

Panik und Depression: diagnostische Entität und/oder komorbide Erkrankungen?

■ M. Lansel

Zürich

Einleitung

Die Beziehung zwischen Angst und Depression stellt sich voll spannender Kontroversen dar. Griesinger, Esquirol und Schüle gingen von zusammengehörigen Phänomenen aus, und kurz vor der Jahrhundertwende sprach Kirchhoff noch von der «Angstdepression» [1]. Kraepelin hingegen postulierte zwei verschiedene Erkrankungen. In der Folge schlug das Pendel wieder in die andere Richtung aus, bis in den letzten Jahrzehnten strukturierte und standardisierte Befragungen erneut eine Unterscheidung beider Syndrome suggerierten [2–5]. Allerdings hängt die nosologische Beurteilung wesentlich davon ab, ob die Befunde aus klinischen Erfahrungswerten (Top-down-Methode) oder ausgehend von der ambulanten Praxis bzw. Gesamtbevölkerung (Bottom-up-Methode) gewonnen wurden [6]. Dies führte «zu einer [...] Kontroverse zwischen Anhängern der strikten diagnostischen Trennung von Angst und Depression und Anhängern der Kontinuitätstheorie» [6]. Die Überschneidungen betreffen vor allem Symptome wie Müdigkeit, Konzentrations- und Schlafstörungen [6, 7]. Und schliesslich können auch einzelne Symptome von Angst und Depression ineinanderfliessen – wie z.B. beim Gefühl von Hilfs- und Hoffnungslosigkeit. Eine eindeutige psychometrische Trennung von Angst und Depression erscheint deshalb nicht möglich. Die Überlappung von Angst und Depression hat schliesslich dazu geführt, gemischte von «reinen» Zuständen als dritte Grösse zu unterscheiden [3, 6, 8].

Nun ist der Assoziationsgrad von Angst und Depression vornehmlich dem hohen Anteil an Panikstörungen zuzuschreiben [9]. Darum soll im folgenden die differentielle Komorbidität in bezug auf Panik und Depression unter Einbezug epidemiologischer, phänomenologischer sowie neuro- und pharmakologischer Aspekte untersucht werden.

Epidemiologie

Etwa $\frac{1}{3}$ aller Panikpatienten leiden unter einer Depression [10, 11], die in der Regel länger zu dauern und ausgeprägter zu sein scheint als reine Depressionen [12, 13]. Des Weiteren konnten Coryell et al. [12] in einer Familienstudie zeigen, dass die Häufigkeit primärer Depressionen unter Angehörigen von Patienten mit Panikstörung und sekundärer Depression¹ im Vergleich zu Angehörigen primär Depressiver signifikant geringer war. Mit anderen Worten: Die Reihenfolge des Auftretens der beiden Erkrankungen schien mit einer signifikant unterschiedlichen Auftretenshäufigkeit primärer Depressionen unter Erstgradverwandten zu korrelieren. Dieser Befund wird unten noch eingehend interpretiert werden.

Phänomenologische Aspekte

Bei Panikkranken mit konkomitierender Depression fällt oft ein bestimmtes – *kognitives* – Charakteristikum² auf, so pflegt sich im Rahmen der depressiven Symptombildung ein pessimistischer Gedanke besonderer Art einzuschleichen: ein quälender Gedanke an den Tod. Fast wortwörtlich berichten Patienten: «Alle Menschen werden eines Tages sterben müssen; der Tod ist schicksalhaft und unausweichlich.» Suizidalität wird in dieser Phase klar verneint.³ Es ist, als ob sich der im akuten Panikanfall häufige Gedanke bzw. die Angst zu sterben in diesem depressiven kognitiven Inhalt fortsetzte, und zwar als wissende, existentiell anmutende Trauer um die eigene Sterblichkeit.

Auf *Affekt*-Ebene fällt bei depressiven Panikkranken häufig eine weitere Besonderheit⁴ auf: Obwohl sie an ihrer Genesung zweifeln, lassen sie sich meist beruhigen und sprechen auf therapeutische Interventionen gut an. Ein Lachen ist ohne weiteres möglich, und immer wieder vermag ein Funke Hoffnung vom Therapeuten auf die Patienten überzuspringen – man möchte eher von einer tiefen Trauer denn von einer endogenen Depression sprechen (zur Unterscheidung zwischen wissender, erlebter Trauer und dem präverbalen Primäraffekt der Trauer bei endogener Depression s. D. Hell [14]). Aufschlussreich ist in diesem Zusammenhang die Beobachtung von West und Dally [15], die Patienten mit «a somewhat *atypical depressive state*⁵, sometimes resembling anxiety hysteria» [15] (Hervorhebung M. L.),

