongestionen.

16. F. F., 50 J. Monophobie, Gewitterangst usw. Bei der Angst Durchfall, Sugillationen bei jedem Druck, Spontanblutungen, schliesslich im Klimakterium Morb. Based.

17. T., 28 J. Erythrophobie, lokale Synkope, seltene Anfälle epileptiformer Art.

18. Z., 53 J., Künstler. Bühnenangst, Vortragsangst, Arteriosklerose, Glykosurie.

19. L., 41 J. Reine Angstzustände, Nosophobie, Polydipsie, Polyurie.

20. T., Major. Klaustrophobie. Lokale Synkope und lokale Asphyxie.

21. Fr. P., 28 J. Spasmus facialis, Phobien verschiedenen Charakters, Hemikranie; Tachykardie (120).

22. R., 35 J. Furcht, andere zu verletzen; Hemikranie, Synkope, Urticaria, Diabetes insipidus.

23. P., 24 J. Reine Angstzustände. Hysterische Züge. Hydrops articulorum intermittens.

24. H., 21 J. Seit 3 Jahren Anfälle Raynaudscher Krankheit; seit 1 Jahr Pyrophobie und Furcht vor Psychose.

25. E., 18 J., Student. Seit 10 Jahren Angstzustände, besonders Schulan-
gust (obgleich ausgezeichnete Schüler). Gleichzeitig starke Kongestionen mit Röte, Hitze im Gesicht, Schwindel, Augenflimmern, Ohrensausen, Tachykardie, Cephalalgia vasomotoria, Urticaria, Dermographie, Hyperidrosis partialis.

3. Ein drittes Moment, auf das ich hier hinweisen möchte, kann man als das Abreagieren der Phobiekranken bezeichnen. Bei vielen dieser Patienten macht sich nämlich die Erscheinung geltend, dass sie nach einem Angstanfall, der mit den geschilderten körperlichen Symptomen verknüpft ist, zunächst wie befreit und dann all der für sie sonst verhängnisvollen Leistungen fähig sind; ja es kommt vor, dass diese Entladung schon in einem Vorbereitungsstadium vor der kritischen Situation erfolgt. Läge das Krankhafte in dem Mangel an Einsicht und Logik, so würde dieses Abreagieren nicht verständlich sein, es bliebe auffällig, dass sich die Angst nicht sofort bei Wiederkehr derselben Bedingung wiederholt, während wir bei manchen körperlichen Zuständen, z. B. Epilepsie, Migräne etc., den befreienden Einfluss des Paroxysmus wohl kennen.

Ich resümiere: In der Angst steckt ein psychisches und ein physisches Element. Es gibt pathologische Angstzustände, die sich nur auf ersterem Gebiete abspielen. Häufiger sind die Formen, in denen die wesentliche Grundlage der Phobie in einer krankhaft gesteigerten Erregbarkeit der vasomotorisch-sekretorisch-viszerale Nervenzentren

zu suchen ist¹⁾. Wenn diese auch meist eines besonderen psychischen (cortikalen) Reizes bedürfen, um in dem Maße und in der Weise in Aktion zu geraten, dass der Angstaffekt zustande kommt, so ist das Pathologische doch nicht in dem psychischen Vorgang an sich enthalten, sondern darin, dass er die tieferen Zentren in Erregung versetzt, bezw. ein zu lebhaftes Spiel derselben bedingt. Und für dieses ist wiederum die abnorm starke Erregbarkeit dieser Zentren verantwortlich zu machen, die sich auch nichtpsychischen Reizen gegenüber äussert. Ich erinnere an die bei den Neuropathen häufig bestehende Idiosynkrasie gegen Gifte, Nahrungsmittel (Erdbeeren-Urticaria usw.), an die durch Muskeltätigkeit häufig hervorgerufene Tachykardie, an die auf Hautreize erfolgende vasomotorische Reaktion (Dermographie, Kälte-Ischämie bezw. lokale Synkope usw.).

