

Einige Begriffserklärungen ...

Wir werden im Laufe dieses Vortrages mit bestimmten Begriffen umzugehen haben, die ich zunächst einmal erklären möchte. Es sind vor allem jene Wörter, die sich von dem Begriff "*Psyche*" ableiten oder ihn enthalten. Sie brauchen keine "Komplexe" zu haben, wenn Ihnen diese Terminologie bisher verwirrend erschien: Selbst Juristen und Mediziner haben da manchmal ihre Schwierigkeiten, etwa den Unterschied zwischen Psychiater, Psychologen und Psychotherapeuten zu erklären.

Gehen wir vom Wort aus: "*Psyche*" ist die griechische Bezeichnung für Seele, es bedeutet daneben auch Atem oder Windhauch, wie übrigens in vielen Sprachen Luft und Atem mit Seele identisch sind, z.B. im Lateinischen "*anima*", im Deutschen "*Odem*". Die Griechen besaßen (wohl deshalb) die Vorstellung, die Seele befinde sich im Zwerchfell, dem größten Atemmuskel unseres Körpers, und sie belegten Zwerchfell und Seele mit demselben Wort: "*phren*". Wir finden es heute noch in der Krankheitsbezeichnung "Schizophrenie", was ja in etwa "gespaltene Seele" bedeutet; ich werde darauf noch zurückkommen.

Psychiater oder Psychologe?

Der Begriff "*Psychiater*" setzt sich zusammen aus den griechischen Wörtern "psyche" und "*iatros*". Letzteres heißt "Arzt". Psychiater bedeutet also "Seelenarzt"; er ist der Facharzt, der sich auf die Diagnostik und Behandlung psychischer Krankheiten spezialisiert hat, z.B. die Schizophrenie, die Depression oder das

Alkoholdelir. Sein Fachgebiet, in dem er nach dem Medizinstudium und der Ausbildung zum approbierten Arzt noch mindestens vier Jahre gearbeitet hat, ist die **Psychiatrie** (so wie z.B. der Gynäkologe mehrere Jahre Weiterbildung im Fach Frauenheilkunde absolvieren muß).

Der Psychologe, genauer "**Diplom-Psychologe**", ist im Unterschied dazu kein Arzt. Er hat nicht Medizin studiert, sondern **Psychologie**, die "Wissenschaft von der Seele" (logos = Wort = Wissenschaft). Das Studium der Psychologie vermittelt zunächst wissenschaftliche Erkenntnisse über die gesunde Seele, über normale seelische Funktionen, wie Denken, Lernen, Fühlen, später auch über ihre Krankheiten und deren Therapiemöglichkeiten. Der Begriff "Psychologe" war bisher nicht geschützt. Somit konnte sich jeder - z.B. unter dem Vorwand hypnotischer Raucherentwöhnung - in Zeitungsannoncen als Psychologe anpreisen. Hingegen darf sich nur der akademisch Ausgebildete, der also sein Psychologiestudium mit einem Diplom abgeschlossen hat, als "Diplom-Psychologe" bezeichnen. Diplom-Psychologen finden wir auch im nicht-medizinischen Bereich, z.B. als Schulpsychologen, in Erziehungsberatungsstellen, als Werbe- oder Betriebspsychologen. Wer ist ein Psychotherapeut?

Auch die Bezeichnung "**Psychotherapeut**" können wir vom Wort ableiten: Therapie ist die Behandlung, Therapeut der Behandelnde. So ist zum Beispiel der *Physio*-Therapeut (den man nicht mit dem Psychotherapeuten verwechseln sollte) ein mit *physischen* (körperlichen) Mitteln arbeitender Therapeut, etwa der medizinische

Bademeister. Der *Psychotherapeut* ist dementsprechend ein "mit *psychischen* Methoden Behandelnder". Eine solche psychische Methode ist beispielsweise das Gespräch. Mit anderen Worten: Psychotherapeut darf sich nennen, wer eine *anerkannte* psychotherapeutische Methode - wie die Verhaltenstherapie oder Psychoanalyse - erlernt hat und diese zur Behandlung kranker Menschen anwendet. Diese Definition stellt allerdings mehr ein Wunschdenken dar, denn auch die Bezeichnung Psychotherapeut ist nicht geschützt und darf z.B. auch von Heilpraktikern benutzt werden. Der Arzt bekommt das Recht zur Führung der "Zusatzbezeichnung Psychotherapie" von seiner Ärztekammer nur dann, wenn er eine mehrjährige, anerkannte Weiterbildung in Psychotherapie absolviert hat. Entsprechendes gilt für den Diplom-Psychologen. (Weitere Informationen finden Sie in dem Glossar auf Seite ###). Wesentlich ist für den *kompetenten Psychotherapeuten* eine Ausbildung in einer oder mehreren psychotherapeutischen Methoden oder "Schulen". Es kann der Psychotherapeut ein Arzt sein, z.B. ein Psychiater oder Internist, der sich psychotherapeutisch weitergebildet hat, er kann Diplom-Psychologe sein, unter Umständen auch Theologe oder Pädagoge. Ein Psychotherapeut besitzt also nicht grundsätzlich eine medizinische oder psychiatrische Ausbildung. Andererseits hat ein Psychiater nicht Psychologie studiert und muß auch nicht unbedingt als Psychotherapeut tätig sein. Diese Unterschiede in der Ausbildung haben übrigens auch *praktische* Konsequenzen. So

bezahlten die Krankenkassen bisher in der Regel nur psychotherapeutische Behandlungen, die von *ärztlichen* Psychotherapeuten durchgeführt wurden. Ein Klient, der sich bei einem in eigener Praxis niedergelassenen Diplom-Psychologen in psychotherapeutische Behandlung begab, hatte damit zu rechnen, diese Psychotherapie selbst bezahlen zu müssen, es sei denn, der Psychologe arbeitete im sogenannten Delegationsverfahren mit einem Arzt zusammen. Diese insbesondere für die Psychologen unbefriedigende Situation soll durch das sogenannte "**Psychotherapeuten-Gesetz**" neu geregelt werden.

Von Neurosen und Psychosen

Kommen wir zurück zu unseren Begriffsdefinitionen. Wörter mit der Endung "*ose*" bezeichnen in der Medizin Krankheitsgruppen, z.B. Dermatosen = Hautkrankheiten (derma = die Haut) oder Hepatosen = Leberkrankheiten (hepar = die Leber). Entsprechend sind **Psychosen** die Krankheiten der Seele oder "Seelenkrankheiten". Die deutsche Übersetzung von Psychose ist allerdings meistens "**Geisteskrankheit**", obwohl die wenigsten Psychosen Störungen des Geistes oder *im* Geiste (im Sinne von Intellekt) darstellen. Welche Krankheiten wir zu den Psychosen rechnen, werden Sie später noch hören.

In der medizinisch-psychologischen Terminologie ergibt sich nun eine gewisse Verwirrung durch Bezeichnungen, die mit dem Begriff "**Neuron**" verbunden sind. Während Psyche die Seele, und damit etwas Nicht-Sichtbares, etwas Immaterielles, bezeichnet, ist das Neuron etwas ganz Konkretes, zumindest unter dem Mikroskop Sichtbares. Es meint die Nervenzelle mit all ihren

Ausläufern. Die Gesamtheit aller Neurone ist unser **Nervensystem**, bestehend aus Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven. Krankheiten des Gehirns (z.B. ein Hirntumor), des Rückenmarks (z.B. die Multiple Sklerose) oder der peripheren Nerven (z.B. eine Fußheberlähmung) werden entsprechend vom "**Neurologen**", dem Facharzt für Neurologie, behandelt, der sich mit den *organischen* Schäden unseres Nervensystems befaßt. Im Unterschied zu den psychischen Krankheiten können die neurologischen Störungen in irgendeiner Form sichtbar gemacht werden.

In der Umgangssprache neigt man dazu, diese beiden Aspekte (**Seele** und **Nerven**) zu verwechseln. Wir halten uns z.B. für "nervös" und meinen damit in der Regel etwas Psychisches (wie Unruhe, Angst, Lampenfieber) und nicht eine organische Störung unseres Nervensystems (etwa eine Nervenentzündung). Und wenn gesagt wird, daß jemand "es mit den Nerven hat", denkt man auch nicht an eine organische Lähmung oder an Störungen der Hautempfindung, sondern der Laie spricht damit in der Regel das Vorhandensein psychischer Störungen an (z.B. Wahnideen oder Depressionen).

Die mangelhafte Unterscheidung von psychischen und neurologischen Phänomenen hängt wohl damit zusammen, daß seelische Funktionen (z.B. das Denken) abhängig sind von der Intaktheit bestimmter Teile des Gehirns. Die Unfähigkeit eines Erwachsenen, gehörte Wörter in ihrem Sinngehalt zu verstehen, können wir beispielsweise mit der Schädigung eines ganz bestimmten kleinen Hirnbezirkes erklären. Hier besteht also ein enger

Zusammenhang zwischen neurologischen *Strukturen* und psychischen *Funktionen*.

Nun gibt es aber viele *psychische* Störungen, bei denen wir keinerlei organische Schäden am Nervensystem feststellen können, das heißt, es handelt sich um seelische Krankheiten *ohne* organischen Befund. Es ist allein historisch erklärbar und widerspricht eigentlich der Logik, daß die typischen Vertreter dieser Gruppe ausgerechnet "**Neurosen**" heißen. Wörtlich übersetzt bedeutet Neurose ja "Krankheit des Neurons", obwohl gerade die Neurosen dadurch charakterisiert werden, daß sie *seelisch* bedingt (*psychogen*) sind und sich bei ihnen ein organischer Schaden (z.B. des Neurons) *nicht* nachweisen läßt.

Andererseits wird bei den **Psychosen** (z.B. der Schizophrenie) durchaus eine funktionelle Störung im Gehirn vermutet, deren Art allerdings bisher nicht nachgewiesen werden konnte. Doch Verlauf und Symptomatik der Psychosen sprechen dafür, daß hier Störungen im *Stoffwechsel* der Gehirnzellen - neben anderen Faktoren - für die Krankheit verantwortlich sind. Das bedeutet, etwas überspitzt formuliert, die Neurosen müßten eigentlich Psychosen und die Psychosen eigentlich Neurosen heißen. Daß dem nicht so ist, hat - wie gesagt - historische Gründe.

