

# Stellungnahmen zum Buch «History of Psychiatry» von E. Shorter

## Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

Der Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie hat davon Kenntnis erhalten, dass Professor E. Shorter, Toronto, in seinem Buch «History of Psychiatry» (Wiley Verlag, New York, 1997) einen Schweizer Psychiater des Antisemitismus bezichtigt. Es handelt sich um Prof. Max Müller (1894–1980), der viele Jahre die Psychiatrische Klinik Münsingen leitete und ab 1954 den Lehrstuhl für Psychiatrie in Bern innehatte. Er war während mehrerer Jahre Präsident unserer Gesellschaft. Er war ein bedeutender Pionier der somatischen Therapien und ein engagierter Vorkämpfer für die sozialen Anliegen.

Nun schreibt E. Shorter in seinem Buch: «Müller was as antisemitic as any of the Swiss of his days.» Dies ist eine groteske Fehleinschätzung, hat sich doch Max Müller in den Jahren zwischen 1933 und 1945 ganz besonders intensiv in der Rettung jüdischer Kollegen vor dem Naziterror hervorgetan. Er hat zahlreichen jüdischen Kollegen in Münsingen eine Arbeitsbewilligung verschafft, er hat sie unterstützt und ist ihnen in ihren Nöten beigestanden. Shorter begründet seine Aussage lediglich auf einigen kritischen Aussagen, die Müller in seinen Memoiren über den Charakter von M. Sakel macht, dem Erfinder der Insulintherapie.

Der Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie distanziert sich in aller Form von dieser böswilligen und unwissenschaftlichen Verdrehung von Tatsachen und dieser pauschalen Verunglimpfung.

Dr. med. T. Hubschmid  
Präsident SGP

## Stellungnahme zu einem ehrverletzenden Zitat

Prof. E. Shorter von der Universität Toronto in Kanada, ein bekannter Medizinhistoriker, hat 1997 im Verlag John Wiley, New York, ein Buch mit dem Titel «A History of Psychiatry» publiziert. Es wurde inzwischen auf Deutsch übersetzt und im Verlag Fest, Berlin, veröffentlicht. In diesem Buch geht E. Shorter auch auf die Schweizer Psychiatriegeschichte ein und erwähnt die Pioniere

der somatischen Behandlungsverfahren, beispielsweise Max Müller (1894–1980).

Aus dem im Springer-Verlag 1982 veröffentlichten «Erinnerungen» von Max Müller greift E. Shorter einzelne etwas kritisch-abschätzige Bemerkungen über den Schöpfer der Insulintherapie, M. Sakel, heraus. Diese wenigen kritischen Bemerkungen genügen E. Shorter, um Max Müller als Antisemiten zu bezeichnen (Fussnote Nr. 77, 6. Kapitel). Über andere Anhaltspunkte verfügt Shorter nicht.

Dazu ist folgendes zu bemerken: Max Müller stammt aus einer bernischen Familie, in der nie eine antisemitische Gesinnung herrschte. Er selbst hat sich, als politisch eher links stehend, sein Leben lang für Unterdrückte und Verfolgte eingesetzt. Jüdische Kollegen gehörten zu seinen frühen Freunden, z.B. Ernst Blum, Bern; Mira Oberholzer, Zürich; und andere. Max Müller wirkte viele Jahre in der kantonalen psychiatrischen Klinik Münsingen, zuerst als Oberarzt und später als Chefarzt. 1954 übernahm er den Lehrstuhl für Psychiatrie in Bern.

Als überzeugter Gegner des Nationalsozialismus lud er nach 1933 deutsche Psychiater, die wegen ihrer Opposition gegen Hitler ihren Lehrstuhl verloren hatten, zu Vorträgen ein (H. Gruhle, C. Wilmans).