So erklärt es sich auch, dass Angstzustände bei diesen Patienten zuweilen spontan, d. h. ohne durch entsprechende Vorstellungen geweckt zu sein, und gelegentlich selbst reflektorisch, z. B. bei Überfüllung des Magens, bei Obstipation und Flatulenz auftreten.

Ich komme nun zur Besprechung der Prognose und Therapie und damit zum wichtigsten Teil des Referates.

Die Hartnäckigkeit des Leidens wurde schon in der Einleitung hervorgehoben.²⁾ Wenn wir von den leichten Formen absehen, ist es die Regel, dass diese Zustände sich über Jahre und Dezennien erstrecken, ja es kommt vor, dass sie erst im höheren Alter verblassen. Zuweilen bildet das Klimakterium den Wendepunkt. Es gibt aber glücklicherweise auch Abortivformen, Spontanheilungen und Heilungen durch die Therapie. Abortivformen in dem Sinne, dass die Angstzustände nur einige Wochen oder Monate bestehen, um dann der Genesung zu weichen oder durch ein anderes neurasthenisches bezw. psychasthenisches Symptom abgelöst zu werden.

Recht oft, in der Mehrzahl der Fälle, kommt es zu Remissionen

1) Diese Auffassung scheint schon von Roller (Zeitschr. f. Psych. 1830) vertreten worden zu sein und wird in den letzten Jahren besonders von Bonnier verfochten.

Dubois gibt übrigens zu, dass die als Manifestation der Angst auftretenden vasomotorischen Störungen erheblich dazu beitragen, die Qual der Emotion zu steigern und spricht jetzt auch von der sekundären Furcht vor dem emotionellen Zustand.

2) Dem Briefe eines meiner Patienten entnehme ich folgende Stelle: „Ich kuriere nun schon an die 6 Jahre herum, ohne dass mein Zustand sich auch nur vorübergehend gebessert hätte, ich bin bei den Autoritäten aller Länder gewesen. Ist denn wirklich die Medizin so arm, dass man einen körperlich und geistig gesunden Menschen von solch einem Leiden nicht befreien kann“.

und Intermissionen, und die letzteren können so lange dauern, dass das Leiden den Charakter eines periodischen hat.

Jeder erfahrene Nervenarzt kennt aber auch Fälle von Heilung dieses Übels. Namentlich konnte ich diesen Ausgang aus der Anamnese bei einer nicht kleinen Anzahl von Personen feststellen, die mich nach vielen Jahren wegen anderer Beschwerden um Rat fragten. Ich will nur ein Beispiel aus den letzten Tagen anführen. Ein 50-jähriger Schulmann konsultiert mich wegen eines jüngst bei ihm aufgetretenen Schwindelzustandes mit Verdunkelung vor den Augen. Objektiver Befund negativ. Aus der Anamnese geht hervor, dass er in den Jahren 1892 und 1893 an Agoraphobie und Kanzelangst (er war damals Geistlicher) gelitten hat; es erfolgte Heilung und das Leiden ist in den 17 Jahren nicht wiedergekehrt. Ebenso ist es mir wie vielen anderen, ich nenne nur Raymond, Janet, Dubois, Vogt, Freud, gelungen, durch die Therapie eine Heilung herbeiführen, freilich seltener komplette und dauernde Heilung als eine mehr oder weniger durchgreifende Besserung.

Der Übergang in Psychose ist selten und bei den reinen Phobien kaum zu befürchten.

Was können wir nun tun, um hier unserer vornehmsten Aufgabe, zu helfen, gerecht zu werden?

Die Antwort lautet: Gegen die nervösen Angstzustände gibt es kein Allheilmittel, es gibt keinen Weg, der sicher zum Ziele führt, aber es gibt viele Wege, die zum Ziele führen können.