In der Tat scheint dies etwas verwirrend, und deshalb möchte ich das bisher Gesagte zum besseren Verständnis zusammenfassen: Die **Psychosen** haben eine *organische* Grundlage, zum Teil an den Zellstrukturen, zum Teil wohl im Zellstoffwechsel, während wir uns die **Neurosen**

als rein *seelisch* entstandene Krankheitsbilder vorstellen. Näheres über beide Krankheitsgruppen werden Sie noch erfahren.

Was bedeutet Psychosomatik?

Unerwähnt blieb bisher der Begriff

"Psychosomatik". *Soma* ist der Leib, und psycho-somatische Krankheiten im engeren Sinne sind Störungen mit *körperlichen* (somatischen) Symptomen, deren Verständnis und Behandlung durch Einbeziehung des Seelischen definiert werden. So rechnet man bestimmte Formen des Bluthochdrucks oder des Asthma bronchiale zu den psychosomatischen Krankheiten, wie auch die Dickdarmentzündung (Colitis ulcerosa);

Krankheiten, die sehr wohl *körperliche* Schäden aufweisen, bei deren Entstehung wir jedoch eine wesentliche *psychische* Komponente vermuten.

Im *weiteren* Sinne zählen zur Psychosomatik alle körperlichen Beschwerdebilder ohne krankhaften organischen Befund, die auch als **"vegetative Störungen"** oder **"funktionelle**

Krankheiten" bezeichnet werden. Beispiele für

diese sehr häufigen Erkrankungen sind Herz-Kreislaufstörungen ohne organische Ursache, seelisch bedingter Juckreiz, psychogenes

Erbrechen u.a. - Im *weitesten* Sinne meint

"psychosomatische Medizin" die Richtung der Heilkunde, "die den Einfluß des Seelischen auf körperliche Erkrankungen des Menschen verfolgt"

(#). Dabei geht es auch um Betrachtungsweise und Vorgehen in der Medizin ganz allgemein sowie um die Form des Gespräches mit dem Patienten, der nicht als "Fall", sondern als Subjekt, als Individuum mit der ihm eigenen Lebensgeschichte gesehen werden soll.

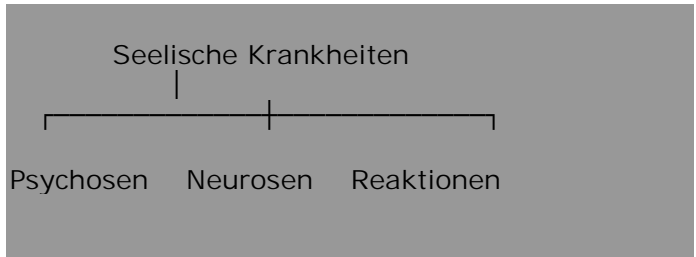
Die Facharztbezeichnungen

Zum Abschluß unseres "Terminologie-Kurses" noch ein Wort zu den deutschen Facharztbezeichnungen. Wie Sie bereits wissen, gibt es den Arzt oder **Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie** (den Psychiater) und den **Facharzt für Neurologie** (den Neurologen). Wenn ein Arzt sich in beiden Gebieten weitergebildet hat, kann er sich "**Nervenarzt**" nennen. Er ist Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie und behandelt somit Psychosen und Neurosen (als Psychiater), wie auch organische Nervenleiden, z.B. die MS oder die Parkinsonsche Krankheit (als Neurologe). Neuerdings gibt es noch den **Facharzt für Psychotherapeutische Medizin**, dessen Tätigkeitsschwerpunkte Psychotherapie und Psychosomatik sind.

Die seelischen Krankheiten

Als Anhang zu diesem Kapitel finden Sie eine Zusammenstellung der soeben behandelten Begriffe in alphabetischer Ordnung, in der Sie die Definitionen noch einmal nachlesen können. Sie werden es - mit diesem Wortschatz versehen - leichter haben, die Systematik seelischer Erkrankungen zu verstehen, was ja unser eigentliches Anliegen ist.

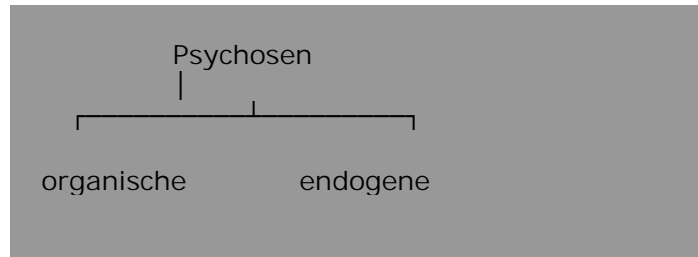
Diese Systematik erscheint - bedenkt man die Vielfältigkeit psychischer Erscheinungen - verblüffend einfach: Es gibt *drei* große Gruppen **seelischer Störungen**, von denen Sie zwei dem Namen nach sogar schon kennen:



Wir wollen im folgenden diese drei Gruppen näher beleuchten, das heißt, sie weiter unterteilen und für einige Krankheitsbilder auch Beispiele geben.

Die organischen Psychosen

Psychosen sind in der Regel - besonders wenn sie akut sind - durch *schwere* seelische Veränderungen und Verhaltensstörungen gekennzeichnet, deren Ursachen in körperlichen Funktionsstörungen liegen bzw. bei denen man eine solche Störung vermutet. Wir unterscheiden:



Die *organischen* oder symptomatischen Psychosen stellen die psychischen Auswirkungen einer *körperlichen* Krankheit dar. So kann beispielsweise bei jedem von uns eine Infektionskrankheit mit hohem Fieber ein "**Fieberdelir**" hervorrufen; das ist eine symptomatische Psychose, die mit Halluzinationen und Verfolgungsängsten einhergehen kann. Auch das **Alkohol-Delir** ist eine akute symptomatische Psychose. Von den als typisch dafür angesehenen "weißen Mäusen" erzählen Delirante manchmal tatsächlich. Es sind optische **Halluzinationen** (der Patient sieht etwas, was in Wirklichkeit nicht vorhanden ist), wobei gerade beim Alkohol-Delir besonders oft kleine Tiere - also nicht nur weiße Mäuse, sondern vor allem Spinnen und Käfer - halluziniert werden. Wir wissen nicht, warum dies so ist.

Kein Delir, sondern eine sogenannte "Alkoholhalluzinose", die ebenfalls eine organische Psychose ist, wird in folgendem Beispiel dargestellt, das ich einem amerikanischen Psychiatriebuch entnommen habe (#):

Ein 44-jähriger arbeitsloser Mann, der allein in einem Zimmer in einer Pension lebte, wurde von der Polizei zur Notaufnahme des Krankenhauses

gebracht. Er war zur Polizeistation gegangen und hatte ausgesagt, daß er die Stimmen von Leuten auf der Straße unter seinem Fenster gehört habe, die sich über ihn unterhielten und ihn bedrohten. Als er dann aus dem Fenster gesehen habe, seien die Leute "verschwunden gewesen".

Der Patient hatte 20 Jahre lang fast täglich Alkohol konsumiert, war überlicherweise jeden Tag "betrunken" und hatte oft das "Zittern" beim Aufwachen. Am vorausgegangenen Tag hatte er seinen Konsum wegen Magen-Darm-Beschwerden auf einen halben Liter Wodka beschränkt. Bei der Untersuchung seines psychischen Zustandes war er geistig klar und orientiert.

Auch diese Psychose brach - ähnlich wie das Alkohol-*Entzugsdelir* - dadurch aus, daß der gewohnte Alkoholkonsum "eingeschränkt" wurde. Die Halluzinose unterscheidet sich vom Delir dadurch, daß der Patient nicht bewußtseinsgetrübt ist und daß die Halluzinationen nicht optisch ("weiße Mäuse"), sondern akustisch ("Stimmen-Hören") sind.

Wichtig erscheint mir in diesem Zusammenhang noch der Hinweis, daß *jedes* Gehirn, besser gesagt jeder Mensch in der Lage ist, unter bestimmten Bedingungen (z.B. Typhuserkrankung, Alkohol-Entzug, LSD-Konsum) eine Psychose zu entwickeln, so daß es dazu *keiner* "erblichen Belastung" oder "nervlichen Degeneration" bedarf. Die genannten Beispiele sind *akute* organische Psychosen. Eine *chronische* Psychose ist die ***progressive Paralyse***, die noch bis 1950 so ungemein häufig als Endstadium einer Syphilisinfektion in den psychiatrischen Anstalten anzutreffen war. Heutzutage sind viele psychische

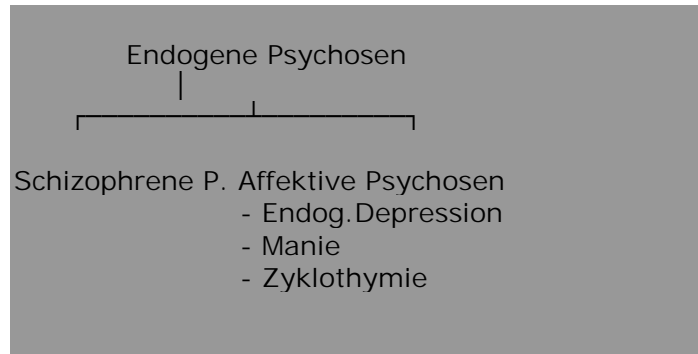
Auffälligkeiten alter Menschen Ausdruck einer organischen Psychose bei mangelhafter Hirndurchblutung ("Verkalkung") oder infolge von Hirnabbauprozessen (Hirnatrophien mit Untergang der Nervenzellen) wie bei der ***Alzheimerschen Krankheit***.

Fassen wir zusammen: *Organisch* nennt man diese Psychosen, weil sie Ausdruck oder Folge einer organischen Krankheit (z.B. hohen Fiebers bei einer Infektionskrankheit) sind. *Symptomatisch* heißen sie, weil diese Psychosen als *Symptom* der zugrundeliegenden körperlichen Krankheit angesehen werden. Wir sprechen deshalb auch von "körperlich begründbaren" und von "exogenen" Psychosen, weil es eine äußere Ursache für die Krankheit gibt, im Unterschied zu der folgenden Gruppe.

