

Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik des Universitäts-Krankenhauses  
Hamburg-Eppendorf (Direktor: Prof. Dr. BÜRGER-PRINZ)

## Beziehungen der chronischen Urticaria zu zirkulären vitalen Verstimmungszuständen \*

Von

F. J. M. WINZENRIED und K. GEHLKEN

Mit 7 Textabbildungen

(Eingegangen am 7. September 1959)

### I. Literaturübersicht

Für die Untersuchung über Korrelationen zwischen psychischen und chronisch rezidivierenden somatischen Erkrankungen erschien uns die Urticaria deswegen besonders geeignet, weil — außer der guten diagnostischen Zugängigkeit — die Tatsache ihres Ineinandergreifens mit psychologischen Syndromen heute ganz allgemein anerkannt und damit die Fragestellung ausschließlich auf die Art dieser Beziehungen gerichtet ist.

Wenn TÖRÖK im Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten den Begriff der psychisch bedingten Urticaria zurückweist, so wendet er sich damit gegen die von CASSIRER geschilderten einfachen Kausalzusammenhänge zwischen einem frustrierenden Erlebnis und dem Auftreten der Dermatose, sieht aber gleichzeitig auch das Unzureichende aller rein somatisch ausgerichteten Betrachtungsweisen.

Erste Ansätze für eine funktionelle, d.h. dem Erfolgsorgan übergeordnete, Auffassung finden sich in dem von LANDOIS und EULENBERG geschaffenen Begriff der Angioneurose, der dann von AUSPITZ und UNNA auch auf die Dermatologie übertragen wurde. Diese Autoren faßten mit diesem Begriff die Dysregulation eines ganzen Systems, des Gefäßsystems, und machten damit erstmalig darauf aufmerksam, daß lokale Störungen der Haut lediglich peripherer Ausdruck der Erkrankung eines Funktionsgefüges sein können. Über dieses Vorstellungsmodell kam DUKE zu der Auffassung, daß z.B. starke Affekte mit ihren Auswirkungen auf das Gefäßnervensystem zu einer Temperatursteigerung im Hautgebiet führen und damit die Entstehung der Urticaria begünstigen könnten, während JADASSOHN und RÖTHE darin mehr den Ausdruck einer inkretorischen Dysregulation sahen.

TÖRÖK verwahrte sich gegen eine wahllose Anwendung des Psychogeniebegriffs, leugnete aber keineswegs die Beziehungen zwischen besonders gearteten psychischen Auffälligkeiten im Verlaufe einer Urticaria; allerdings forderte er: „Dort, wo die Beschreibung der betreffenden Fälle endet und die Folgerung auf deren psychische Entstehung gezogen wird, müßte erst die Untersuchung über den Mechanismus, durch welchen die Quaddeleruption hervorgerufen wurde, einsetzen“.

\* Die Untersuchungen wurden mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Bad Godesberg, durchgeführt.

In dem zeitbedingten Bedürfnis, den Menschen in immer größer werdenden Räumen des Weltanschaulich-Religiösen, des Sozialen, Ästhetischen, schließlich daseinsanalytisch des Kosmos aufgehen zu lassen, blieb dieser Hinweis ungehört. Entsprechend dem Mechanismus analytischer Deutung hielten WITTKOWER u. RUSSEL den Liebesentzug in früher Kindheit für einen entscheidenden pathogenetischen Faktor der Urticaria und zugleich für den Ausdruck einer Tendenz, wegen der unbewußt gehegten Aggressionen gegen die Umwelt sich selbst durch Zufügen von Kratzwunden zu bestrafen. WITTKOWER fand dabei eine überraschende Uniformität solcher „fokaler Konflikte“ als Ursache eines ganz bestimmten Leidens. SAUL u. BERNSTEIN glaubten in diesem Zusammenhang an eine spezifische Beziehung zwischen der Unterdrückung des Weinens und der Entstehung von Urticaria. Auch ALEXANDER wies darauf hin, „daß viele Urticariasschübe mit einem Anfall von Weinen einhergehen“.

Stand für die aufgezeigten Betrachtungsweisen primär die Tatsache einer krankhaften Veränderung der Haut im Vordergrund, so sah die Allergieforschung in diesem Geschehen lediglich die periphere Manifestation einer veränderten Reaktionslage des gesamten Organismus aus verschiedenartigen Ursachen. Auf die Rolle des Zentralnervensystems bei dem Zustandekommen der Sensibilisierung wiesen vor allem PETTE und SCHALTENBRAND hin. Sie erklärten einen solchen Zusammenhang durch die Entwicklung des Zentralnervensystems und der Haut aus dem Ektoderm. HEILIG u. HOFF machten in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung des strio-pallidären Systems für die Bildung von Antikörpern aufmerksam. Daran anknüpfend kam dann PIPKORN zu der Ansicht, daß die Allergie ein dysbiontisches Syndrom sei bzw. ihr eine Diencephalose zugrunde liege und versuchte zugleich, damit auch die Auffälligkeiten im motorischen Verhalten und der Emotionalität zu erklären.

Die Grenze einer ausschließlich pathophysiologischen Betrachtungsweise der allergischen Vorgänge steckte HANSEN bereits früher ab mit der Bemerkung: „Bei einer ausschließlichen Berücksichtigung speziell der Antigen-Antikörperreaktion kann man diese sich täglich vor unseren Augen abspielenden Phänomene nicht erklären.“ Er wies darauf hin, daß umschriebene psychische Grundverfassungen etwa im Sinn einer Cyclothymie bei der Entstehung der Allergie eine entscheidende Rolle spielen können, und zwar nicht im Sinne einfacher psychoreaktiver Abläufe, sondern aus endogenen Strukturänderungen heraus. Die ersten Versuche, Längsschnitte allergiebehaffeter Persönlichkeiten aufzuzeigen, machten MITCHELL, CURRAN, MYERS u. ABRAMSON. Sie teilten ihr Krankengut auf in eine Gruppe von typischen Allergikern mit Erkrankungen in den ersten Lebensjahrzehnten und gutem Ansprechen auf spezifische Desensibilisierung bei positiven Hauttests und eine andere mit Krankheitsbeginn im mittleren Lebensalter und begleitenden exogenen wie endogenen psychischen Faktoren. Auf die auch schon im Kindesalter bestehenden engen Beziehungen zwischen psychischen Auffälligkeiten und neurologischen Syndromen einerseits und allergischen Vorgängen andererseits wiesen schon CLARK und CLARKE aufgrund subtiler Beobachtungen hin.

