

# Einführung in die Psychiatrie für Studenten



Prof. Dr. med. habil. K. Weise  
Direktor der Klinik für Psychiatrie  
Universitätsklinikum Leipzig

Prof. Dr. med. habil. O. Bach  
Direktor der Klinik für Psychiatrie  
Universitätsklinikum "C. G. Carus" Dresden

# 1. Zur Geschichte der Psychiatrie

Mit der Entwicklung der bürgerlichen Gesellschaft und der modernen kapitalistischen Produktionsweise entstanden für die Menschen im Bereich der Arbeit, des Wohnens, des Familienlebens und der Freizeit immer höhere Anforderungen im Hinblick auf Leistung, diszipliniertes Verhalten und Ordnung, Anpassung an Wohn- und Verkehrsbedingungen in den Städten etc.. Diese Veränderungen der sozialen Anforderungen fanden ihren Niederschlag in dem bürgerlichen Vernunftbegriff und in den Forderungen der protestantischen Leistungsethik: Fleiß, Ordnung, Tüchtigkeit, Sparsamkeit etc..

Zum Problem wurden die Menschengruppen, die aus diesem Vernunftbegriff herausfielen, sich nicht an die Regeln und Normen des gesellschaftlichen Lebens halten konnten und vom Standpunkt der ökonomischen Rationalität für die Gesellschaft keinen Nutzen haben: Landstreicher, Bettler, Kriminelle, Trinker, psychisch Kranke u.a.. Sie wurden zusammengefaßt unter dem Begriff der Armen und Irren. Der Umgang mit diesem sozialen Problem war durch zwei Tendenzen gekennzeichnet. Einmal bestand die Notwendigkeit, durch erzieherische, disziplinierende Maßnahmen aus diesem Reservoir von Menschen Arbeitskräfte für die Produktion zu gewinnen, zum anderen entwickelte sich die Tendenz, diese Menschen zur Aufrechterhaltung von Ordnung und Sicherheit in den Städten von dort zu entfernen und auszugliedern. Zu diesem Zweck wurden zunächst die sogenannten Zucht-, Arbeits- und Korrekturhäuser geschaffen, in denen diese Menschen, vielfach unter unwürdigen Bedingungen, unter einem strengen hierarchischen Regime zusammengepflegt wurden.

Eine gemeinsame Unterbringung dieser Personengruppen wurde jedoch sehr bald unbefriedigend und es erfolgte, gleichzeitig mit einer Gefängnisreform, eine Reform der Betreuung der psychisch Kranken und die Einrichtung von Irrenhäusern, den späteren Heil- und Pflegeanstalten.

Trotz der Trennung blieben sowohl die Grundtendenz der Behandlung dieser Menschengruppen als auch die äußeren Merkmale ihrer Betreuung weitgehend ähnlich. Die Ursache hierfür liegt in den Widersprüchen der modernen Gesellschaft, die den Trend zur Folge haben, Menschen, die nicht zur Realisierung des sozialökonomischen Fortschritts beitragen, unter dem Vorwand des

Schutzes der Gesellschaft und des Kranken sozial auszugliedern.

Dementsprechend wurden die Einrichtungen zur Betreuung psychisch Kranker in der Regel in abgelegenen Gegenden errichtet, umgeben von hohen Mauern, mit Gittern, Isolierzellen etc.. Nicht nur die äußeren Merkmale der Einrichtungen zur Betreuung psychisch Kranker glichen den Gefängnissen, sondern auch die "Therapiemethoden" und die Formen des Umgangs. Bis in die jüngste Vergangenheit gab es Zwangsjacken und andere Fixationsmethoden, Einzelzellen u.ä.. Die Mehrzahl der als Therapie bezeichneten Vorgehensweisen hatte den Charakter körperlicher Strafen. Der Umgang mit den psychisch Kranken war bestimmt durch ein strenges, autoritär-hierarchisches Regime, in dem der Patient als unterster in der Rangordnung keine Rechte, keinerlei Verfügungsgewalt über sich, sein Eigentum, über die Gestaltung seines Lebens im Krankenhaus besaß.

