
Psychotherapia

Acta psychother. 10: 409-418 (1962).

Der Einfluss der Psychotherapie auf die klinische Nosologie

J. J. LOPEZ-IBOR, Madrid

Man kann sagen, dass sich das Profil der Psychiatrie seit den Zeiten von KRAEPELIN bis heute in verschiedenen wesentlichen Punkten geändert hat. Einer vorwiegend *beschreibenden* Psychiatrie ist eine *dynamische* Psychiatrie gefolgt; das Interesse für das Studium der *Psychosen* ist zum guten Teil auf die *Neurosen* übergegangen; die ätiologische Untersuchung hat sich von den *genetischen* und *endogenen* Faktoren auf die *sozialen* Faktoren verschoben, und das *nosographische* Interesse, das heisst das Interesse an der Klassifikation der Krankheiten ist ersetzt worden durch das nachdrückliche Bemühen, die *Singularität jedes einzelnen Kranken* zu erfassen. An dieser für das Profil der Psychiatrie entscheidenden Änderung hat ausschlaggebend die inkoerzible Dialektik mitgewirkt, die das Erscheinen und die Entwicklung der Psychotherapie als therapeutische Methode und als Untersuchungsgleis nach sich zieht. In diesem Augenblick der geschichtlichen Entwicklung der Psychiatrie ist das sorgfältige Studium der Lichter und Schatten der neuen Situation unerlässlich.

Trotz der vorherigen Aufzählung der Punkte, in denen sich die Profiländerung vollzogen hat, muss ich jedoch darauf hinweisen, dass es sich nicht um voneinander unabhängige Punkte handelt, sondern dass sie alle miteinander verknüpft sind und ihre Zugehörigkeit zu einer gemeinsamen Struktur anzeigen. So ergibt sich, dass die gegenwärtige Psychiatrie dynamischer ist, weil sie sich vorzugsweise mit den Neurosen beschäftigt, und eine solche Haltung führt ihrerseits eher zur Analyse des individuellen Falls als zum nosographischen Interesse und führt fast wie eine prinzipielle Forderung dazu, eher die psychischen Faktoren, die dem externen Medium entstammen, in Betracht zu ziehen als die genetischen oder endogenen Faktoren, die das interne Medium bilden.

Interessanter als die Überprüfung jedes einzelnen der aufgeführten Punkte wird die Analyse der gemeinsamen Struktur sein, aus der sie hervortreten. Unter bezug auf die Divergenz zwischen beschreibender und dynamischer Psychiatrie würde ich es wagen zu fragen: Ist die beschreibende Psychiatrie so statisch, wie diese Unterscheidung vermuten lässt? Und ist die dynamische Psychopathologie ihrerseits so wenig beschreibend, wie gewöhnlich gesagt wird?

Die Diskrimination der klinischen Formen wird nicht *nur* verwirklicht, indem man sich auf eine beschreibende Haltung stützt. Krankheiten können nicht eingeordnet werden, wie LINNÉ es mit den Pflanzen tat. In den Ordnungsversuch greifen formale Faktoren ein, und jede Form setzt Bewegung voraus. Die Diagnose in der Medizin ist keine beschreibende geistige Operation, sondern ein Aktionschema, das gewisse Voraussetzungen, teils ätiologischer, teils pathogenetischer und teils prognostischer Natur, einschliesst. Das Eingreifen dieser Faktoren in die psychiatrische Nosologie ist offenbar. Selbst KRAEPELIN griff, wenn er bei der Diagnose nicht an ätiologische Voraussetzungen appellieren konnte, zu prognostischen Voraussetzungen. Die Prognose vermittelt uns eine intuitive Vision vom Verlauf der Krankheit, von ihrem zeitlichen Ablauf, von ihrer temporären Form, das heisst, sie bringt eine *dynamische Einordnung* mit sich. Auf der anderen Seite ist die Diagnose die Operationsbasis für die Behandlung, die sich später auf den Sonderfall richtet, die aber ausgehen muss von gewissen diagnostischen Voraussetzungen.