Unter Anwendung von psychoanalytischen Kategorien im Sinne von FREUD und ADLER gelangten einige Forscher zu tiefenpsychologischen Deutungen der Urticaria, indem sie sich gemäß der ihnen eigenen Terminologie auf das Bestehen einer Kombination der Urticaria mit Konversionshysterie, Zwangsneurose und Perversion stützten. Sie gingen davon aus, daß der sich später manifestierenden Urticaria gewisse Umstrukturierungen neurotischer Art bereits im frühen Kindesalter vorausgingen. Die nur psychologische Interpretation bestimmter körperlicher

Erkrankungsformen ist insoweit noch nachvollziehbar, als damit eine Zuordnung bestimmter psychopathologischer Syndrome zu den krankhaften somatischen Vorgängen gemeint ist, wie etwa in der von ZAIDEN gebrachten Formulierung einer „dermatologischen Hypochondrie“. Es bedeutet aber sicher eine monokausale Überspitzung, darin sadomasochistische Tendenzen, den Wunsch nach Selbstkastration oder einen Onaniekomplex, als organischen Ausdruck eines intrapsychischen Spannungsverhältnisses zu sehen. In der Kritik solcher Hypothesen machte BLEULER darauf aufmerksam, daß es keine scharfe Trennungslinie zwischen primärer psychischer Empfindlichkeit mit sekundären körperlichen Begleiterscheinungen auf der einen Seite und primärer körperlicher Empfindlichkeit mit sekundär psychischen Wirkungen auf der anderen Seite gäbe.

Die strenge Anwendung des Psychogeniebegriffes scheiterte letztlich an den therapeutischen Konsequenzen, die zwar eine pragmatische — aber nur im psychologischen Sinne gemeinte — Behandlung forderten („Pragmatische Psychotherapie“ SCHULTZ-HENKE; „Fraktionierende Aktivhypnose“ KRETSCHMER; „Autogenes Training“ J. H. SCHULTZ u. ä.). Alle diese Überlegungen gingen davon aus, daß es sich um ein progredientes psychoreaktives Geschehen handelt, ließen dabei aber die klinische Erfahrung außer acht, daß es sich in den allermeisten Fällen um eine rezidivierende bzw. periodisch auftretende Erkrankung handelt.

Unseres Wissens machte HANSEN erstmalig auf die Eigengesetzlichkeit solcher Krankheitsabläufe auf Grund seiner klinischen Beobachtungen an Allergiepateinten aufmerksam, „bei denen die stärksten Bemühungen, zu einer verständlichen Beziehung psychischer Kräfte für die Anfallsperiode zu kommen, einfach erfolglos oder jedenfalls völlig unüberzeugend blieben. Der doch recht häufig phasenhafte Wechsel von Erkrankungs- und Gesundungszeiten, für den wir oft weder psychische noch organische, auch nicht ‚klimatische‘ Anlässe als führende finden können, verweist unseren Erkenntnisstolz doch immer wieder in die Grenzen zurück, die sich nur durch vorsichtiges und besonnenes Arbeiten werden erweitern, sicherlich aber nicht durch unkritische und überbereitswillige Verwendungen des Psychogeniebegriffes werden überspringen lassen“. CONRAD versuchte, zu einem Verständnis dieser Zusammenhänge zu kommen durch die Annahme, die allergischen Schübe wie die depressiven Phasen seien besonders starke Ausschläge an sich physiologischer Reaktionen auf Grund einer konstitutionell bedingten Überempfindlichkeit. Nicht erklärt ist damit jedoch das spezifisch Andersartige eines Krankheitsgeschehens, das sich immer auch als Dysregulation eines physiologischen Geschehens darstellen muß.

Über die hier angesprochenen formalen Ähnlichkeiten zwischen Allergie und zirkulären Psychosen hinaus ergeben sich unseres Erachtens

auch in der modernen Therapie endogener Psychosen und einiger allergischer Erkrankungen weitere Gemeinsamkeiten. Dies insofern, als der größte Teil der Neuroleptica aus den Erfahrungen entwickelt wurde, die man bei der Behandlung allergischer Erkrankungen zunächst als unliebsame Nebenerscheinungen, nämlich dem sedierenden Effekt, gewonnen hatte. Wenn hier auch notwendigerweise kritische Einlassungen derart zu erwarten sind, daß etwa die Beseitigung der Wurmeier relativ schnell zu einem Abklingen urticarieller Erscheinungen führt, so ist mit der Beseitigung der exogenen Noxe das den Dermatologen interessierende periphere Geschehen scheinbar erledigt. Der die Allergie bedingende endogene Rhythmus jedoch, der auch als Boden einer Reihe anderer Erkrankungen, wie z. B. Rhinitis vasomotorica, allergischer Bronchitis usw., anzusehen ist, kann nur dann erfaßt werden, wenn man z. B. darin einen inneren Zusammenhang sieht, daß mit dem Abklingen der Urticaria eine krankhafte Veränderung auf einem anderen Felde, so auch im psychischen Bereich, auftreten kann. Unter einer solchen Längsschnittbetrachtung zeichnen sich, wie weiter unten noch dargestellt werden soll, ähnliche Episoden, Phasen oder Perioden ab wie bei den zirkulären Psychosen, d. h. nach Zeiten erhöhter Anfälligkeit gegenüber Umwelteinflüssen folgen solche mit relativer Umweltstabilität, in denen diese Kranken trotz stärkster Exposition keinerlei allergische Reaktionen zeigen. Noch völlig ungeklärt ist unseres Erachtens die Tatsache, daß umschriebene allergische Syndrome, etwa Heuschnupfen, Asthma und Ekzem, in ihrer vollen klinischen Symptomatik fast nie zugleich auftreten, sondern einander auszuschließen scheinen. So fand URBAN bei seinen 500 Urticaria-Patienten keinen Fall von Heuschnupfen; von den männlichen Patienten litt keiner, von den weiblichen 5% an Migräne; HAFTER berichtet, daß Allergiker außerhalb ihrer Anfälle weder zu Dyspepsien noch zu Ulcera ventriculi oder duodeni neigen. HANHARDT stellte bei diesen Patienten eine verringerte Neigung zu Diabetes mellitus fest. Auf psychopathologischem Sektor wiesen GUTMANN und HANHARDT auf die geringe Suicidneigung von Allergikern hin.

