

## PSYCHIATRIE HEUTE

### Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

---

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

#### DIE NEUROSEN – EINST UND HEUTE

##### **Diagnosen, Ursachen, Verlauf, Heilungsaussichten und therapeutische Möglichkeiten der häufigsten seelischen Gesundheitsstörung ohne nachweisbare körperliche Grundlage**

Der Begriff Neurose ist über 200 Jahre alt. Doch erst seit rund 100 Jahren versteht man darunter eine seelische bzw. psychosozial bedingte Gesundheitsstörung ohne nachweisbare körperliche Grundlage. Verhalten und Persönlichkeit können zwar beeinträchtigt sein, bleiben aber innerhalb sozial akzeptierter Grenzen. Das neurotische Beschwerdebild ist Folge oder gar symbolischer Ausdruck (z. B. Herzneurose) des krankmachenden seelischen Konfliktes, der aber unbewusst bleibt.

Kein Fachbegriff bzw. keine seelische Störung hat in den letzten 100 Jahren für so viel Aufsehen und Diskussionsstoff gesorgt wie die Neurosen, auch in der Allgemeinheit. Kein seelisches Leiden hat so viele Theorien und Schulen und so viele Krankheitstypen hervorgebracht wie die Neurosen.

Kein Wunder, dass es mitunter selbst den Fachleuten schwer fällt, den Überblick zu behalten. Und nun droht dem allen sogar noch das Aus, denn die modernen Klassifikationen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Psychiatrischen Amerikanischen Vereinigung (APA) rücken von den überkommenen Neurose-Konzepten ab bzw. haben gar den Begriff „Neurose“ weitgehend aus ihrem Lehrstoff gestrichen. Da aber das Krankheitsbild damit nicht verschwunden ist (im Gegenteil, die Zahl der Betroffenen nimmt eher zu), mussten neue Definitionen und Klassifikationen geschaffen werden. Jetzt, in der Übergangszeit, bestehen also Altes und Neues nebeneinander – und sorgen zumindest in der Allgemeinheit für Verwirrung.

Nachfolgend deshalb der Versuch, nur einige Begriffe, Definitionen und Klassifikationen sowie Sub-Typen mit ihren jeweiligen Ursachen, Verläufen, Be-

schwerdebildern und Heilungsaussichten andeutungsweise zu erklären, einschließlich der therapeutischen Möglichkeiten.

### **Erwähnte Fachbegriffe:**

Neurose – neurotische Entwicklung – Störung der Erlebnisverarbeitung – neurotische Krankheitszeichen – unbewusst – das Unbewusste – „unterbewusst“ – das „Unterbewusstsein“ – Fixierung – infantile Komplexe – Phobie – Entfremdungserlebnisse – Depersonalisation – Derealisation – Hypochondrie – Hysterie – neurotische Früh- oder Brückensymptome – Enuresis – Enkopresis – Anorexie – Bulimie – Emesis – Vomitus hystericus – Onychophagie – Pseudoschwachsinn – Versuchungssituation – Versagungssituation – biologische Krisenzeiten – Entwicklungsverzögerung – vegetative Labilität – funktionelle Störung – Befindlichkeitsstörung – seelisches Trauma – neurotische Abwehr – Abwehrmechanismen – Triebimpulse – Verdrängung – Verleugnung – Projektion – Verschiebung – Identifikation – Reaktionsbildung – Regression – Rationalisierung – Wendung gegen das Selbst – Sublimierung – Isolierung – Intellektualisierung – Ungeschehenmachen – Abwehr-Ritual – Spaltung – psychosoziale Abwehr – Neurosen mit typischen Symptombildungen – depressive Neurose – neurotische Depression – Zwangsneurose – Zwangsbefürchtungen – phobische Angstneurose – diffuse Angstzustände – Angstneurose – hypochondrische Neurose – hysterische Neurose – Konversionshysterie – neurotische Persönlichkeitsmerkmale – neurotische Persönlichkeitsstruktur – hysterische Persönlichkeitsstruktur – zwanghafte Persönlichkeitsstruktur – depressive Persönlichkeitsstruktur – schizoide Persönlichkeitsstruktur – tiefenpsychologische Charakterologie – Charakterstrukturen – Reaktionsbildung – verdrängter Triebwunsch – oraler Charakter – Symbiose – Askese – analer Charakter – sadistische Impulse – Pedanterie – urethraler Charakter – phallischer Charakter – narzisstischer Charakter – genitaler Charakter – Aktualneurose – Infantilneurose – Psychoneurose – Übertragungsneurose – Abwehrneurose – Organneurose – Symptomneurose – Charakterneurose – symptomlose Neurose – vegetative Neurose – psychosomatische Störungen – Belastungsstörungen – somatoforme Störungen – Agoraphobie – Platzangst – soziale Phobie – krankhafte Schüchternheit – spezifische Phobie – isolierte Phobie – Generalisierte Angststörung – Zwangsstörung – posttraumatische Belastungsreaktion – akute Krisenreaktion – Frontneurose – posttraumatische Belastungsstörung – traumatische Neurose – Randneurose – dissoziative Störung – Konversionsstörung – Konversionsneurose – hypochondrische Störung – somatoforme autonome Funktionsstörung – Herzneurose – Magenneurose – Dysthymia – ich-fremd – zwanghafte Persönlichkeitsstruktur – Zwangskrankheit – Generalisiertes Angstsyndrom – Paniksyndrom – Panikstörung – Panikattacken – Angstanfälle – Platzangst – Versagensangst – krankhaftes Lampenfieber – Erwartungsangst – Vermeidungsangst – Tierphobien – Spinnen-Phobie- symbolische Körpersprache – seelisch bedingte Bewusstseinsveränderungen – Amnesie – Erinnerungslosigkeit – Dämmerzustand –

Stupor – seelisch-körperliche Erstarrung – Trance – Vaginismus – Schmerzen beim Verkehr – Kastrationsängste – multiple Persönlichkeit – abgetrennte Persönlichkeit – Ganser-Syndrom – nicht näher bezeichnete Störung – Persönlichkeitsstörung – Verhaltensstörung – schizoide Persönlichkeitsstruktur – neurotisches Depersonalisations-Syndrom – Psychose – Geisteskrankheit

Psychotherapieformen (Achtung: nicht gesondert erklärt, nur aufgezählt!):  
Psychotherapie – zudeckende Psychotherapie – aufdeckende Psychotherapie – therapeutisches Gespräch – analytische Kurztherapie – Fokalthherapie – Psychoanalyse – Daseinsanalyse – humanistische Psychotherapie – Logotherapie – Primärtherapie – Schicksalsanalyse – psychedelische Therapie – katathymes Bilderleben – Gesprächspsychotherapie – Spieltherapie – Aktivitätstherapie – Musiktherapie – Ergotherapie – Rollenspiel – Psychodrama – Pantomime – Gestalttherapie – transaktionale Analyse – kognitive Therapie – bildnerische Verfahren – Verhaltenstherapie – systematische Desensibilisierung – Reizkonfrontation – euthyme Therapie – Training sozialer Kompetenz – Kommunikations- und Problemlöse-Training – kognitive Verfahren – operante Verfahren – Patientenratgeber – Selbsthilfe-Materialien – Entspannungsmethoden – Autogenes Training – Yoga – Jacobson – Biofeedback – Paartherapie – Familientherapie – Gruppenpsychotherapie – Soziotherapie – therapeutische Gemeinschaft – Patientenclubs

Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) – Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) – Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV) – u. a.

Kein psychiatrischer bzw. psychologischer Fachbegriff hat in den letzten Jahrzehnten für so viel Aufsehen und Diskussionsstoff gesorgt wie die **Neurosen** - auch in der Allgemeinheit. Die Literatur, selbst die populärmedizinische ist unübersehbar geworden. Kein „Seelenarzt“ oder Psychologe hat einen solchen Bekanntheitsgrad erreicht wie die Väter der Psychoanalyse, allen voran Professor Dr. Sigmund Freud und seine Schüler, die später eigene Schulen bzw. psychotherapeutische Konzepte entwickelten und entsprechende Institute gründeten.

Inzwischen aber gibt es einen Umbruch: Sowohl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) als auch die Psychiatrische Amerikanische Vereinigung (APA) mit ihrem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV) rücken von den überkommenen Neurose-Konzepten ab bzw. haben zumindest den Begriff „Neurose“ weitgehend bis völlig aus ihrem Lehrstoff gestrichen.

Doch diese Umstellung - nachvollziehbar, sinnvoll und zukunftsweisend oder nicht - braucht ihre Zeit. In den meisten Köpfen hat die Neurose noch ihren

festen Platz. Nachfolgend deshalb eine kurzgefasste Übersicht, wobei es ausgesprochen schwierig ist, aus der Vielzahl der neurosen-psychologischen Konzepte, Schulen und psychotherapeutischen Variationen zumindest einen „roten Faden“ durchzuhalten.