die im allgemeinen besser auf MAO-Hemmer denn auf ECT ansprachen, beschrieben. Dabei waren frühmorgendliches Erwachen, Morgentief oder Selbstvorwürfe weniger prominent; hingegen kamen begleitende Symptome wie Tremor oder auch Phobien gehäuft vor, «[which] were complicated by a phobic-anxiety condition, which in current terminology would probably translate to *panic attacks with avoidant behavior*» [17] (Hervorhebung M. L.). Die Depression bei Panik lässt somit einerseits oft die für endogene Formen typische Schwermut vermissen, andererseits aber können – wie im akuten Angstanfall – psychotische Elemente (Angst, verrückt zu werden, zu sterben oder etwas Unkontrolliertes zu tun, sowie Symptome von Derealisation und Depersonalisation) auftreten. Aus diesem Grunde ist ihr eine Sonderstellung zuzuweisen. Sie lässt sich wohl wie folgt charakterisieren: Als eine tiefe, erlebte Trauer, an der man geradezu «irre» wird. Hier wird man an die Arbeit von

- 1 Genau genommen handelte es sich um eine Gruppe von «lifetime»-Panikpatienten, die zum Zeitpunkt der Untersuchung unter einer Major Depression litten, wobei eine Episode von Major Depression noch vor Beginn der Panikstörung nicht abgeschlossen wurde.
- 2 Dieses stellt – wie die unten angeführte zweite Besonderheit – keinen Befund standardisierter und kontrollierter Untersuchungen dar, sondern ist aus persönlichen Einzelfallbeobachtungen hervorgegangen.
- 3 Vermutlich erst in einem fortgeschrittenen, unbehandelten Stadium mit einem turbulenten «Wechsel von depressiver, dysphorischer [...] und ängstlicher Symptomatik» [7] schlägt der Zweifel in Verzweiflung um verbunden mit einem Anstieg des Selbsttötungsrisikos.
- 4 Siehe Anmerkung 2.
- 5 Der Begriff «atypical depression» wurde erstmals von West und Dally geprägt, um eine Depressionsform mit «nonendogenous clinical features and emotional reactivity» zu bezeichnen. Die Aufhellbarkeit der Stimmung, die als häufiges Charakteristikum der panikassozierten Depression beobachtet wird, stellt übrigens ein Hauptkriterium der Depression mit Atypischen Merkmalen gemäss DSM-IV [16] dar, währenddem die fehlende emotionale Reagibilität als Melancholisches Merkmal gewertet wird.

Korrespondenz:

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

K. Ernst [18] über «Die Prognose der Neurosen» erinnert, in der neurotische Residuen beschrieben werden, die sich nicht wesentlich von schizophrenen Defekten unterscheiden und wo sich – zumindest quantitativ – keine scharfe Grenze zwischen Psychose und Neurose ziehen lässt. Darüber hinaus zeigt sich, dass im Grunde alle (akuten) Symptome des Panikfalls, auch die Angst (s. o.) – allerdings in verminderter Intensität –, kontinuierlich in die Depression hineinreichen können, weshalb sich hier ein dimensionales Konzept ganz besonders anbietet. Aus dieser Sicht lässt sich die Depression auch als eine subakute, depressiv gefärbte Angst interpretieren. Zu erwähnen ist noch das häufige hilfeschende Verhalten depressiver Panikkranker [13] sowie die Tendenz, sich an andere zu klammern [19] (s. u.). Typisch ist auch die Angst, an einer gefährlichen Erkrankung zu leiden, sowie der Wunsch nach wiederholten körperlichen Abklärungen [20].

Die beschriebenen Charakteristika auf *kognitiver, Affekt- und Verhaltensebene* erscheinen keineswegs zufällig, sondern können – wie noch zu zeigen sein wird – in einem engen Zusammenhang mit der im Schlusskapitel beschriebenen Attachmenttheorie gesehen werden.

Neuro- und pharmakochemische Aspekte

Auch aus neuro- und pharmakochemischer Sicht werden gewisse Verbindungen bzw. gemeinsame Bedingungen zwischen Panik und Depression nahegelegt. Die basale Sekretion von Cortisol ist bei Panikerkrankungen, wie auch oft bei Depressionen, erhöht und die Cortisol-Supprimierbarkeit durch Dexamethason oft vermindert [21]. Bei Panikerkrankten besteht eine – ähnlich wie bei einer Depression – verminderte ACTH-Antwort auf humanes CRH, und zwar unabhängig davon, ob gleichzeitig eine Depression besteht [21]. Nicht nur von theoretischer, sondern auch grosser praktischer Bedeutung ist die Tatsache, dass bestimmte Antidepressiva [22] sowohl bei Panikstörung wie auch bei Depressionen wirksam sind. Zudem verweisen Breier et al. [23] auf diverse Arbeiten, die bei einer Subgruppe depressiver Patienten eine noradrenerge Überaktivität suggerieren.