Diese Gemeinsamkeiten zwischen den endogenen phasischen Verstimmungszuständen und dem Krankheitsbild der Urticaria lassen sich noch mehr ausweiten durch die Betrachtung der alters- und geschlechtsspezifischen Verteilung sowie ihrer Neigung zu Rezidiven. URBACH gibt den Häufigkeitsgipfel mit etwa 60% im 3. und 4. Lebensjahrzehnt an; H. J. FINK, SCHELDERN u. a. finden ein Verhältnis zwischen weiblichen und männlichen Patienten von 3 : 1; nach SIEGAL und BERGERON kommt es in  $\frac{1}{3}$  der Fälle, ebenfalls in den bezeichneten Lebensaltern, zu Rezidiven. Eine für die endogenen Psychosen bekannte hereditäre Belastung stellte HANHARDT als bemerkenswertes Moment auch für die allergische Verfassung fest. Nimmt man über diese summarische Betrachtungsweise

hinaus eine subtile Analyse der einzelnen Krankheitsverläufe vor, so findet man für beide Formenkreise eine zeitliche Abhängigkeit der Manifestation von den biologischen Umbruchsphasen wie Pubertät und Klimakterium, Periode und Wochenbett; auch postoperative Bilder sind in diesem Zusammenhang beschrieben worden. Tagesschwankungen wie auch ein jahreszeitlicher Rhythmus sind für die Urticaria wie auch für den Ablauf von Verstimmungszuständen gleichermaßen bekannt.

In seinen Untersuchungen über „Beziehungen periodischer Verhaltens- und Befindensstörungen im Kindes- und Jugendalter zu den endogenen Psychosen“ hat WINZENRIED auf die alters- und gruppenspezifischen Faktoren bei der Symptomenwahl endogener vitaler Verstimmungszustände hingewiesen. Darüber hinaus konnten WINZENRIED und GEHLKEN anhand von Analysen einzelner Phasen von manisch-depressiven Kranken aufzeigen, wie im Verlauf einer solchen endogenen Psychose nicht nur Verschiebungen im psychopathologischen Bild prognostische Kriterien abgeben, sondern daß für die Diagnose und Prognose periodischer endogener Psychosen auch das Auftreten und Verschwinden somatischer Syndrome von entscheidender Bedeutung sein können. Dieses von WINZENRIED als „Feldwechsel“ bezeichnete Alternieren psychopathologischer und somatischer Syndrome umfaßt sowohl den Wechsel in der einzelnen Krankheitsphase als auch den Wechsel der Symptomenwahl über einen ganzen Lebenslauf hin.

## II. Eigene Untersuchungen

### *Methode*

Bei unseren Untersuchungen, die wir in Zusammenarbeit mit der Universitäts-Hautklinik Hamburg-Eppendorf (Direktor: Prof. Dr. Dr. KIMMIG) durchgeführt haben, sind wir von der Feststellung ausgegangen, daß bei Kranken, die an einer rezidivierenden Urticaria litten, in auffälliger Häufung Verstimmungszustände beobachtet werden konnten. Die nachstehend abgehandelten Fälle entstammen einem nicht ausgesuchten poliklinischen Krankengut, d. h. jeder Patient mit chronisch rezidivierender Urticaria, der die Universitäts-Hautpoliklinik aufsuchte, wurde psychiatrisch untersucht.

Die willkürliche Limitierung der Fallzahl auf 50 erfolgte, um die Übersicht über den einzelnen Fall besser zu erhalten. Wir haben absichtlich auf eine statische Bearbeitung unter Anlegung strenger mathematischer Maßstäbe verzichtet, weil es uns bei der Bearbeitung des Themas auf die Erfassung anamnestischer Daten in bezug auf die Familienanamnese und auf den Lebenslauf des einzelnen Kranken selbst ankam. Die zu verwertenden Fakten gründen sich also im wesentlichen auf die Angaben des Patienten, die in einigen Fällen durch objektive Angaben ergänzt

wurden, und des weiteren auf eine ausführliche psychiatrische Längs- und Querschnittsdiagnostik.

Wenn wir im nachfolgenden den Begriff der Korrelation gebrauchen, so wollen wir damit lediglich formale, nicht aber kausale Beziehungen einzelner Krankheitsbilder zueinander herausheben. Zur besonderen Veranschaulichung möge dazu die Darstellung des folgenden Falles dienen

### *Einzelfalldarstellung (vgl. Abb. 1)*

Kl. M., 55 J., Hausfrau.

Aus der *Familiengeschichte* der Pat. ist erwähnenswert, daß die Mutter eine schwernehmende, in ihrem Stimmungsverhalten schwankende Frau gewesen ist und häufig unter Migräne zu leiden hatte.

Beim Vater bestand über viele Jahre hin ein chronischer Rheumatismus, ferner eine mehrfach auftretende Kopfrosee.

Die Großmutter väterlicherseits verstarb im Wochenbett. Eine Halbschwester der Pat. aus der ersten Ehe der Mutter verstarb ebenfalls im Wochenbett. Die zweite Schwester litt bis zum 14. Lebensjahre an migräneartigen Kopfschmerzen, die dann für mehrere Jahre durch einen chronischen Rheumatismus abgelöst wurde.

Ein Bruder hatte häufig rezidivierende Magengeschwüre. Öfter Nervenzusammenbrüche.

Die jetzt 30jährige Tochter der Pat. ist seit ihrer Schulzeit wegen Verstimmungszuständen in nervenärztlicher Behandlung, die im Abstand von 3—4 Jahren auftreten, und leidet an einer Hyperthyreose.