Die endogenen Psychosen

Die andere Gruppe der Psychosen wird als "***endogen***" bezeichnet. Diese Benennung ist eine Verlegenheitslösung. Wörtlich übersetzt bedeutet endo-gen "von innen entstehend". Die klassische Psychiatrie vertrat die Auffassung, daß die endogenen Psychosen nicht von außen, also nicht durch bestimmte Belastungen oder Konflikte hervorgebracht werden, sondern daß sie "*von innen heraus*" entstehen, beispielsweise auf Grund eines gestörten Zellstoffwechsels. Das Problematische dieser Auffassung ist, daß die Richtigkeit dieser Hypothese bisher nicht belegt werden konnte (allerdings auch nicht widerlegt wurde). Insofern meint "endogen" heute oft einfach nur "unbekannter Ursache". Das Konzept der "***endogenen Psychosen***" ist innerhalb der Psychiatrie umstritten. Für den praktisch tätigen

Psychiater spielt es indessen noch immer eine wesentliche Rolle, weil die endogenen Psychosen sehr *typische Symptomenbilder* umfassen. Sie lassen sich aufteilen in zwei große Gruppen recht unterschiedlicher Krankheiten:



DER SCHIZOPHRENE FORMENKREIS

Befassen wir uns zunächst mit dem relativ schwierigen Krankheitsbild der **Schizophrenie**, von welcher der Laie durch Filme oder die sogenannten "Irren-Witze" oft ein falsches Bild bekommt. Wenn in einem Spielfilm ein psychisch Kranker dargestellt wurde, ist es mir kaum je gelungen, auf Grund der gezeigten Symptomatik eine Diagnose zu stellen, so untypisch sind meistens diese "Pseudo-Geisteskranken", die da auf dem Bildschirm agieren. Grobe Verhaltensauffälligkeiten sind nämlich für den schizophrenen Patienten weniger typisch als beispielsweise bestimmte Veränderungen *innerhalb* der Persönlichkeit. Das **Ich** mit seinem Denken, Fühlen und Wollen verändert sich beim Schizophrenen; oft durchaus schleichend, von der Umwelt zunächst wenig bemerkt. Handlungen werden beispielsweise als nicht mehr vom eigenen Ich ausgehend erlebt; der Patient hat das Gefühl, er werde gesteuert oder durch eine äußere Macht beeinflusst. Die Umwelt erscheint ihm verändert, häufig bedrohlich. Er

fühlt sich verfolgt, bezieht Zeitungsmeldungen auf sich, lebt in einer "**Wahnstimmung**". Er zieht sich zurück, meidet soziale Kontakte, geht aber seiner Arbeit oft noch regelmäßig nach. Gelegentlich ist die Wahnstimmung auch positiv: Der Patient erlebt sich als "auserwählt", z.B. zum neuen Messias, der die Welt retten soll. "**Wahnwelt**" und "**reale Welt**" können relativ unbeeinflusst nebeneinander bestehen; man beobachtet also eine Spaltung des Erlebens und Verhaltens in gesunde und krankhafte Anteile. Diese Spaltung hat der Krankheit den Namen gegeben (Schizophrenie = Spaltungsirresein). Das bedeutet jedoch *nicht*, wie oft angenommen, daß der Patient mit "zwei Persönlichkeiten" lebt, von denen die eine nichts von der anderen weiß. Im *akuten* schizophrenen Schub können **Halluzinationen** - vorwiegend akustische ("**Stimmen-Hören**") - und andere Wahnwahrnehmungen hinzukommen. Häufig wird der Kranke erst jetzt für die Umwelt auffällig, während man ihn vorher vielleicht nur für "*verschroben*" oder "*menschenscheu*" hielt. Der Schizophrene sieht sich im akuten Schub nicht als krank an, er besitzt, wie wir sagen, keine **Krankheitseinsicht**. Diese kann jedoch nach Abklingen der akuten Symptomatik oder unter dem Einfluß der medikamentösen Behandlung durchaus wieder vorhanden sein. - Die Diagnose "Schizophrenie" bedeutet auch heute noch die Feststellung einer *schweren* psychischen Krankheit, welche die *ganze* Persönlichkeit erfaßt, die aber dank der modernen Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr die Prognose eines unheilbaren, zur Unterbringung in einer

Heilanstalt führenden psychischen Siechtums beinhalten muß. Dennoch verändert sich das Leben des schizophrenen Patienten mit Beginn und *auch nach* dem akuten Schub in der Regel ganz wesentlich.

Als Beispiel bringe ich einen (etwas veränderten) Fall von "***paranoid-halluzinatorischer Schizophrenie***" aus einem (älteren) psychiatrischen Lehrbuch (#):

Ein 24-jähriger Patient gab unvermittelt seine Arbeit als Elektriker auf mit der Begründung, man habe allerlei Ränke gegen ihn vorgehabt. Er hielt sich dann ganz zu Hause auf, beschäftigte sich intensiv mit Physik und "indogermanischen" Sprachen und hatte den Plan, das Abitur nachzumachen, um Diplomingenieur zu werden.

In den Wochen vor seiner stationären Aufnahme in die Klinik fühlte er sich nun auch zu Hause beeinflußt. Später gab er an, sein eigener Bruder habe ihn mit irgendwelchen Apparaten, vielleicht Fernsehgeräten, beobachten lassen. Einmal sei ein Ami mit einem großen "Himmelswagen" gekommen, einmal auch Nazis, dann der Buddhismus, und das Ganze sei ein "Hinstreben zu Gott" gewesen. Er hatte immer den Spruch im Kopf: "Gedenke, daß du Staub bist und wieder zu Staub werden wirst". Deshalb mußte er sich flach auf den Boden legen und Sand und Steine essen, dadurch habe er eine "Menge Kraft" in sich aufgenommen. Er bemerkte auch, daß die Texte in den Büchern, die er las, verändert worden

seien, daß die Zahlen anders standen als früher und daß außerdem Sätze eingefügt waren, durch die er verhöhnt werden sollte. So habe er kurzerhand seine Bücher zum Fenster hinausgeworfen.

Einige Tage vor der Aufnahme hatte er eine Auseinandersetzung mit seiner Freundin, gegenüber der er Eifersuchtsideen äußerte, unbegründete, wie von der Freundin glaubhaft zu erfahren war. Er wurde nachts von der Polizei aufgegriffen, weil er flach am Boden lag und wirr durcheinandersprach. In der Klinik war er anfangs äußerst gespannt, ängstlich erregt, schrie laut, fühlte sich durch Strahlen beeinflußt und äußerte immer wieder, er werde von Lautsprechern gequält, die im Fußboden angebracht seien. Außerdem sehe er Frauen "mit braunen Gesichtern" vor sich sowie bunte Farben und Zeitungsbuchstaben.

Wahnstimmung, Beziehungs- und Verfolgungsideen sowie Halluzinationen bestimmen dieses schizophrene Krankheitsbild. Die Wahninhalte sind oft wesentlich durch die *Zeitgeschichte* bestimmt ("Amis, Nazis"). Ferner wird deutlich, daß sich manch abstruse Verhaltensweise durch den vorhandenen Wahn "*verstehen*" läßt, z.B. das "Am-Boden-Liegen", das Hinauswerfen von Büchern aus dem Fenster oder die durch vermeintliche Bedrohung bedingte Ängstlichkeit und Aggressivität. Manchmal werden im Wahn auch *kreative* Kräfte frei (schizophrene Künstler!) oder reale Probleme "vorausgesehen": So erzählte mir ein schizophrener Patient in den

60er Jahren, als sich noch niemand mit irgendwelchen Umweltproblemen belastete, daß die Menschheit "unter einem Müllberg von Plastik ersticken werde". Diese Beobachtungen stellen die Diagnose einer schweren psychischen Krankheit nicht in Frage, sie zeigen aber, daß persönliche und allgemeine Konflikte, wie auch intellektuelle und kreative Begabungen, Eingang in den Krankheitsprozeß finden.

Die affektiven Psychosen

Die Tatsache, daß die schizophrene Psychose nicht selten einen Restzustand an Störung hinterläßt, bedeutet einen wichtigen Unterschied gegenüber der zweiten Gruppe der endogenen Psychosen, den **affektiven Psychosen**. Bei den manischen und depressiven Erkrankungen ist der Patient, wenn die manische oder depressive Phase *abgeklungen* ist, psychisch in der Regel wieder "ganz der Alte" und kann sein Leben unverändert fortsetzen, sofern die Umwelt inzwischen nicht negativ auf die Erkrankung reagiert hat (z.B durch Kündigung oder Scheidung).

Die **endogene Depression** und die **Manie** werden "affektive Psychosen" genannt, weil bei ihnen vorwiegend der *Affekt* (die Stimmung, das "Gemüt") krankhaft verändert ist, und zwar bei der *Depression* im Sinne einer *Herabsenkung* von Stimmung, Antrieb, Appetit, Sexualität und bei der *Manie* entgegengesetzt mit einer krankhaft *gehobenen* (euphorischen) Stimmungslage, vermehrtem Antrieb und Rededrang, übertriebener Kauflust u.a. Affektive Psychosen können recht unterschiedlich aussehen. Beispielsweise gibt es Patienten, die in ihrem Leben ausschließlich depressive Phasen

durchmachen, wie dies in der *Abbildung 1* schematisch dargestellt ist:

Abb. 1: Depressive Phasen im 25., 33. und 47. Lebensjahr. (Die mit 1 gekennzeichneten Linien begrenzen den Bereich der "normalen" Schwankungsbreite der Grundstimmung).
Abbildung **2** zeigt demgegenüber eine nur mit manischen Phasen verlaufende affektive Psychose, also eine reine Manie.

Abb. 2: Manische Phasen im 30. und 45. Lebensjahr. (Die mit 1 gekennzeichneten Linien begrenzen den Bereich der "normalen" Schwankungsbreite der Grundstimmung).
Eine **Phase**, sei sie nun depressiv oder manisch, kann wenige Wochen, aber auch viele Monate andauern. Nach ihrem Abklingen ist der Patient psychisch meist wieder völlig gesund und belastungsfähig. Es ist eher die Regel, daß so eine Krankheitsphase "wie aus heiterem Himmel", also ohne sichtbare, äußere Gründe auftritt. Ebenso klingt sie nach unbestimmter Zeit von allein wieder ab, das heißt, wiederum ohne äußere Einwirkungen, und zwar auch dann, wenn keine Therapie eingesetzt wurde.
Bei einigen Patienten kommen abwechselnd depressive und manische Phasen vor. Sie können sich sicherlich vorstellen, daß dieser Wechsel

völlig gegensätzlicher Gestimmtheiten und Verhaltensweisen für Angehörige, wie auch den behandelnden Arzt sehr eindrucksvoll ist. Es handelt sich dann um eine "**manisch-depressive Erkrankung**" oder "**Zyklothymie**", deren schematische Darstellung so aussehen könnte:

Abb. 3: Manische Phasen im 33. und 42. Lebensjahr, depressive Phasen im 43. und 56. Lebensjahr. (Die mit 1 gekennzeichneten Linien begrenzen den Bereich der "normalen" Schwankungsbreite der Grundstimmung).