Doch der Versuch sei gemacht, einschließlich der derzeit tonangebenden (Übergangs-)Konzepte. Denn ob mit oder ohne die alten Theorien zu Symptomatik (Beschwerdebild), Ätiopathogenese (Krankheitsursache und -verlauf), Psychodynamik (neurosen-psychologische Aspekte zu Entstehung und Verlauf), zu Diagnose, Differentialdiagnose (was könnte es sonst noch sein?), Prävention, Therapie und Rehabilitation - eines ist sicher: Mag die Wissenschaft ihre Begriffe und Arbeitshypothesen ändern so viel sie will, es gab, gibt und wird immer neurotisch Erkrankte geben (oder wie man es bezeichnen will), die gerne wissen möchten, was sie nun eigentlich beeinträchtigt und wie man die Folgen mildern oder beheben kann.

### **Was heißt Neurose?**

Der **Begriff Neurose** ist alt und bezog sich vor über 200 Jahren eigentlich auf jede Erkrankung des Nervensystems ohne nachweisbare Ursache. Erst im 19. Jahrhundert bezeichnete man damit eine Organstörung ohne nachweisbaren krankhaften Befund (z. B. Herz oder Magen). Professor Dr. Sigmund Freud schließlich führte jene Definitionen ein, die im letzten, also 20. Jahrhundert dominierten (siehe später).

### **Was versteht man unter einer Neurose?**

Unter einer Neurose versteht man eine seelische bzw. psychosozial bedingte Gesundheitsstörung ohne nachweisbare organische (körperliche) Grundlage.

Es handelt sich also um eine krankhafte Störung der Erlebnisverarbeitung. Oder etwas ausführlicher: Es gab bzw. gibt offenbar in diesem Leben bisher nicht gelöste Konflikte (die bis in die Kindheit zurückreichen können), die später wieder zum Problem werden und sich in seelischen, psychosozialen oder körperlichen (dann meist psychosomatischen) Krankheitszeichen äußern.

Das Verhalten des Betroffenen kann zwar stark beeinträchtigt sein, bleibt aber im Allgemeinen innerhalb sozial akzeptierter Grenzen. Auch die Persönlichkeit bleibt erhalten (was nicht bei jeder seelischen Störung zu erwarten ist, man denke nur an die Schizophrenien).

Wichtig: Die neurotischen Krankheitszeichen sind unmittelbare Folge oder sogar symbolischer Ausdruck (z. B. Herzneurose) des krankmachenden seelischen Konfliktes, der aber unbewusst bleibt.

## Was heißt unbewusst?

Unter **unbewusst** bzw. **dem Unbewussten** versteht man seelische Vorgänge, die ablaufen, ohne dass man direkte Kenntnis von ihnen hat bzw. ohne dass man sie in voller Bewusstseinschelle registriert und kritisch hinterdenkt. Beispiele: Wunschvorstellungen, bedürfnisgesteuerte Motivationen, Einstellungen u. a.

In der Psychoanalyse versteht man unter dem Unbewussten ein eigenständiges System verdrängter Triebansprüche und Komplexe (aus konflikthaften Situationen entstandene, später weitgehend verdrängte Vorstellungen), deren blockierte Inhalte krankheitserzeugend und krankheitsunterhaltend wirken können (z. B. bei neurotischen Entwicklungen oder psychosomatischen Krankheiten).

**Falsch** sind die leider häufig zu hörenden Begriffe „unterbewusst“ oder das „Unterbewusstsein“, die es nicht gibt, auch wenn sie noch so häufig in Laienkreisen, mitunter sogar (peinlich entlarvend) in Fachkreisen zu hören sind.

Bei den Neurosen handelt es sich also - wie bereits erwähnt - häufig um misslungene Verarbeitungs- und Lösungsversuche unbewusster Konflikte, die bis in die Kindheit zurückreichen können (aber nicht müssen) und die durch eine bestimmte auslösende Situation wieder aktiviert werden.

## Zur Definition der Neurosen

Aufgrund der vielfältigen Theorien und Konzepte lässt sich jedoch keine einheitliche **Definition** geben, die für alle verbindlich wäre. Im Gegenteil, es irritiert letztlich eine Vielzahl von Definitions-Vorschläge, je nach Beschwerdebild, Ursache und Verlauf sowie eine z. T. verwirrende Einteilung je nach akademischer Schulrichtung.

Das hat letztlich auch dazu geführt, dass der Begriff „Neurose“ in den neuen, weltweit tonangebenden Klassifikationen bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nur noch angedeutet sowie bei der Psychiatrischen Amerikanischen Vereinigung (APA) völlig gestrichen bzw. durch andere Begriffe ersetzt wurde.

## Wie häufig sind Neurosen?

Funktionelle oder Befindlichkeitsstörungen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen sind die häufigsten seelischen Leiden in unserer Zeit und Gesellschaft. Je nach Untersuchungsansatz gibt es verschiedene Zahlen (10-20% in der Bevölkerung, 10-30% in der Praxis des Allgemeinarztes, 40-50% beim Internisten, ja, im Laufe des gesamten Lebens irgendwie fast bei jedem Menschen?), von denen man eigentlich nur eines sagen kann: Diese psychogenen (rein seelisch ausgelösten und unterhaltenen) Störungen machen einen Großteil der psychisch erkrankten Bevölkerung aus.

Mit anderen Worten: Allein im deutschsprachigen Bereich handelt es sich wahrscheinlich um eine **zweistellige Millionenzahl**, die dazu noch ständig wächst.

Das **weibliche Geschlecht** scheint - zumindest bei der Mehrzahl dieser psychogenen Störungen (Neurosen und psychosomatische Krankheiten) - überrepräsentiert.

Am häufigsten findet man Neurosen zwischen dem **20. und 50. Lebensjahr** mit einem Gipfel im dritten Lebensjahrzehnt.

Schwerpunkte nach **Sozialschicht** scheinen nicht zu bestehen, auch wenn - erwartungsgemäß - die Ober- und Mittelschicht eher in Behandlung und damit statistisch erfassbar ist.

Dafür wird immer deutlicher: Eine **erbliche Komponente** ist vor allem bei den Neurosen nicht auszuschließen (in Zwillings- und Adoptivstudien inzwischen sogar nachgewiesen, siehe später).

### **Was macht eine Neurose zur Neurose?**

Von einer Neurose sollte man nur sprechen, wenn folgende **Bedingungen** gegeben sind:

- Die Beschwerden oder Störungen beziehen sich sowohl in ihrem zeitlichen Auftreten als auch in ihrem verschlüsselten Beschwerdebild auf eine innere Konfliktsituation. Diese ist im Wesentlichen unbewusst, d. h. sie kann nicht ohne weiteres durchschaut werden.
- Neurotisch Erkrankte sind in ihrer Einstellung verstimmbar, selbstunsicher, ängstlich und gehemmt. Charakteristisch ist ihre konflikthafte und ambivalente (unschlüssige, von widerstrebenden Gefühlen belastete) Einstellung zu anderen Menschen.

- Bei neurotisch Erkrankten lässt sich eine Fixierung (Verhaftung an eine einmal genommene Gewohnheit oder Einstellung) auf bestimmte infantile (kindliche) Komplexe feststellen (siehe oben). Diese Fixierung verhindert die Entwicklung elementarer Lebensbereiche, z. B. leibliche und sexuelle Selbstbejahung, zärtliche oder auch aggressive Spontaneität, Hingabefähigkeit u. a.
  
- Zur Neurose gehören bestimmte Krankheitszeichen:
  - Zwänge (siehe das entsprechende Kapitel),
  - phobische (zwanghafte, umschriebene) Ängste (siehe das entsprechende Kapitel über Angststörungen),
  - Verstimmungszustände,
  - Entfremdungserlebnisse (Depersonalisation: „ich bin nicht mehr ich“; Derealisation: „alles so sonderbar um mich herum“),
  - Hypochondrie (nicht begründbare, ängstliche Befürchtung oder Vermutung, krank zu sein oder krank zu werden),
  - hysterische Reaktionen (vielfältige körperliche Beeinträchtigungen ohne organische Grundlage, z. B. Gehstörungen, Bewegungsstörungen, Starrheit, Schwäche, Lähmungen, Gefühlsstörungen, Ausfall der Sinnesorgane),
  - diffuse, sogenannte frei flottierende Angstzustände u. a.