Eine verbrecherische Steigerung erfuhren diese inhumanen Tendenzen im Umgang mit den psychisch Kranken in den Tötungsaktionen des Faschismus. Eine andere Form des Mißbrauchs der Psychiatrie gab es in der Sowjetunion. Dort wurden psychisch Gesunde als krank etikettiert, in psychiatrischen Krankenhäusern untergebracht und damit unschädlich gemacht.

Reste dieser Formen der Behandlung und des Umgangs mit dem psychisch Kranken sind bis in die Gegenwart hinein vorhanden: vor allem die ungünstige Lage der Krankenhäuser und die sozialen Beziehungen zwischen Ärzten, Pflegepersonal und den Patienten.

Zahlreiche Untersuchungen haben eindeutig nachgewiesen, daß in diesen Behandlungsbedingungen, die den Patienten aus seiner sozialen Umwelt herausreißen und ihn dem normalen Leben in Familie, Arbeitsprozeß und Gesellschaft entfremden, wesentliche Ursachen des ungünstigen Verlaufes, der schlechten Prognose psychisch Kranker liegen. Das betrifft vor allem Menschen mit der Diagnose "Schizophrenie" und die dabei auftretenden sogenannten Defektzustände.

Ein weiteres Relikt aus der Vergangenheit der Psychiatrie sind die Vorurteile in der Gesellschaft gegenüber psychisch Kranken, die sich darin äußern, daß ein ehemaliger Patient für unheilbar, unfähig zu sozial verantwortlichem Verhalten, als gemütsarm, verblödet, gemeingefährlich etc. gehalten wird. Tatsächlich ist, wie weiter unten dargestellt wird, die Prognose auch der schweren psychischen Erkrankungen aus der Gruppe der Schizophrenie recht günstig; mehr als 90 % können unter

bestimmten Bedingungen besser und billiger in der Gesellschaft leben.

In verschiedenen Ländern wurde nachgewiesen, daß psychisch Kranke nicht häufiger als Gesunde kriminelle Handlungen, insbesondere Gewalttätigkeiten, begehen.

Die genannten Vorurteile, die die Wiedereingliederung des Patienten in die Gesellschaft in oft erheblichem Maße beeinträchtigen und die ungünstigen Bedingungen, denen der Patient im Prozeß der medizinischen Betreuung unterliegt, sind als Haupthindernisse der erfolgreichen Behandlung und Rehabilitation psychisch Kranker anzusehen. Moderne und humane medizinische Versorgung, die auch dem psychisch Kranken das Recht auf Rehabilitation, auf volle Entfaltung seiner Persönlichkeit garantiert, erfordert grundsätzliche Veränderungen des Versorgungssystems und der ethischen Normen im Umgang mit psychisch Kranken.

Grundprinzip ist die Verlagerung der Maßnahmen der medizinischen Versorgung psychisch Kranker in dem Lebensraum des Patienten, um seine Ausgliederung aus dem Arbeitsbereich, Familie und Gesellschaft, seine soziale Isolierung zu verhindern.

Dies bedeutet vor allem:

- ◆ Übernahme der stationären Grundversorgung psychisch Kranker durch psychiatrische Abteilungen bzw. Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern, vor allem dort, wo das psychiatrische Fachkrankenhaus weit entfernt vom Wohnbereich der Bevölkerung liegt.
- ◆ Ausbau der ambulanten Betreuung unter besonderer Berücksichtigung rehabilitativer Maßnahmen.
- ◆ Entwicklung von Teilzeitbehandlungseinrichtungen, die sowohl intensive ärztlich-psychologische Betreuung als auch engen Kontakt des Patienten zu seinem sozialen Herkunftsraum gewährleistet: Tages- und Nachtkliniken
- ◆ Entwicklung von Behandlungsangeboten, in denen neben einer ambulanten ärztlich-psychologisch-pädagogischen Führung ein soziales Training realisiert wird, sogenannte Übergangseinrichtungen, die aber auch Möglichkeiten der Dauerbetreuung psychisch Behinderter ermöglichen :
- ◆ Wohnheime und geschützte Wohnungen für psychisch Kranke;

- ◆ geschützte Werkstätten und Arbeitsplätze, ambulante Arbeitstherapie;
- ◆ zur Gewährleistung einer sinnvollen Freizeitgestaltung:therapeutische Clubs, angemessene Urlaubsmöglichkeiten u.a..