Symptomatik und Verlauf einer manisch-depressiven Erkrankung möchte ich an dem folgenden Fallbeispiel demonstrieren:

Eine 44-jährige Hausfrau kommt zur Aufnahme in die psychiatrische Klinik, nachdem sie einen schwerwiegenden Suizidversuch unternommen hat und deshalb kurzfristig intensivmedizinisch behandelt werden mußte. Sie berichtet, daß sie seit Frühjahr dieses Jahres unter Depressionen leide, die für sie so quälend gewesen seien, daß sie ihrem Leben ein Ende habe setzen wollen. In ihrem Zustand habe sie für die Familie nur noch eine Belastung dargestellt und somit auch deshalb sterben wollen, um "Mann und Kinder davon zu befreien". Durch die Angehörigen erfahren wir, daß sie sich zwar große Sorgen gemacht hätten, die Beziehung zu der Patientin aber während der Krankheit stets positiv geblieben sei. Die Patientin

gibt sich aber selbst die Schuld an "ihrem Elend" und wirft sich vor, ihre Pflichten versäumt und ihre Familie vernachlässigt zu haben. Daß sie krank gewesen ist, kann sie nicht als Entschuldigung annehmen, so drängend sind ihre Schuldgefühle.

Die Krankheit begann im Frühjahr des Jahres zunächst mit Schlafstörungen. Die Patientin konnte zwar einschlafen, wachte aber regelmäßig gegen zwei Uhr nachts auf und blieb dann über Stunden wach, die angefüllt waren mit negativen Grübeleien, Zukunftsängsten und zunehmender Unruhe. Am Morgen war sie nie ausgeruht, fühlte sich kraftlos und fürchtete sich vor den Aufgaben des Tages, selbst wenn diese nur in der Bewältigung des Haushaltes bestanden. Allmählich verschlechterte sich ihr Zustand weiter, und es entwickelte sich das für die endogene Depression so charakteristische "Losigkeits-Syndrom": Sie konnte sich nicht mehr freuen (Freudlosigkeit), hatte zu nichts Lust (Lustlosigkeit), litt unter zunehmender Antriebschwäche (Schwunglosigkeit) und nahm an Gewicht ab, weil sie keinen Hunger mehr empfand (Appetitlosigkeit). Die Schlafstörung wurde immer ausgeprägter (Schlaflosigkeit), sie verlor jegliches Interesse an Sexualität, Hobbies und sozialen Kontakten (Interesselosigkeit). Besuche von Freunden oder gesellige Verpflichtungen stellten eine große seelische Belastung für die Patientin dar, die sich am liebsten von allem zurückzog, obwohl sie in gesunden Zeiten eine kontaktfreudige, gesellige und unterhaltsame Frau war. Eine ähnliche Phase hatte die Patientin schon einmal nach der Geburt ihres ersten Kindes im Alter von 30 Jahren durchgemacht. Auch damals

mußte sie stationär psychiatrisch behandelt werden, die depressive Phase hatte etwa drei Monate gedauert. Nach Abklingen der depressiven Symptomatik war dann eine manische Phase aufgetreten: Die junge Mutter wurde umtriebig, schlug sich die Nächte um die Ohren, lieferte den Säugling bei ihren Eltern ab, "damit sie ihre Freiheit hatte", ging eine heftige Liebesbeziehung mit einem jungen Studenten ein, diskutierte mit einer kaum zu übertreffenden

Argumentationsfreudigkeit über "Gott und die Welt" die Nächte durch und reagierte auf Vorhaltungen des Ehemannes und ihrer Eltern ausgesprochen gereizt und aggressiv. Ihr Selbstbewußtsein war von "keinem Zweifel angekränkt", sie fühlte sich "wahnsinnig gut" und kaufte hemmungslos ein, was ihr gerade gefiel. Irgendwie spürte sie zwar, daß ihr Verhalten "nicht ganz normal" war, aber der Zustand hatte für sie etwas so Positives, daß es ihr unvorstellbar schien, diesen etwa durch einen Arztbesuch in Frage zu stellen oder gar durch Medikamente zu beeinträchtigen. Erst als die Phase langsam abklang, eine gewisse Krankheitseinsicht möglich wurde und massive Konflikte mit dem Ehemann aufgebrochen waren, ließ sich die Patientin von ihrem Psychiater behandeln, bis sie wieder ganz gesund wurde und für viele Jahre auch blieb. Erst im 44. Lebensjahr kam es nun - möglicherweise im Zusammenhang mit dem beginnenden Klimakterium - zu der bereits geschilderten schweren Depression.

Abschließend sei zu den endogenen Psychosen noch einmal bemerkt, daß man ihre *Ursache*, also das "Substrat des Endogenen", im Stoffwechsel der Gehirnzellen vermutet, dies aber

bisher nicht hinreichend sicher nachweisen konnte. Es ließen sich jedoch Veränderungen bei den sogenannten **Neurotransmittern** Serotonin und Noradrenalin feststellen, die wichtige chemische Überträgerstoffe im Gehirn sind. Entsprechend beruht der Wirkmechanismus antidepressiver Medikamente auf einer Anreicherung dieser Neurotransmitter an den Verbindungsstellen (den "Synapsen") zwischen den Nervenzellen.

Eine gewisse Rolle spielt bei den endogenen Psychosen zweifelsohne die **Vererbung**. Die Verhältnisse sind hier ähnlich wie bei der Zuckerkrankheit: daß nämlich die Wahrscheinlichkeit, an einer Schizophrenie oder endogenen Depression zu erkranken, in bestimmten, mit dieser Krankheit belasteten Familien größer ist als in unbelasteten Familien. Erstaunlich ist auch die Tatsache, daß die **Erkrankungshäufigkeit** in der Bevölkerung relativ konstant ist. So beträgt das Erkrankungsrisiko, mindestens einmal im Leben an einer Schizophrenie zu erkranken, immerhin ein Prozent, und dies gilt offenbar auch über verschiedene Zeiten und Kulturen hinweg.

Zur **Behandlung** der Psychosen möchte ich hier nicht mehr sagen, als daß sowohl schizophrene, wie auch affektive Psychosen heute mit den modernen Psychopharmaka sowie begleitender Psycho- und Soziotherapie relativ erfolgreich behandelt werden können, wenn auch in der Regel eine grundlegende Heilung dadurch nicht möglich ist. - Sie haben sicherlich bemerkt, daß ich die **medikamentöse** Therapie an erster Stelle genannt habe. Das ist auch so gemeint; denn die vorrangige Behandlung der akuten Psychose ist

nach wie vor die *Psychopharmakotherapie* (s. Seite ### ff), während das Gespräch mit dem Patienten (also die *Psychotherapie*) mehr begleitend-stützenden Charakter besitzt. Der dritte Pfeiler in der Behandlung von Psychosen ist schließlich die *Soziotherapie*, die zu einer Eingliederung des Kranken in Familie und Beruf, zu optimalen Behandlungsbedingungen (z.B. Tagesklinik, Gruppenarbeit, Arbeitstherapie) und zur Beseitigung krankmachender oder krankheitsunterstützender Faktoren in der Gesellschaft führen soll.

Die Krankheitsgruppe der Neurosen
Wir wollen uns nach der Abhandlung der Psychosen nun der *zweiten* großen Gruppe seelischer Störungen zuwenden, den **Neurosen**. Auf die Problematik dieser Begriffsbildung habe ich anfangs schon hingewiesen. Was ist eine Neurose? Die Frage läßt sich nur schwer beantworten, weil es eine allgemeingültige *Definition* der Neurose kaum gibt. Die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen und Richtungen, wie z.B. die *Freudsche* Psychoanalyse, die Verhaltenstherapie oder die Gesprächspsychotherapie nach *Rogers*, haben nämlich nicht nur verschiedene psychotherapeutische Techniken erarbeitet, sondern sich auch eine jeweils eigene Theorie über abweichendes Verhalten geschaffen, durch die wiederum ihre Neurosedefinition bestimmt wird.

Zumindest die sogenannten ***tiefenpsychologischen Schulen***, deren einflußreichste die Psychoanalyse ist, könnten sich wohl auf folgende Formulierung einigen: Die

Neurose ist eine *seelisch bedingte* Krankheit, die mit bestimmten seelischen Symptomen, wie Ängsten, Depressionen oder Zwängen, und anderen Verhaltensstörungen einhergeht, deren Ursache in der Auseinandersetzung mit einem **innerseelischen Konflikt** gesehen wird.

Dieser Konflikt ist *unbewußt*, und seine Wurzeln reichen bis in die frühe *Kindheit* zurück.

Der Neurotiker erkrankt nach dieser Auffassung an einem Konflikt, der in seiner Persönlichkeit selbst entstanden ist, und zwar schon im Kindesalter. Anders ausgedrückt: Die neurotischen Symptome sind (mißglückte) Versuche, die Spannung eines innerseelischen Konfliktes zu beheben. Wenn wir von einem innerseelischen (*intrapsychischen*) Konflikt sprechen, stellen wir heraus, daß der Neurotiker *nicht* mit Personen seiner Umwelt oder mit Gesetzen einen Konflikt austrägt: Ein Ehekonflikt beispielsweise macht keine Neurose; vielmehr werden *innerhalb* der Persönlichkeit verschiedene Instanzen oder Tendenzen angenommen, die miteinander in Konflikt geraten können.