Während der Zeit des Naziterrors von 1933 bis 1945 hat sich Max Müller ganz besonders intensiv mit dem Schicksal verfolgter jüdischer Kollegen abgeben. Er lud den später international bekannten Psychiater und Psychotherapeuten Alfred Storch zu einem Vortrag ein, und als dieser trotz der Kristallnacht in Deutschland wieder nach Giessen zurückkehren wollte, hat ihn Max Müller fast mit Gewalt von diesem Vorhaben abbringen müssen. Er hat ihm dann Unterkunft und Arbeit in der Münsinger Klinik verschafft. Als die Verfolgungen in Deutschland immer manifester wurden, kamen immer häufiger jüdische Flüchtlinge zu Max Müller. Die Liste ist lang, die erstellt werden könnte. Es tauchen Namen auf wie Martin Gross, Gertie May, Lucie Jessner, Ruth Litz-Wilmans, Claire Bagg, Heilbrunn, Karl Dussik, Arthur Kronfeld usw.

Im Nachlass von Max Müller befinden sich Dankesschreiben dieser von ihm betreuten verfolgten jüdischen Kollegen. Aber nicht nur als Chefarzt, sondern auch in seinem privaten Kreis hat sich Müller um das Schicksal jüdischer Verfolgter gekümmert. Als Ludwig May, ehemaliger Richter in Frankfurt, in einem schweizerischen Flücht-

lingslager Zuflucht fand, hat ihn Max Müller in sein Haus geholt. Zwar sei er im Flüchtlingslager gut aufgehoben gewesen und human behandelt worden; aber es fehlte doch eine gewisse kulturelle Umgebung. Diese hat ihm Max Müller verschafft. Da es für den Flüchtling im Rahmen der strengen Rationierung der Lebensmittel keine besonderen Marken gab, musste sich die Familie Müller einschränken.

Gertrud Müller, die Gattin von Max Müller, hat sich während der Kriegszeit intensiv in einer Untergrundbewegung engagiert, die zum Ziel hatte, den Kontakt zwischen im unbesetzten Südfrankreich lebenden jüdischen Emigranten und ihren Verwandten in Theresienstadt aufrecht zu erhalten. So hat sie viele Briefe hin und her geschmuggelt und dabei ein gewisses Risiko auf sich genommen.

Im übrigen ist zu sagen, dass Max Müller und seine Gattin nie den in schweizerischen intellektuellen Kreisen häufigen, leicht herablassend-ironischen Ton angeschlagen haben, wenn es um jüdische Zeitgenossen ging. Es wurden in der Familie Müller auch nie jüdische Witze erzählt.

Die in seinen «Erinnerungen» erwähnten kritischen Äusserungen zu M. Sakel lauten:

«Sakel hiess ursprünglich Sokel und stammte aus einem kleinen Nest in dem später von den Russen besetzten und annektierten Teil Polens, wo seine ganze Familie noch lebte. Er war also ein richtiger Ostjude. [...] Sakel hatte die schlechten, aber auch die guten Seiten seines Herkommens. Er konnte in seinen Briefen und bei seinen verschiedenen Besuchen in Münsingen von einer unmittelbaren Herzlichkeit sein, naiv, spontan, im Augenblick sicherlich ohne Hintergedanken. [...] Sein unerschütterliches Selbstbewusstsein und sein unbändiger Ehrgeiz waren zudem mindestens teilweise deutlich genug eine Kompensation seiner heftigen sozialen und rassischen Ressentiments.»

Wie kam Max Müller zu diesen Äusserungen? Die Herkunft ist ganz klar. Die Charakterisierungen Sakels entstammen vor allem den Äusserungen anderer jüdischer Emigranten, die mit Sakel schlechte Erfahrungen gemacht hatten.

Lucie Jessner, die zusammen mit Sakel nach Amerika emigrierte und ihm dort beistand, hat in heute noch im Nachlass von Max Müller enthaltenen Briefen in genau denselben Worten über Sakel gewettert, wie Max Müller sie in seinen Erinnerungen verwendet

hat. Es ist nicht zu übersehen, dass die damals vor allem aus Westdeutschland stammenden jüdischen Kollegen als Emigranten sich von den «Ostjuden» streng unterscheiden wollten.