Diese neuen Formen der psychiatrischen Betreuung bedeuten in höherem Maße die Übernahme der Verantwortung für die Behandlung und Rehabilitation durch den Patienten selbst (Selbsthilfegruppen), durch Angehörige und andere Personen im sozialen Umfeld des Kranken (Angehörigen- und Laienhilfe) und die Kommune.

Diese Veränderungen des psychiatrischen Versorgungssystems und die Gewährleistung der sozialen Rehabilitation des psychisch Kranken erfordern die intensive Mitarbeit, insbesondere von Betriebs- und niedergelassenen Ärzten. Das bedeutet Integration der Psychiatrie in das Gesamtsystem der medizinischen Betreuung.

Notwendig ist außerdem die Einbeziehung des Arbeitsbereichs, der Wohngemeinschaften, d.h. Integration der Psychiatrie in die Gesellschaft. Voraussetzung hierfür ist der Abbau der oben erwähnten Vorurteile, der sogenannten Abnormenschranke.

## 2. Gegenstand der Psychiatrie und Wesen psychopathologischer Erscheinungen

Gegenstand der Psychiatrie sind die Krankheitsbilder, bei denen Störungen der psychischen Prozesse - d.h. psychopathologische Symptome -, krankhafte Veränderungen des Wollens, Handelns, des Fühlens, Denkens oder der Erlebnisinhalte auftreten.

Aufgrund der besonderen Stellung des Psychischen, des menschlichen Bewußtseins haben die psychopathologischen Erscheinungen eine Doppelnatur, so wie der Mensch ein biosoziales Wesen ist. Sie sind einerseits Manifestationen einer Störung der Funktion des ZNS, Symptome pathobiologischer Prozesse des Gehirns (z.B. eine depressive Störung auf der Grundlage einer vaskulären Enzephalopathie).

Sie sind andererseits aber auch Ausdruck von Störungen der Beziehung des Menschen zu sich selbst und seiner Umwelt, des sozialen Verhaltens. Unter diesem zweiten Aspekt handelt es sich bei psychopathologischen Prozessen nicht um Krankheitssymptome als Ausdruck von innerorganismischen Prozessen, sondern um Erscheinungsformen einer Störung der Persönlichkeitsentwicklung oder der Lebenssituation, biographisch oder situativ bedingter Veränderungen der Beziehungen des Menschen zu seiner Umwelt, seines Daseins (z.B. Depression nach Verlust des Ehepartners oder bei sozialer Isolierung). Das biologische Krankheitsgeschehen ist unter diesem psychologisch-sozialen Aspekt nur ein Element des Wechselwirkungsprozesses zwischen Individuum und Gesellschaft.

Psychische Störungen sind damit nicht mehr wertfreie pathobiologisch bedingte Erscheinungen, sondern Störungen der Fähigkeit des Menschen, sich den gesellschaftlichen Normen und Regeln entsprechend zu verhalten.

Welche Seite eines psychischen Krankheitsgeschehens sein Wesen ausmacht und damit für den Umgang mit dem Patienten, für Diagnostik und Therapie vordergründig ist, hängt vom konkreten Krankheitsfall ab. Wenn psychopathologische Erscheinungen Ausdruck eines Hirntumors sind, ist der somatische Aspekt und damit der Symptomcharakter vordergründig. Die Diagnostik wird sich vor allem auf die Analyse der Hirnfunktion

(EEG, neurologische Untersuchung etc.) orientieren. Bei Erkrankungen, die vorwiegend im Zusammenhang mit Störungen der Beziehungen des Menschen zu sich und seiner sozialen Umwelt stehen, ist der zweite Aspekt vordergründig: Die Analyse der Persönlichkeit und der sozialen Situation, innerer subjektiver oder äußerer sozialer Widersprüche.