Der neurotische Konflikt

Besonders häufig sind es die **Triebwünsche** des Menschen, die in Konflikt geraten mit seinem **Gewissen**. Der Neurotiker hat meist ein strenges und starres *Gewissen* (*Freud* nannte es Über-Ich), bei dem die Triebwünsche, die aus dem Es stammen, sehr leicht auf Widerstand stoßen. Deshalb kann *Freud* verallgemeinern, daß der **neurotische Konflikt** ein *Trieb-* bzw. *Gewissenskonflikt* ist. Dieser intrapsychische Konflikt ist etwas allgemein Menschliches, eine

sehr häufig auch schon in früher Kindheit auftretende Konstellation, etwa nach dem Motto: "*Ich will, aber ich darf nicht*". Das Auftreten eines solchen Konfliktes zwischen **Es** und **Über-Ich** bedingt noch keine Neurose, sonst wären Neurosen viel häufiger, oder alle Menschen wären neurotisch. Dieser Konflikt, sagt Freud, ist eine *Voraussetzung* zur Neurose, aber er "verpflichtet" nicht zur Neurose. (#, S.363)

Denn ein starkes, gesundes **Ich** kann den Konflikt so *lösen*, daß beide "Instanzen", das Über-Ich und das Es, zufriedengestellt werden. Da bestehen beispielsweise aggressive oder gar destruktive Tendenzen in einem Menschen, die in ihrer zerstörerischen Kraft vom Gewissen nicht toleriert werden. Das gesunde Ich kann die Triebenergien nun "*sublimieren*", das heißt, salopp ausgedrückt, gesellschaftsfähig machen, indem sich dieser Mensch z.B. zu einem erfolgreichen Sportler entwickelt: Im Wettkampf kann er seine Aggressionen auf *adäquate* Weise ausagieren (Befriedigung des Es), er muß sich aber auch an Regeln halten, muß fair sein, muß Niederlagen einstecken können (Befriedigung des Über-Ich, hier durch den "gesunden" **Abwehrmechanismus** der Sublimierung).

Das Ich kann aber in seiner Fähigkeit, zwischen den Instanzen zu vermitteln, *geschwächt* oder überfordert sein. Einmal dadurch, daß es ungünstige Entwicklungsbedingungen hatte (also eine belastende frühe Kindheit), zum anderen kann es *relativ* zu schwach sein, weil die Es- oder Über-Ich-Strebungen zu stark sind. In einer solchen Situation geht das Ich **Kompromisse** ein

durch Abwehrmechanismen, welche den Konflikt zwar auch entschärfen, aber um den Preis der Entwicklung von neurotischen Symptomen. Wir sprechen dann von der "**Scheinlösung Krankheit**".

Zur Psychodynamik einer Phobie

Wie soll man sich das vorstellen? Nehmen wir zur Demonstration das Beispiel einer **Phobie**. Bei der Phobie handelt es sich um eine Neurose, die mit einer konkreten **Angst** einhergeht, einer Angst, die sich auf bestimmte, an sich harmlose Objekte richtet, z.B. die Angst vor Pferden bei einer "Pferdephobie" oder die Angst, über Brücken zu gehen, bei der "Brückenphobie". Wenn das Objekt der phobischen Angst im Alltag keine große Rolle spielt, kann so eine Phobie noch relativ harmlos sein, bzw. nicht viel mehr als eine "kleine Macke" für den Betroffenen bedeuten, etwa bei der Spinnenphobie oder der Höhenangst. Der Phobiker kann die Konfrontation mit dem "phobischen Objekt" *vermeiden*: Er macht einfach Turmbesteigungen nicht mit und kann so der gefährdeten Situation aus dem Wege gehen, ohne dadurch in seinem Freiheitsraum allzusehr beeinträchtigt zu sein. Aber eine Phobie kann auch ganz andere, *schwerwiegende* Auswirkungen haben, beispielsweise beim Krankheitsbild der Straßenangst (**Agoraphobie**), bei der die eigene Wohnung - zumindest ohne Begleitung - nicht mehr verlassen werden kann und es somit zu schwersten privaten und beruflichen Einschränkungen bis hin zur Berufsunfähigkeit kommt.

Die **Psychogenese**, die Entstehungsbedingung, einer solchen phobischen Entwicklung könnte aus

der Sichtweise der Freud'schen Psychoanalyse folgendermaßen aussehen:

Ein kleines Mädchen hat in seiner Kindheitsentwicklung die normale Identifikation mit der Mutter nicht erwerben können, sie blieb verhaftet in einer mädchenhaften - psychologisch gesprochen "infantilen" - *Bindung* an den Vater mit durchaus erotischen Komponenten. Es bestehen - für das Mädchen unbewußt und unverständlich - Tendenzen, den Vater zu verführen, bzw. sich ihm hinzugeben. Gegen diese "*inzestuösen Strebungen*", gegen die das Über-Ich als Vertreter der Moral Einspruch erhebt, werden Abwehrmechanismen mobilisiert, in unserem Beispiel in Form der "*Verschiebung*": Die Patientin meidet die Straße als "Symbol der Verführung", so wie sie die Verführung des Vaters meiden muß. Die Angst ist das *Signal* für die Gefahr, daß die sexuellen Strebungen des Es zum Durchbruch kommen könnten.

Eine solche Interpretation mag in dieser Kürze und Unvollständigkeit etwas befremdlich wirken; die Träume und Phantasien der Patientin, also die Produkte ihres *Unbewußten*, die in der Therapie bearbeitet werden, zeigen dem Psychotherapeuten, wie auch der Patientin selbst diese Zusammenhänge jedoch wesentlich plastischer und überzeugender auf. Für uns ist allein wichtig, daß durch die *Symptombildung* der unbewußte intrapsychische *Konflikt* der Patientin - der Wunsch zur inzestuösen Beziehung mit dem Vater und das moralische Verbot einer solchen Verbindung - *aufgehoben* wird. Sie meidet jetzt die Straße als "kleineres Übel", leidet zwar unter diesem Vermeidungsverhalten, wobei dieses

Leiden aber ihr Gewissen beruhigt (*Teilbefriedigung des Über-Ichs*). Gleichzeitig erreicht sie, weil sie krank und hilfsbedürftig ist, die vermehrte Zuwendung durch den Vater, der sich real um seine Tochter bemüht (*Teilbefriedigung des Es*).

Ich hatte schon darauf hingewiesen, daß *andere* psychotherapeutische Schulen, z.B. die **Verhaltenstherapie**, eine solche Agoraphobie ganz anders interpretieren und therapieren würden. Für den Verhaltenstherapeuten sind die Erlebnisse der Kindheit und mögliche unbewußte Ursachen nicht so relevant. Er orientiert sich mehr an der *aktuellen* Symptomatik und den Faktoren, die zur *Aufrechterhaltung* des gestörten Verhaltens beitragen. Zur Veranschaulichung zitiere ich hier einen Fall von "*sozialer Phobie*", der einem Buch des Verhaltenstherapeuten *Isaac Marks* über Ängste und deren Bewältigung entnommen ist (#):

Emma war eine 26-jährige Sekretärin, die sich bereits seit 7 Jahren davor fürchtete, in Gesellschaft anderer zu essen oder zu trinken. Die Angst begann, als Emma in einem Büro arbeitete. Kurz nachdem eine Kollegin ihr erzählt hatte, wie sie sich fürchtete, ihrem Chef Tee zu bringen, wurde Emma gebeten, einigen Buchhaltern Tee zu servieren. Sie geriet in Panik und wurde ausgelacht. Danach vermied sie es, in der Öffentlichkeit zu essen, insbesondere aber zu trinken. Es war ihr sogar unangenehm, im Büro oder gemeinsam mit ihren Freundinnen Tee oder Kaffee zu trinken. Bei sozialen Anlässen, etwa wenn sie mit ihrem Freund essen gehen sollte, wurde die Angst nur dann erträglich, wenn sie

vorher einen gehörigen Schluck Wodka nahm. Während eines solchen Essens oder einer Party pflegte sie mal eben mit einer Flasche auf die Toilette zu gehen, um dort heimlich zu trinken. Wenn sie dagegen in der Öffentlichkeit nichts zu sich nehmen mußte, wie z.B. im Kino, bereitete ihr der Aufenthalt unter anderen Menschen keine Schwierigkeiten.

In der Verhaltenstherapie von Phobien ermutigt der Therapeut seine Patienten, sich mit der gefürchteten Situation zu *konfrontieren* und sie so lange auszuhalten, bis sie sich von ihr nicht mehr belastet fühlen:

Am Anfang der Therapie trank sie im Beisein des Therapeuten zunächst für eine halbe Stunde Kaffee in einem gut besuchten Café, dann nichtalkoholische Getränke in einer mäßig besuchten Kneipe und schließlich ebensolche Getränke in einer voll besetzten Kneipe. Am Ende dieser ersten Sitzung erlaubte ihr der Therapeut schließlich ein alkoholisches Getränk.

Zwischen den Therapiesitzungen mußte Emma jeden Tag in einem Restaurant zu Mittag essen und nachmittags ein Café aufsuchen, und zwar so lange, bis ihre Angst verschwand. Bei der letzten Behandlungssitzung mußte Emma in einem Krankenhaus viele Töpfe Tee und Kaffee zubereiten und sie Personal und Patienten in allen Abteilungen servieren. Sie empfand dies anfangs als sehr schwierig, aber es fiel ihr mit der Zeit immer leichter. Kurze Zeit später gelang es ihr dann auch, Lokale oder Parties mit Freunden zu besuchen, ohne dabei von Angst befallen zu werden. Ihr Selbstvertrauen stieg, ihr Mut nahm zu, und es gab keine besonderen Situationen mehr, die sie mied. Die Besserung war auch bei

einer Kontrolle sechs Monate nach Abschluß der Behandlung noch festzustellen.

Neben den Phobien gibt es weitere Neuroseformen, die in der psychotherapeutischen Praxis eine Rolle spielen, wie z.B. die Angstneurose, die Hysterie und die Zwangneurose.

Angstneurose, Hysterie und Simulation

Die **Angstneurose** hat - ähnlich wie die Phobie - die Angst als Leitsymptom. Sie weist aber andere Entstehungsbedingungen als die Phobie auf, und die Angst ist bei dieser Neurose nicht an bestimmte Objekte gebunden, sondern tritt in Form des großen *Angstanfalles* auf, von dem der Patient überwältigt wird, dem er sich hilflos ausgeliefert fühlt, ohne daß er sagen könnte, *wovor* er Angst hat.

Die **Hysterie** ist die am längsten bekannte Neurose. Sie wurde schon von dem griechischen Arzt **Hippokrates** (ca. 400 Jahre vor Christi Geburt) beschrieben, und mit ihrer Erforschung begründete **Sigmund Freud** 1895 die Psychoanalyse, die das 20. Jahrhundert wesentlich geprägt hat. Aber gerade weil die Hysterie so populär wurde und der Begriff "*hysterisch*" eine so negative Färbung in der Umgangssprache bekam, haben Psychotherapeuten und Psychiater Probleme mit dieser Diagnose. Hysterisch sind im Sinne der Neurosenlehre z.B. *Lähmungserscheinungen* der Muskulatur, die nicht organisch bedingt, sondern psychogen, neurotisch sind, sowie *Störungen der Sinnesorgane* wie bei einer hysterischen Blindheit, bei welcher der Patient nicht sehen kann, obwohl Auge, Sehnerv und Sehrinde des

Gehirns intakt sind. Wegen ihres negativen Beigeschmacks im allgemeinen Sprachgebrauch gerät die Hysterie leicht in den Geruch des Unehrlichen, der Schauspielerei oder der Simulation. Die hysterische Neurose hat mit dem *nichts* zu tun. Ihre Symptome, etwa die Unfähigkeit zu gehen, sind der willentlichen Beeinflussung des Patienten entzogen, also willentlich *nicht korrigierbar*; sie sind - wie wir sagen - bewußtseinsfern und von unbewußten Konflikthalten bestimmt.