Bedeutsam sind auch sogenannte **neurotische Früh- oder Brückensymptome** im Kindes- und Jugendalter: Einnässen (Enuresis), Einkoten (Enkopresis), Ess-Störungen (Anorexie, Bulimie), Erbrechen (Emesis, Vomitus hystericus), seelisch bedingte Herz- und Atembeschwerden, Ängstlichkeit, Gehemmtheit, Unsicherheit, Unfähigkeitsgefühle, überdurchschnittliches Anlehnungsbedürfnis, Zwänge, Phobien (Zwangsbefürchtungen), Stottern, Nägel kauen (Onychophagie), Aggressivität, Fortlaufen, Schulschwänzen, krankhafte Überangepasstheit (Mutterkind, Musterkind), sogenannter Pseudoschwachsinn u. a.

### **Was kann zu einer Neurose führen?**

Zu einer Neurose führen verschiedene **Ursachen** unterschiedlicher Ausprägung und gegenseitiger Einflussnahme:

- **Vererbte Bereitschaften:** Dazu gehören Temperamentsanlage, hochgradige Empfindlichkeit, ausgeprägte Triebhaftigkeit, stärkere Antriebsschwäche usw.
  
- **Ungünstige Umwelteinflüsse:** überstarke Bindung an einen Elternteil, mangelhafte Zuneigung durch die Umwelt, Einschüchterung, Entmutigung,

Hemmungen, mangelnde Lernerfahrung, ungünstige Gesamtentwicklung u. a.

- **Charakteristische Einstellungen:** z. B. Neigung sich schnell zurückzuziehen bzw. bestimmte Regungen zu verdrängen, die beispielsweise mit dem Erziehungsideal nicht übereinstimmen (Keuschheit, Sauberkeit, Gehorsam usw.).
- **Akute Belastungen:** Dazu zählen spezielle Versuchungs- und Versagungssituationen, wie dies in Fachkreisen bezeichnet wird (Versuchung ist klar, Versagung hat nichts mit Versagen zu tun, sondern heißt, dass hier etwas vorenthalten wird, was später nicht ohne psychosoziale Konsequenzen bleibt).
- Zu den Belastungen gehören aber auch **biologische Krisenzeiten** wie Pubertät, Nachpubertät, Wechseljahre, Rückbildungsalter u. a.
- **Weitere Aspekte** sind konstitutionelle Faktoren, also letztlich erblich bedingte sowie seelische und/oder körperliche Retardierungen (Entwicklungsverzögerungen), Neigung zu vegetativer Labilität (sogenannte funktionelle oder Befindlichkeitsstörungen) sowie psychosomatisch interpretierbare Beschwerden.

### **Wann bricht eine Neurose aus, wann nicht?**

Ob eine Neurose ausbricht oder nicht, hängt von der individuellen Konstellation ab. Meist handelt es sich um ein **Summationsphänomen** bzw. Ergänzungsverhältnis von angeborenen und zufälligen, von endogenen (biologisch begründbaren) und exogenen (äußeren) Faktoren, z. B. psychogene Belastungen in Partnerschaft, Familie, Beruf usw.

Die lange dominierende Vorstellung, dass ein **einmaliges Ereignis** in früher Kindheit (z. B. ein seelisches Trauma, also eine psychische Verwundung) für die spätere neurotische Entwicklung bestimmend sein müsse, wurde schon bald als nicht stichhaltig erkannt. Wichtiger erscheinen länger einwirkende Umwelteinflüsse, beispielsweise das Verhältnis zu Eltern, Geschwistern, weiteren Bezugspersonen (Angehörige, Lehrer, Freunde), ferner (Ehe-)Partner sowie die Frage „Erfolg oder Misserfolg im Beruf“ u. a.

### **Neurotische Abwehr und Abwehrmechanismen**



Das psychologische Konzept einer Neurose zu erläutern ist - wie mehrfach angedeutet - schon deshalb nicht mit einer einheitlichen Erklärung möglich, weil jede der inzwischen zahlreichen neurosenpsychologischen Schulen und Psychotherapie-Richtungen ihre eigenen Konzepte erarbeitet, erläutert, gelehrt und diagnostisch und therapeutisch praktiziert haben.

Ein Begriff aber findet sich bei den meisten, nämlich der der **Abwehr** bzw. der **Abwehrmechanismen**. Was versteht man darunter?

Bei der Entstehung einer Neurose (und übrigens auch bei den psychosomatischen Störungen) spielen auf der einen Seite bestimmte Triebimpulse, auf der anderen Abwehrvorgänge eine Rolle, die diese Triebimpulse neutralisieren sollen. Abwehr heißt also die Gesamtheit der unbewussten psychischen Vorgänge, die vor gefürchteten oder verpönten Triebimpulsen oder Affekten (Stimmungen, Befindlichkeiten) schützen sollen. Im Grunde kann jedes psychische Verhalten zu Abwehrzwecken eingesetzt werden. Einige aber spielen eine besondere Rolle, werden immer wieder angeführt und sind auch von Nicht-Experten im Allgemeinen gut verstehbar. Im Einzelnen:

- **Verdrängung:** Versuch, unangenehme, peinliche oder sonst irritierende Impulse, Erfahrungen oder Erlebnisse, die von innen kommen, nicht in das Bewusstsein vorzulassen, gleichsam ins Unbewusste abzudrängen. Der Betreffende will nicht wahr haben, was sich da Unangenehmes abzeichnet („was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß“). Doch aus dem Bewusstsein verdrängt und in das Unbewusste abgeschoben heißt noch lange nicht, dass es damit neutralisiert wäre. Im Gegenteil: Das Verdrängte bleibt auch aus dem Unbewussten heraus wirksam und der Betroffene wundert sich, mit was er alles zu kämpfen hat (siehe Beschwerdebild), ohne dass ihm so recht deutlich wird, warum.
- **Verleugnung:** Hier handelt es sich um eine Zurückweisung schambesetzter, unangenehmer Aspekte von außen, aus der Realität, also zwischenmenschlich (Stichwort: „Es kann nicht sein, was nicht sein darf“).
- **Projektion:** Verlagerung eines gefürchteten, peinlichen oder unangenehmen Triebimpulses in die Außenwelt, in eine Person oder einen Gegenstand. D. h. eigene Konflikte, Wünsche oder Triebregungen werden nach außen verschoben (projiziert) - und dort auch noch kritisiert oder gar bekämpft, ohne zu wissen, dass man eigentlich selber gemeint ist.
- **Verschiebung:** Konflikthaft erlebte Gefühle, Impulse oder Aggressionen gegenüber einer bestimmten Person, gegen die man sich nicht „getraut“ entsprechend aufzutreten, werden auf andere Personen oder Gegenstände verschoben.

- **Identifikation:** Bestimmte Bestrebungen, Charakteristika, Persönlichkeitseigenschaften oder Ziele anderer Personen werden in das sogenannte eigene Selbst (also die Gesamtheit des Seelischen in einem Menschen) integriert und damit sich selber zu eigen gemacht.
- **Reaktionsbildung:** Verkehrung ins Gegenteil, z. B. besonders freundliche und zuvorkommende Behandlung eines ungeliebten oder verachteten Menschen.
- **Regression:** Wiederbelebung von früheren Verhaltensweisen und damit Rückzug - real oder phantasiert - in frühere Zeiten, wo es harmonischer, vertrauter, gemütvoller u. ä. zugegangen sein soll. Häufiger Abwehrmechanismus bei Kränkungen, Zurückweisungen u. a.
- **Rationalisierung:** Der Versuch, einem abgewehrten Beweggrund (aus welchem Motiv heraus auch immer: Scham, Furcht, Schuldgefühle u a.) eine moralisch akzeptable Lösung zu geben.
- **Wendung gegen das Selbst:** Bestimmte Triebimpulse (z. B. Wut oder Hass) werden gegen die eigene Person gewendet.
- **Sublimierung:** Triebimpulse, z. B. sexueller Natur, werden umgewandelt (sublimiert = „verfeinert“) in sozial, kulturell oder moralisch höher oder hoch bewertete, zumindest aber tragbare Formen dieser Aktivität. Eine Art Ersatzbetätigung, um diese Triebimpulse doch noch irgendwie vertretbar ausleben zu können.
- **Isolierung:** Trennung von Inhalt und begleitenden Gefühlen. Damit werden bestimmte Gedanken von anderen Gedankenverknüpfungen isoliert und damit „unschädlich“ gemacht.
- **Intellektualisierung:** Verlagerung gefürchteter Impulse aus dem Gemütsbereich in rein geistige (intellektuell-theoretische) Sphären.
- **Ungeschehenmachen:** Ein oft magisch wirkendes Abwehr-Ritual, das den auslösenden Konflikt nicht mehr erkennbar macht oder konkret: Beseitigung vorangegangener Gedanken oder Handlungen durch neue Gedanken und Handlungen, die zudem noch oft gegenteilige Bedeutung haben.