Ich weiss schon, dass die Vorwürfe, die der beschreibenden Psychiatrie gemacht werden, sich genauer gesagt auf die beschreibende Psychopathologie beziehen und noch konkreter auf die geläuterte Form der Beschreibung, die die phänomenologische Beschreibung darstellt. Viele Psychiater sehen in ihr nicht mehr als ein Übergreifen des philosophischen Jargons in den Bereich der klinischen Realität. Bevor wir aber ein so voreiliges Urteil fällen, ist es angebracht, dass wir uns einige Tatsachen vor Augen führen. Was die phänomenologische Psychopathologie gerade erreicht hat, ist eine grössere Strenge in der Beschreibung klinischer Bilder, indem sie die umfangreiche und wenig sinnvolle Rederei, die diese verwischt und verundeutlicht, abschafft. Die Lektüre vieler psychiatrischer Texte, einschliesslich der psychodynamisch orientierten, bestätigt diese Behauptung. Das *Charakteristische* tritt in verschiedenen Krankheitsbildern kaum zutage; nichts, was es möglich machte, sie von so vielen anderen zu unterscheiden, und die Berufung auf die psychodynamischen Mechanismen

legt eine eindrucksvolle Monotonie bloss. Wer im Lehrfach Praxis hat, wird, glaube ich, mit seinen Erfahrungen diese Behauptung bekräftigen. Wenn die klassische Psychiatrie pittoresk war, ist die neuere so monoton, dass sie nach Irrealität riecht, trotzdem die klinische Realität schmackhafter ist. Es können heute gedrängtere, klarere, wesentlichere psychiatrische Texte geschrieben werden, eben auf Grund der Läuterung, der die psychiatrische Ausdrucksweise durch die phänomenologische Psychopathologie unterworfen worden ist. Man wird aber sagen, dass dies alles darauf hinausläuft, auf dem Wert der Beschreibung zu bestehen. Ja, aber das Eigenartige an der Tatsache ist die Verwirrung derjenigen, die die Forderung ignorieren, dass auf der Kenntnis der klinischen Realität bestanden werden muss. Es überrascht festzustellen, dass die dynamisch-psychiatrischen Texte oft der alten Nosologie KRAEPELINS näherstehen als die psychiatrischen Texte, in denen die phänomenologische Fährte deutlicher ist.

Es ist interessant zu beobachten, wie sich die einen Probleme in die anderen schieben. *Die Psychodynamik verwischt die Grenzen zwischen Psychose und Neurose auf dieselbe Weise, wie sie die Grenzen zwischen Neurose und Normalität verwischt.* Die Unterscheidung solcher Grenzen bedeutet einen unglaublichen, nie genügend hervorgehobenen Fortschritt, stellt uns aber gleichzeitig vor eine schwierige Situation der Ambiguität. Es ist gut, dass die ganze Starrheit verschwunden ist, die zwischen den Neurosen und den Psychosen und zwischen den Neurosen und der Normalität einen eisernen Vorhang zu errichten trachtete; die Zerstörung eines solchen Vorhangs hat die Psychiatrie humanisiert. Beleidigen wir nicht unsere Vorgänger, die grossen Klassiker, indem wir sagen, dass sie weniger human waren als wir; es ändert sich die Sensibilität, und es besteht kein Zweifel, dass eine neue *psychiatrische Sensibilität* aufgetreten ist. Der Kontakt mit dem Kranken ist nur dann real, wenn die zwischen seiner und unserer Welt bestehende Analogie anerkannt wird. Wir müssen es demütig anerkennen: In jedem von uns liegt die Möglichkeit einer Neurose und auch die einer Psychose. Der Arzt eines Irrenhauses, der sich gegen den Wahnsinn kraft des Vorhandenseins seiner Vernunft gesichert glaubt, ist schlauer als die Irren, sagt KIERKEGAARD, gleichzeitig aber auch dümmer und wird vor allen Dingen niemanden heilen. Diese Worte des grossen dänischen Melancholikers unterstreichen die Epiphanie der Psychotherapie.