Es gehören jedoch nicht alle Störungen des Verhaltens, d.h. der Fähigkeit, sich in die wichtigsten sozialen Bereiche (Familie, Beruf, Wohnbereich, Freizeitgruppe etc.) zu integrieren und sich normgerecht zu verhalten, in den Bereich der Psychiatrie, sondern nur die, die eine medizinische Hilfsbedürftigkeit bedingen. Nicht in den Bereich der Psychiatrie gehören damit vor allem asoziales oder dissoziales Verhalten und Kriminalität.

Der Unterschied zwischen beiden ist u.a. darin zu sehen, daß Menschen mit asozialen und dissozialen Entwicklungen eine vorwiegend negative (aggressive, destruktive) und damit auch konflikthafte Beziehung zur Gesellschaft haben. Psychische Krankheit hingegen ist gekennzeichnet durch eine mehr oder weniger weitgehende Ausgliederung des Individuums bzw. von psychischen Teilbereichen aus den gesellschaftlichen Beziehungen, durch einen Rückzug auf das eigene Ich. Diese Störungen reichen von der Verdrängung bestimmter Gefühle und Bedürfnisse aus dem bewußten Erleben (bei Neurosen) bis hin zur Existenz in einer uns nicht mehr zugänglichen psychotischen Welt. Modellhaft für eine solche Entwicklung ist etwa der Rauschgiftsüchtige, der aus der unbefriedigenden Lebenssituation in die irrealen Scheinwelt des Rauscherlebens flüchtet. Ähnliche Mechanismen liegen neurotischen, schizophrenen und anderen psychischen Erkrankungen zugrunde.

## 3. Systematik und Verlaufsdynamik

Im folgenden wollen wir eine Übersichtsdarstellung psychischer Erkrankungen geben, die als Orientierungshilfe für den Einzelfall zur Festlegung des diagnostischtherapeutischen Vorgehens und zur Klassifikation der in der Praxis begegnenden Erscheinungsformen psychischer Erkrankungen dienen soll. Dieser Überblick soll keine Krankheitslehre und auch keine allgemeine oder spezielle Psychopathologie ersetzen. Die hier dargestellte Systematik beruht auf einer rein syndromatologischen Orientierung, wie sie sich aus der klinischen Erfahrung ergibt. Sie beinhaltet noch keine theoretische Entscheidung im Sinne einer Alternative zwischen einem nosologischen, universalgenetischen bzw. biogenetischen und soziogenetischen oder mehrdimensionalen Konzept für das Verständnis psychischen Krankseins. Wir halten allerdings als Konsequenz aus einer solchen Betrachtungsweise die Annahme einer multifaktoriellen Genese psychischer Erkrankungen und bezogen auf den psychopathologischen Phänomenbereich eine universalgenetische Konzeption (s.u.) für zwingend, ohne damit andere Denkmöglichkeiten ausschließen zu wollen.

Von besonderer Bedeutung - vor allem im Hinblick auf Kausalgenese und Indikation somatischer bzw. psychosoziotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen - ist es, zwei Ordnungs- bzw. Klassifikationsprinzipien grundsätzlich zu trennen, nämlich

- ♦ Das äußere Erscheinungsbild, das psychopathologische Syndrom, zu dem nicht nur das äußere Verhalten des Patienten, sondern auch seine Erlebniswelt, die über die Mitteilung des Patienten zugänglichen intra-psychischen subjektiven Vorgängen, gehören;
- ♦ Die diesem Erscheinungsbild zugrunde liegenden ursächlichen Faktoren (Ätiopathogenese).

Beide stehen in sehr vermitteltem Zusammenhang, d.h. vom äußeren Erscheinungsbild, dem psychopathologischen Syndrom bzw. dem Erleben kann nicht, wie etwa bei körperlichen Erkrankungen unmittelbar auf den zugrunde liegenden Krankheitsprozeß geschlossen werden. Der Grund für diesen in hohem Maße vermittelten Zusammenhang hat zwei Ursachen:

- ♦ An der spezifischen Gestaltung, an dem äußeren Erscheinungsbild psychischer Erkrankungen sind alle Niveauebenen der menschlichen Lebenstätigkeit von der biologischen über die psychologische bis hin zur sozialen beteiligt.
- ♦ Die spezifischen Erscheinungsformen, mit denen das Psychische als entscheidende Brechungsebene auf äußere, biologische oder soziale, pathogene Einflüsse reagiert, werden weniger durch die Art der Noxe, sondern vor allem durch die lebensgeschichtlich und sozial situativ geprägte Persönlichkeitsstruktur bestimmt (relative Autonomie des Psychischen).