Erste Hypothese: Existenz eines panikspezifischen Subtypus einer Depression

Zusammengefasst lässt sich festhalten: Eine mit einer Panikstörung konkomitierende Depression scheint sich von der «reinen» Depression oft in diversen Merkmalen zu unterscheiden: ausgeprägterer, längerer Verlauf bei fehlender Endogenität, Symptome wie Depersonalisation und Derealisation sowie hilfeschendes Verhalten. Im Grunde handelt es sich um eine nosologische Chimäre: eine nicht-melancholische Depression mit psychotischen Elementen. Tatsächlich wurde schon wenige Jahre nach Etablierung der Panikstörung als eigenständiges Krank-

heitsbild [24, 25] eine mögliche Assoziation zur Depression bzw. zu einer depressiven (Sub-)Kategorie diskutiert [12, 23]. Aufgrund einer Familienstudie äusserten Leckman et al. [26] die Hypothese einer «shared diathesis between panic disorder and some cases of major depression» (Hervorhebung M. L.). Grunhaus [17] postulierte «a possible «dual diathesis» zwischen Panikstörung und Depression. Weiter sprach er davon, dass

Depression appears to be secondary to panic disorder or agoraphobia with panic attacks in approximately 70% of these patients and panic disorder is secondary to major depression in the remaining 30%. Do these groups represent two different populations ...? Unfortunately to my knowledge no study has attempted to compare the family histories of patients with these contrasting patterns. [17]

Welche Koinzidenz: Im selben Jahr erschien die von Grunhaus «gewünschte» Studie – nämlich die bereits oben erwähnte Arbeit von Coryell et al. [12], die – vereinfacht formuliert – ein signifikant vermindertes familiäres «loading» primärer Depressionen bei Panikkranken mit sekundärer Depression im Vergleich zu primär bzw. rein depressiven nachwies und damit konkretere Hinweise zur Differenzierung zwischen einer *prä-* und einer *post-*panischen Depression erbrachte. Schliesslich sei noch auf die Ergebnisse einer wegweisenden Studie [27] an Kindern von Eltern mit «panic disorder and agoraphobia» (PDAG) mit und ohne komorbide «major depression» (MDD) verwiesen: «These findings are most consistent with the hypothesis that PDAG and PDAG+MDD share common familial etiologic factors while MDD alone is an independent disorder» [27]. Hier werden also eine panikassoziierte und eine isolierte Major Depression unterschieden. Zu vergleichbaren Ergebnissen kommt auch eine Zwillingstudie von Torgersen [28]. Gemeinsam mit dem erwähnten Ansatz eines postpanischen Subtypus einer Depression ist damit der Weg zur Bestimmung eines *panischen* bzw. *panisch-depressiven* auf der einen und eines *primär depressiven Syndroms* auf der anderen Seite bereitet. Hier werden wir an die Arbeiten von Akiskal [29] erinnert, wonach «einige Formen der ängstlich-depressiven Komorbidität wohl am besten als alternative Ausdrucksformen derselben Diathese zu verstehen seien. In Analogie zur manisch-depressiven Erkrankung ... postulierte er» eine triphasische *panisch-depressive* «Störung mit panischen, depressiven und ängstlich-depressiven Phasen» [7] – allerdings ohne noch zwischen einer *prä-* und einer *postpanischen* Depression zu unterscheiden.

Zweite Hypothese: Störung mit Trennungsangst als prädisponierender Faktor für das «panisch-depressive Syndrom»

Klein, der das Paniksyndrom als eigenständiges Krankheitsbild definiert hatte, fand bei

etwa 50% seiner Panikpatienten deutliche Hinweise für eine Trennungsangst in der Kindheit [19]. Mittlerweile gibt es eine ganze Reihe von Arbeiten, die einen Zusammenhang zwischen einer Störung mit Trennungsangst und dem Risiko, später eine Panikstörung zu entwickeln, beschreiben [30–32]. Die Störung mit Trennungsangst kann sich nach belastenden Lebensereignissen wie Tod eines Verwandten, Krankheit des Kindes oder eines Verwandten, Schulwechsel, Umzug oder Einwanderung entwickeln [16]. Traumata also, die mit den Lebensereignissen im Vorfeld von Depressionen fast identisch sind [33]. Auch aus dieser Sicht wird eine enge Verbindung zwischen Panik und konkomitierender Depression suggeriert. So formulieren etwa Servant und Parquet [34]:

Some reports have suggested that there may be a link between [...] traumatic life events in childhood and adolescence and the development of panic disorder in adults. In addition *early loss event* also seems increase *depressive risk* by a factor about two or three. (Hervorhebungen M. L.)