- **Spaltung:** Trennung von „total guten“ und „total bösen“ Aspekten, seien es Personen, Gegenstände, Situationen usw.
- **Psychosoziale Abwehr:** Handlungen, zu denen andere angeregt (oder besser angestiftet) werden, zu denen man sich selber nicht getraut und damit irgendwie entlastet. In extremen Fällen wird der „Stellvertreter“ dann auch noch vom „Anstifter“ bestraft.

### **Gibt es Abwehrmechanismen nur bei neurotisch Erkrankten?**

Bei allem sollte man aber nicht vergessen, dass im Grunde jede gesunde Person bestimmte Abwehrmechanismen kennt und auch täglich einsetzt, um ihr seelisches Gleichgewicht auszusteuern.

Der Unterschied zum neurotisch Erkrankten liegt lediglich im Übermaß der Verwendung von Abwehrmechanismen. Auch findet man bei Neurose-Kranken eine Bevorzugung bestimmter Abwehrmechanismen, je nach Neurose-Typ (siehe unten).

### **Wie wurden Neurosen früher eingeteilt?**

Durch die Vielzahl der neurosen-psychologischen und psychotherapeutischen Theorien, Konzepte und Klassifikationen war schon bald eine lückenlose Übersicht fast nicht mehr möglich. Dies hat sich bis zum Ende des 20. Jahrhunderts noch verdichtet. Und das war wahrscheinlich auch ein Teil-Grund, weshalb die weltweit tonangebenden Institutionen, nämlich die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schließlich völlig neue Wege beschritten (siehe später). Trotzdem nachfolgend einige früher gängige Neurose-Typen bzw. -Diagnosen, wie sie am häufigsten im Alltag von Klinik und Praxis verwendet wurden. Dabei muss man zwei Bereiche unterscheiden, zum einen

- **Neurosen mit typischen Symptombildungen:** Dazu gehören beispielsweise neurotische Entwicklungen, bei denen Verstimmungen dominieren (Fachbegriff: depressive Neurose, neurotische Depression), oder Zwänge (Zwangsneurose), oder Zwangsbefürchtungen, auch Phobien genannt (phobische Angstneurose), oder diffuse Angstzustände (Angstneurose). Oder es überwiegt das Gefühl der Entfremdung (Depersonalisations- und Derealisations-Syndrome), der Hypochondrie (hypochondrische neurotische Entwicklung) bzw. Hysterie (hysterische Neurose, Konversionshysterie) u. a.

- Der zweite Bereich ist das, was man eine **neurotische Persönlichkeitsstruktur** nennt. Entscheidend sind dabei sogenannte Persönlichkeitsmerkmale, also dauerhafte Strukturen der Wahrnehmung, Beziehung und Einstellung zur Umwelt und zur eigenen Person. Sie zeigen sich im Rahmen vielfältiger sozialer und persönlicher Beziehungen.

Wenn sich solche Persönlichkeitsmerkmale jedoch als besonders starr und schlecht angepasst erweisen und zu erheblichen Funktionsbeeinträchtigungen im zwischenmenschlichen oder beruflichen Bereich führen und sich vor allem durch psychotherapeutische Maßnahmen kaum ausreichend lindern lassen, dann spricht man eher von Persönlichkeitsstörungen.

Was gibt es nun für neurotische Persönlichkeitsstrukturen?

### Neurotische Persönlichkeitsstrukturen

Bei den **neurotischen Persönlichkeitsstrukturen** dominieren vor allem typische Einstellungen und Fehlhaltungen gegenüber der eigenen Person bzw. der Umwelt sowie Charakterdeformierungen, die schließlich zu einem neurotischen Krankheitsbild werden (siehe oben): hysterische, zwanghafte, depressive oder schizoide Persönlichkeitsstruktur im Rahmen einer neurotischen Entwicklung.

Schließlich wurden im Rahmen der tiefenpsychologischen Charakterologie bestimmte Persönlichkeitszüge abgegrenzt, die allerdings eher als fließende Übergänge denn als dynamischer Entwicklungsprozess interpretiert werden sollten. Solche Charakterstrukturen sind (vor allem in Anlehnung an Sigmund Freud) beispielsweise folgende neurotischen Strukturen, bei denen gleichzeitig auch verschiedene Reaktionsmöglichkeiten gegeben sind:

- Zum einen die sogenannte **Sublimierung**, also die unbewusste Umwandlung (sexueller) Triebenergie in eine Aktivität mit psychisch verwandten sozialen, künstlerischen, literarischen, wissenschaftlichen u. a. kreativen Zielen.
- Zum anderen die erwähnte **Reaktionsbildung**, ein wichtiger seelischer Abwehrmechanismus, bei dem Interessen und Verhaltensweisen entwickelt werden, die einem verdrängten Triebwunsch entgegengesetzt sind (siehe oben). Beispiele: übermäßige Pflege für jemand, den man eigentlich hasst; Ekel-Entwicklung anstelle sexueller Wünsche; extremes Schamgefühl statt exhibitionistischer Neigungen (z. B. Entblößungen) u. a.

Im Einzelnen:

**Orales Charakter:** Gier nach Speisen und Menschen; Abhängigkeit von anderen; Tendenz zu symbiotischen Bezügen (Symbiose = überenge zwischenmenschliche Beziehung) und Identifikationen (siehe Abwehrmechanismen).

- Sublimierung: Feinschmecker, Redner.

- Reaktionsbildung: Askese, Ungeselligkeit.

**Anales Charakter:** Neigung zu Wutausbrüchen, sadistische Impulse, Ärger, Hass, Rachsucht.

- Reaktionsbildung: Ordnungsliebe (Pedanterie), Sparsamkeit (Geiz), Eigensinn (Intoleranz).

**Urethraler Charakter:** Ehrgeiz, Herrschsucht, Rivalität.

**Phallischer Charakter:** bei Frauen Neid, Rivalität, Minderwertigkeitsgefühle gegenüber Männern. Unzufriedenheit mit der eigenen Geschlechtsrolle. Aggressivität, Wünsche, andere zu dominieren.

**Narzisstischer Charakter:** Selbstliebe, Selbstverherrlichung, Wunsch nach passivem Geliebtwerden. Kühle Menschen, die sich als unwiderstehlich erleben.

- Sublimierung: Schauspieler, Führernaturen, die andere beeinflussen können.

**Genitaler Charakter:** reife, liebevolle, freundliche, kontaktbereite Menschen.

Die neurotischen Persönlichkeitsstrukturen imponieren auf den ersten Blick sehr „anwendungs-freundlich“, was natürlich gerne zu Missbrauch verleitet, besonders ohne entsprechende Ausbildung. Das war schon früher ein Teil der Kritik, die auch bei anderen Ansätzen durchaus etwas für sich hat. Heute wird diese Form der tiefenpsychologischen Charakterologie sehr viel zurückhaltender beurteilt und vor allem eingesetzt und mehr und mehr historisch gesehen.

### **Weitere frühere Einteilungsmöglichkeiten**

Was gibt bzw. gab es im Rahmen der Neurosen-Klassifikation früher noch für Einteilungsvorschläge?

Um nur einen kleinen Teil zu skizzieren, sei noch auf folgende Begriffe mit kurzer Erläuterung hingewiesen:

**Aktualneurose:** Neurotische Störung, der beispielsweise keine kindliche Triebstörung oder mangelhafte Zuwendung im Kindesalter zugrunde liegt und die erst im Erwachsenenalter in Folge einer belastenden Umweltsituation, also aus aktueller Situation heraus entsteht. Allerdings finden sich auch hier häufig neurotische Früh- oder Brückensymptome (siehe oben).

**Infantilneurose:** Neurose, die auf Störungen in der frühen Kindheit zurückgeht (infantil = kindlich). Je nach Psychodynamik der Entstehung bzw. nach Beschwerdebild zählt man dazu die Psychoneurosen und die Organneurosen.

**Psychoneurosen** entstehen entweder durch einen ungelösten frühkindlichen Triebkonflikt (Übertragungsneurosen bzw. Abwehrneurosen - siehe unten) oder aber durch eine mangelnde (seltener auch übermäßige) Zuwendung an gefühlsmäßiger Wärme und Stimulation in der frühen Kindheit (auch als narzisstische Neurosen bezeichnet). - Zu den Organneurosen siehe unten.

Die **Übertragungs-** bzw. **Abwehrneurosen** wurden wiederum in Symptomneurosen und Charakterneurosen aufgeteilt:

**Symptomneurosen** sind - wie erwähnt - vor allem durch bestimmte dominierende Krankheitszeichen charakterisiert, also die oben dargelegten depressiven, Zwangs-, Angst- und hysterischen Neurosen.