Woher rührt die strukturelle Gemeinschaft zwischen Psychiatrie, dem Psychotherapeuten, dem Neurotiker und dem Psychosekranken? Aus der Angst, die im Dasein selbst begründet ist. Diese Zurückfüh-

zung auf eine gemeinsame Wurzel, die die Wurzel der menschlichen Existenz ist, hat die Grenzen verwischt, hat uns aber auch andere geöffnet: die Grenzen der *Ambiguität*. Diese stellt eine der Klippen dar, die die gegenwärtige psychotherapeutische Tätigkeit bedrohen.

In den letzten Jahren sind über den psychodynamisch interpretierten Wahn glänzende Arbeiten veröffentlicht worden, die teils aus der psychoanalytischen Schule stammen, teils von verschiedenen durch die analytische Anthropologie beeinflussten Richtungen herrühren, wobei diese Bezeichnung ohne allzu grosse Strenge angewandt wird (ZUTT, BINSWANGER, STORCH usw.). Die Welt des Wahnkranken wird durch diese Interpretationen fast so transparent wie die alltägliche Welt des normalen Menschen. Der Startpunkt für die Wahnerfahrung ist immer, sei sie auch auf verschiedene Weise ausgedrückt, die Erfahrung der Angst. Angesichts dieser Interpretationen stelle ich mir immer dieselbe Frage: Ist diese die Vorstufe des Wahns bildende Angst der psychoanalytischen Interpretationen oder die in den anthropologischen Interpretationen existierende *Angst dieselbe, die der Neurotiker erfährt? Ist es dieselbe, die der normale Mensch erleidet?* Oft ist die Antwort darauf gewesen: Es liegt ein *quantitativer* Unterschied vor. Dieses hypothetische Schema des *quantum* der Störung findet sich vielfach in der psychodynamischen Literatur; wenn wir es aber akzeptieren, darf uns nicht entgehen, dass wir eine verhältnismässig triviale Hypothese der Erklärung akzeptieren; da die Psychose schwerer ist als die Neurose und letztere schwerer als die Normalität, ist es natürlich, dass die Angst des Psychosekranken *grösser* ist als die des Neurotikers und dessen Angst *grösser* als die des Gesunden. Ich möchte wissen, was KIERKEGAARD von dieser Wechselbeziehung gedacht hätte; aber KIERKEGAARD ist nicht mehr, und die klinische Realität lässt uns bezweifeln, ob eine solche Wechselbeziehung richtig ist. Ist die Angst des Melancholikers, die ihn zum Selbstmord treibt, mehr oder weniger «gross» als die des Schizophrenen, in dem vorübergehend ähnliche Gedanken aufkommen? Ich verwende die Bezeichnung «gross», um das Unangemessene der quantitativen Beurteilung zu unterstreichen.

Die beschreibende Psychopathologie, die eine phänomenologische Wurzel hat, behauptet, dass es in der Wahnerfahrung etwas *Neues* gibt, das in der normalen Erfahrung nicht existiert. Beim primären Wahn handelt es sich um eine *neue Bedeutung*. Der Charakter des Neuen hängt ab von den Schranken, die dem *verstehbaren psychischen Leben* gesteckt sind. In dieser Frage nach den Grenzen liegt eben der schwache Punkt jeder verstehenden Psychopathologie.

Die Psychodynamik hat, als sie die Grenzen zwischen dem Normalen und dem Anormalen verwischte, das ganze Gebäude der verstehenden Psychopathologie erschüttert; was ist aber inzwischen in der Psychodynamik selbst geschehen?