Ferner stimmen die Ansichten aller erfahrenen Neurologen¹⁾ darin überein, dass das wirksamste und rationellste Heilverfahren die Psychotherapie ist. Der Begriff muss aber möglichst weit gefasst werden. Es gehört dazu keineswegs nur die Belehrung, Überzeugung und Überredung, sondern auch die Erziehung, die geistige Führung, die Suggestion und Hypnose. Bekanntlich ist Dubois in sehr temperamentvoller Weise dafür eingetreten, dass das Leiden auf einem Mangel an Logik, auf einem Denkfehler beruhe und deshalb auch nur auf dem Wege der Belehrung und Dialektik bekämpft werden könne. Er beruft sich dabei auf die von ihm erzielten Erfolge (s. z. B. Neurol. Zentralbl. 1909, S. 512). Aber er irrt sich, wenn er, wie das schon von Loewenfeld²⁾, Mohr³⁾ und Marcinowski ihm entgegengehalten

1) Nur Cramer macht, wie ich zu meiner Überraschung sehe, eine Ausnahme, er behauptet: „Eine psychische oder gar suggestive Therapie ist meistens ganz vergeblich oder sie hat nur eine ganz vorübergehende Wirkung, an die sich nachher eine nur um so stärkere Intensität der krankhaften Erscheinungen anschliesst“.

2) Münch. med. Wochenschr. 1910. Nr. 3 u. 4. 3) Journ. f. Psychol. 14.

wird, das Wesen seines Heilverfahrens ausschliesslich in der nüchternen Belehrung sieht. Es stecken vielmehr in seiner Methode auch die starken Gefühlselemente der Suggestion und autoritativen Beeinflussung.

Belehrung über die Grund- und Sinnlosigkeit der Angst ist nur selten am Platze. „Wenn mir jemand damit kommt“, sagt eine meiner Kranken, „möchte ich geradezu aus der Haut fahren.“

Darüber sind sich, wie ich immer wieder betonen muss, fast alle diese Patienten im Klaren, dass ihre Angst eine unmotiviert ist, und gerade dieser Konflikt zwischen ihrer Einsicht und ihrem Gefühl ist es, der ihnen unbegreiflich ist und die Furcht vor Psychose aufkommen lässt. „Mein Leiden ist ebenso schrecklich wie lächerlich“, sagt einer meiner Kranken. Also die Psychotherapie hat hier andere Aufgaben zu erfüllen. Eins der wichtigsten Momente ist die beruhigende Versicherung, dass eine Psychose weder vorliegt noch aus diesem Zustand entstehen wird. Dazu kommt der Hinweis auf die Heilbarkeit, das Versprechen, dass die Heilung auch nach langer Dauer erfolgen kann. Trägt das ganze Auftreten des Arztes diese Überzeugung zur Schau, so überträgt sie sich auf den Kranken, und in dieser Art der psychischen Beeinflussung steckt eine Heilkraft von mächtiger Wirkung.

In einzelnen Fällen genügt eine derartige einmalige Aussprache mit mir, um eine Heilung oder dieser nahekommende Besserung zu bewirken. In der Regel muss sich aber eine psychotherapeutische Kur, wenn sie sich einigermassen wirksam erweisen soll, auf viele Monate erstrecken. Und ich kenne eine Anzahl von Patienten dieser Art, die einer dauernden geistigen Führung bedürfen oder sich mindestens einige Monate in jedem Jahr der seelischen Behandlung unterziehen müssen.

Ich gehe gewöhnlich so vor, dass ich neben dem auf einem Sofa ruhenden Kranken stehe, der die Augen geschlossen hält und sich ganz der Ruhe, der Entspannung hinzugeben aufgefordert wird. Meine Hand ruht auf seiner Stirn und ich sage ihm etwa Folgendes:

„Ihr Leiden wird nun nach und nach einen immer milderen Charakter annehmen; die krankhaften Vorstellungen werden zunächst noch wiederkommen, aber das Angstgefühl wird sich immer mehr abschwächen. Im Augenblick der auftauchenden Angst wird die Erinnerung an meinen Ausspruch lebhaft in Ihr Bewusstsein treten und das Angstgefühl immer mehr in den Hintergrund drängen, bis Sie ganz davon befreit sind. Beschäftigen Sie sich im Geiste viel mit diesem Ihnen gegebenen Versprechen, lassen Sie sich ganz von dem Gedanken erfüllen, dass völlige Heilung Ihnen bevorsteht usw. usw.“