Die **Charakterneurosen** sind dadurch gekennzeichnet, dass Triebregungen und entsprechende Wunschphantasien mehr oder weniger integriert bleiben („symptomlose Neurosen“). Dafür kommt es hier zu wiederholtem Fehlverhalten („charakterliches Defizit“).

Die **Organneurosen** (auch vegetative Neurosen genannt) „befallen“ ein Organ oder Organsystem und führen damit zu Funktionsstörungen von Herz (Herzneurose), Magen-Darm, Lungenfunktion, Wirbelsäule und Gelenke u. a. Hier kann es dann zu fließenden Übergängen zu psychosomatischen Störungen bzw. Krankheiten kommen (psychosomatisch = unverarbeitete seelischen Störungen äußern sich körperlich).

**Wie teilt man neurotische Störungen heute ein?**

Nachdem man schon früher nicht behaupten konnte, die Neurosen seien nach einem klaren, nachvollziehbaren, übersichtlichen und für den Alltag in Klinik und Praxis benutzerfreundlichen Konzept gegliedert, muss man leider zugeben, dass auch die neuen Klassifikationen von ICD-10 und DSM-IV diesbezüglich nicht viel einfacher, praxisbezogener und damit fortschrittlicher geraten sind. Es wird auch hier seine Zeit brauchen, bis sich ein tragbarer Kompromiss aus Wissenschaft und Praxisalltag herausgebildet hat.

- Die **Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)** der Weltgesundheitsorganisation (WHO) kennt ein eigenes Kapitel mit der Überschrift: Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen. Dort findet man
  - die phobischen Störungen: Zwangsbefürchtungen wie Agoraphobie = Platzangst, soziale Phobie = krankhafte Schüchternheit, spezifische (isolierte) Phobien gegenüber Tieren, engen Räumen u. a.
  - die anderen Angststörungen wie Panikattacken und die Generalisierte Angststörung (die frühere Angstneurose)
  - die Zwangsstörung (früher Zwangsneurose)
  - die posttraumatischen Belastungsreaktionen (früher akute Krisenreaktion oder Frontneurose), bei längerfristiger Erkrankung als posttraumatische Belastungsstörung bezeichnet (früher traumatische oder Randneurose)
  - die dissoziativen Störungen, auch Konversionsstörungen genannt (früher als Konversionsneurose bezeichnet, da Seelisches sich in körperliche Funktionsstörungen umwandelt und deshalb auch hysterische Neurose genannt)
  - die hypochondrische Störung (früher hypochondrische Neurose)
  - die somatoformen autonomen Funktionsstörungen (früher Herzneurose, Magen-neurose u. a.)
  - die Dysthymia (früher depressive Neurose oder neurotische Depression) u. a.
- Ähnlich teilt auch die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) mit ihrem **Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)** die einstigen Neurosen ein. Dabei verzichten wir aber auf eine detaillierte Darstellung, zumal sich beide Klassifikationen im Laufe der Zeit annähern dürften, um schließlich in ein weltweites einheitliches Klassifikationssystem zu münden. Das wäre zu wünschen, denn die Einteilung ist - wie man sieht - noch immer nicht ohne gewisse Mühe zu durchschauen,

besonders wenn man noch die alten, gängigen Begriffe zum besseren Verständnis mit einbezieht.

## **Die häufigsten Neurose-Typen heute (Übersicht)**

Nachfolgend deshalb wenigstens einige stichwortartige Hinweise auf die derzeit am häufigsten diagnostizierten neurotischen Störungen mit den alten und neuen Fachbegriffen, mit Häufigkeitsangaben, Beschwerdebild, Verlauf, Heilungsaussichten und Therapie - und zwar in der für Klinik und Praxis derzeit tonangebenden Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10 der WHO).

- **Neurotische Depression/depressive Neurose** (heute als **Dysthymia** bezeichnet)

Die neurotische Depression beruht auf einer depressiven Persönlichkeitsstruktur, die das Erleben und Verhalten bestimmt. Wahrscheinlich häufigste Neurosenform (5-7% der Allgemeinbevölkerung?). Meist im mittleren Lebensalter, Frauen öfter betroffen.

*Beschwerdebild:* depressive Verstimmung, Minderwertigkeitsgefühle, Hemmungen, Gefühl von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, Angst (z. B. vor Verlassenwerden, Trennung, Ablehnung), Leistungseinbruch, vegetative Beeinträchtigungen (müde, abgeschlagen), Selbsttötungsgefahr weniger ausgeprägt, aber dafür mittel- bis längerfristig.

Neigung zu wellenförmigem Verlauf mit Rückfall- und später Chronifizierungsgefahr.

Verschiedene Psychotherapie-Formen erfolgreich, zeitweise unterstützt durch (in der Regel antidepressiv wirkende) Psychopharmaka.

- **Zwangsneurose** (heute als **Zwangsstörung** bezeichnet)

Gepeinigt durch sich ständig aufdrängende Zwangsvorstellungen, Zwangsgedanken, Zwangshandlungen, die zwar als unsinnig und vor allem nicht zur eigenen Persönlichkeit (ich-fremd) gehörig empfunden werden, aber man ist machtlos gegen sie. Häufig bei Menschen mit schon vorbestehender zwanghafter Persönlichkeitsstruktur: Neigung zu Kontrolle, (Über-)Genauigkeit, Perfektionismus, Absicherungstendenzen, Angst vor Wechsel, Streben nach Dauer und Sicherheit. Als *Zwangskrankheit* wird eine besonders schwere und langdauernde Verlaufsform der Zwangsneurose/Zwangsstörung bezeichnet.



In der Bevölkerung zwischen 1-3%, Tendenz steigend; keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

*Beschwerdebild:* Zwangsgedanken und -vorstellungen, Zwangshandlungen (z. B. Kontroll- oder Waschzwang), bei deren willentliche Unterlassung mit heftigen Angstzuständen „bezahlt“ werden muss, deshalb die Neigung, lieber den Zwängen nachzugeben als sich ständig Angstzuständen ausgeliefert zu sehen. Gilt als „heimliche Krankheit“, da besonders scham-besetzt und eine zeitlang gut zu tarnen, bis es schließlich zu ausgeprägten Beeinträchtigungen auch am Arbeitsplatz, im Freundes- und Bekanntenkreis kommt.

Häufiger Beginn schon in der Kindheit, Neigung zu langfristigem Verlauf.

Je früher die Psychotherapie, desto günstiger. Früher vor allem analytische Psychotherapie, heute eher Verhaltenstherapie, anschließend stützende Psychotherapie und nicht selten alles kombiniert mit bestimmten antidepressiven Psychopharmaka.

- **Angstneurose** (heute als **Angststörung** bezeichnet)

Früher diagnostizierte man vor allem die Angstneurose sowie phobische Ängste (siehe später). Heute unterteilt man die Angststörungen in das Generalisierte Angstsyndrom (die frühere Angstneurose) und die immer häufiger werdenden Panikattacken. Im Einzelnen:

- **Generalisiertes Angstsyndrom** (Generalisierte Angststörung): dauerhafte, d. h. mittel- bis längerfristige und vor allem unangemessene exzessive Befürchtungen, Grübeleien oder Sorgen um ein oder mehrere Lebensbereiche (z. B. Arbeit, Finanzen, Partnerschaft, Kinder oder „allgemeingrüblerisch“). Diese ständige Sorgenbereitschaft ist nicht zu kontrollieren bzw. einzudämmen. Typisch sind ständig erhöhte Anspannung, Nervosität, Erregung, Überwachheit und zahlreiche vegetative Beschwerden.

- **Paniksyndrom** (Panikstörung, Panikattacken, Angstanfälle): früher ein Massenphänomen (z. B. Erdbeben, Großbrand), nach heutiger Definition ein plötzlicher, meist „spontaner“, vor allem aber schwerer Angstanfall ohne äußerlichen Anlass oder nachvollziehbare Ursache mit einer Vielzahl quälender körperlicher und seelischer Symptome sowie dem Gefühl extremer Gefahr - ohne realen Hintergrund. Ausgeprägtes Beschwerdebild und später zunehmend eine Erwartungsangst (Angst vor der Angst).

Angststörungen im Sinne von Generalisiertem Angstsyndrom und Panikattacken sollen 5-10% der Bevölkerung beeinträchtigen, Frauen mehr als Männer.