Die kritischen Äusserungen über Sakel haben Max Müller übrigens nicht daran gehindert, den letzteren aktiv zu unterstützen. Als M. Sakel 1936 in Paris vor der dortigen Psychiatriegesellschaft einen Vortrag über die Insulintherapie halten sollte, hat ihn Max Müller begleitet, betreut, den Text seines Vortrags in ein passables Französisch verwandelt usw.

Aus alledem geht hervor, dass es völlig verfehlt ist, Max Müller als Antisemiten zu bezeichnen. Ganz im Gegenteil. Er hätte es verdient, von jüdischer Seite als jemand geehrt zu werden, der sich tapfer und vorbehaltlos mit seiner ganzen Familie für die jüdischen Verfolgten eingesetzt hat. Die Quellenlage ist natürlich dadurch erschwert, dass jene jüdischen Kollegen, die in den Kriegsjahren in Münsingen Zuflucht gefunden haben, alle tot sind. Sie können also nicht

mehr für Max Müller eintreten. Dass sich hingegen die Nachkommen von Max Müller gegen ein katastrophal leichtfertiges und ungerechtes Urteil von E. Shorter wehren, liegt auf der Hand. Max Müller hat es sicher nicht verdient, dass man nach seinem Tod seinen Namen entehrt.

Prof. Dr. med. Ch. Müller

### Stellungnahme aus der Redaktion

Das Buch verdient aus den nachstehend genannten Gründen keine eigentliche Buchbesprechung (aus dem Wissen, dass auch eine negative ausführliche Besprechung unangemessene Werbung für das Buch bedeuten würde), weswegen es bei der kurzen Stellungnahme belassen werden soll:

1. Die Darstellung der Psychoanalyse ist insgesamt unwissenschaftlich, geprägt von Vorurteilen und mangelnden Kenntnissen über ihre Entstehung sowie ihre Weiterentwicklungen.

2. Das Kapitel «Psychoanalyse und Judentum» steckt voller antijüdischer Klischees und antisemitischer Vorurteile. Es ist erstaunlich und erschreckend, dass der Autor, der diesen Vorwurf pauschalisierend gegenüber den Schweizern erhebt, als Wissenschaftler diese Vorurteile nicht hinterfragt, sondern ihnen aufsitzt.
3. Obwohl der Autor im Titel beansprucht, eine Geschichte der Psychiatrie zu schreiben, wird die Psychiatrie zur Zeit des Nationalsozialismus und deren Vorgeschichte nicht thematisiert. Dies ist für die heutige Zeit als völlig unzulässige und eklatante Missachtung und Verdrängung anzusehen.

(Was den Verlag zu einer Übersetzung und Veröffentlichung bewegen hat, soll hier nicht Gegenstand von Spekulationen werden; verdient hat es das Buch jedenfalls nicht.)

Dr. med. B. Küchenhoff

## Zur Geschichte der Panikstörung<sup>1</sup>

### ■ M. Lansel

<sup>1</sup> Diese Arbeit ist aus dem geschichtlichen Teil meiner Dissertation unter der Leitung von Prof. Dr. med. J. Angst zum Thema: «Panikerkrankungen – Eine Studie an ambulanten Patienten im Vergleich zu einer Stichprobe aus der Normalbevölkerung» hervorgegangen.

### Summary

The history of panic disorder

Having looked at the etymology of the term panic, we see that the first systematic reports come from the era of the American civil war and were published by Da Costa using the term *irritable heart*. Then, we are indebted to Freud for his comprehensive contribution. He introduced the term *anxiety neurosis*. Research conducted during World War I by Mackenzie and Lewis has given us the terms *soldier's heart* or *effort syndrome*. Later, biochemical and epidemiological studies were carried out by Cohen. However, it was not until the administration of imipramine that Klein was able to distinguish between panic attack and anticipatory, chronic anxiety. Finally, the panicogenic effect of lactate described by Pitts and McClure underlined the independent nosological entity of panic disorder.