Dies hat zur Folge, daß alle psychopathologischen Syndrome, die im folgenden aufgezählt werden, durch die verschiedensten Ursachen entstehen können und daß umgekehrt die gleiche Ursache die verschiedensten Syndrome hervorrufen kann: *These von der Unspezifität psychopathologischer Syndrome.*

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf ein Übersichtsschema psychischer Störsyndrome, das auf der Innenseite des Rücktitels abgedruckt ist.

### 3.1. Die psychopathologischen Syndrome

In der zweiten vertikalen Spalte des Schemas sind die Krankheitsbilder nach dem äußeren Erscheinungsbild, dem psychopathologischen Syndrom (regelmäßig auftretender Komplex psychopathologischer Einzelsymptome in Form von subjektiven Beschwerden oder Verhaltensauffälligkeiten) geordnet. Die hier angeführten Begriffe in Form von Syndromdiagnosen wie Depression, schizophrenes Syndrom etc. sind noch keine Krankheitsdiagnosen.

Sie sagen nichts aus über ätiopathogenetische Bedingungen. Sie haben damit keine bzw. nur begrenzte indikative und prognostische Funktion.

Von oben nach unten sind die psychopathologischen Syndrome nach zunehmendem Schweregrad der Abweichung der psychischen Funktion von der Norm geordnet. Der Schweregrad wird beurteilt: erstens nach dem Grad der Normabweichung psychischer Erscheinungen (z.B. Schweregrad und Tiefe depressiver Verstimmung), zweitens nach dem Grad der Beeinträchtigung der sozialen Kompetenz, d.h. der Fähigkeit, die alltäglichen Anforderungen des Lebens zu bewältigen, und drittens nach

dem Ausmaß, in dem der Patient in seinem Denken von allgemeinverbindlichen Wertungen der eigenen Person bzw. der Umwelt abweicht. Betont sei, daß die Schwere des psychopathologischen Syndroms nicht korreliert mit der Schwere und der Prognose der Erkrankung. Ein schweres, z.B. schizophrenes Syndrom kann Ausdruck einer prognostisch günstigen Störung, (z.B. akute fieberhafte Erkrankung), ein leichtes, neurasthenisches Syndrom ein Zeichen einer schweren, prognostisch ungünstigen Erkrankung (z.B. Hirntumor) sein.

### **Die umschriebenen Störsyndrome**

Die umschriebenen Störsyndrome in der ersten Gruppe sind leichte Abweichungen der psychischen Funktionen von der Norm zusammengefaßt, die in quantitativ geringerer Ausprägung auch im Normalbereich menschlichen Erlebens und Verhaltens vorkommen. Bezugsebene für die Bestimmung der Normabweichung ist die für unsere soziokulturellen Bedingungen gültige Erwartungsnorm im Hinblick auf Erlebensformen und Sozialverhalten. Zur Kennzeichnung dieser Gruppe psychopathologischer Syndrome wurde von BASH der Begriff des umschriebenen Störsyndroms geprägt, den wir hier übernehmen, weil er der einzige ist, der alle hierher gehörigen Erscheinungsformen erfaßt.

Das umschriebene Störsyndrom ist gekennzeichnet durch Veränderungen auf folgenden Gebieten:

- ♦ Stimmung und Affektivität (z.B. traurige Verstimmung, Reizbarkeit);
- ♦ Antrieb (Nachlassen der Spontanität und der Initiative, Apathie oder Steigerungen, Betriebsamkeit, Erregungszustände etc.)
- ♦ Einzeltriebe (z.B. Anorexie oder Hyperphagie, Bulimie, Störungen des Sexualverhaltens, Impotenz, Anorgasmie etc.)