Prüfen wir, wenn auch nur aus der Vogelschau, die neuere Entwicklung der Neurosentheorie. Es wäre merkwürdig, dass, wie einige Autoren sagen, FREUD von neurologischen Modellen ausginge; denn der Punkt an den er gelangt ist ein anderer. SZASZ verteidigt einen eigenartigen Gesichtspunkt, der als Beispiel für die gegenwärtige Situation der psychodynamischen Interpretationen der Neurosen gelten kann. Die Hysterie ist das grosse Modell der Neurosen. Auf die Autorität von CHARCOT und FREUD, sagt SZASZ, ist es zurückzuführen, dass ein schwerwiegender Irrtum begangen wurde: nämlich der, den sozioethisch Leidenden vom Range des «malingerer» auf den Rang des Kranken zu erheben. Die Frage, ob die Verhaltensstörungen oder «Lebensprobleme» als *Krankheiten* angesehen und so genannt werden können, ist tatsächlich immer stark umstritten gewesen, als wenn es um ein ethisches Problem oder politisches Machtproblem gegangen wäre. Von welchem Gesichtspunkt aus ist es ein Irrtum, «no-illnesses» «illnesses» zuzuordnen? fragt SZASZ, und er antwortet: «Es ist ganz klar ein Irrtum vom Gesichtspunkt der Wissenschaft und der intellektuellen Integrität aus.» «Das Ansehen und die Macht der Psychiater haben mittels der Aneignung der grossen Themen, die ihr nicht zugehörten, zugenommen.» MORTIMER ADLER hat richtig darauf hingewiesen*, dass die Psychoanalytiker «are trying to swallow everything in psychoanalysis». Die Psychiatrie, setzt SZASZ hinzu, wird definiert als die medizinische Spezialität, die sich mit dem Studium, der Diagnose und der Behandlung der Geisteskrankheit befasst. «Das ist eine wertlose und irrige Definition. *Die Geisteskrankheit ist ein Mythos*. Die Psychiater beschäftigen sich nicht mit Geisteskrankheiten und ihrer Behandlung. In der gegenwärtigen Praxis haben sie mit persönlichen sozialen und ethischen Problemen des Lebens zu tun. Die Psychotherapie muss systematisch als eine Theorie der menschlichen Beziehungen dargestellt werden.»

Ich weiss schon, dass viele Psychotherapeuten diese Formulierungen übertrieben finden werden. Aber auch wenn sie es sind, stellen sie einen guten Ausgangspunkt dar für die Überprüfung der gegenwärtigen Situation.

* Zitat von SZASZ.

Die Entwicklung des psychodynamischen Gesichtspunktes kann in grossen Zügen folgendermassen umrissen werden: Hysterie und später die Neurosen ergeben sich aus Konfliktsituationen. Den gegenwärtigen Konflikten folgen bei der genetischen Analyse die vergangenen Konflikte, die bis in die frühesten Phasen der Kindheitsentwicklung reichen. Es ist gewiss, dass die Neurosen körperliche Symptome haben; der klassische Psychiater verstand es nicht, den *Sinn dieser körperlichen Symptome* zu finden.

Damit wird eine riesenhafte Operation durchgeführt: *dieselbe, die die Grenzen zwischen dem Normalen und dem Anormalen zerstört hat, ist es, die jetzt die Grenzen zwischen dem Körperlichen und Psychischen zerstört.* Die Neurosen sind Systeme, die externe oder interne psychische Konflikte sichtbar machen oder mitteilen. Die Neurose ist eine Ausdrucksweise, die das Verstehen nötig hat. Allmählich kommt man zu einer Neurosentheorie, in der das Körperliche eine blosser Ziffer in einer Mitteilung ist. Wenn sich der Übergang von den Neurosen zu den Psychosen allmählich vollzieht, warum dann von Krankheiten sprechen? Die Geisteskrankheiten sind ein Mythos. Welche andere Ausflucht bleibt übrig? Die Psychiatrie entfernt sich oder trennt sich sogar von der Medizin, um sich in eine soziologische Wissenschaft oder besser gesagt in eine angewandte Soteriologie zu verwandeln. In Übereinstimmung mit dieser Richtung wächst die Rolle derjenigen, die sich als Hilfskräfte des Psychiaters betrachten.