*Eigenanamnese.* Kinderkrankheiten: Masern, Röteln. Seit früher Kindheit bis zum 13. Lebensjahr migräneartige Kopfschmerzen.

14 Jahre: Menarche. Appendektomie.

16 Jahre: Beim Fensterputzen abgerutscht. Dabei „Gebärmutterverletzung“ und nachfolgende Eierstockentzündung li. Mehrere Wochen bettlägerig. Starke Blutungen. 2 Jahre in ärztlicher Behandlung.

25 Jahre: 1. Geburt. Pyelitis gravidarum.

27 Jahre: 2 Monate nach Geburt des 2. Kindes erstes Auftreten einer Urticaria, begleitet von einer grundlos-traurigen Stimmung. Nur Tage bis höchstens Wochen beschwerdefrei; dann ausgesprochen fröhlich.

29 Jahre: Eindeutig depressiver Verstimmungszustand. Pat. meint, mit ihrem verstorbenen Vater telepathische Beziehungen aufgenommen zu haben. Suicidabsichten.

33 Jahre: Erneuter Tiefpunkt der immer noch bestehenden Stimmungsschwankungen. Atembeschwerden, Angstzustände, wochenlang schlaflos. Herzbeklemmungen. Grundumsatz angeblich  $+50\%$ . Die bis dahin nur mit kurzen Remissionen bestandene Urticaria tritt für die Dauer eines halben Jahres in den Hintergrund.

40 Jahre: Wieder Verdichtung des Verstimmungszustandes: Über mehrere Wochen deutliche Tagesschwankungen, antriebsarm, den haushaltlichen Verpflichtungen nicht mehr gewachsen. Heftiger urticarieller Schub.

44 Jahre: Menopause. Keine wesentlichen Beschwerden.

46 Jahre: 1 Jahr über frei von Urticaria. Durchgehend gute Stimmung.

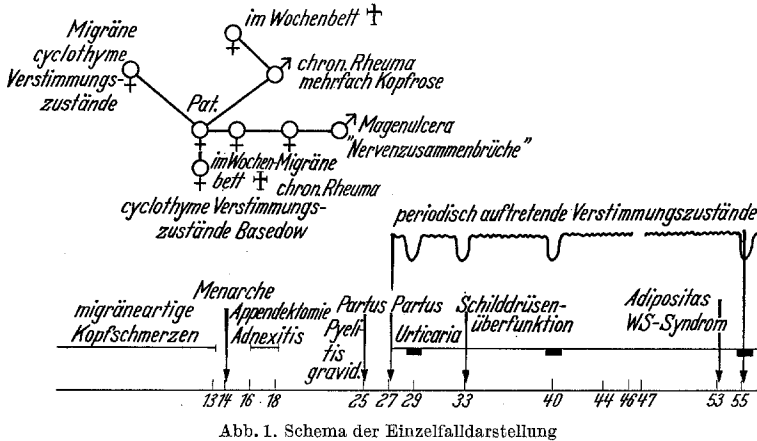
47 Jahre: Wiedereintreten des alten Zustandsbildes.

53 Jahre: Starke Gewichtszunahme (in den letzten 2 Jahren 16 kg).

55 Jahre (jetzt): Innere Erregung, Zittern, Kopfschmerzen, hochgradige Leistungsminderung. Starker urticarieller Schub. Seit  $1\frac{1}{2}$  Jahren starke Leib- und Rückenschmerzen.

Eindrucksmäßig zeigt die Pat. ein eindeutig depressives Bild, wirkt bedrückt und besorgt, verzweifelt, getrieben-unruhig; gelegentlich Abgleiten in weinerliche Affekte.

Bei der *körperlichen* Untersuchung fand sich ein Hochdruck von 190/110. Im EKG kein sicher pathologischer Befund. Die zum Ausschluß eines Morbus Cushing durchgeführte Schädelaufnahme ergab keinen Anhalt für eine Osteoporose. Der Blutzuckertagespiegel zeigte keinen Diabetes. Grundumsatz  $+15\%$ . EEG: Abnorm. In Richtung eines leichten Reizzustandes verdächtige Befunde, wie sie im Rahmen von Migräne und vasomotorischen Kopfschmerzen sowie Bluthochdruck vorkommen.



Im *Krankheitsverlauf* starker Abfall der Blutdruckwerte, Kollapsneigung, Blässe, Lippencyanose. Erneutes EKG: Anhalt für eine Durchblutungsstörung, möglicherweise im Sinn eines Mikroinfarktes.

Zwischendurch immer wieder Schübe der chronischen Urticaria, begleitet von einer Intensivierung der depressiven Symptomatik. Alle Allergietests negativ.

Nachdem über die langen Jahre der bestehenden Urticaria hin alle dermatologischen Therapieformen ohne jeden Erfolg praktiziert worden waren, haben wir eine Pantoponkur durchgeführt. Die Pat. wurde nach 10 Wochen beschwerdefrei entlassen.

Im besonderen macht in diesem Fall die subtile Familienanamnese deutlich, wie in der Aszendenz, Geschwisterreihe und Deszendenz die Periodizität der vitalen Befindensänderungen sich ganz bestimmter, dieser Familie eigenen Erscheinungsformen abwechselnd bedient: Alle chronischen, in Phasen oder Schüben verlaufenden Erkrankungen der Eltern finden sich in der Kinderreihe wieder. Hormonal-vegetative Umstellungs- oder Krisensituationen, wie sie etwa die Schwangerschaft darstellt, bedeuten eine besondere Gefahrenzone für das Gleichgewicht der vitalen Funktionen, wobei es zweimal zu einem katastrophalen Ausgang und bei einer Patientin selbst zu körperlichen und seelischen Veränderungen kam. Der erste Partus ist durch eine Pyelitis, der zweite durch den Beginn der cyclothymen Verstimmungen wie auch der Urticaria kompliziert. Bemerkenswerterweise blieb das Klimakterium in dieser Richtung stumm.