Auch folgende kurze rechnerische Überlegung könnte die Störung mit Trennungsangst als möglichen prädisponierenden Faktor für die postpanische Depression⁶ in Frage kommen lassen: Geht man bei der Panikstörung von einem Anteil an Depressionen von etwa 70% (0,7) [12, 13] aus, wovon etwa 70% (0,7) postpanisch sind [17], so ergibt sich eine Häufigkeit von postpanischen Depressionen bei Panikstörung von etwa 50% (0,7 × 0,7). Hier erinnern wir uns an Kleins [19] Befund, wonach bei etwa 50% der Patienten mit Panik deutliche Hinweise auf eine Trennungsangst in der Kindheit bestanden hatten. Neuere Zahlen schwanken zwischen 18 und 60% [30]. Interessant ist auch der Umstand, dass in einer früheren wissenschaftlichen Diskussion [30] die Störung mit Trennungs-

6 Das Konzept der erworbenen Vulnerabilität ist sowohl mit biologischen wie auch biographischen Untersuchungsbefunden vereinbar. So kann eine anhaltende Sensibilisierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse durch schweren Stress in der Kindheit erfolgen [35]. In der Life-event-Forschung bei Depressiven konnten etwa «langdauernde Lebensbelastungen (z.B. Randgruppenzugehörigkeit) und der Verlust der Mutter vor dem elften Lebensjahr» [36] als Vulnerabilitätsfaktoren identifiziert werden [37].

Die unmittelbaren mutmasslichen Auslöser des Panikanteiles (ob zusätzlich noch eine Depression bestand, wurde nicht untersucht) scheinen weniger spezifisch zu sein. Sowohl schwerwiegende Trennungsergebnisse wie auch potentiell lebensbedrohliche Situationen kommen gemäss Katon [38] in Frage. Faravelli [39] fand eine Häufung von Stressoren im Jahr vor Beginn der Panikstörung. Die Qualität der «life events» umfasste sowohl Verusterlebnisse wie auch gefährliche Ereignisse.

angst als möglicher Risikofaktor für die Agoraphobie angesehen wurde, auf die jetzt noch kurz am Rande eingegangen wird. Die Agoraphobie ist eine Erkrankung, die – nosologisch – häufiger als die Depression mit der Panikstörung in Zusammenhang gebracht wird [16, 19, 30, 31, 40]. Dies lässt sich sehr schön auch an der DSM-IV-Konzeptualisierung ablesen [16], die zwischen einer Panikstörung mit Agoraphobie und einer Agoraphobie ohne Panikstörung differenziert, analog also zum oben postulierten Unterschied zwischen einer panikassozierten und einer reinen Depression. Das von Casano [40] vertretene Konzept der Spektrumdiagnose wird diesem Umstand am besten gerecht:

The spectrum model of panic and agoraphobia is a flexible and comprehensive means of describing this clinical complex. The proposed model, complementary to the categorical approach, presumably expresses a unitary pathophysiology. [40]

Mit anderen Worten: Die Symptome der «panikassozierten» Agoraphobie lassen sich als subsyndromale, prä- oder postdromale Paniksymptome deuten. Damit fügte sich die Agoraphobie in das Spektrum des oben bereits angenommenen panisch-depressiven Syndroms⁷, mit welchem diese auch die oben genannten prädisponierenden Faktoren zu teilen scheint. Die Angst vor Hilflosigkeit und vor dem Alleinsein, die für die Agoraphobie konstitutiv ist, könnte deshalb in engem Zusammenhang mit den Trennungsmomenten, denen wir eine grundlegende Bedeutung bei der Entstehung der «panikassozierten Depression» zugewiesen haben, stehen. An diesen gemeinsamen Aspekt «Trennung» knüpfen nun das von Bowlby [41–43] formulierte und im folgenden erörterte Konzept menschlicher Bindungspsychologie, der sogenannten *Attachmenttheorie*, sowie eine (von mir vorgeschlagene) mögliche Weiterentwicklung der Attachmenttheorie unter Einbezug der Agoraphobie an.

Attachmenttheorie

Klein [19] hat meines Wissens als erster die Attachmenttheorie – also die Psychologie menschlichen Bindungsverhaltens (vergleiche die Übersicht bei Zimmer Höfler und Hell [44]) – und die Panikstörung in einen Zusammenhang gebracht. So beobachtete er, dass sich Patienten, solange sie unter Panikattacken litten, anklammernd und abhängig zeigten, dass dieses appellative Verhalten («appeal») jedoch aufhörte, sobald sie anfallsfrei waren. Klein assoziiert: Wer einem schreienden Kleinkind schon einmal zugeschaut habe, wisse, dass die Suche nach Zuwendung eine vorgegebene Reaktion auf Angst darstelle. Hier seien die Experimente von Harlow zu nennen, der gezeigt hat, dass Affenjungen, vor die Wahl zwischen zwei Muttersurrogaten gestellt, sich für ein Modell mit Fell denn für eine Drahtpuppe, die mittels Milchspender orale Bedürfnisse stillt,

entschieden (vgl. [44]). Die Attachmenttheorie impliziert somit ein System, das a priori, d. h. vor aller Erfahrung, die An- und Ab-Wesenheit der Mutter erkennt. Demzufolge wird Attachment als instinktive und unkontingente Reaktion verstanden, bei der das Fehlen der Mutter an sich schon Protest bzw. Distress auslöst.