*Keywords:* *irritable heart; anxiety neurosis; soldier's heart; effort syndrome; panic disorder*

### Zusammenfassung

Nach Darstellung der Etymologie wird die Erforschung der Panikstörung bis in die heutige Zeit nachgezeichnet. Erste systematische Berichte aus der Zeit des amerikanischen Bürgerkrieges wurden von Da Costa unter der Bezeichnung «irritable heart» publiziert. Einen umfassenden Beitrag verdanken wir Freud, der den Begriff der Angstneurose einführte. Während des 1. Weltkrieges prägten Mackenzie und Lewis die Begriffe «soldier's heart» bzw. «effort syndrome». In der Folge führte Cohen biochemische und epidemiologische Untersuchungen durch. Doch erst der Effekt von Imipramin erlaubte es Klein, zwischen akuten Paniksymptomen und chronischer Erwartungsangst zu unterscheiden. Der von Pitts und McClure beschriebene panikogene Effekt von Laktat unterstrich schliesslich den Status einer eigenständigen nosologischen Einheit der Panikstörung.

*Schlüsselwörter:* «irritable heart»; *Angstneurose; soldier's heart; effort syndrome; Panikstörung*

### Geschichte der Panikstörung

Der Ursprung des Wortes «Panik» reicht bis in die Antike zurück. So lebte «im altgriechischen Volksglauben ... die Vorstellung

vom bocksgestaltigen, in der Landschaft Arkadien heimischen Wald- und Hirtengott Pan ..., dessen plötzliche und unsichtbare Nähe als Ursache für jenen undeutbaren Schrecken angesehen wurde, der Menschen in freier Natur oft unvermittelt befällt ... Die Griechen nannten solche grundlose Furcht «panikos» «vom Pan herrührend». Darauf geht *frz.* *panique* zurück, das im 16. Jh. ins *Dt.* übernommen wurde» [1].

Der Begriff «Panikerkrankung» oder «Panikstörung» [2] (*engl.* «panic disorder» [3]) ist dagegen sehr jung und hat im Sinne einer diagnostischen Entität erst Ende der siebziger Jahre durch Endicott und Spitzer [4] in die Research Diagnostic Criteria (RDC) Eingang gefunden.

Schon im letzten Jahrhundert wurden indes Berichte über paroxysmale Angstzustände mehrfach publiziert. Der englische Arzt Hope [5] beschrieb das Krankheitsbild folgendermassen: «Von dem nervösen Herzklopfen. – Wenig krankhafte Zustände beunruhigen und ängstigen so sehr als dieser. Der Kranke glaubt mit aller Bestimmtheit, das Opfer einer organischen Herzkrankheit zu werden, ... und es ist um so schwieriger, ihn zu enttäuschen, da eben der nervöse Zustand, der das Uebel veranlasst, sein Gemüth in eine trübe und gedrückte Stimmung versetzt.» Hope unterscheidet drei Schweregrade des Anfalls: «Der nächste (= höchste [Anm. von M. L.]) Grad wird zu einem förmlichen Anfall von Palpitationen und besteht

Korrespondenz:

Dr. med. Michel Lansel  
FMH für Psychiatrie und Psychotherapie  
Ulrichstrasse 22  
CH-8032 Zürich

in einer Steigerung des Herzstosses, Geräusches, der Frequenz der Schläge, die bisweilen auch unregelmässig werden; ausserdem gewöhnlich in mehr oder weniger Angst, Dyspnoe ... Der Anfall kommt entweder nur dann und wann einmal, oder wiederholt sich des Tages mehrere Male ... Das nervöse Herzklopfen unterscheidet sich von dem durch eine organische Herzkrankheit bedingten dadurch, ... dass es geneigt ist, gerade dann zu kommen, wenn sich der Patient ruhig verhält, besonders zu Anfang der Nacht ... Wenn sich auch zu dem nervösen Herzklopfen ... Affektionen des Kopfes gesellen, als ... Gefühl von ... Hitze oder Kälte ..., ... Schwindel ...» usw.