*Besprechung von 50 Fällen mit chronischer Urticaria*

Da es sich bei dem geschilderten Krankheitsablauf keineswegs um einen Einzelfall handelt, stellen wir uns im folgenden die grundsätzliche Frage nach dem Zusammenhang zwischen urticariellen Schüben und den sie begleitenden oder ablösenden phasischen Verstimmungszuständen. Unterzieht man bei unseren 50 Patienten die hereditäre Belastung einer näheren Betrachtung, so finden sich in 41 Fällen phasische Verstimmungszustände bzw. chronisch rezidivierende körperliche Erkrankungen in der Aszendenz (vgl. untenstehende Tabelle). In den Erbkreisen von etwa Zweidrittel dieser Patienten (26) finden sich psychische Auffälligkeiten im Sinne einer Vitaldepression, die mit Ausnahme von nur 4 Patienten zusammen mit körperlichen Leiden auftritt. Das Bemerkenswerte dieser Feststellung liegt darin, daß die psychischen und somatischen Anteile solcher Krankheitsverläufe kein zufälliges Nebeneinander darstellen, sondern, gekoppelt zu einem echten psychosomatischen Gesamtleiden, eine ganz umschriebene, auch erbbiologisch weitgehend mitbestimmte Verlaufsförm repräsentieren. Es wird dabei deutlich, daß der anamnestische Längsschnitt eines Patienten vielfach die Verknüpfungsreihe der in der Aszendenz auftretenden psychischen und somatischen Leiden rekapituliert. Die aus beiden Generationsreihen zusammentreffenden Leiden können dabei — interferierenden Wellen vergleichbar — einander addieren oder sich in ihrer Intensität mindern. Vitaler Verstimmungszustand und umschriebene somatische Erkrankung treten dabei entweder in polare Beziehung zueinander mit einer zwischen beiden Feldern oscillierenden Symptomatologie oder vereinigen sich zu dem psychosomatischen Bild einer weitgehend hypochondrisch ausgetsalteten Organbeschwerde.

Inwieweit eine altersspezifische Komponente für die Symptomatologie des Verstimmungsbildes oder der Urticaria vorliegt, haben wir

Tabelle. *Hereditäre Belastung bei 50 Urticariapatienten*

	<i>k</i>	<i>p</i>	davon + <i>k</i>
<i>v</i> + <i>m</i> = 18	7	11	11
<i>v</i> = 9	2	7	5
<i>m</i> = 14	6	8	6
ohne Belastg. = 9			
Zus. = 50	15	26	22

*v* = väterlicherseits, *m* = mütterlicherseits, *k* = chronisch-rezidivierende körperliche Erkrankungen (im einzelnen: Asthma, Rheuma, Wirbelsäulensyndrom, Ulcusleiden, Otitis media, Anginen, essentielle Kreislaufstörungen), *p* = Krankheiten, die sich vorwiegend im psychischen Bereich manifestieren. Darunter verstehen wir endogene Psychosen sowie episodische Verstimmungszustände vitalen Gepräges endogener Natur oder reaktiver Auslösung.



durch Ermittlung der prozentualen Anteile der phasischen Verstimmungszustände und der Dermatoze an allen in einem jeweiligen Lebensjahrzehnt aufgetretenen chronisch rezidivierenden Erkrankungen untersucht. In Abb. 2 u. 3 ist das Auftreten der Ersterkrankung und der Rezidive gesondert dargestellt. Die Ersterkrankungen an phasischen Verstimmungszuständen zeigen einen deutlichen Gipfel in dem um die Pubertät zentrierten zweiten Lebensjahrzehnt, gefolgt von einem steilen Abfall in der daran anschließenden psychisch stabileren Lebensphase.

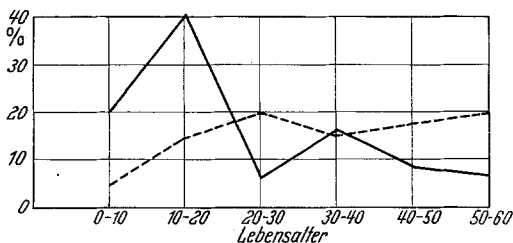


Abb. 2. Ersterkrankungen. — Phasisch verlaufende Verstimmungszustände, --- Urticaria

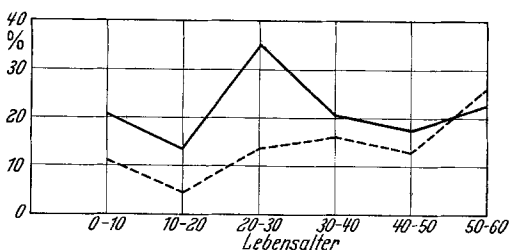


Abb. 3. Rezidive. Phasisch verlaufende Verstimmungszustände, Urticaria

Dem tiefsten Punkt dieser Kurve steht der in kontinuierlicher Häufigkeitszunahme erreichte erste Gipfel der Ersterkrankung an Urticaria gegenüber; der Verlauf beider Kurven über die weiteren Lebensjahrzehnte erfolgt in strenger kontrapunktischer Entsprechung. Betrachtet man demgegenüber die lebensalterliche Verteilung der Rezidivneigung, so findet sich zwischen Urticaria und Verstimmungssymptomatik eine Korrelation, die über den gesamten Lebenslauf hin gleichgerichtete Tendenz zeigt. Die Gegenüberstellung beider Kurvenpaare läßt erkennen,

daß bei der Wahl der im psychischen oder somatischen Ausdrucksfeld gelegenen Ersterkrankungen die Bevorzugung des einen Formenkreises stets eine hereditäre, konstitutionelle, alters- und gruppenspezifische Auswahlfunktion für das zugrunde liegende endogen-rhythmische Krankheitsgeschehen darstellt. Sind hingegen die Weichen für die Abläufe des somatischen wie des psychischen Geschehens gestellt, so zeigt sich in dem konkordanten Verhalten beider Rezidivarten, daß diese jetzt ohne gegengerichtete Beeinflussung in eigengesetzlicher, gleichgeschalteter Periodizität verlaufen.