Dieser Vorsatz, die Psychiatrie in die Diaspora der Medizin zu führen, ist an verschiedenen Fronten zu Hause. K. SCHNEIDER – einer der hervorragendsten Pfleger der phänomenologischen Psychopathologie – sagt, dass die Psychiatrie nicht von der Krankheit ausgeht, sondern vom anormalen Psychischen, das zum guten Teil nicht krankhaft ist. Nach seiner Meinung ist das Krankhafte nur das, was sich auf eine Krankheit im medizinischen Sinne beziehen kann. Und Krankheit im medizinischen Sinne ist nur körperliche Krankheit. Die Erlebnisreaktionen, die sich in den Konversionshysterien ausdrücken, bleiben wegen der differenziellen Diagnose Sache des Arztes. Trotz der Klarheit seiner Formulierung entwischt ihm die klinische Realität durch einen Spalt. Es gibt Erlebnisreaktionen, aber auch funktionelle Reaktionsstörungen.

Die Klinik bietet uns ein breites Spektrum, in welchem der Übergang von den Erlebnisreaktionen zu diesen funktionellen Störungen unmerklich geschieht. Bei ALEXANDER ist dieser Unterschied der, welcher sich zwischen den Konversionsreaktionen und den

psychosomatischen Störungen ergibt. Es gibt keine Möglichkeit, eine Kluft aufzuwerfen zwischen beiden Typen von Störungen. Bis heute stellt sich das Problem dergestalt, dass es von einem sehr klar umrissenen Begriff von der anormalen Erlebnisreaktion ausgeht. Aber wenn man zu ihm greift, sieht man, dass die *Anomalie des Erlebnisses von irgendwoher rühren muss*. Gewöhnlich sucht man in der vorhergegangenen Geschichte, bei der Erschütterung oder der Serie von traumatischen Erschütterungen, die seit der frühesten Kindheit erlitten wurden. Aber auch so findet man in vielen Fällen nicht den hermeneutischen Schlüssel zu dem Problem. Es bleibt ein *nicht entzifferbarer Kern*, wie FREUD gelegentlich der Deutung der Träume sagte. Entsteht ein solcher nicht entzifferbarer Kern nicht dem, was der Hermeneutik widersteht, das heisst einem Etwas, das aus einer verschiedenartigen Welt herrührt, welche in diesem Falle die Welt der Leiblichkeit sein könnte? So wie wir die Anwesenheit des «Erlebnishaften» im «Funktionellen» anerkennen, wird es nicht auch nötig sein, die mögliche Anwesenheit des «Funktionellen» im «Erlebnishaften» zu überprüfen? Anstatt den antiken Begriff der «Neurose» als ausser Gebrauch zu betrachten, muss man nicht untersuchen, ob darin noch ein Funke glüht? Und sind die Neurosen vielleicht auch «Nervenkrankheiten»?

In den Neurosen gibt es Konversion, Verdrängung, Projektion und viele andere tätige psychodynamische Vorrichtungen mehr. Ihre Erklärung ist es, die sie «sinnvoll» macht, das heisst, zu Reaktionen mit Sinn. Dem den Sinn zurückzugeben, was des Sinnes entbehrt, bedeutet, es wieder dem Gesunden zuzugesellen; aber manchmal bleibt ein Rest, nicht entzifferbar, trotz aller weitreichenden Hermeneutiken. Ein Rest, eine Spur der Angst bleibt, wogegen sich alle offensive Psychodynamik als unfähig erweist. In diesem Fall spricht man von *Widerstand*; aber der Widerstand kann von einer anderen Front herkommen, die nicht die psychische ist. Für FREUD selbst ist das psychische Leben dasjenige, was Intentionalität, Sinn hat. Dieser Widerstand entbehrt der Intentionalität. Es ist notwendig, weiter in die Tiefe hinabzusteigen und zu tieferliegenden Windungen des Seins zu gelangen, zu der Tiefe, in der der Körper beginnt, beseelter Körper zu sein, um uns die Anwesenheit dieses Widerstandes zu erklären. Bei diesem Abstieg begeben wir uns mitten hinein ins Feld der Medizin. In solchen Fällen – ob es wenige oder viele sind, wird man dann sehen – brauchen wir weder die Rechte der Psychiatrie als Zweig der Medizin zu verteidigen, noch sie aus rein methodischer Strenge heraus in der Diaspora der Medizin belassen.