Simulation ist dagegen etwas anderes. Der Simulant täuscht *bewußt* Symptome vor, die er real nicht hat, um damit etwas zu *erreichen*, beispielsweise die Gewährung einer Unfallrente. Es muß deutlich hervorgehoben werden, daß der Simulant nicht unter einer Neurose leidet; entsprechend ist der Neurotiker, also auch der Hysteriker, kein Simulant, weil er seine Symptome, die sich ihm in einer "neurotischen Kompromißbildung" aufgedrängt haben, nicht vortäuscht und er sie deshalb auch willentlich nicht "abstellen" kann.

Die Zwangsneurose

Eine weitere Neurose, und zwar eine meist schwere, ist die **Zwangsneurose**. Diese Patienten leiden unter Zwangsgedanken, Zwangsvorstellungen sowie unter zwanghaft auftretenden Impulsen, vor deren Verwirklichung sie Angst haben, und vor allem unter Zwangshandlungen. Letztere können beispielsweise **Kontrollzwänge** sein, bei denen der Patient immer wieder kontrollieren muß, ob Türen und Fenster verschlossen sind. Typisch für diese Zwangshandlungen ist, daß sie eigentlich nie zu

einem Abschluß kommen. Das heißt, im Unterschied zu einem "normalen" vorsichtigen oder ängstlichen Menschen ist der Zwangsneurotiker nicht nach zwei- oder dreimaligem Kontrollieren beruhigt, daß alles in Ordnung ist, sondern die Befürchtung, er könnte doch etwas übersehen haben, bleibt bestehen, und er muß immer wieder alles neu überprüfen. Er steht unter diesem Zwang, den er selbst als krankhaft erkennt, über den er sich aber nicht hinwegsetzen kann.

Werden die Zwangshandlungen *unterdrückt*, so treten Unruhe und Angst auf. Um überhaupt zur Ruhe zu kommen, etwa abends beim Schlafengehen, muß der Zwangsneurotiker ganze "**Rituale**" von Handlungen erledigen, um damit eine gewisse Sicherheit zu besitzen, nichts übersehen oder vergessen zu haben. Schwere Zwangsneurosen, das werden Sie sich vorstellen können, sind für den Betroffenen außerordentlich quälend und machen ihn sehr schnell "*genuß- und leistungsunfähig*". Das sind die beiden Kriterien, die *Freud* als Folgen der neurotischen Erkrankung ganz allgemein herausgestellt hat. (#, S. 472)

Ein anderes, ebenfalls sehr belastendes Symptom ist der **Waschzwang**, bei dem sich der Patient immer und immer wieder die Hände waschen muß, in schweren Fällen bis zu hundertmal am Tage. Die Folge des zwanghaften Waschens sind einerseits erhebliche Hautschäden an Händen und Armen, zum andern schwerste soziale Beeinträchtigungen, weil der Patient ja bei einer so ausgeprägten Neurose kaum aus dem Badezimmer herauskommt und meist noch Schwierigkeiten hat, Türklinken oder andere

Gegenstände anzufassen, mit denen er sich wieder beschmutzen könnte. Eine Kombination mit phobischen Symptomen ist hier häufig, nämlich die Angst, sich mit Krankheitserregern zu infizieren ("**Bazillophobie**").

Am Waschzwang läßt sich noch einmal die *Zweiseitigkeit*, das Kompromißhafte des neurotischen Symptoms aufzeigen: das Aneinanderreiben der Hände wird (von der Psychoanalyse) als "Onanieersatz" angesehen, also als eine (unbewußte) Befriedigung *sexueller* Triebwünsche, während das Achten auf peinliche Sauberkeit (auch im übertragenen Sinne) und das Quälende des Symptoms der *Gewissensinstanz* Genüge tun. Natürlich sind dies wiederum allgemeine tiefenpsychologische *Hypothesen*, die dem zwangsneurotischen Patienten nicht bewußt sind und deren "Wahrheit" für jeden Patienten individuell und schlüssig im Laufe seiner Therapie erarbeitet werden muß.

Die neurotische Depression

Um deutlich zu machen, wie komplex das Krankheitsbild einer Neurose sein kann, möchte ich noch über den Fall einer Depression berichten, die zu den Neurosen gerechnet werden muß. Er ist von meinem Kieler Lehrer, Professor *Henner Völkel*, 1959 veröffentlicht worden, dem Jahr, in dem die "*neurotische* Depression" überhaupt erst als eigenständiges Krankheitsbild von der *endogenen* Depression und der *reaktiven* Depression abgegrenzt und mit ihrer Psychodynamik beschrieben wurde. (#): Eine 26-jährige Studentin kommt mit dem Bild einer schweren depressiven Erschöpfung zur Aufnahme in die Nervenklinik. Die Ursache für die

Depression schien zunächst recht banal und eindeutig. Sie stand in der Examensvorbereitung, hatte bis in die Nächte gearbeitet und war nun in diesen seelischen und körperlichen Schwächezustand geraten. Sie hatte allen Mut verloren, sich in die Prüfung zu wagen. Das Ausmaß der depressiven Verstimmung, die sogar mit Suizidgedanken einherging, schien aber in keinem rechten Verhältnis zu dem Anlaß zu stehen, zumal nach Auskunft ihrer Professoren kein Grund zu realen Examenssorgen vorlag.

Das ausführliche Gespräch mit der Patientin ergab, daß hinter der vordergründigen Examensangst eine schwere neurotische Fehlentwicklung stand, die unter der akuten Belastung lediglich aktualisiert worden war und zu dieser ernsten depressiven Symptomatik mit Antriebslosigkeit, Selbstvorwürfen und Lebensüberdruß geführt hatte. Die Patientin schilderte sich als einen Menschen, der auch schon vor der jetzigen Krise häufig traurig verstimmt, pessimistisch und selbstunsicher gewesen sei. Ihre Kindheitsentwicklung war durch einen harten, kontaktschwachen und tyrannischen Vater bestimmt gewesen. Dieser war bereits über die Geburt der Tochter enttäuscht, da er sich einen Sohn zum Erben seines Betrieb gewünscht hatte. Unter seinem Druck war die Erziehung des Mädchens dann auch extrem männlich ausgerichtet. Die Ehe der Eltern war unglücklich, die Mutter führte ein freudloses Schattendasein. Bei den zahllosen unerfreulichen Szenen zwischen den Eltern war die Patientin stets von Mitleid mit ihrer Mutter erfüllt gewesen; gleichzeitig hatte sie sich jedoch für deren Schwäche geschämt. Den gefürchteten Vater beneidete sie um seine Macht

und Überlegenheit, und so wurde schon in früher Kindheit das "Mannsein" ihr Ideal. Das Finden ihrer weiblichen Geschlechtsrolle war also erheblich gestört.

Die Einstellung zum Vater war zwar im wesentlichen durch Furcht und Haß gekennzeichnet, blieb aber dennoch zwiespältig. So sah sie z.B. voller Stolz, wie ihrem Vater von anderen Leuten Ehrfurcht und Hochachtung entgegengebracht wurde; und über gelegentliche Anerkennungen oder Belohnungen durch den Vater war sie immer hochbeglückt gewesen. Von der sehr religiösen Mutter wurde ihr eingeschärft, man müsse seine Eltern liebhaben, um in den Himmel zu kommen. So entstand in ihrer Seele ein tiefer Konflikt zwischen den Haßgefühlen gegenüber dem Vater und dem Anspruch, die Eltern lieben zu müssen. Dies spiegelte sich eindringlich in ihren Gebeten wider. Als kleines Mädchen betete sie: "Lieber Gott, laß mich meinen Vater liebhaben"; als sie älter war, betete sie: "Lieber Gott, laß mich den Vater nicht hassen!"

In ihren Schulleistungen wurde sie vom Vater zu höchstem Ehrgeiz angetrieben. Kam sie mit einem gut nach Hause, dann fragte er drohend, warum es kein sehr gut sei. Als sie zu einem jungen Mädchen heranreifte, wurden das Bild des Vaters und das Erlebnis der Ehe ihrer Eltern bestimmend für ihre Einstellung zu Mann, Heirat und Sexualität. Zeitweilig war sie entschlossen, überhaupt nicht zu heiraten. Unter den Männern erschienen ihr nur diejenigen sympathisch, die mehr oder minder den Gegentyp ihres Vaters darstellten. Schließlich verlobte sie sich dann auch mit einem weichen, sensiblen und etwas

weltfremden Studenten. Bald aber vermißte sie bei ihm alle jene Eigenschaften, die sie bei dem verhaßten Vater bewundert hatte: seine Selbstsicherheit, Entschlossenheit und männliche Überlegenheit. Als der Verlobte auf einer Studienreise in einer schwierigen Situation versagte, war sie zutiefst enttäuscht und wertete ihn bei sich als "Waschlappen" ab. Ihrer hohen ethisch-religiösen Zielsetzung entsprechend hatte sie sexuelle Kontakte bisher abgelehnt, gleichzeitig aber doch lebhaft gewünscht; insgeheim hatte sie ihrem Verlobten seine "unmännliche Zurückhaltung" sogar schon zum Vorwurf gemacht (Anmerkung: Diese Krankengeschichte stammt aus den 50er Jahren!) Durch das bevorstehende Examen waren nun ihre neurotischen Reaktionsbereitschaften in zweifacher Hinsicht mobilisiert worden. Einmal verband sich für sie mit der Vorstellung des Examens bzw. der Prüfer die gefürchtete Autorität des Vaters, der überdies ja auch ganz real mit der Erwartung hinter ihr stand, daß sie das Examen ebenso glänzend absolvieren werde wie ihre Schulprüfungen. Ihren Leistungen nach konnte sie aber nur mit einem durchschnittlichen Ergebnis rechnen, was für sie gleichbedeutend mit einem Versagen gewesen wäre. Hinter dieser vordergründigen Problematik lag eine zweite, viel wesentlichere. Mit ihrem Verlobten war ausgemacht worden, nach dem Examen zu heiraten. Gegen diese Heirat bestanden bei ihr schwerste, zum größten Teil uneingestandene Bedenken, deren letzte Ursache in ihrer gestörten Kontaktfähigkeit, ihrer weiblichen Fehlidentifikation und vor allem in der unbewältigten zwiespältigen Vaterbindung zu sehen war. Hier mußte

die psychotherapeutische Behandlung ansetzen, die schließlich auch zum Erfolg führte.