Eine schematisierte Darstellung aller diesen Kurven zugrunde liegenden Fälle enthalten die nebenstehenden Tafeln. Daraus ist zu ersehen, daß 46 von 50 Urticaria-Patienten während der Untersuchung eine deutliche depressive Schwankung ihres Stimmungsverhaltens zeigten oder daß sich eine solche in der Vorgeschichte aufzeigen ließ. Hinsichtlich des

Verknüpfungsmodus von Urticaria und Vitalverstimmungen zeigten sich sowohl von Fall zu Fall wie auch innerhalb der einzelnen Krankheitsabläufe alle Übergänge von alternierenden bis zu streng synchron verlaufenden Formen. Besonders bemerkenswert erscheint uns dabei die Tatsache, daß in  $\frac{1}{3}$  der Fälle (= 16 Patienten) der periodische Wechsel von psychischen und somatischen Leiden durch Verhaltensstörungen wie Enuresis nocturna, Schul- und Erziehungsschwierigkeiten, Fortlaufen usw. eingeleitet wird (vgl. WINZENRIED). Sowohl in bezug auf die Krankheitsdauer wie auf die freien Intervalle zeigt sich ein gleiches Verhalten von depressiven Phasen und urticariellen Schüben.

### III. Diskussion

Die Frage nach der Art, Tiefe und Dauer eines solchen vitalen Verstimmungszustandes, seine Stellung in bezug auf Lebensalter und reaktive Momente, muß in diesem Zusammenhang noch einmal gestellt und definiert werden. Der Einwand liegt nahe, daß die Herausarbeitung von Episoden veränderter Antriebs- und Stimmungslage weitgehend von der Art der Exploration und deren Ausdeutung bestimmt wird. Zunächst sei festgestellt, daß bei dem Begriff eines vitalen bzw. endogenen Verstimmungszustandes formal weitgehend Übereinstimmung mit der von K. SCHNEIDER gebrauchten Definition einer Untergrundsdepression besteht. In Ergänzung hierzu wäre auch die Bezeichnung Vegetativdepression im Sinne von LEMBKE u. a. anzufügen.

Für uns selbst waren dabei folgende Kriterien maßgebend:

1. Eine hereditäre Prognose in solchen Fällen, in denen sich endogenphasische Verstimmungszustände in der Aszendenz nachweisen und ihre Periodizität umgrenzen ließen.
2. Die aus dem Längsschnitt einer Persönlichkeit ersichtliche Tendenz zur Wiedererkrankung in Zeitabständen, die für diesen Lebenslauf charakteristisch sind.
3. Die Eigengesetzlichkeit in der Verlaufsgestaltung und dem Ausgang einer solchen Verstimmung, selbst wenn man unterstellt, daß umweltbedingte Faktoren bei der Ingangsetzung einer solchen Verstimmung maßgeblichen Anteil haben können (weitgehende Umweltstabilität).
4. Die günstige Richtungs- und Langstreckenprognose mit oder ohne therapeutische Bemühungen unter gleichbleibenden Umweltbedingungen.
5. Es muß sich dabei um passagere, quantitative und qualitative Verschiebungen im individuellen Antriebs- und Stimmungsverhalten handeln, die zu einer grundlegenden Veränderung aller vitalen Vollzüge wie auch aller Umweltbezüge führen.
6. Das potentielle Erhaltenbleiben aller Umweltbezüge und deren Wiederaufnahme nach Abklingen der vitalen Verstimmung.

Uns kommt es nun darauf an herauszuarbeiten, inwieweit umschriebene körperliche Vorgänge, insbesondere die Urticaria, synchron oder alternierend mit vitalen Verstimmungszuständen einhergehen bzw. ob Beginn,

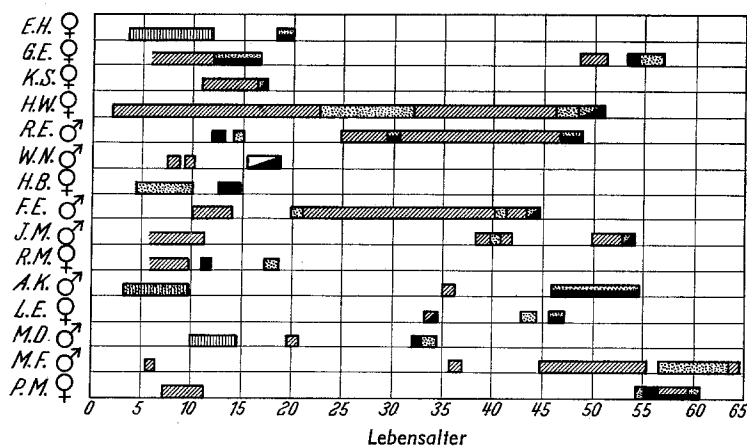


Abb. 4

Abb. 4—7. Graphische Darstellung des endogen-rhythmischen Krankheitsgeschehens bei 50 Urticaria-Patienten

Verlauf und Ausgang der körperlichen Störung in ihrer Verlaufs- und Richtungsprognose von denselben endogenen Faktoren bestimmt werden.

Die Urticaria ist nach heute allgemein gültigen Anschauungen nicht als eine Krankheit sui generis, sondern lediglich als ein Symptom einer

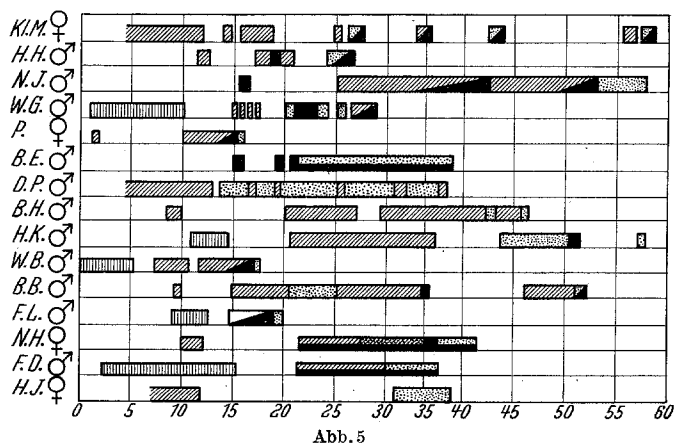


Abb. 5

insgesamt veränderten Reaktionslage des Organismus aufzufassen, wobei auch hier ähnliche kritische Maßstäbe für die Ätiologie angewandt werden müssen, d. h., daß die einzelnen auffindbaren Noxen, wie etwa Oxyuren, Nahrungsmittel usw., zwar auslösend und richtunggebend

bestimmend sein können, jedoch beliebig gegeneinander auswechselbar sind. Immer ist es von endogenen Faktoren abhängig, ob ein Reiz zu einer spezifischen Reizantwort führt oder nicht. „Spontaneität ist das allgemein herrschende Prinzip, das äußere Geschehen — das, was wir Reize nennen — modifiziert sie nur!“ (BETHE). Die etwas vordergründige