Häufigkeitsgipfel in den „besten Lebensjahren“, unbehandelt Neigung zu Rückfall- und Chronifizierungsgefahr. Vorsicht vor Suchtentwicklung (ver zweifelte Selbstbehandlungsversuche mit Alkohol und/oder Medikamenten ohne ärztliche Kontrolle). Im Laufe der Zeit depressive Begleitver Stimmung, die zu einer (offenbar immer häufiger drohenden) kombinierten Angst-Depression werden kann.

Therapeutisch möglichst früh Psychotherapie (z. B. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie) sowie bestimmte Psychopharmaka, vor allem bei den Panik-attacken (Antidepressiva, nicht-süchtig machende Anxiolytika, zeitlich be-grenzt Beruhigungsmittel-Tropfen).

- **Phobien/Zwangsbefürchtungen** (heute **phobische Störungen** genannt)

Krankhafte Befürchtungen, die sich angesichts bestimmter Situationen oder Objekte aufdrängen, obwohl sie nicht selbstverständlich und für jedermann zu rechtfertigen sind. Phobien unterscheiden sich von den anderen Angst-störungen durch eine zwingende Übermacht der krankhaften Befürchtung, eine völlige, teilweise oder zeitweilige intellektuelle Einsicht in ihre Unbe-gründetheit und einen inneren Widerstand dagegen. Man unterscheidet

- **Agoraphobien:** früher für die „Platzangst“ verwendet, heute vor allem die Furcht und damit das Vermeiden von Situationen, in denen es besonders wahrscheinlich, unangenehm oder gefährlich sein könnte, einen Angstanfall zu bekommen. Auslöser sind deshalb nicht selten entsprechend individuell furcht-besetzte Situationen. Dazu die Angst vor der Angst (Erwartungsangst) bzw. ihre Konsequenzen (Vermeidungsverhalten). Mitunter kombiniert mit Panikattacken. Beispiele: Angst vor weiten Plätzen, Alleen, Straßen, (leeren) Sälen und Räumen, vor Kino, Theater, Sportplatz (Bevorzugung „fluchtgesicherter“ Eckplätze), vor engen Räumen generell, vor allem Tunnel, Duschkabinen, Auto, Friseurstuhl, Tiefgaragen, Fahrstühle, aber auch Menschenmengen in jeder Form, z. B. in Kaufhäusern, Supermärkten, Warteschlangen, öffentlichen Verkehrsmitteln u. a.

- **Soziale Phobien:** krankhafte Angst vor anderen Menschen, früher als „Versagensangst“ oder „krankhaftes Lampenfieber“ bezeichnet. Auslöser sind meist zwischenmenschliche Situationen, und zwar nicht nur öffentliches Auftreten und Sprechen, Feste, Veranstaltungen, sondern auch alltägliche Kontakte im kleinen Rahmen. Besonders beeinträchtigend: Furcht vor der Bewertung durch andere, d. h. Angst zu versagen, sich lächerlich zu machen oder durch ungeschicktes Verhalten gedemütigt zu werden. Dadurch auch hier ausgeprägte Erwartungsangst, Vermeidungs- und Rückzugstendenzen mit Isolationsgefahr.

- **Spezifische (isolierte) Phobien:** dauerhafte, unangemessen und exzessive Furcht vor bestimmten Situationen, Gegenständen, Lebewesen u. a., die zwar - objektiv gesehen - vielleicht unangenehm, aber nicht unüberwindbar sein müssen. Beispiele: Türme, Berge, Gewitter, Dunkelheit, Flugreisen, Tiere wie Spinnen, Schlangen, Hunde, Ratten, Pferde, aber auch Furcht vor Verletzungen, Spritzen, Anblick von Blut, Krankheiten, Unfälle usw. Folge: Erwartungsangst, Vermeidungstendenz, Rückzugs- und Isolationsgefahr.

Die Phobien sind die häufigsten Neuroseformen (7% und mehr?). Frauen sind öfter betroffen. Beginn oft schon in früher Kindheit (z. B. Tierphobien, klassisch: Spinnen-Phobie), ansonsten kein spezifischer Altersschwerpunkt. Nicht selten verknüpft mit Panikattacken und depressiven Verstimmungen.

Einerseits Neigung zu Rückfallgefahr und Chronifizierung, auch mit Ausweitung der Ängste und des Vermeidungsverhaltens, andererseits auch spontane Besserung möglich.

Phobien sprechen - so früh wie möglich begonnen - gut auf verhaltenstherapeutische Verfahren an (z. B. sogenannte systematische Desensibilisierung).

- **Hysterische Neurose/Konversionsreaktion** (heute als **dissoziative Störung** bezeichnet)

Die hysterische oder Konversionsneurose (vom lateinischen: *convertere* = umwandeln, umgestalten) heißt so wegen der für sie typischen Konversionssymptome, die vor allem an der willkürlichen Muskulatur (die man also willentlich einsetzen kann) und an den Sinnesorganen (vor allem Sehen und Hören) ansetzen. Grundlage ist eine hysterische Persönlichkeitsstruktur.

Der moderne Begriff **dissoziative Störung** will darauf hinweisen, dass im Rahmen dieses Leidens zusammengehörige Denk-, Handlungs- oder Verhaltensabläufe zerfallen und damit der willentlichen Kontrolle entzogen sind (Beispiele siehe unten).

- Die sogenannten *Konversions-Symptome* (unbewusste symbolische „Körpersprache“) sind meist Lähmungen, seelisch bedingte Anfälle, Missempfindungen, Sehstörungen bis Blindheit, Taubheit, Schmerzbilder usw.

- *Dissoziative Störungen* (seelisch bedingte Bewusstseinsveränderungen) umfassen beispielsweise Amnesien (Erinnerungslosigkeit), Dämmerzustände, Stupor (seelisch-körperliche Erstarrung), Trance u. a. Eher selten sind seelisch bedingte sexuelle Funktionsstörungen (z. B. Vaginismus, Schmerzen beim Verkehr, Kastrationsängste), desgleichen Verhaltensstö-

rungen (z. B. übertriebenes, künstlich wirkendes, teilweise bis ins Dramatische gesteigerte Auftreten).

- Zu den dissoziativen Störungen zählt man auch die (umstrittene) *multiple Persönlichkeit* (in den USA offenbar häufig, im deutschsprachigen Bereich überaus selten) mit zwei und mehr „abgetrennten“ Persönlichkeiten in einer Person sowie das *Ganser-Syndrom* (meist seelisch, wenngleich auch unbewusst gesteuertes Vorbeiantworten/Vorbeihandeln bzw. ungewöhnliche Zweckreaktionen).

Hysterische Reaktionen sind heute in der westlichen Welt eigentlich nur noch selten bzw. als Gruppenphänomen in Schulen, Sekten u. a. und vor allem nach Identifikation mit einer „Führerperson“ zu finden, meist beim weiblichen Geschlecht.

Das Gleiche gilt auch für die Mehrzahl der erwähnten dissoziativen Störungen.

Der Krankheitsverlauf ist zwar individuell sehr unterschiedlich, nicht selten aber eher ungünstig. Vor allem braucht es lange, bis eine konkrete Diagnose gestellt und eine gezielte Behandlung eingeleitet werden konnte. Wenn die Diagnose schließlich feststeht (erschwerend ist dabei mitunter auch noch ein häufiger Symptomwandel, d. h. das Beschwerdebild ändert sich öfter), dann scheint eine psychoanalytische Behandlung am sinnvollsten, ggf. auch die Hypnose.

Vor allem muss man das „Publikum“ oder die „Bühne“ entziehen, d. h. einen psychosozialen Verstärker bei hysterischer Persönlichkeitsstruktur.

- **Hypochondrische Neurose** (heute als **hypochondrische Störung** bezeichnet)

Das hypochondrische Beschwerdebild äußert sich vor allem in ängstlicher, meist körperbezogener Selbstbeobachtung und grundlosen Befürchtungen, an einer schweren Erkrankung zu leiden.

Hypochondrische Reaktionen sind häufiger anzutreffen, eine konkrete hypochondrische Neurose hingegen ist zahlenmäßig schwer abschätzbar und dürfte eher selten sein.

Charakteristisch ist die erwähnte krankhaft häufige und verstärkte ängstliche Selbstbeobachtung in Bezug auf die eigene Gesundheit mit unrealistischen Krankheitsbefürchtungen: Herztod, Krebs, Geschlechtskrankheiten u. a., meist konzentriert auf ein oder zwei Organe, um die schließlich alles kreist; und zwar mit chronischer Tendenz.

Psychotherapeutische Maßnahmen sind in der Regel wenig erfolgreich, am ehesten stützend. Vorübergehend ggf. Psychopharmaka (leichte Beruhigung und Angstlösung).

- **Charakterneurose** (heute als **nicht näher bezeichnete Störung** und/oder **Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen** eingestuft)

Hier liegt kein konkretes Beschwerdebild vor, eher eine umfassende Störung des gesamten Erlebens und Verhaltens.