Die herrschende Idee von der Krankheit ist in der Medizin die der körperlichen Krankheit. Es gibt keine Möglichkeit, nicht einmal in der somatischen Medizin, klar zu definieren, was körperliche Krankheit ist. Immer werden Einschränkungen zu machen und Erläuterungen zu geben sein. Denn die *Krankheit ist eine offene Struktur wie das menschliche Wesen*. Ihr Offensein vermindert nicht ihre Realität.

In der Psychiatrie gibt es Krankheiten, deren körperlicher Substrat unbestreitbar ist. Noch in ihnen stösst die Anwendung des Schemas der «species morbososa» von SYDENHAM auf ernste Schwierigkeiten. Bei den Krankheiten, die eine klare und bekannte Ätiologie haben, wie die nervöse Syphilis, sind die Krankheitsbilder verschiedenartig. Die nosologische Ordnung ist nur eine Ordnung *klinischer Typen*. Ein Prozess, der in Phasen abläuft und die Persönlichkeit unangetastet lässt, ist nicht mit dem Prozess zu vergleichen, der im Verlaufe seiner Entwicklung schädigend wirkt. Es ist wahr, dass die Interferenzen zwischen den Neurosen und den psychopathischen Persönlichkeiten ungeheuer gross sind; aber zu verneinen, dass etwas existiert, das beide Erkrankungsarten unterscheidet, würde bedeuten, die eigentliche klinische Realität blind zu verneinen.

Wenn in den Krankheiten mit somatischen Fundamenten das Eingreifen des Körpers und somit die Krankheit als Realität und nicht als Mythos offenbar ist, so kann man doch nicht das Gleiche von der übrigen mentalen Pathologie sagen: endogene Psychosen, psychopathische Persönlichkeiten, Neurosen. Aber dass dieser Rest weniger transparent ist, will nicht sagen, dass er nicht existiert, sondern ganz einfach, dass er eingehender untersucht werden muss. Es ist unmöglich, dass ich in diesem Augenblick die Entwicklung des grossen Problems, das sich aufwirft, andeute; aber es sei mir wenigstens erlaubt, einige Randbemerkungen zu machen.

Wählen wir ein paar Beispiele. In der Melancholie existiert die Traurigkeit als ihr hervortretendstes Symptom. Ist es eine Traurigkeit, wie sie der normale Mensch empfindet, wenn er eine unangenehme Nachricht erhält? Es genügt ganz einfach, den Kranken zuzuhören, um zu wissen, dass dem nicht so ist. Der Kranke unterscheidet zwischen der Traurigkeit, die ihm ein unglückliches Ereignis bereitet – Verlust seiner Frau, seines Sohnes, oder sein persönlicher Ruin oder seine Verurteilung wegen eines Vergehens – und der «anderen» Traurigkeit, die aus ihm als «beseeltem Körper» herrührt. Es ist die *vitale Traurigkeit*, auf der die phänomenologische Untersuchung so sehr beharrt. *Ebenso wie die vitale Traurigkeit existiert die vitale Angst, vitaler*

Überdruss, vitaler Ekel usw. usw. Der beseelte Körper ist eine Realität, die sich in der Klinik der Psychosen aufdrängt, und ebenso in der der Neurosen und der psychosomatischen Störungen.