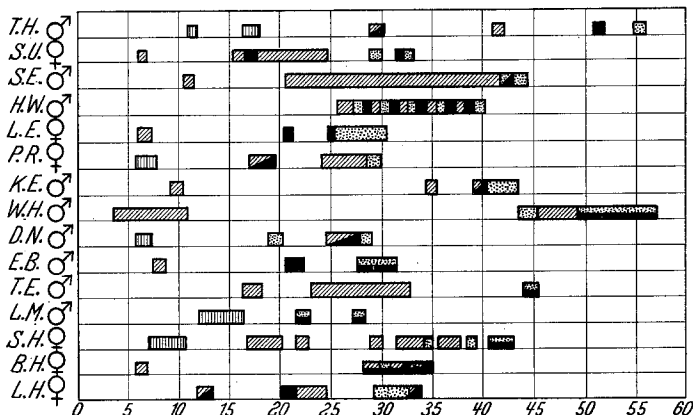


Abb. 6

Erklärung durch Sensibilisierungs- und Desensibilisierungsvorgänge reicht z. B. nicht mehr aus, wenn als auslösendes Agens bei den Testanalysen Hausstaub festgestellt wurde, der sowohl vor dem Auftreten als auch nach Abklingen der Urticaria unverändert auf den Organismus einwirkt. Des weiteren ist bemerkenswert, daß in einem großen Teil der Fälle die Testanalysen keine spezifischen Antigene aufzeigen konnten. In besonderem Maße waren uns dabei Beobachtungen an dem Krankenhauspflegepersonal eindrucklich, wo in klar begrenzten Zeitabständen eine massive Hautüberempfindlichkeit, z. B. gegen Phenothiazinkörper rezidivierend auftrat. Weil bei dem synchronen Auftreten von Urticaria und Verstimmungszuständen der Einwand gemacht werden kann, daß es sich um ein symptomatisches Geschehen handle, sei betont, daß die Mehrzahl unserer Fälle alternierende Verlaufsform zeigten.

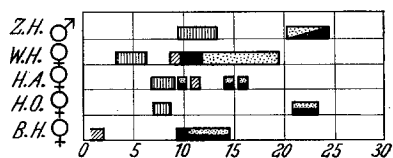


Abb. 7. Zeichenerklärung: ■ Phasische Verstimmungen, ▨ Verhaltensstörungen, ▤ period. körperl. Befindensstörungen, ▩ Urticaria

### Zusammenfassung

Unter 50 von uns gesehenen unausgesuchten Kranken mit einer chronischen Urticaria fanden sich bei Fällen neben der Dermatose noch weitere funktionelle bzw. chronisch rezidivierende körperliche Befindens-

störungen wie auch phasisch verlaufende vitale Depressionen. Trotz der klinischen Mannigfaltigkeit dieser Krankheitsbilder besteht eine formale Gleichheit der einzelnen Krankheitsabläufe, d. h., sie stimmen überein in ihrem periodischen, von Außenfaktoren weitgehend unabhängigen Auftreten, ihrem phasenhaften umweltstabilen Verlauf und ihrer Richtungsprognose. Auch eine charakteristische lebensalterliche und gruppenspezifische Verteilung ist diesen Syndromen gemeinsam. Das Mit- oder Nacheinander körperlicher und psychischer Faktoren stellt somit im Längsschnitt ein echtes psychosomatisches Geschehen dar, das meist schon in der Aszendenz vorgeprägt ist. Die Längsschnittbetrachtung eines Lebenslaufes und die Beziehungssetzung der Einzelerkrankungen auf diesen, wie auch der Feldwechsel körperlicher Syndrome untereinander oder deren Ablösung durch psychopathologische Symptomenverbände innerhalb einer abgegrenzten Krankheitsphase, sind unseres Erachtens unabhängig von exogenen pathogenetischen Faktoren, sondern rücken vielmehr endogen-rhythmische Vitalabläufe in den Vordergrund der ätiologischen Betrachtungsweise.