Die Häufigkeit ist schwer abschätzbar, schon wegen der nicht exakten Zuordnung (Charakterneurose als Neurose oder Persönlichkeitsstörung bzw. früher so bezeichnete Psychopathie). Vor allem scheint es nicht selten fließende Übergänge von einem zum anderen und besonders zu „normalen“ bzw. „zwar nicht krankhaften, aber doch auffälligen Persönlichkeiten“ zu geben.

Man unterscheidet

- **Schizoide Struktur:** Individualisten mit überzogenem Selbständigkeitsstreben: empfindlich und labil im Kontakt mit anderen, deren Nähe nur schwer ertragen bzw. als gefährliche Belastung und grenzenauflösende Beengung empfunden wird. Trotzdem großes Bedürfnis nach Nähe. Wollen aus ihrer Isolierung raus, dadurch ständige Ambivalenz (Hin- und hergerissen-Sein). Einerseits vorsichtig bis misstrauisch, andererseits empfindlich gegenüber Zurückweisung und herabsetzender Behandlung. Können ihre Kontaktwünsche nicht dosieren: teils distanz- und kritiklose Annäherung, teils abrupter Rückzug. Unrealistisch, misstrauisch, leicht verletzlich. Sind sich der Gefühle anderer nie sicher. - Positive Aspekte: oft intellektuell scharfsichtig, mit z. T. großer intuitiver Begabung (welche die Betroffenen jedoch häufig nicht nützen können).

- **Depressive Struktur:** Suche nach Nähe, Wärme, Geborgenheit und nach Anerkennung; Abhängigkeits- und Anklammerungstendenzen; Gefügigkeit, Vermeidung von Aggressionen („Beißhemmung“); Angst vor Selbständigkeit.

- **Zwanghafte Struktur:** Tendenz zu Übergenaugigkeit und Perfektionismus, Furcht vor Risiko; Neigung zu Skrupeln und Schuldgefühlen; Tendenz zur Rechthaberei, zu starrem Dogmatismus; Liebesleben oft gefühlsmäßig gestört.

- **Hysterische Struktur:** labiles Selbstwertgefühl, „ich-schwach“, mittelpunktlos, ggf. haltlos, ohne innere Orientierung, von äußeren Einflüssen bestimmbar, ohne Kontinuität, stets neue Anfänge suchend (Beruf, zwischenmenschlich). Können sich nicht festlegen, sind durch wunschhaftes Denken bestimmt, lernen nicht, sondern probieren immer neu aus. Ausgesprochenes Geltungsbedürfnis. Lebensführung voller Sprünge, planlos und chaotisch. Tagträumereien. Neigung zu Rivalität mit anderen. Kindliche Note in Gebaren, Haltung, Kleidung und Lebensführung. Bewunderungsgier. - Positiv: eindrucksvolle Selbst- und Fremddarstellung (Schauspieler), unterhaltsam, kurzweilig, aber anstrengend.

- **Neurotisches Depersonalisations-Syndrom** (heute als **Depersonalisations-/Derealisations-Syndrom** bezeichnet)

Entfremdungserlebnisse: Depersonalisation = „ich bin nicht mehr ich“ und Derealisation = „alles so komisch, sonderbar um mich herum“. Kein spezifisches Syndrom im Sinne einer eigenen Neuroseform, eher Begleitsymptome, die bei bestimmten Neurosen besonders häufig aufzutreten pflegen (z. B. Angstneurose/Angststörung, neurotische Depression/Dysthymia, Zwangsneurose/Zwangsstörung).

Häufig, vor allem bei jüngeren Menschen, insbesondere Heranwachsenden in Krisenzeiten. Außer bei Neurosen auch bei Psychosen (Geisteskrankheiten), Epilepsie (Schläfenlappenepilepsie/komplex-fokale Epilepsie) und bei bestimmten Hirntumoren.

Keine spezifische Therapie erforderlich, sondern Behandlung des Grundleidens.

## Wie behandelt man eine Neurose?

Unverändert klar und eindeutig aber, was die Notwendigkeit des Alltags anbelangt, ist die Erkenntnis: Neurosen (oder wie man sie auch immer heute bezeichnet) sind belastende Störungen, die in leichteren Fällen ggf. in eigener Initiative, d. h. alleine, in mittelschweren Fällen schon nicht mehr und in schweren mit Sicherheit nur mit einer professionellen Behandlung gelindert oder gar behoben werden können. Und das ist die **Psychotherapie**.

Doch auch hier gibt es - wie fast nicht anders zu erwarten - eine Vielzahl von Begriffen und Klassifikationen. Nachfolgend deshalb nur eine kurzgefasste Übersicht:

Obgleich die Psychotherapie eine der am häufigsten gebrauchten Begriffe in der Psychiatrie und Medizinischen Psychologie, ja in der Medizin überhaupt

sein dürfte, konnte sich bisher keine einheitliche Definition durchsetzen. Deshalb sei lediglich die einfachste, aber wohl auch einprägsamste Umschreibung zitiert:

Psychotherapie ist Behandlung kranker Menschen mit psychologischen Mitteln (J. H. Schultz).

Dabei handelt es sich überwiegend um seelisch Gestörte mit einer Neurose, aber auch um körperlich Kranke, denn jedes organische Leiden kann zu psychischen Reaktionen führen, die einer seelischen Betreuung bedürfen.

Die Psychotherapie beruht auf dem Bewusstmachen von Konflikten und (frühkindlichen) traumatischen (verletzenden) Erlebnissen, die ins Unbewusste verdrängt wurden. Dadurch wird dem Betroffenen endlich eine entsprechende Verarbeitung ermöglicht.

Klassifikatorisch unterteilt man entweder nach dem Mittel (Gespräch, Zuwendung, übende Verfahren, Spiele u. a.), nach der Art, mit der der psychotherapeutische Prozess eingeleitet und unterhalten wird (stille oder offene Aufforderung, Ermutigung, Suggestion, Entspannung, Förderung der Einsicht, Lernprozess usw.) bzw. nach der eingesetzten Methode (stützende, umstrukturierende, umschulende Psychotherapie).

Nachfolgend eine verkürzte Übersicht über die wichtigsten Verfahren, wobei jedoch auf eine detaillierte Erläuterung der einzelnen Methoden verzichtet werden muss, wir bleiben also beim reinen Fachbegriff:

- *Zudeckende Psychotherapie*: psychagogische, direkte, suggestive, ich-stärkende Verfahren, Hypnose
- *Aufdeckende Psychotherapie*: vertiefte Erhebung der Vorgeschichte, therapeutisches Gespräch, analytische Kurz- bzw. Fokalthherapie; Psychoanalyse und abgewandelte Verfahren wie Daseinsanalyse, Humanistische Psychotherapie, Logotherapie, Primärtherapie, Schicksalsanalyse usw.

In diesem Zusammenhang ist eine Erläuterung wichtig: Die Psychoanalyse ist *eine* Form der Psychotherapie, nicht jedoch - wie oft irrtümlich angenommen - mit Psychotherapie identisch. Psychotherapie ist der Überbegriff, Psychoanalyse die Anwendung analytischer Behandlungs-Methoden.

- *Psychedelische Therapie*: z. B. mit Halluzinationen, also Sinnestäuschungen auslösenden Substanzen wie Haschisch, LSD u. a.
- *Katathymes Bilderleben*
- *Gesprächspsychotherapie*

- *Spiel- und Aktivitätstherapie*: Musiktherapie, Ergotherapie, spielerische Verfahren, besonders bei Kindern
- *Rollenspiel, Psychodrama und Pantomime, Gestalttherapie, transaktionale Analyse, kognitive Therapie, bildnerische Verfahren (Zeichnen, Malen, Modellieren)*
- *Verhaltenstherapie*: systematische Desensibilisierung, Reizkonfrontation, euthyme Therapie, Training sozialer Kompetenz, Kommunikations- und Problemlöse-Training, kognitive Verfahren, operante Verfahren, Unterstützung durch Patientenratgeber und Selbsthilfe-Materialien
- *Entspannungsmethoden*: Autogenes Training, Yoga, Jacobsen, Biofeedback
- *Varia*: Schließlich gibt es noch Verfahren, die das engere und weitere soziale Umfeld mit erfassen wie Paartherapie, Familientherapie, Gruppenpsychotherapie, Soziotherapie sowie - noch weiter ausgelegt - therapeutische Gemeinschaft, Patientenclubs usw.