Ich habe schon auf den psychopathologischen Frontenwechsel hingewiesen, der sich bei der Analyse der schizophrenen Symptomatologie ergeben hat. Das Wichtigste am Symptom ist nicht seine neue Bedeutung, sondern sein impositiver Charakter. Dasselbe geschieht in der Psychopathologie der Neurosen. Im Verdrängungsprozess ist das Wichtige nicht der intellektuelle Aspekt, der verdrängte Inhalt, sondern die Kraft, mit der die einen Inhalte verdrängt werden und die anderen nicht. In jedem Kranken zieht der paradoxe und sogar absurde Charakter des Verdrängungsprozesses die Aufmerksamkeit auf sich. Es wird weder das Wichtige, noch das Bezeichnende verdrängt, sondern etwas, das, weil es verdrängt wird, wichtig und bezeichnend wird. Schon Freud sagte, dass die *Angst nicht die Tochter der Verdrängung ist, sondern umgekehrt**. Und woher rührt diese dynamische Gleichgewichtsstörung, die verdrängt, projiziert, rationalisiert usw., wenn nicht aus der Angst? Und woher kommt diese Angst, wenn nicht vom Menschen selbst, insofern er Realität ist, das heisst beseelter Körper oder Körper gewordener Geist?

Wie schon die Klassiker der Medizin sagten, existieren nicht Krankheiten, sondern Kranke. Die Schwierigkeit besteht darin, die konkrete vitale Erfahrung des Kranken zu wissenschaftlicher Erkenntnis zu machen. Diese Schwierigkeit ist bei der Geisteskrankheit grösser, zieht sich aber durch den gesamten Bereich der Medizin.

Zusammenfassung

Man spricht in gewissen psychologischen Kreisen vom Mythos der Geisteskrankheiten, das heisst, die Geisteskrankheiten sind keine «Krankheiten», sondern Verhaltensstörungen, deren Studium viel eher den Soziologen und den Psychologen angeht als den Arzt. Neurosen sind abnorme Erlebnisreaktionen; diese anormale Art der Reaktion muss von irgendwoher stammen. Aber in vielen Fällen bleibt ein unentzifferbarer Kern bestehen. Ein solcher Rest, der sich

* «Nicht die Verdrängung schafft die Angst, sondern die Angst ist früher da, die Angst macht die Verdrängung.» FREUD, S.: Gesammelte Werke XV, p. 92 (Imago Publ. London 1940).

in der psychodynamischen Interpretation nicht auflöst, entstammt der Schicht der Vitalität, insofern diese ein somatotropisches Gefälle aufweist. Es wirken in den Neurosen soziologische und psychodynamische Faktoren, aber auch *physiodynamische* und vitale sind in ihnen nicht sekundär, sondern weisen denselben Rang und dieselbe Bedeutung auf.

Summary

In certain psychological circles one is talking about the myth of mental illness, that is: mental illness is not a "disease", but a disturbance of behavior the study of which is more the task of the sociologist and psychologist than that of the physician. Neuroses are abnormal reactions to reality. This abnormal way of reaction must have its cause somewhere, but in many cases there remains a nucleus which cannot be explained. This rest cannot be dissolved in psychodynamic interpretation and originates at the level of vitality in so far as this level shows a somatotropic hierarchy. There are sociological and psychodynamic factors effective in neuroses, but physiodynamic and vital factors are not secondary; they have the same rank and importance.

Résumé

On parle dans certains milieux psychologiques du mythe des maladies mentales, c'est-à-dire que les maladies mentales ne sont pas des «maladies» mais des troubles du comportement, dont l'étude intéresse plutôt le sociologue et le psychologue que le médecin. Les névroses sont des réactions vécues de type anormal; cette façon anormale de réagir doit provenir de quelque part. Mais dans de nombreux cas un noyau non déchiffrable subsiste. Un tel noyau que l'interprétation psychodynamique ne peut résoudre, provient de la couche vitale, dans la mesure où elle trahit une structure somatotropique. Dans la névrose interviennent des facteurs sociologiques et psychodynamiques, mais les facteurs *physiodynamiques* et vitaux ne sont pas du tout secondaires, car ayant le même rang et la même signification.

Adresse des Auteurs: Prof. J. J. LOPEZ-IBOR, Olivos 18, Madrid (Spanien).