Diese bereits recht umfassende Darstellung der Panikstörung zählt zusätzlich zur Angst vier (Palpitationen, Dyspnoe, Schwindel, Hitze oder Kälte) der insgesamt dreizehn Symptome gemäss Definition des DSM-IV [2] auf, womit das Kriterium einer vollständigen Panikattacke erfüllt ist; überdies beschreibt sie sehr schön auch das anfallsartige Element.

Zahlreiche weitere Darstellungen des Krankheitsbildes folgten der Beschreibung von Hope [6–9]. 1871 beschrieb Da Costa die bei Armeeingehörigen während des amerikanischen Bürgerkrieges häufig aufgetretenen Symptome einer Panikerkrankung und bezeichnete sie als «irritable heart» [10]. Er glaubte darin indes nur eine Vorstufe eines organischen Herzleidens zu erkennen und wandte sich explizit gegen eine strenge Unterscheidung zwischen einem rein funktionellen oder organischen Erklärungsmodell.

Die historisch wohl berühmteste und selbst an heutigen Kriterien gemessen überaus genaue und umfassende Darstellung der Paniksymptome geht auf Freud [11] zurück, der laut Biographie von Jones [12] die Neurasthenie aus eigener Erfahrung kannte. In seiner im Jahre 1895 veröffentlichten Arbeit «Ueber die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als Angstneurose abzutrennen» deutete er die Angstattacken als Exazerbationen einer schwelenden Grundangst. Als Kernsymptom der «Angstneurose», wie Freud das Krankheitsbild bezeichnete, «weil dessen sämtliche Bestandteile sich um das Hauptsymptom der Angst gruppieren lassen», wird nämlich die «ängstliche Erwartung» genannt. Ihr liege eine «fürs Bewusstsein meist latente, aber konstant lauernde Aengstlichkeit» zugrunde, die aber auch «plötzlich ins Bewusstsein hereinbrechen» und «so einen Angstanfall hervorrufen» könne. Dieser «besteht entweder einzig aus dem Angstgeföhle ohne jede assoziierte Vorstellung oder mit der naheliegenden Deutung der Lebensvernichtung, des «Schlagtreffens», des drohenden Wahnsinns ...». Als körperliche Symptome der Angstneurose werden aufgezählt:

- Störungen der Herzstätigkeit, Herzklopfen, Arrhythmie, Tachykardie;
- Störungen der Atmung, mehrere Formen von nervöser Dyspnoe, asthmaartiger Anfall;
- Anfälle von Schweissausbrüchen;
- Anfälle von Zittern und Schütteln;

- Anfälle von Heisshunger, oft mit Schwindel verbunden;
- anfallsweise auftretende Diarrhoen;
- Parästhesien;
- Ohnmacht.

Dazu schreibt Freud: «Interessant und diagnostisch bedeutsam ist nun, dass das Mass der Mischung dieser Elemente im Angstanfall ungemein variiert ... Es gibt demnach rudimentäre Angstanfälle ... Auf Grund der chronischen Aengstlichkeit ... entwickeln sich zwei Gruppen von typischen Phobien ... Zur ersten Gruppe gehören die Angst vor Schlangen, Gewitter, Dunkelheit, Ungeziefer ... Die andere Gruppe enthält die Agoraphobie ...». Wenn man die obige Darstellung mit den Kriterien in der DSM-IV-Klassifikation [2] vergleicht, so mag das Mass an Übereinstimmung nur verblüffen. Freud weist auch auf die Assoziation mit der Agoraphobie sowie Komorbidität mit der spezifischen Phobie (Tier- und Umwelttypus).

Als weiterer Meilenstein in der Erforschung der Panikstörung ist die Arbeit von Sir Mackenzie [13] «The Soldier's Heart» zu nennen, der davon ausging, dass die Störung in aller Regel kein primäres Herzleiden sei, sondern infolge zahlreicher anderer körperlicher Erkrankungen aufzutreten pflege.