Die wichtigsten Teilklassen der umschriebenen Störsyndrome sind die Suchterkrankungen, Neurosen und hirnlokale bzw. endokrine Störsyndrome.

Es wurde bereits erwähnt, daß Störungen dieser Art auch im Normbereich menschlichen Erlebens vorkommen. Von "Krankheit" bzw. Krankheitswertigkeit kann dann gesprochen werden, wenn die psychische und soziale Funktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, daß medizinische Hilfe notwendig wird (näheres siehe 4.1).

### **Die Psychosen**

Die psychotischen Syndrome sind durch schwerwiegende quantitative und/oder qualitative Normabweichungen der psychischen Funktionen, wie sie im normalen Leben nicht vorkommen, gekennzeichnet. Sie führen zu einem weitgehenden oder vollständigen Zusammenbruch der geordneten sozialen Kommunikation und Integration, der sozialen Kompetenz oder der übereinstimmenden Bewertung der Umwelt.

Hier sind folgende Syndrome einzuordnen:

#### **Die affektiven Psychosen**

Diese erste Gruppe umfaßt eine Reihe von Krankheitsbildern, bei denen die psychischen Veränderungen sich vor allem im Bereich der Stimmung, des Gefühlslebens, des Antriebes und der Handlungsfähigkeit und - als Teilbereich hiervon - der Denkvorgänge äußern. Nach der Richtung des Abweichens von normaler Antriebs- und Stimmungslage sind zwei Hauptgruppen zu unterscheiden:

- ♦ die depressiven affektiven Psychosen, gekennzeichnet durch tiefgehende traurige oder ängstliche Verstimmung, erhebliche Reduktion des Antriebes und Hemmung des Denkens;
- ♦ die manischen Affektpsychosen, spiegelbildlich hierzu gekennzeichnet durch Antriebssteigerung und gehobene heitere Stimmung.

Im Rahmen dieser Gruppe gibt es eine Vielzahl von Abweichungen von den Grundtypen, die im weiteren noch im einzelnen dargestellt werden. Auch bei affektiven Psychosen können Sinnestäuschungen und Wahnerlebnisse (siehe schizophrenes Syndrom) auftreten. Sie sind jedoch aus dem Gefühlshintergrund ableitbar (syntym): z.B. Versündigungswahn bei Depressionen, Größenwahn bei Manie.

#### **Die schizophrenen Syndrome**

Dem normalen Denken und Fühlen noch schwerer zugänglich sind Krankheitsbilder der folgenden Gruppe, zusammengefaßt unter dem Begriff der schizophrenen Syndrome. Hier treten formal und inhaltlich neue, im Gesunden nicht bekannte seelische Phänomene auf. Z.B. Sinnestäuschungen (Halluzinationen = Wahrnehmungen ohne vorhandenes Wahrnehmungsobjekt), Wahnerlebnisse (am wichtigsten sind Wahnwahrnehmungen und wahnhafte Bedeutungserlebnisse: das Erleben objektiv

vorhandener Gegebenheiten mit neuen, unverständlichen Bedeutungen: ein harmloser Passant wird als Verfolger gedeutet), Ich-Störungen: Störungen des Vollzugsbewußtseins (normalerweise als ich-haft, als persönlichkeits-eigene erlebte psychische Phänomene, z.B. Gedanken, Gefühle, Willensimpulse werden als ich-fremd, als von außen gemacht erlebt: ein aggressiver Impuls wird als von außen, z.B. durch Hypnose erzeugt erlebt).

#### **Die exogenen Reaktionstypen und hirndiffusen Psychosyndrome**

Die nächsten beiden Gruppen nehmen eine Sonderstellung ein. Für sie ist die These von der Unspezifität psychopathologischer Syndrome eingeschränkt. Ihr Auftreten ist beweisend dafür, daß pathobiologische Prozesse, d.h. somatische Krankheitsursachen einen wesentlichen Anteil haben.