Damit sei die Idee, dass orale Gratifikation die Basis für eine Objektbeziehung darstelle, widerlegt. Zugleich kritisiert Klein die lerntheoretische⁸ Interpretation der Trennungsangst beim Kleinkind. Diese Theorie postuliert das Erlernen negativer Gefühle (sprich *Angst*) beim Fortgehen bzw. Fehlen der Mutter. Somit müsse Cannons «fight or flight»-Konzept durch eine noch frühere Angstantwort ergänzt werden. Die Trennungsangst sei gemäss Klein eine Errungenschaft in der Evolution. Müsste nämlich ein Jungtier, das sich vom Nest entfernt, die Angst durch wiederholte unkontingente Reize wie Durst oder Hunger erst erlernen, so würde es unter Umständen schon beim ersten Irgehen leichte Beute eines Feindes werden oder sogar dabei verhungern. Die Angst muss also sofort, schon bei der ersten Trennung, im Sinne einer angeborenen Alarmreaktion, durch die das Junge die Elterntiere auf sich aufmerksam macht, einsetzen. Diese Überlegungen lassen sich noch weiterführen. Überträgt man die Resultate von Pitts und McClure⁹ auf das Jungtier, so kann man annehmen, dass das durch Körperarbeit wie Hüpfen oder Sichfortbewegen gebildete Laktat erst ab einer bestimmten Konzentration eine Panikreaktion triggern würde. Denn ein in kontraproduktiver Weise verfrüht ausgelöster Alarm, etwa durch blosses Herausfallen des Jungtieres aus dem Nest bei alerten Elterntieren, könnte Feinde anlocken und das Jungtier unnötig gefährden. Sollten – folgen wir wieder Klein – die Eltern nicht in der Lage sein, auf die Hilferufe zu antworten, so wäre der nächste Schritt folgerichtig eine Ruhigstellung, damit sich das Jungtier nicht unnötig erschöpft und auch diesmal keine Feinde angezogen würden. Klein bietet hier eine phylogenetische Erklärung der von Bowlby beschriebenen Stufen nach Trennung des Kindes von der Mutter: Zunächst Angst und Wut [42], dann Traurigkeit und Depression [43]. In einem zweiten Schritt spannt Klein den Bogen weiter zur Pathogenese der Panikerkrankung. Die Panikstörung stelle ein entgleistes biologisches Verhaltensrepertoire dar. Er postuliert eine Schwelle, die konstitutionell herabgesetzt sei, die andererseits durch Antidepressiva heraufgesetzt werde.

Die Stufen von Wut und Trauer beim Kleinkind wurden durch Blandin et al. [46] auch als «Prototypen» erwachsener Angst und Depression bezeichnet. Diese Analogie fügt sich gut in das oben formulierte Konzept eines *panisch-depressiven Syndroms*. Dabei stellt die Angst sowohl im stammesgeschichtlichen Konzept wie auch in der Attachmenttheorie einen nur vorübergehenden Zustand dar, der sich entweder in die vertraute Beziehungssituation zurückentwickelt oder in eine Depression übergeht. Interessanterweise ergibt sich aus epidemiologischen Daten,

dass Depressionen viel stabiler sind als Panikstörungen. Letztere «heilen entweder ab oder entwickeln sich zu Depressionen oder komplexen Störungen mit beiden Diagnosen» [47].

Im folgenden soll noch kurz eine mögliche Erweiterung der Attachmenttheorie erörtert werden: Wenden wir uns nochmals der phylogenetischen Ebene zu. Was mag mit einem Jungtier nach den Phasen des Trennungsprotestes und der nachfolgenden Ruhigstellung geschehen? Angenommen, es sei stark genug, in der freien Wildbahn zu überleben, so lässt sich wie folgt spekulieren: Die extremen affektiven Zustände der Angst und «depressiven» Blockade dürften weitgehend abgeklungen sein. Eine Regression in den früheren Gefühlszustand der Geborgenheit ohne elterliche Obhut wäre fatal, weil sich das Tier in falscher Sicherheit wiegen würde. Ein neues emotionales Befinden muss sich einstellen: Die Umwandlung der akuten Angst und depressiven Erstarrung in eine *Daueraltertheit* würde eine adäquate Anpassung an die Umwelt ermöglichen. Beim Kleinkind führt analog dazu eine bleibende Trennung von der Bezugsperson zu einem «Rückzug auf sich selbst» [48] und stellt als Überlebensstrategie eine konstruktive Leistung dar. Spannen wir schliesslich erneut den Bogen zur Panikstörung, so kann die Agoraphobie als ein im Laufe der Evolution aus dem Zustand von Angst und depressiver Erstarrung hervorgegangenes Reaktionsmuster angesehen werden. Im Gegensatz zur Panikstörung wie auch zur Depression, die elementarere Geschehen darstellen, welche in der Regel nur wenig kontrolliert werden können, stellt die Agoraphobie eine «reifere» Reaktionsform dar, die wesentlich stärker der bewussten Einflussnahme untersteht und durch Vermeidung auch umgangen werden kann.