Zwei Jahre später führte der englische Militärarzt Lewis [14] den Begriff «effort syndrome» ein. Er deutete dieses als somatisches Geschehen, welches auf eine Schwächung oder Erschöpfung des Organismus zurückzuführen sei, und hob dabei die Analogie zur sympathikotonen Reaktion nach körperlicher Arbeit hervor. Als Auslöser kämen u.a. Infekte, generell Erkrankungen oder auch chemische Noxen in Frage. Lewis ging davon aus, dass der beeinträchtigte Patient bereits bei geringer körperlicher Arbeit («effort») entsprechend rascher mit Symptomen wie Atemnot oder Palpitationen reagieren würde. Von der Idee eines Kontinuums ausgehend deutete er das Auftreten von Symptomen aus völliger Ruhe als schwersten Erkrankungsgrad. Die Bezeichnung «effort syndrome» wurde nur solange aufrechterhalten, bis sich die zugrundeliegende Erkrankung klinisch manifestierte, weshalb er das Krankheitsbild als Syndrom von den diagnostischen Begriffen «irritable heart» oder «soldier's heart» abgrenzte. Bei den meisten Armeeingehörigen, die wegen einer kardialer Symptomatik hospitalisiert waren, stellte Lewis ein «effort syndrome» ohne klare medizinische Diagnose fest. Es ist anzunehmen, dass die grosse Mehrzahl dieser Patienten unter einer Panikerkrankung litt. Erwähnenswert erscheint auch noch die Tatsache, dass – im Gegensatz zu Freud oder Hope – sowohl Lewis wie auch Mackenzie und Da Costa die begleitende Angstsymptomatik der Panikstörung vollkommen ausklammerten. Auf der anderen Seite ist Lewis zugute zu halten, dass er beim «effort syndrome» bereits auf die Möglichkeit einer veränderten Chemie des Blutes hingewiesen hat, das bei Zugabe von CO<sub>2</sub> oder Laktat saurer reagieren würde als bei Gesunden, was sich – so spekulierte er – via Stimulation des Atemzentrums im Symptom der Atemnot manifestierte.

In den Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg führten Cohen et al. [15] sorgfältige biochemische Untersuchungen durch. Sie konnten im Blut von Patienten mit N. C. A. (= «neurocirculatory asthenia»), wie die Panikstörung v. a. bezeichnet wurde, signifikant höhere Laktatkonzentrationen während körperlicher Arbeit nachweisen als bei gesunden Probanden, währenddem sich die Laktatspiegel in Ruhe bei beiden Gruppen nur geringfügig unterschieden. Eingehende Familienuntersuchungen, wiederum durch Cohen et al. [16], ergaben zum Teil hohe Prävalenzraten von N. C. A. unter den Angehörigen von Panikkranken. Dies sprach zusammen mit den divergierenden Laktatmessungen für eine bis zu einem gewissen Grade biologisch begründete Störung, welcher eine genetische Disposition zugrunde liegen musste. Ausserdem beobachteten Cohen und White [17] aufgrund von Katanesen eine zeitliche Übereinstimmung zwischen Ausbruch bzw. Exazerbation von N.C.A. und emotionalen Belastungsreaktionen («emotion-provoking situations»), Erkrankungen, schwerer körperlicher Arbeit und Militärdienst. Indes fanden sie keinen spezifischen Auslöser bzw. keinen diesen äusseren Ereignissen zugrundeliegenden gemeinsamen Wirkfaktor. Und schliesslich fiel ihnen auf, dass Symptome auch ohne ersichtliche Auslöser aufzutreten pflegten.