### Literatur

- ABDERHALDEN, R.: Grundriß der Allergie. Basel: Schwabe 1950. — ADLER, A.: Über den nervösen Charakter. München u. Wiesbaden: J. F. Bergmann 1922. — Praxis und Theorie der Individualpsychologie. München: J. F. Bergmann 1927. — ALEXANDER, F.: Psychosomatische Medizin. Berlin: Walter de Gruyter 1951. — BELLAK, L.: Manic-depressive psychoses and allied conditions. New York: Grune Stration 1952. — BETHE, A.: Allgemeine Physiologie. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1952. — BINSWANGER, L.: Die daseinsanalytische Forschungsrichtung in der Psychiatrie. Bern: Huber 1947. — BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin: Springer 1943. — BOLLNOW, F.: Das Wesen der Stimmungen. Frankfurt: H. Klostermann 1943. — BORELLI, S.: Die Psychosomatik der Hauterkrankungen. Med. Klin. 48, 1806 (1954). — BOSS, M.: Einführung in die psychosomatische Medizin. Bern, Stuttgart: Huber 1954. — BOSTROEM, A., u. J. LANGE: Die verschiedenen Lebensabschnitte in ihrer Auswirkung auf das psychiatrische Krankheitsbild. Arch. Psychiat. Nervenkr. 107, 155 (1938). — BÜRGER, M.: Diencephalon als psychosomatische Schaltstelle. Acta neuroveg. (Wien) 3, 120 (1952). — BÜRGER-PRINZ, H.: Gedanken zur vitalen Person. Nervenarzt 10, 503 (1939). — Psychopathologische Bemerkungen zu den cyclischen Psychosen. Nervenarzt 21, 505 (1939). — CASSIRER, R.: Die vasomotorisch-trophischen Neurosen. Berlin: Karger 1912. — CHALLIOL, V.: Klinische Mitteilungen über zwei nicht gewöhnliche Fälle des Morbus Quincke. Dtsch. Z. Nervenheilk. 85, 13 (1925). — CONRAD, K.: Der Konstitutionstypus als genetisches Problem. Berlin: Springer 1941. — DIEDER, M.: Über die Unterdrückung anaphylaktischer und urticarieller Reaktionen. Z. Haut- u. Geschl.-Kr. 7, 234 (1949). — CORMIA, F. E.: Psychosomatic factors in dermatosis. Arch. Derm. Syph. (Chicago) 55, 601 (1947). — EDERLE, W.: Zur Allergiefrage in der Neurologie und Psychiatrie. Z. ges. Psychiat. Neurol. 176, 742 (1943). — Allergie und Nervensystem. 3. Beiheft z. Med. Monatsschr. Stuttgart: Wissensch. Verlag 1947. — ELSÄSSER, G.: Über atypische endogene Psychosen. Nervenarzt 21, 159 (1950). — GAUPP, R.: Über den psychiatrischen Begriff der Verstimmung. Zbl. Psych. u. Nervenkrankh. 23, 634 (1904). — GEHLEN,

A.: Der Mensch. Bonn: Atheneum 1958. — HACHEZ, E.: Ganzheitsstreben in der Dermatologie. Z. Haut- u. Geschl.-Kr. 8, 41 (1950). — HÄFNER, H., u. H. FREYBERGER, Psychosomatische Zusammenhänge bei Hautallergosen. Z. psycho-som. Med. 2, 177 (1955/56). — HANHART, E.: Erbklinik der Idiosynkrasie. Dtsch. med. Wschr. 63, 1753 (1937). — HANSEN, K.: Allergie. Stuttgart: Thieme 1957. — HEILIG, R., u. H. HOFF: Über die zentrale Beeinflussung der Schutzkräfte des Organismus. Klin. Wschr. 7, 2057 (1928). — HOCH, A.: Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. Z. ges. Neurol. Psychiat. 12, 540 (1912). — HOFF, H., u. RINGEL: Hauterkrankungen als Ausdruck psychosomatischen Geschehens. Acta neuroveg. (Wien) 18, 471 (1958). — JORES, A.: Psychosomatische Medizin und Hautkrankheiten. Hautarzt 1, 248 (1950). — KEHRER, F.: Methodische Fragen und Gesichtspunkte der heutigen Psychiatrie. Z. ges. Neurol. Psychiat. 81, 431 (1923). — KLEINSORGE, H., u. G. KLUMBIES: Psychogene Hautreaktionen. Wiss. Z. Univ. Jena 4, 49 (1954). — KRAEPELIN, E.: Klinische Psychiatrie. 9. Aufl. Leipzig: Ambr. Barth 1927. — KRETSCHMER, E.: Das Konstitutionsproblem in der Psychiatrie. Klin. Wschr. Bd. 1, 609 (1922). — Psychotherapeutische Studien. Stuttgart: Thieme 1949. — LEONHARD, K.: Aufteilung von endogenen Psychosen. Berlin: Akademie-Verlag 1957. — METALNIKOV, W.: L'ana-phylaxie et l'immunité. Z. Immun-Forsch. 77, 488 (1932). — MEYER, H. H.: Statistisches zur Frage der Auslösung endogener Psychosen durch akute körperliche Erkrankungen oder Generationsvorgänge. Nervenarzt 24, 498 (1953). — MILLER, M.: Allergy and emotions. Arch. Allergy and appl. Immunolog. 1, 40 (1950). — PAULET-HOFF, B.: Atypische Psychosen. Basel, New York: Karger 1957. — PIPKORN, U.: Psychose und Allergie. Schweiz. med. Wschr. 82, 479 (1952). — SACK, W. TH.: Psyche und Haut. Hdbch. d. Haut- u. Geschl.-Krankh. IV/2, 1302 (1928). — SAUL, L. J., and C. BERNSTEIN: Emotional sellings of some attacks of Urticaria. Psychosom. Med. 3, 349 (1941). — SCHALTENBRAND, G.: Die Nervenkrankheiten. Stuttgart: Thieme 1951. — SCHNEIDER, K.: Zur Differentialdiagnose der Depressionszustände. Fortschr. Neurol. Psychiat. 23, 1 (1955). — SCHRÖDER, F.: Die Spielbreite der Symptome beim manisch-depressiven Irresein und bei der Degenerationspsychose. Berlin: Springer 1920. — SCHULTZ, J. H.: Bionome Psychotherapie. Stuttgart: Thieme 1951. — SELYE, H.: Einführung in die Lehre vom Adaptations-syndrom. Stuttgart: Thieme 1953. — TÖRÖK, L.: Urticaria. Handbuch der Haut- u. Geschl.-Krankh. VI/2, 145 (1928). — URBACH, E.: Kritische Übersicht über 500 eigene Urticariafälle. Münch. med. Wschr. 84, 2054 (1937). — WEISS, E.: Psychosomatic aspects of allergic disorders. Arch. Neurol. Psychiat. (Chicago) 59, 628 (1948). — WEIZSÄCKER, V.: Körpergeschehen und Neurose. Stuttgart: Thieme 1947. — WINZENRIED, F. J. M.: Atypische endogene Psychosen (im Druck), E. WITTKOWER and B. RUSSEL, Emotional Factors in Skin Diseases. New York: P. Hoeber 1953. — ZAIDENS, S. H.: The Skin — psychodynamic and psychopathologic Concepts. J. nerv. ment. Dis. 113, 388 (1951).

Dr. KURT GEHLKEN, Hamburg-Eppendorf, Psychiatrische u. Nervenlinik der Universität, Martinistr. 52