Das wiederhole ich — allerdings mit Variationen, denn die Eintönigkeit hat für den intelligenten Patienten etwas Ermüdendes und schwächt die Wirkung ab — in jeder Sitzung und werde im Laufe der Zeit immer eindringlicher und bestimmter. Nach jeder Enttäuschung muss man mit

um so grösserer Zuversicht und Siegesgewissheit den Kampf wieder aufnehmen. Dazu kommen nach einiger Zeit entsprechende Übungen im Aufsuchen der Situation, die mit der Angst verknüpft ist usw. usw. Mit dem Verfahren, das durch die anderen Heilfaktoren unterstützt wird, habe ich vielen genützt, eine Reihe von Heilungen, aber öfter eine weitgehende Besserung erzielt. Es sind einzelne besonders schwer betroffene Psychopathen, die ich an diesem Lenkseil gewissermassen durchs Leben führe. Bei nicht wenigen versagte die Methode ganz. Aber geschadet habe ich meines Wissens keinem damit.

Manchmal gelingt es dem Psychotherapeuten, Vorstellungen in dem Patienten zu erwecken, die in dem Augenblick, in dem die Angst aufsteigen will, lebhaft ins Bewusstsein treten und der angsterregenden Idee hemmend entgegenwirken, noch bevor diese die Klaviatur des Angstaffekts in Bewegung gesetzt hat.

Zur Psychotherapie gehört ferner die Aufklärung der Angehörigen über die Natur des Leidens und über ihr Verhalten dem Patienten gegenüber. Das ist ein überaus wichtiger Punkt.

Weiter ist es Aufgabe der Psychotherapie, zu bestimmen, ob der Leidende dem Übel trotzen und immer wieder die Gelegenheit suchen soll, die für ihn mit der Phobie verknüpft ist, oder ob er sich volle Schonung und Zurückhaltung auferlegen soll. Nach meiner Erfahrung ist der Zwang immer vom Übel, führt auch das Anspornen zur Energie und Selbstüberwindung selten zum Ziele. In der Regel muss die Kur mit einer vollen Schonung beginnen, an deren Stelle früher oder später die vorsichtige, systematisch geleitete Übung treten soll. Bei Änderung des Aufenthaltsortes und Milieus kann das Übungs-Regime sofort wirksam sein.

Zur Psychotherapie rechne ich auch die Hypnose. Wenn ich ihr hier auch kein weites Feld einräumen kann und die Mehrzahl der Phobopathen der Hypnose nicht zugänglich sind, kommen doch Fälle vor, in denen gerade diese Form der Psychotherapie Heilwirkungen entfaltet.

Gegen die Psychoanalyse im Sinne Freuds habe ich mich schon so deutlich ausgesprochen, dass es müssig wäre, auf diese Frage hier zurückzukommen. Die Hamburger Neurologen¹⁾ haben sich jüngst einstimmig in demselben Sinne geäußert. Desgleichen kann ich auf die Ausführungen von Ziehen, Cramer, Friedländer und einen vor kurzem erschienenen Aufsatz von Hoche verweisen.

Auch bei den Verordnungen, die sich auf die Lebensweise des Kranken beziehen, darf der psychische Faktor nicht vernachlässigt werden.

1) Med. Klinik 1910. 22. April.

Von der Erörterung der Diätetik darf ich wohl in diesem Kreise absehen.