7 Die klinische Erfahrung suggeriert eine Unterscheidung zwischen primärer und sekundärer Agoraphobie. So kann z.B. eine agoraphobe Zugangst im Rahmen eines panisch-depressiven Syndroms in Begleitung einer vertrauten Person auf Anhiob völlig verschwinden. Auf der anderen Seite gibt es agoraphobe Ängste, die sich nur durch fortschreitende Desensibilisierung langsam zurückbilden.

8 Diese besagt folgendes: Gehen unerfüllten Triebregungen (z.B. Hunger oder Durst – sogenannte unkontingente Stimuli) des Kindes wiederholt bestimmte Ereignisse (z.B. charakteristische Geräusche beim Weggehen der Mutter – sogenannte konditionale Stimuli) voraus, so lernt das Kind auf solche ursprünglich neutralen Reize mit Angst zu reagieren (klassischer Konditionierungsprozess).

9 Pitts und McClure konnten durch i.v.-Gabe von Laktat sowohl bei Panikkranken wie auch bei Gesunden – bei letzteren allerdings in geringerer Zahl als bei Panikpatienten – Paniksymptome auslösen [45].

Ausblick

Man könnte – bildhaft – die innere Topographie des «panisch-depressiv-agoraphoben Komplexes» mit einem Bergmassiv vergleichen, bei dem die einzelnen Spitzen zwar klar definier- und benennbar sind, wegen einer eindeutigen Zuordnung im Sattel zwischen den Gipfeln nicht mehr möglich ist. Und wie der Berg mit der ersten Höhenkurve beginnt, so konstituiert sich das Syndrom mit dem ersten Symptom. Diese dimensionale Sicht erlaubt es, sub-syndromale Krankheitsformen, die in der gängigen Klassifikation nicht enthalten sind, als Aspekte eines einheitlichen Geschehens zu deuten. Auch kulturelle Elemente sowie gesellschaftliche Zeiterscheinungen könnten darin ihren Ausdruck finden. Hier ist an Begriffe wie «Die Vereinzelung» (Dostojewski), die «Geworfenheit» (Heidegger), «la nausée» (Sartre) sowie «tristesse» (de Beauvoir) zu denken, die nicht mehr als von der Psychiatrie isolierte «philosophische Diagnosen» zu verstehen sind, sondern durchaus als verwandte Erscheinungsformen darin integriert werden können.

Und schliesslich liesse sich auch noch ein präventiver Gedanke ableiten: In Familien, in denen das genannte Syndrom gehäuft vorkommt, wären «beeinflussbare» Trennungssituationen, wie etwa häufige Wohnortwechsel, als mutmassliche Risikofaktoren möglichst zu vermeiden.