Die Ära der Psychopharmaka sollte weitere wichtige Einsichten über das Wesen der Panikerkrankung erschliessen. Ausgehend von einer in den USA Ende der fünfziger Jahre vorherrschenden Theorie [18], wonach der Angst eine zentrale Bedeutung bei der Entstehung psychopathologischer Symptome zukomme, wurde der Effekt der neu entdeckten Phenothiazine unter anderem einer primär anxiolytischen Wirkung zugeschrieben. Überraschenderweise zeigte ihr Hauptvertreter, Chlorpromazin, bei Patienten mit Panikattacken keine Wirkung. Mehr aus Ratlosigkeit denn aus rationalen Erwägungen, wie Klein [18] rückblickend bemerkt, wurde diesen Patienten das antidepressiv wirksame Imipramin verabreicht. Zum grossen Erstaunen Kleins und seiner Mitarbeiter wirkte sich Imipramin günstig auf den Verlauf der Panikattacken aus, auf die (chronische) Erwartungsangst hatte es hingegen kaum Einfluss. Dieser Befund suggerierte erstmals die Existenz zweier biologischer bzw. qualitativ verschiedener Angsttypen. Diese von Klein und Fink [19] erstmals publizierten Befunde wurden in der Folge von Klein [20] in einer Placebo-kontrollierten Studie, allerdings an einer relativ kleinen Population (n = 13), nochmals überprüft und mit hochsignifikantem Resultat bestätigt. Damit war das Konzept der diskreten Entität der Panikerkrankung geboren und zugleich mit einem soliden empirischen Fundament versehen. Einen weiteren Höhepunkt in der Erforschung der Panikstörung bildete die Studie von Pitts und McClure [21], wonach intravenöse Laktatzufuhr bei Panikerkranken in 93% der Fälle, bei gesunden Probanden hingegen nur in 20% der Fälle zu Panikattacken führte. Für die Frage eines Kontinuums zwischen Normalität und Panikerkrankung war

ferner bedeutsam, dass mehr als die Hälfte der gesunden Kontrollpersonen ebenfalls mit Symptomen (v.a. Parästhesien, Tremor und Nervosität) reagierte, allerdings in geringerer Anzahl als es bei den Patienten mit Panikstörung der Fall war, und sie demzufolge nur in zwei Fällen das Vollbild einer Panikattacke entwickelten. Damit war der Weg zur eigenständigen Klassifikation der Panikerkrankung, wie sie zunächst in den Research Diagnostic Criteria von Endicott und Spitzer [4] und ein Jahr später im DSM-III [22] Eingang fand, endgültig gebahnt. Die Familien- und Zwillingsstudie von Crowe et al. [23] bzw. Torgersen [24] lieferten weitere Belege für die separate diagnostische Entität der Panikstörung. Durch diese empirischen Arbeiten war auch die Freudsche Einheitstheorie, die akute und chronische Angst einer gemeinsamen Angstquelle zuordnete, sehr relativiert worden. Weder in der ICD-10 noch in der DSM-Klassifikation wurde der Begriff der Angstneurose in der Folge weiterverwendet. Die neuen Diagnosen hiessen fortan «Panikstörung» [2] sowie «generalisierte Angststörung» [2].

Neuerdings hat eine gewisse Annäherung an Freud wieder stattgefunden, indem Panikattacken nicht nur im Kontext einer Panikstörung, sondern auch als Epiphänomene anderer Angststörungen (soziale und spezifische Phobie, akute und posttraumatische Belastungsstörung) [2] aufgefasst werden. Und schliesslich ist noch auf ein neues Krankheitskonzept [25] hinzuweisen, das isolierte Symptome bzw. subliminale Elemente, welche die DSM-Kriterien nicht ganz erfüllen, ebenfalls zum weiteren Spektrum der Panikstörung subsumiert. Einer Kernsymptomatik, wie sie das DSM formuliert, können also subklinische Symptome vorausgehen oder auch nach dem Anfall persistieren. Demnach wären die im DSM-IV [2] genannten «fortwährenden Ängste» vieler Panikkranker nicht nur als Erwartungsangst oder allenfalls komorbides Angstsyndrom zu bezeichnen, sondern als eine vom Angstanfall nicht klar abgrenzbare mildere Symptomatik, die auch wesentlich länger andauern kann als die Attacke selber. Ein Umstand, der auch von Panikpatienten wiederholt hervorgehoben wird. Damit gewinnt Freuds Konzept der «konstanten lauernden Aengstlichkeit» wieder an Gewicht, indem einerseits zwischen Panikattacken sowie subsyndromalen Paniksymptomen und andererseits chronischer Erwartungsangst bzw. konkomitierender generalisierter Angststörung zu unterscheiden wäre.