Wichtig ist die Entscheidung der Frage, ob der Patient ruhen oder arbeiten soll. Es gibt da kein allgemeingültiges Gesetz. Jedenfalls gibt es kaum einen ungünstigeren Faktor als die Erschöpfung¹⁾ und die Hetze. Sehr oft kommt es im Anschluss an eine Erschöpfung zum Rückfall oder zur Exacerbation. Andererseits ist die abwechslungsreiche Tätigkeit, eine Arbeit, die den Kranken interessiert, befriedigt und ablenkt, als ein Heilmittel ersten Ranges zu betrachten. Recht oft konnte ich beobachten, dass die Angstzustände sofort und oft für lange Zeit zurücktraten, wenn der Leidende durch die Erkrankung eines seiner Familienmitglieder stark abgelenkt und beschäftigt wurde. Auch eine eigene akute bzw. schmerzhaftes Erkrankung kann in demselben Sinne wirken. Wenn es sich da auch meist nur um eine temporäre Besserung handelte, der später eine Exacerbation folgte, lehrt die Erfahrung doch, in welcher Richtung sich die Therapie bewegen muss.

Auch die verschiedenen Formen des Sportes können mit der angegebenen Reserve empfohlen werden. Anregende und ablenkende Reisen können in demselben Sinne wirken²⁾. Die Entfernung aus der Häuslichkeit beseitigt nicht selten die für den Kranken verhängnisvollen Vorstellungen und Erinnerungsbilder und wirkt sowohl dann günstig, wenn die Angehörigen durch Verkennung des Leidens den Patienten erregen, als auch da, wo durch übertriebene Sorgfalt und Überwachung die Selbstbeobachtung gezüchtet wird.

Bei alledem dürfen wir nicht vergessen, dass sich diese Zustände auf dem Boden der neuropathischen Diathese entwickeln, dass ein allgemeines Nervenleiden und besonders oft eine reizbare Schwäche des vasomotorischen Nervensystems vorliegt. Die sich daraus ergebenden Folgerungen können wir dahin zusammenfassen, dass zur Therapie der Angstzustände auch die klimatischen, die Luft- und Wasserkuren, die Elektrotherapie und Mechanotherapie gehören.

Der medikamentösen Behandlung können wir auch nicht ganz entraten. So kann die Heftigkeit des Angstanfalles selbst zur Anwendung des Opium und seiner Derivate, des Hyoscin, Trional etc. Anlass geben. Einige Male leistete uns Digitalis grosse Dienste, so bei einem in Gemeinschaft mit Kohnstamm behandelten

1) Siehe zu dieser Frage auch die interessanten experimentellen Feststellungen von E. Weber. Arch. f. Anat. und Physiol. 1909.

2) Merkwürdigerweise will Cramer auch von dem Nutzen der Zerstreuung und Ablenkung nichts wissen.

Kranken, bei dem neben den Angstzuständen epileptiforme Anfälle und Tachykardie bestanden. Nach neueren Erfahrungen würde in gewissen Fällen auch das Vasotonin zu versuchen sein. In der Regel kommen wir mit Brom, Valeriana, Validol u. a. aus.

Gegen das Grundleiden können wir durch eine fortgesetzte arzneiliche Behandlung in der Regel nichts Wesentliches ausrichten, aber sie lässt sich suggestiv verwenden sowie zur Bekämpfung der allgemeinen Nervosität, der Anämie, der Erschöpfung. Der längere Gebrauch von Opium schafft wohl in manchen Fällen eine Beruhigung, aber sie wird mit so viel Nachteilen erkaufte, dass wir nur ausnahmsweise zu diesem Mittel greifen sollten. Vom Pantopon habe ich einige Male Gutes gesehen. Die Bromkur wird von Raymond und Janet gerühmt.

Von speziellen Heilmethoden möchte ich nur zwei hier in aller Kürze anführen.

Die eine ist die Hemmungsgymnastik, welche Sie aus der Bekämpfung des Tic und verwandter Neurosen kennen. Ich habe sie auch vielfach gegen die nervösen Angstzustände angewandt und damit wenigstens oft eine palliative Wirkung erzielt.