Literatur

- Schmidt-Degenhard M. Klinische Differenzierungen. Zur Begriffsgeschichte von Angst und Depression in der Psychiatrie. In: Helmchen H, Linden M, Hrsg. Die Differenzierung von Angst und Depression. Tropon-Symposium I. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1986.
- Lewis AJ. Melancholia: a clinical survey of depressive states. A historical review. *J Ment Sci* 1934;80:1–42, 277–378, 488–558. Zit. in: Angst J, Dobler-Mikola A. The Zurich Study. VI. A Continuum from depression to anxiety disorders? *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1985;235:179–86.
- Fogelson DL, Bystritsky A, Sussman N. Interrelationships between major depression and the anxiety disorders: clinical relevance. *Psychiatric Annals* 1988;18:158–67.
- Angst J, Dobler-Mikola A. The Zurich Study. VI. A continuum from depression to anxiety disorders? *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1985;235:179–86.
- Alloy LB, Kelly KA, Mineka S, Clements CM. Comorbidity of anxiety and depressive disorders: a helplessness-hopelessness perspective. In: Maser JD, Cloninger CR, editors. *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990. p. 499–543.
- Angst J, Vollrath M. Beziehungen zwischen Angst und Depression. In: Kielholz P, Adams C, Hrsg. Die Vielfalt von Angstzuständen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 1989. S. 79–100.
- Kapfhammer HP. Komorbidität von Angst und Depression. In: Hippus H, Lauter H, Greil W, Hrsg. *Psychiatrie für die Praxis* 18. München: MMV Medizinischer Verlag; 1993. S. 36–7.
- Leckman JF, Merikangas KR, Pauls DL, Prusoff BA, Weissman MM. Anxiety disorders and depression: contradictions between family study data and DSM-III conventions. *Am J Psychiatry* 1983;140:880–2.
- Angst J, Vollrath M, Merikangas KR, Ernst C. Comorbidity of anxiety and depression in the Zurich Cohort Study of Young Adults. In: Maser JD, Cloninger CR, editors. *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990. p. 123–37.
- Breier A, Charney DS, Heninger GR. Major depression in patients with agoraphobia and panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:1129–35.
- Angst J, Dobler-Mikola A, Binder J. The Zurich Study. I: problem, methodology. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1984;234:13–20.
- Coryell W, Endicott J, Andreasen NC, Keller MB, Clayton PJ, Hirschfeld RMA, et al. Depression and panic attacks: the significance of overlap as reflected in follow-up and family study data. *Am J Psychiatry* 1988;145:293–300.
- Kendler KS, Eaves LJ, Walters EE, Neale MC, Heath AC, Kessler RC. The identification and validation of distinct depressive syndromes in a population-based sample of female twins. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:391–9.
- Hell D. Welchen Sinn macht Depression? Ein integrativer Ansatz. Reineck bei Hamburg: Rowohlt Verlag; 1997. S. 150–4.
- West ED, Dally PJ. Effect of iproniazid in depressive symptoms. *Br Med J* 1959;1:1491–4. Zit. in: Grunhaus L. Clinical and psychobiological characteristics of simultaneous panic disorder and major depression. *Am J Psychiatry* 1988;145:1214–21.
- 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.
- Grunhaus L. Clinical and psychobiological characteristics of simultaneous panic disorder and major depression. *Am J Psychiatry* 1988;145:1214–21.
- Ernst K. Die Prognose der Neurosen. In: Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurologie und Psychiatrie, Heft 85. Berlin, Göttingen, München: Springer Verlag; 1959. S. 80.
- Klein DF. Anxiety reconceptualized. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 1987;22:1–35.
- Schonecke OW, Herrmann JM. Das funktionelle kardiovaskuläre Syndrom. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, v. Uexküll T, Wesiak W, Hrsg. *Psychosomatische Medizin*. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg; 1986. S. 506–7.
- Holsboer F. Biochemische Aspekte der Angst. In: Kielholz P, Adams C, Hrsg. Die Vielfalt von Angstzuständen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 1989. S. 203–13.
- Küchenhoff B, Hell D. Angsterkrankungen. Klassifizierung und Therapiemöglichkeiten. *Der informierte Arzt/Gazette Médicale* 1995;12:920–9.
- Breier A, Charney DS, Heninger GR. The diagnostic validity of anxiety disorders and their relationship to depressive illness. *Am J Psychiatry* 1985;142:787–97.
- 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.
- American Psychiatric Association (APA): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. Washington, DC: APA; 1980.
- Leckman JF, Weissman MM, Merikangas KR, Pauls DL, Prusoff BA. Increased risk of depression, alcoholism, panic, and phobic disorders in families of depressed probands with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:1055–60.
- Biederman J, Rosenbaum JF, Bolduc EA, Faraone SV, Hirshfeld DR. A high risk study of young children of parents with panic disorder and agoraphobia with and without comorbid major depression. *Psychiatry Res* 1991;37:333–48.
- Torgersen S. Comorbidity of major depression and anxiety disorders in twin pairs. *Am J Psychiatry* 1990;147:1199–202.
- Akiskal HS. Toward a clinical understanding of the relationship of anxiety and depressive disorders. In: Maser JD, Cloninger CR, editors. *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990. p. 597–607.
- Silove D, Manicavasagar V, Curtis J, Blaszczyński A. Is early separation anxiety a risk factor for adult panic disorder?: a critical review. *Compr Psychiatry* 1996;37:167–79.
- Silove D, Harris M, Morgan A, Boyce P, Manicavasagar V, Hadzi-Pavlovic D, et al. Is early separation anxiety a specific precursor of panic disorder-agoraphobia? A community study. *Psychol Med* 1995;25:405–11.