- ♦ akute exogene Reaktionstypen; oder akutes hirnorganisches Psychosyndrom

Hier handelt es sich um reversible Syndrome, die als obligatorisches Symptom eine Störung des Bewußtseins aufweisen, zu der Sinnestäuschungen, Wahnerlebnisse, Störung von Antrieb, Stimmung und Affektivität kommen.

- ♦ Das chronische hirnorganische oder hirndiffuse Psychosyndrom (irreversibel):

Hier ist das obligatorische Symptom eine Störung der mnestischen Funktionen (des Gedächtnisses), zu dem in der Regel vielfältige andere Symptome affektiver oder antriebsmäßiger Art (siehe Symptomatik des umschriebenen Störsyndroms) kommen. Dieses Syndrom geht fließend in die Demenz (erworbene Störung der Intelligenz) über.

Wichtig ist, daß die Umkehrung des Satzes - akutes oder chronisches hirnorganisches Psychosyndrom bedeutet somatische Krankheitsursache nicht gilt. Alle bisher erwähnten Syndrome können bei somatischen Krankheitsursachen auftreten, sie werden dann als Durchgangssyndrome bezeichnet.

### **3.2. Dynamik und Hierarchie der Syndrome (erste Spalte des Schemas)**

Die geschilderten vier Hauptsymptomgruppen stellen keine selbständigen, voneinander unabhängigen

Krankheitsbilder dar, sondern sind unterschiedliche Stadien eines einheitlichen Krankheitsprozesses: These von der **Universalgenese psychischer Erkrankungen**. Das heißt, die Krankheitsprozesse im Psychischen sind ein einheitliches Prozeßgeschehen, bei dem die einzelnen Stadien in Form der Syndromgruppen fließend ineinander übergehen können.

In typischer Weise ist das z.B. bei perniziösen Anämien zu beobachten. Zunächst tritt ein umschriebenes Störsyndrom (z.B. ein neurasthenisches Syndrom) auf, das mit Progredienz des Krankheitsprozesses in eine affektive Psychose (z.B. depressiv), weiter in ein schizophrenes Syndrom übergeht und schließlich mit dem Auftreten von Bewußtseinsstörungen in einen exogenen Reaktionstyp mündet. Psychopathologische Syndrome bei bekannten körperlichen Erkrankungen ohne Bewußtseinsstörungen werden als Durchgangssyndrome bezeichnet. Ähnliche Verläufe, wie bei der perniziösen Anämie beschrieben, gibt es bei Stoffwechselstörungen, chronischen Intoxikationen, Hirntumoren, entzündlichen oder vaskulären Krankheitsprozessen. Dabei muß nicht bei jedem Patienten das ganze Spektrum durchlaufen werden. In der Mehrzahl der Fälle geht das Krankheitsbild nicht über das erste Stadium des umschriebenen Störsyndroms hinaus, andere bleiben beim zweiten oder dritten stehen. Bei akuten Noxen (Intoxikationen, Tumoren, Traumen) können die ersten Stadien übersprungen werden und sofort ein exogener Reaktionstyp auftreten. Oft ist jedoch dann im Abklingen des Krankheitsbildes rückläufig die geschilderte Syndromfolge zu beobachten.

Diese Syndromdynamik ist nicht nur bei somatischen Erkrankungen zu beobachten, sondern auch bei endogenen und psychosozial bedingten (s.u.) Störungen zu beobachten. Wenn z.B. ein Mensch durch Schwerhörigkeit aufgrund der Verständigungsschwierigkeiten in Konflikt mit seiner Umwelt gerät, kommt es zunächst in der Regel zu einem umschriebenen Störsyndrom (z.B. depressiv), im weiteren Verlauf zu einem affektpsychotisch-depressiven und schließlich zu einem schizophrenen (paranoiden) Krankheitsbild. Ähnliche Stadien kommen auch bei endogenen Erkrankungen, vor allem bei der Schizophrenie in Form von prämorbid neurotischen Fehlentwicklungen und "initialen" Depressionen vor.

Der Unterschied zwischen somatisch bedingten und endogen bzw. psychosozial bedingten Erkrankungen besteht darin, daß endogene und psychosoziale Störungen sich nur bis zum Stadium schizophrener Symptomatik,