## Literatur

- 1 Duden «Etymologie»: Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache. 2., völlig neu bearb. u. erw. Aufl. Bearbeitet von Günther Drosdowski, Paul Grebe und weiteren Mitarbeitern der Duden-Redaktion. Mannheim/Wien/Zürich: Dudenverlag; 1989. S. 507.
- 2 Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Deutsche Bearbeitung und Einführung von Henning Sass, Hans-Ulrich Wittchen und Michael Zaudig. Redaktionelle Koordination: Isabel Houben. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie; 1996.
- 3 American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, (DSM-IV). Washington, DC: APA; 1994.
- 4 Endicott J, Spitzer RL. Use of the Research Diagnostic Criteria and the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia to study affective disorders. *Am J Psychiatry* 1979;136:52–6.
- 5 Hope J. Von den Krankheiten des Herzens und der grossen Gefässe. Berlin: Enslin; 1833. S. 401–4. (Übersetzung aus dem Englischen von Becker FW).
- 6 Stokes W. Die Krankheiten des Herzens und der Aorta. Würzburg: Stahel; 1855. (Übersetzung aus dem Englischen von Lindwurm J).
- 7 Stoffella E, Hrsg. Opolzer's Vorlesungen über spezielle Pathologie und Therapie. Erlangen: Enke; 1866.
- 8 Brück AT. Commentare zu den balneologischen Aphorismen. 1. Schwindelangst. *Deutsche Klinik* 1869;5:41–3.
- 9 Benedict N. Über «Platzschwindel». *Allg Wien Med Ztg* 1870;15:488–9.
- 10 Da Costa JM. On irritable heart. *Am J Med Sci* 1871;121:17–52.
- 11 Freud S. Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als Angstneurose abzutrennen (1895). In: *Gesammelte Schriften, Erster Band*. Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag; 1925. S. 307–13.
- 12 Jones E. Das Leben und Werk von Sigmund Freud. Band 1. Bern/Stuttgart/Wien: Huber; 1982.
- 13 Mackenzie J. The Soldier's heart. *Br Med J* 1916;2873:117–9.
- 14 Lewis T. The Soldier's Heart and the Effort Syndrome. London: Shaw and Sons; 1918.
- 15 Cohen ME, Consolazio F, Johnson RE. Blood lactate response during moderate exercise in neurocirculatory asthenia, anxiety neurosis, or effort syndrome. *J Clin Invest* 1946;26:339–42.
- 16 Cohen ME, Badal DW, Kilpatrick A, Reed EW, White PD. The high familial prevalence of neurocirculatory asthenia (anxiety neurosis, effort syndrome). *Am J Hum Gen* 1951;3:126–58.
- 17 Cohen ME, White PD. Life situations, emotions, and neurocirculatory asthenia (anxiety neurosis, neurasthenia, effort syndrome). *Psychosom Med* 1951;13:335–57.
- 18 Klein DF. Anxiety reconceptualized. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 1987; 22:1–35.
- 19 Klein DF, Fink M. Psychiatric reaction patterns to imipramine. *Am J Psychiatry* 1962;119:432–8.
- 20 Klein DF. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologica* 1964;5:397–408.
- 21 Pitts FN Jr, McClure JN Jr. Lactate metabolism in anxiety neurosis. *N Engl J Med* 1967;277:1329–36.
- 22 American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, (DSM-III). Washington, DC: APA; 1980.
- 23 Crowe RR, Noyes R, Pauls DL, Slymen D. A family study of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:1065–9.
- 24 Torgersen T. Genetic factors in anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:1085–9.
- 25 Cassano GB, Michelini S, Shear MK, Coli E, Maser JD, Frank E. The panic-agoraphobic spectrum: a descriptive approach to the assessment and treatment of subtle symptoms. *Am J Psychiatry* 1997;154:6.