Weitere Beispiele für neurotische Krankheitsbilder finden sich in den Kapiteln "Kindheit und Neurose" (Fallbeispiel einer Zwangsneurose, S. ###), "Die Leere der Hoffnungslosigkeit" (Fallbeispiel einer neurotischen Depression, S. ###) und in dem Vortrag über die "Midlife Crisis" (S. ###).

Erwähnt sei noch, daß man bei neueren Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland für die Neurosen eine *Häufigkeitsziffer* von ca. 10% gefunden hat (#). Das heißt, jeder zehnte Bundesbürger leidet unter einer behandlungsbedürftigen Neurose! Der Zusatz "behandlungsbedürftig" ist wichtig, weil er die noch viel häufigeren kleinen "Alltagsneurosen" ausschließt, die wir in dem durchaus *fließenden Übergang* von Gesundheit und Neurose antreffen, die aber nicht so viel Leidensdruck bereiten, bzw. Genuß- oder Leistungsfähigkeit nicht so weit einschränken, daß sie der mühevollen und kostspieligen Prozedur einer psychotherapeutischen Behandlung unterzogen werden müßten. Die **Psychotherapie** aber ist für die ausgeprägten Neurosen die angemessene und notwendige Therapieform, wobei der Psychiater in *schweren* Fällen zusätzlich Medikamente, in erster Linie Psychopharmaka, einsetzen wird (s. S. ###). Die erlebnisreaktiven Störungen

Wir kommen nun zu dem *dritten* Pfeiler in der Systematik psychischer Krankheiten, den "**erlebnisreaktiven Störungen**" oder "**abnormen Erlebnisreaktionen**", und nähern uns damit - auf dem Weg von den Psychosen und Neurosen kommend - zunehmend dem

Grenzgebiet zum Normalen. Denn es gibt ja Belastungen im Leben eines Menschen, die so massiv sind, daß eigentlich *ein jeder* auf sie mit krankhaften seelischen Symptomen reagieren würde. Man könnte sagen: Die Reaktion ist normal (z.B. Angsthaben oder Traurigkeit), die Auswirkungen aber besitzen "**Krankheitswert**", das heißt, der Betroffene leidet so massiv oder ist in seiner Leistungsfähigkeit so beeinträchtigt, daß er *behandlungsbedürftig* wird.

Unter den erlebnisreaktiven Störungen ist am häufigsten die "**Reaktive Depression**" zu finden. Sie ist eine Diagnose, die wir auch in unserer Klinik besonders oft stellen. Gemeint ist eine Depression, die *nicht* als endogen im Sinne einer affektiven Psychose und auch *nicht* als neurotisch anzusehen ist im Sinne einer neurotischen Depression, sondern die eine *Reaktion* auf massive Belastungen oder Konflikte darstellt, eine Reaktion der Seele dieses Menschen, die in der Regel sehr gut nachzuvollziehen ist. Insofern zeigt sich die Grenze zwischen "normal" und "krankhaft", wie schon erwähnt, als durchaus fließend.

Es ist sicherlich "*normal*", depressiv zu reagieren, wenn schwerwiegende *Belastungen* aufgetreten sind, wie z.B. der unerwartete Tod eines geliebten Ehepartners, der Suizid des eigenen Kindes, der Verlust des Arbeitsplatzes, die Nachricht von einer unheilbaren Krankheit oder die Konfrontation mit einer unfallbedingten körperlichen Entstellung. Von einer "abnormen Erlebnisreaktion" oder einer "**Anpassungsstörung**" sprechen wir deshalb erst dann, wenn sich *langfristig Symptome*

einstellen und die Zeit offenbar *nicht* "die Wunden heilt".

Die abnormen Erlebnisreaktionen oder "**Konfliktreaktionen**", wie sie von manchen Autoren genannt werden, sind in bezug auf ihre Entstehungsbedingungen zwischen dem Normalen und den Neurosen anzusiedeln. Das heißt, die Grenze ist nicht nur zum Gesunden hin fließend, sondern auch zum Bereich jener Störungen, die wir als Neurosen bezeichnen. Und zwar deshalb, weil die *Belastung* (z.B. eine Ehekrise) oder die *Kränkung* (z.B. eine Kündigung unter demütigenden Umständen) oder der *Verlust* (z.B. Tod der Eltern) auf ein Individuum trifft, das eine bestimmte Erbanlage und eine persönliche Biographie besitzt, also auf eine bereits geformte Persönlichkeit. Wir sprechen in diesem Zusammenhang von

"Persönlichkeitsstruktur".

Nun können Sie sich wahrscheinlich vorstellen, daß derjenige auf einen *materiellen* Verlust besonders heftig reagiert, dem Besitz und Prestige sehr am Herzen liegen, während ein anderer, eher introvertierter Mensch, der sich in seinem Leben immer mehr für Lesen und Musizieren interessierte, den materiellen Verlust (z.B. eine Enterbung) gelassener hinnehmen kann und nicht krank wird. Er aber würde vielleicht mit krankhaften Symptomen reagieren, wenn an seinem Arbeitsplatz Schwierigkeiten auftreten, z.B. weil er mit den Kunden nicht zurechtkommt oder von ihm Verkaufsstrategien verlangt werden, die er nicht vertreten kann.

Man darf also nicht sagen: Dieses oder jenes Ereignis (die Wissenschaft spricht von "") macht

krank, sondern es kommt ganz auf die **subjektive Wertigkeit** eines Ereignisses für den betroffenen Menschen an. Die Reaktion, von der wir hier sprechen, ist nicht einfach die gesetzmäßige oder "logische" Folge eines Reiz-Reaktions-Schemas, wie z.B. beim Ablauf eines **Reflexes**, sondern der Reiz trifft auf Individuen, auf *Subjekte*, und diese reagieren nach Maßgabe ihrer körperlichen und seelischen Eigenschaften auf *durchaus verschiedene* Weise. Schematisch ist dieser Unterschied zwischen Physiologie und Psychologie in den Abbildungen 4 und 5 dargestellt. Zunächst die Situation bei einem einfachen Reflex (siehe Abbildung 4): Der Reflexhammer des Neurologen (der "Reiz") trifft auf die Knie-Sehne des Patienten ("Objekt"), die auf diese Weise gedehnt wird. Daraufhin kontrahiert sich der Oberschenkelmuskel, so daß der Unterschenkel eine Bewegung nach vorn ausführt. Dieser "Patellar-Sehnen-Reflex" entspricht in der Abbildung 4 der "Reaktion A". Er ist bei allen (gesunden) Menschen in gleicher Weise vorhanden. Wenn er nicht auslösbar ist, dann liegt eine krankhafte Störung vor, z.B. auf Grund eines Bandscheibenvorfalles zwischen dem 3. und 4. Lendenwirbelkörper mit dem entsprechenden Reflexverlust.

Abb.4: Schematische Darstellung eines Reflex-Ablaufes am Beispiel des "Patellar-Sehnenreflexes" (Erklärung siehe Text).

Ganz anders erscheint die Situation, wenn es sich um die *seelische* Reaktion eines Individuums handelt, was in Abbildung 5 schematisiert wird: Ein Verlusterlebnis beispielsweise ("Reiz") trifft auf einen Menschen ("Subjekt"), der auf Grund seiner Biographie und Persönlichkeits-Struktur individuell reagiert (z.B. mit "Reaktion C"), wobei diese Reaktion in Folge aktueller Befindlichkeit und sozialer Bedingungen wiederum unterschiedlich ausfallen kann (schematisiert durch die Reaktionen C₁, C₂, C₃ in Abbildung 5).

Abb.5: Schematische Darstellung einer psychischen Reaktion (Erklärung siehe Text). Die Reaktion eines Menschen auf ein Ereignis kann nun so *überschießend*, so abnorm sein, daß wir in seiner Persönlichkeit neurotische Bereitschaften annehmen müssen, die ihn in dieser Situation krank werden lassen. Das ist gemeint, wenn wir fließende Übergänge von der abnormen Erlebnisreaktion zu den Neurosen vermuten.

Solche abnormen Erlebnisreaktionen sind ziemlich *häufig*. Oft begeben sich die Betroffenen nicht einmal in Behandlung, so daß sie in psychiatrischen Kliniken fast nie, beim Nervenarzt auch eher selten anzutreffen sind. Dagegen wenden sich diese Patienten meist an ihren *Hausarzt*, weil sie scheinbar organische Symptome entwickeln, wie Schmerzen, Bluthochdruck, Herzrasen, Schlafstörungen oder allgemeine "Nervosität". Sofern sich die Symptome durch *ambulante* Behandlung nicht

bessern lassen und die berufliche Leistungsfähigkeit dadurch erheblich gefährdet ist, leitet der Hausarzt gelegentlich eine psychosomatische Heilbehandlung ("Rehamaßnahme") ein, so daß Patienten mit dieser Diagnose häufiger in *Rehabilitationskliniken* mit psychosomatischer und psychotherapeutischer Indikation zu finden sind. Typisch für diese Krankheitsgruppe ist beispielsweise der folgende Fall, an dem auch deutlich wird, wie die *Persönlichkeitsstruktur* und die *Biographie* des Patienten wesentlich dafür verantwortlich sind, ob eine belastende Situation krankmachend wirkt oder nicht.

Ein 55-jähriger Fernmeldeingenieur kommt mit folgenden Symptomen zu einem sechswöchigen Heilverfahren in eine psychosomatische Klinik: Er leidet unter starken Kopfschmerzen, besonders bei der Arbeit, hat ausgeprägte Schlafstörungen, ist nicht mehr richtig leistungsfähig und klagt über eine allgemeine innere Unruhe. Er berichtet über Konflikte und Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, die vor allem von seinen weiblichen Mitarbeiterinnen ausgehen würden und durch die er sich seit Jahren belastet fühle.