Das andere ist die Kauterisation der sog. Nervenpunkte in der Nasenschleimheit. Das Verfahren ist ja relativ alt und seit den Mitteilungen von Hack, Fliess u. a. immer wieder gerühmt und verworfen worden. In den letzten Jahren hat es besonders in den Untersuchungen von Koblanck eine neue Stütze gefunden und so hat Bonnier über wunderbare Erfolge berichtet, die er bei Angstzuständen durch die Kauterisation gewisser Reflexpunkte in der Nasenschleimhaut erzielt haben will. Da dieser Autor den krankhaften Zustand bei den Phobien ganz in den Bulbus verlegt, konnte der Versuch einer reflektorischen Beeinflussung von der Nase aus wohl als rationell betrachtet werden. Nach den von mir entwickelten Anschauungen hielt ich mich für verpflichtet, das Verfahren auch bei einem Teil meiner Patienten zu prüfen. Es sind 12 Individuen, bei denen nach den Vorschriften Bonniers vorgegangen wurde — meist hat Kollege Lautenschläger den kleinen Eingriff vorgenommen. Nur bei zweien wurde ein deutlicher, aber auch hier leider nur vorübergehender Erfolg erzielt, bei den anderen hat diese Behandlung gänzlich versagt, so dass ich von ihr zurückgekommen bin.

Im Angstanfall selbst kann sich ausser den schon angeführten Medikamenten das heisse Hand- und Fussbad, das laue Vollbad, die feuchte Einpackung, die Applikation eines Senfteiges, die künstliche Atmung, die Herzmassage etc. bewähren. Bei allen diesen Massnahmen

spielt wohl die Suggestion und psychische Ablenkung eine wesentliche Rolle.

Einige Patienten rühmen die prophylaktische Wirkung des Alkoholgenußes.

Wie bei allen Äusserungen der Neurasthenie und Psychasthenie ist es auch bei den Angstzuständen ratsam, nicht auf einer fortgesetzten Therapie zu beharren, sondern von Zeit zu Zeit einmal die Waffen ganz ruhen zu lassen. Sie werden es dann nicht so selten erleben, dass der Feind, der sich so trotzig gebärdete, solange er durch Widerstand gereizt wurde, schliesslich erlahmt und den Angriff aufgibt.

Es ist ein erstrebenswertes Ziel der neurologischen Forschung, in der Erkenntnis des Wesens der Angstzustände und in ihrer Behandlung weiter zu kommen. Möge unsere heutige Besprechung und die sich an sie anschliessende Diskussion dazu beitragen, diesen Fortschritt anzubahnen.

2. Herr Hoche-Freiburg: **Pathologie und Therapie der nervösen Angstzustände.**

M. H.! Der Gegenstand des heutigen Referates macht eine reinliche Scheidung des Stoffes zwischen den beiden Referenten sehr schwierig, zum Teil unmöglich. Die Trennung liegt für uns mehr im Ausgangspunkt, d. h. in der Person des Referenten. Die doppelte Besetzung dieser Rolle mit einem Neuropathologen und einem Psychiater ist in diesem Falle mehr wie sonst auch innerlich begründet.

Wenn der Vorstand des Vereins mich als Psychiater an dem Referat teilnehmen lassen wollte, so kann ich meine Aufgabe nicht darin erblicken, die von Herrn Kollegen Oppenheim besprochenen Dinge noch einmal zu erörtern. Es handelt sich für mich vielmehr teils um eine Nachlese aus dem Grenzlande zwischen Nervenheilkunde und Psychiatrie, zum Teil um die Behandlung solcher Facetten der Frage, die dem Psychiater berufsmässig näher liegen oder ihn allein angehen. Denn wenn auch der Zahl nach die sog. nervösen Angstzustände ausserordentlich häufig sind, so sieht doch nur der Irrenarzt gewisse Zustände von Angst, speziell die quantitativ höchsten Grade derselben.

Das innerliche Wesen der Angst kann man nur durch eigenes Erleben kennen lernen; man kann es niemand durch Beschreibung übermitteln, wie das für alle spezifischen Gemeingefühle gilt. Wer die Angst sonst nicht kennen gelernt hat, kennt sie wenigstens aus Träumen oder aus Kindheitserinnerungen. Alle Definitionen der Angst geben bei dieser Sachlage nur ein logisches Gehäuse und haben