## LITERATUR

Kein seelisches Krankheitsbild und kein therapeutisches Verfahren dürfte eine solche Vielzahl von wissenschaftlichen Publikationen, speziellen Fachbüchern und sogar allgemeinverständlichen Sachbüchern hervorgebracht haben wie die Neurose und ihre Behandlung, die Psychotherapie. Eine Übersicht ist nicht einmal im Ansatz möglich. Nachfolgend deshalb nur eine begrenzte Auswahl deutschsprachiger Fach- und populärmedizinischer Sachbücher:

*Ahrens, S. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapeutischen Medizin.* Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 1997

*Ambühl, H. (Hrsg.): Psychotherapie der Zwangsstörungen.* Thieme-Verlag, Stuttgart 1998

**APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV.** Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 1998

*Battegay, R. u. Mitarb. (Hrsg.): Handwörterbuch der Psychiatrie.* Enke-Verlag, Stuttgart 1992



*Benedetti, G.:* **Psychodynamik der Zwangsneurose.** Wissenschaftliche Buchgemeinschaft, Darmstadt 1993

*Bräutigam, W., P. Christian (Hrsg.):* **Psychosomatische Medizin.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1981

*Bräutigam, W.:* **Reaktionen, Neurosen, Abnorme Persönlichkeiten.** Thieme-Verlag, Stuttgart 1994

*Cremerius, J.:* **Die Prognose funktioneller Syndrome.** Enke-Verlag, Stuttgart 1968

*Corsini, H.:* **Handbuch der Psychotherapie 1 und 2.** Beltz-Verlag, Weinheim 1994

*Dengler, W., H. K. Selbmann:* **Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen.** Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2000

*Ditfurth, H. v. (Hrsg.):* **Aspekte der Angst.** Thieme-Verlag, Stuttgart, 1965

*Fiedler, P.:* **Dissoziative Störungen und Konversion.** PsychologieVerlags-Union, Weinheim 1999

*Fischer-Homberger, E.:* **Die traumatische Neurose.** Huber-Verlag, Bern 1975

*Franke, V. E. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Handbuch der Neurosenlehre.** Urban & Schwarzenberg, München-Berlin 1959(?)

*Freud, S.:* **Gesammelte Werke.** Fischer-Verlag, Frankfurt 1966

*Gosciniak, H.-Th., M. Osterheider, S. Volk:* **Angst – Zwang – Depression.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1998

*Hahn, P. (Hrsg.):* **Psychosomatische Medizin.** Wissenschaftl. Buchges., Darmstadt 1985

*Hand, I. u. Mitarb.:* **Zwangsstörungen.** Springer-Verlag, Berlin 1992

*Heigel-Evers, A., u. Mitarb. (Hrsg.):* **Lehrbuch der Psychotherapie.** G. Fischer -Verlag, Stuttgart 1994

*Helmchen, H. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Psychotherapie in der Psychiatrie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1997

*Herrmann, J. M. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Funktionelle Erkrankungen: Diagnostische Konzepte und therapeutische Strategien.** Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1996

*Hippius, H. u. Mitarb.:* **Angstsyndrome.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1999

*Hoffmann, S. O., G. Hochapfel:* **Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 1999

*Hoffmann, S. O.:* **Psychoneurosen und Charakterneurosen.** In: K. P. Kisker u. Mitarb. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart.* Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1986

*Jores, A. (Hrsg.):* **Praktische Psychosomatik.** Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1981

*Kasper, S., H. J. Möller (Hrsg.):* **Angst- und Panikerkrankungen.** Schattauer-Verlag, Jena-Stuttgart 1995

*Kasper, S.:* **Depression – Angst – Zwang.** DeutscherUniversitätsVerlag, Wiesbaden 1997

*Kasper, S.:* **Angsterkrankungen.** Verlag Urban & Vogel, München 1998

*Kasper, S.:* **Soziale Phobie.** DeutscherUniversitätsVerlag, Wiesbaden 2000

*Kernberg, O. F. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Handbuch der Borderline-Störungen.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2000

*Kriz, J.:* **Grundkonzepte der Psychotherapie.** PsychologieVerlagsUnion, Weinheim 1994

*Lang, H. (Hrsg.):* **Wirkfaktoren der Psychotherapie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, New York 1994

*Linden, M., M. Hautzinger (Hrsg.):* **Verhaltenstherapie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1993

*Linden, M., M. Hautzinger:* **Verhaltenstherapie, Techniken und Einzelverfahren.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1993

*Margraf, J. (Hrsg.):* **Lehrbuch der Verhaltenstherapie I und II.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000

*Margraf, J. u. Mitarb.:* **Somatoforme Störungen.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1998

*Mentzos, S.:* **Angstneurose.** Fischer-Verlag, Frankfurt 1984

*Mertens, W.:* **Psychoanalytische Grundbegriffe.** PsychologieVerlagsUnion, Weinheim 1998

*Möller, H.-J. (Hrsg.):* **Therapie psychiatrischer Erkrankungen.** Stuttgart-New York 2000

*Möller, H.-J., G. Laux, H.-P. Kapfhammer (Hrsg.):* **Psychiatrie und Psychotherapie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000

*Müller, C. (Hrsg.):* **Lexikon der Psychiatrie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1986

*Overbeck, G. u. A. (Hrsg.):* **Seelischer Konflikt – körperliches Leiden.** Rowohlt-Verlag, Reinbek bei Hamburg 1986

*Pauleikhoff, B., H. Mester:* **Abnorme Reaktion und Entwicklungen.** In: K. P. Kisker u. Mitarb. (Hrsg.): **Psychiatrie der Gegenwart.** Springer-Verlag, Berlin 1972

*Payk, T.:* **Angsterkrankungen.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 1994

*Quint, H.:* **Die Zwangsneurose aus psychoanalytischer Sicht.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1988

*Reich, W.:* **Charakteranalyse.** Verlag Kiepenheuer & Witsch, Köln 1989

*Reimer, C. u. Mitarb.:* **Psychotherapie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000

*Reimer, C., U. Rüger:* **Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000

*Reinecker, H. S.:* **Zwänge.** Huber-Verlag, Bern-Göttingen, Toronto 1991

*Reinecker, H.:* **Zwänge. Diagnose, Theorien und Behandlung.** Huber-Verlag, Bern 1991

*Revenstorf, D.:* **Psychotherapeutische Verfahren 1 und 2.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 1993

*Rief, W., W. Hiller:* **Somatisierungsstörung und Hypochondrie.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 1998

*Rief, W., W. Hiller:* **Somatoforme Störungen.** Huber-Verlag, Bern 1992

*Riemann, F.:* **Grundformen der Angst.** Ernst Reinhardt-Verlag, München-Basel 1999

*Rogers, C. R.:* **Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie.** S. Fischer-Verlag, Frankfurt 1995

*Rudolf, G., P. Henningsen (Hrsg.):* **Somatoforme Störungen.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 1998

*Sachse, R.:* **Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 1999

*Schneider, S., J. Margraf:* **Agoraphobie und Panikstörung.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 1998

*Schultz, J. H.:* **Das Autogene Training.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1991

*Senf, W., M. Broda (Hrsg.):* **Praxis der Psychotherapie.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1999

*Strian, F.:* **Angst und Angstkrankheiten.** Verlag C. H. Beck, München 1995

*Strian, F.:* **Angst. Grundlagen und Klinik.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1983

*Studt, H. H. (Hrsg.):* **Psychosomatik in Forschung und Praxis.** Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1983

*Studt, H. H. (Hrsg.):* **Psychosomatik in der Inneren Medizin 1 und 2.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1986

*Studt, H. H.:* **Psychosomatische Medizin und Neurosenlehre.** In: V. Faust (Hrsg.): **Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung.** Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1996

*Thomä, H., H. K. Kächele (Hrsg.):* **Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie 1 und 2.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1996/1997

*Tress, W.:* **Psychosomatische Grundversorgung.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 1997

*Tretter, F., W. Bender (Hrsg.):* **Kunsttherapien der Psychiatrie.** C. Richter-Verlag, Köln 1995

*Uexküll, Th. v. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Psychosomatische Medizin.** Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1996

*Vaitel, D., F. Petermann:* **Handbuch der Entspannungsverfahren 1 und 2.** Beltz-Verlag, Weinheim 1993/1994

*Volz, H.-P., R.-D. Stieglitz:* **Praxisratgeber Angststörungen.** Unimed-Verlag, Bremen 1999

*Wedler, H.:* **Das ärztliche Gespräch.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 1998

*WHO:* **Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto 2000

*Wittchen, H. U. (Hrsg.):* **Wenn Angst krank macht.** Mosaik-Verlag, München 1999

*Wittchen, H. U. u. Mitarb.:* **Wie informiere ich meine Patienten über Angst?** Karger-Verlag, Basel 1993

*Zaudig, M. u. Mitarb.:* **Die Zwangsstörung.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 1998