- 32 Battaglia M, Bertella S, Politi E, Bernardeschi L, Perna G, Gabriele A, et al. Age at onset of panic disorder: influence of familial liability to the disease and of childhood separation anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:1362–4.
- 33 Holsboer-Trachsler E. Depressionen. Krankheitsbild, Ätiopathogenese, multimodale Therapieevaluation mittels Psychopathologie und Neurobiologie. *Schweiz Z Ganzheitsmedizin* 1998;10: 263–5.
- 34 Servant D, Parquet PJ. Early life events and panic disorder: course of illness and comorbidity. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1994;18:373–9.
- 35 Heim C, Newport JD, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, et al. Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA* 2000;284:592–7.
- 36 Böker H. Interaktionsdynamische Depressionsmodelle. In: Böker H, Hrsg. Depression, Manie und schizoaffektive Psychosen. *Psychodynamische Theorien*, einzelfallorientierte Forschung und Psychotherapie. Giessen: Psychosozial-Verlag; 2000.
- 37 Brown GW. Early loss and depression. In: Parkes CM, Stevenson-Hinde J, editors. *The Place of Attachment in Human Behaviour*. New York: Basic Books; 1982.
- 38 Katon W. Panic disorder: epidemiology, diagnosis, and treatment in primary care. *J Clin Psychiatry* 1986;10(Suppl 47): 21–7.
- 39 Faravelli C. Life events preceding the onset of panic disorder. *J Affect Disord* 1985;9:103–5.
- 40 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 (Festschrift-Supplementum):6.
- 41 Bowlby J. *Attachment and Loss. Vol 1: Attachment*. London: Hogarth; 1969/ New York: Basic Books; 1982.
- 42 Bowlby J. *Attachment and Loss. Vol 2: Separation: anxiety and anger*. London: Hogarth/New York: Basic Books; 1973.
- 43 Bowlby J. *Attachment and Loss. Vol 3: Loss, sadness and depression*. London: Hogarth/New York: Basic Books; 1980.
- 44 Zimmer Höfler D, Hell D. Attachment und Psychotherapie. Konzepte der Bindungstheorie, neurobiologische Erkenntnisse und Folgerungen für die therapeutische Beziehung. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1997;148:7–12.
- 45 Pitts FN Jr, McClure JN Jr. Lactate metabolism in anxiety neurosis. *N Engl J Med* 1967;277:1329–36.
- 46 Blandin N, Parquet PJ, Bailly D. L'angoisse de séparation. Au fil des théories. *L'Encéphale* 1994;20:121–9.
- 47 Angst J. Panik. Sonderdruck. *Der Informierte Arzt/Gazette Médicale* 1991;9:853–9.
- 48 Flammer A. *Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 1996.

Eine grosse Psychotherapie der chronischen Schizophrenie¹

Manfred Bleuler zum Gedächtnis

■ L. Navratil

Wien (A)

Schizophrenie sind Künstler, wir geben ihnen bloss keine Gelegenheit, ihre künstlerischen Fähigkeiten in die Tat umzusetzen. Es gab unter den psychiatrischen Patienten immer wieder solche, die ohne äussere Hilfe oder mit nur geringer äusserer Hilfe zu künstlerischer Tätigkeit fanden: Adolf Wölfli, Aloïse Corbaz, Heinrich Anton Müller und viele andere. Ich konnte in vierzigjähriger psychiatrischer Anstaltstätigkeit jedoch zeigen, dass zahlreiche Patienten zu künstlerischer Produktivität fähig sind, ja sogar zu anerkannten Art-brut-Künstlern werden können.

Ich möchte heute nur einen der hervorragendsten Künstler unter meinen Patienten vorstellen: Ernst Herbeck.

Ein vierzigjähriger Mann, durch eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte im Sprechen behindert und seit 20 Jahren schizophoren, hospitalisiert, schreibt auf Aufforderung

und nach Themaangabe zu dem Titel «Der Morgen» ein sechszeiliges Gedicht, das viele Menschen seltsam und rätselhaft berührt und ihnen nicht mehr aus dem Kopf geht; es wird zitiert, kommentiert, analysiert, und seine ersten Worte, «Im Herbst da reihet der Feenwind», werden schliesslich zum Titel des posthum erscheinenden Buches, das etwa 400 ähnliche Gedichte enthält, die innerhalb von 30 Jahren entstanden sind.

Ernst Herbeck wurde am 9. Oktober 1920 in Stockerau geboren und ist am 11. September 1991, plötzlich und unerwartet, im 71. Lebensjahr gestorben. Er lebte seit 1946 im psychiatrischen Krankenhaus in Maria-Gugging.

Mehr als 1000 seiner Handschriften befinden sich heute in der Österreichischen Nationalbibliothek. Sein posthum erscheinendes Gesamtwerk [1] wurde im Oratorium der Nationalbibliothek der Öffentlichkeit vorgestellt. Dabei sagte Ernst Jandl über Ernst Herbeck:

«Niemand konnte ahnen, dass ein im Sprechen schwer behinderter Mensch, wenn man ihm Papier, Schreibzeug und jeweils ein Stichwort gab, für dreissig Jahre den Weg

zur Niederschrift sprachlicher Kostbarkeiten finden würde ... Uns schenkte dieses kühne, unbeirrbar vorangetriebene Unternehmen den Dichter Ernst Herbeck, der Anspruch hat auf seinen eigenen, unbestrittenen Platz in der deutschsprachigen Poesie der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts.» [2]

1 Manfred Bleuler schrieb 1991: "One fact is very important and has been increasingly recognised within the last few years: in spite of the patient's split in important parts of his inner life, his inner life does not become lost, it continues as in the normal person, even if frequently hidden. It has even been shown that it remains rich and includes artistic sensibility and artistic creative abilities. One of the psychiatrists who has carefully studied the artistic abilities of schizophrenics for decades came to the conclusion that every schizophrenic is an artist (Navratil)." Siehe Bleuler M. Schizophrenia and chronic delusional disorders. Introduction. In: Seva A, editor. *Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Barcelona: Anthropolos/Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza; 1991.

Korrespondenz:
Prof. Dr. Dr. Leo Navratil
Schindlergasse 50
A-1180 Wien