Zur Vorgeschichte dieser Entwicklung hören wir, daß der Patient in einem harmonischen Elternhaus aufgewachsen ist. Er war der Älteste und hatte noch drei jüngere Schwestern. Sein Vater, ein Postbeamter im höheren Dienst, sorgte sich sehr um die Familie, opferte viel Zeit für seine Kinder, insbesondere für den Sohn, und zeichnete sich durch besondere Toleranz und Güte in der Familie aus, Eigenschaften eines Vaters, die damals in den dreißiger Jahren sicherlich nicht allgemein üblich waren. Die Mutter unseres Patienten, von

vier lebhaften Kindern gestreßt, erschien schon weniger ausgeglichen und neigte dazu, sehr impulsiv zu reagieren, dann auch häufig ungerrecht und aggressiv, das heißt, sie griff zum Stock und verprügelte das Kind, das sie gerade erreichen konnte. Es läßt sich denken, daß unser Patient, als Ältester und einziger Junge besonders oft dran glauben mußte. Aber diese Vorkommnisse hielten sich durchaus noch im Rahmen, so daß er seine Kindheit insgesamt nicht als belastend erlebte.

Dennoch müssen wir registrieren, daß dieser Mann in seiner Kindheit Erfahrungen machte, die zu einem sehr positiven Vaterbild und einem eher negativen Mutter- bzw. Frauenbild führten; denn die Mutter als die erste Frau im Leben eines Mannes prägt sein Frauenbild natürlich wesentlich. Dazu kam, daß die drei Schwestern, zwei, vier und fünf Jahre jünger als er, dem Bruder häufig gehörig zusetzten und sich auch so bei ihm eine gewisse Skepsis dem Weiblichen gegenüber entwickelte, was ihm allerdings gar nicht richtig bewußt war. Dies alles hatte auch keine so große Bedeutung, war nicht so gravierend, daß sich hieraus seelische Symptome oder Verhaltensstörungen entwickelt hätten. Der Patient machte sein Abitur 1958 und ging danach wie sein Vater zur Post, wo er sich im technischen Dienst in den folgenden 35 Jahren erfolgreich emporarbeitete und gutes Ansehen genoß. Auch privat kam es zu einer durchaus normalen Entwicklung. Er heiratete 34-jährig eine acht Jahre jüngere Amerikanerin, die er bei einem Elektroniklehrgang in den USA kennengelernt hatte, konnte sich in den folgenden Jahren ein kleines Einfamilienhaus am Rande einer Großstadt

bauen und führte ein zufriedenes Leben mit Frau und drei Töchtern, die 1974, 1976 und 1979 geboren wurden. Der Vater des Patienten, zu dem er auch als Erwachsener noch immer ein sehr herzliches Verhältnis gehabt hatte, starb 1990. Er erlebte dies als einen sehr schmerzlichen Verlust, wurde aber nicht depressiv. Der Vater hatte ihn gebeten, sich nach seinem Tode um die Mutter zu kümmern, und so nahm der Patient seine Mutter im Hause auf. Hierdurch wurde das Familienklima jedoch erheblich aus dem Gleichgewicht gebracht. Der Patient mußte nun fast jeden Abend, wenn er von seinem anstrengenden Dienst heimkehrte, Differenzen zwischen seiner Frau und seiner Mutter bereinigen, und auch die Töchter beschwerten sich massiv über die Großmutter, die ihnen dauernd Vorschriften machen wollte und immer noch über den Verlust ihres Mannes klagte. In der gleichen Zeit kam es in der Dienststelle unseres Patienten zu erheblichen Umstellungen im Fernmeldewesen. Er mußte sich in neue Techniken einarbeiten, die ihm von seiner Ausbildung her nicht vertraut waren, und er wurde Leiter einer Abteilung, die praktisch nur aus weiblichen Mitarbeiterinnen bestand. Auch hier hatte er sich als Vorgesetzter ständig mit den Reibereien und zwischenmenschlichen Konflikten seiner Angestellten abzugeben und mußte häufig schlichtend eingreifen.

Es läßt sich, so meine ich, gut nachvollziehen, warum dieser Mann, der zwar nicht neurotisch gestört ist, aber doch gewisse Schwierigkeiten mit "konfliktbereiten Frauen" hat, allmählich im Berufs- und Privatleben so unter Druck gerät, daß er schließlich Krankheitssymptome entwickelt, deren Ursache in der *chronischen Belastung* durch die

Auseinandersetzung mit Konflikten anderer liegt, aber auch in seiner persönlichen Schwierigkeit, damit adäquat umzugehen.

An diesem Beispiel wird erkennbar, wie die hier besprochenen *Konfliktreaktionen* deutliche Beziehungen zum *Normalen*, wie auch zum *Neurotischen* aufweisen. Daß der Patient unter den privaten und dienstlichen Belastungen leidet, daß er sich "gestreßt" fühlt, ist normal; denn das würde wohl jedem Menschen so ergehen. Die Lebenssituation unseres Patienten entspricht dennoch der Definition der Konfliktreaktion als Krankheit: Der *Konflikt* ist ein *äußerer*, der sich in der *Gegenwart* abspielt und dem Betroffenen *bewußt* ist. Er dauert schon ziemlich *lange* (mehrere Jahre) und hat bereits *Symptome* verursacht.

Aber es gibt auch einen *inneren Konflikt*, der ihm nur *vage bewußt* ist und der schon aus der *Kindheit* stammt: Er hat die Tendenz, vor aggressiven (streitenden) Frauen davonzulaufen. Das aber kann er in seiner Rolle als Vorgesetzter und als "Familienoberhaupt" real nicht tun, so daß er in dem Konflikt verbleibt und schließlich Symptome entwickelt. Mit diesen Zusammenhängen wird Neurotisches angesprochen, obwohl der Patient keine Neurose im engeren Sinne hat. Doch die Möglichkeit fließender Übergänge ist an diesem Fall von erlebnisreaktiver Störung sicherlich deutlich geworden.

Damit möchte ich zum Schluß kommen und hoffe, daß Sie durch meine Ausführungen einen gewissen *Überblick* erhalten haben über dieses umfangreiche und auch etwas komplizierte Gebiet der seelischen Krankheiten. Sie haben zunächst

eine Reihe von Begriffen kennengelernt, die leicht miteinander verwechselt werden, wie Psychiater, Psychologe, Psychotherapeut, Neurologe oder Nervenarzt.

Ich habe Ihnen dann die drei großen Gruppen psychischer Krankheiten vorgestellt, nämlich die Psychosen, die Neurosen und die erlebnisreaktiven Störungen, und gehe davon aus, daß Sie sich, mit diesem "Kompaß" versehen, etwas besser im Gestrüpp unseres Fachgebietes zurechtfinden können. Dazu nachfolgend noch ein Glossar mit den anfangs besprochenen Begriffen:

GLOSSAR * GLOSSAR * GLOSSAR *

Diplom-Psychologe ist jemand, der an einer Universität Psychologie studiert und dieses Studium mit einem Diplom abgeschlossen hat. Für eine psychotherapeutische Tätigkeit muß sich der Diplom-Psychologe als Klinischer Psychologe BDP (Bund Deutscher Psychologen) oder als Psychotherapeut BDP entsprechend weiterqualifizieren.

Facharzt für Psychotherapeutische Medizin ist eine erst 1993 vom Deutschen Ärztetag neu eingeführte Facharztbezeichnung für Ärzte, die eine umfangreiche psychotherapeutische Weiterbildung nachweisen können und vorwiegend psychotherapeutisch bzw. psychosomatisch tätig sein wollen.

Nervenarzt ist eine verkürzte Bezeichnung für den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, den es neben dem Neurologen und dem Psychiater gibt, der also beide Fächer vertritt.

Neurologe ist die Kurzbezeichnung für den Facharzt für Neurologie, der sich mit der Erkennung und Behandlung organischer Krankheiten des Nervensystems befaßt.

Neuron ist eine Bezeichnung für die Nervenzelle mit ihren Ausläufern. Es stellt den Baustein unseres Nervensystems dar.

Neurose ist eine seelisch bedingte Krankheit, die mit bestimmten seelischen Symptomen, wie Ängsten, Depressionen oder Zwängen, sowie anderen Verhaltensstörungen einhergeht, deren Ursache in der Auseinandersetzung mit einem innerseelischen Konflikt gesehen wird (*analytische* Definition) bzw. deren "Verhaltens- und Erlebnisabnormitäten" nicht psychotisch und nicht organisch bedingt sind, sondern gelernte,

fehlangepaßte Verhaltensgewohnheiten darstellen (*verhaltenstherapeutische* Definition).

Psyche ist das griechische Wort für Seele, Atem oder Windhauch.

Psychiater ist die Kurzbezeichnung für den Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie. Er befaßt sich mit der Erkennung und Behandlung seelischer Krankheiten und Verhaltensstörungen

Psychologie ist die Wissenschaft von der Seele.

Psychose bedeutet Seelen- oder Geisteskrankheit. Sie ist die allgemeinste psychiatrische Bezeichnung für viele Formen psychischen Andersseins und psychischer Krankheit, die teils durch erkennbare Organ- oder Gehirnkrankheiten hervorgerufen werden (organische, symptomatische, *exogene*, körperlich begründbare Psychosen) oder deren organische Grundlagen hypothetisch sind (#), d.h. im Stoffwechsel der Gehirnzellen vermutet werden (*endogene* Psychosen).

Psychosomatik ist ein Synonym für Psychosomatische Medizin, die sich mit den *psychischen* Einflüssen auf körperliche (*somatische*) Krankheiten oder Symptome beschäftigt, wie auch mit der Berücksichtigung psychischer Faktoren beim Umgang mit dem Patienten.

Psychotherapeut ist ein Arzt oder Diplom-Psychologe (evt. auch Diplom-Pädagoge oder Theologe), der seelische oder körperliche Krankheiten mit psychischen Methoden (wie Gespräch, Musik, Malen, Tanzen) behandelt. Er muß seine Kompetenz durch Erlernen einer wissenschaftlich anerkannten, systematischen psychotherapeutischen Methode erwerben (z.B. Psychoanalyse,

Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, Musiktherapie, Psychodrama, Gestalttherapie, Transaktionsanalyse, Katathymes Bilderleben, Konzentrierte Bewegungstherapie, Gestaltungstherapie, Kunsttherapie, Tanztherapie u.a.) und durch entsprechende Nachweise und Abschlüsse unter Beweis stellen.