

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

PSYCHOPATHOLOGIE 11

Psychiatrische Krankheitslehre 11: Zusammenfassung der Serie

Seelische Störungen nehmen zu. Dass bedeutet, dass sich die Ärzte, Psychologen, die Sozial- und Pflegekräfte und selbst die interessierte, vor allem aber betroffene Allgemeinheit mit den entsprechenden Krankheitszeichen vertraut machen sollte. Denn je früher erkannt, desto schneller gezielt behandelt und umso erträglicher die seelischen, geistigen, psychosozialen, ja körperlichen und schließlich volkswirtschaftlichen Konsequenzen, heute generell als „Krankheitslast“ bezeichnet.

Das setzt allerdings ein treffsicheres Erkennen und konsequentes Behandeln voraus, von der notwendigen Prävention für ggf. drohende Rückfälle ganz zu schweigen.

Grundlage des rechtzeitigen Erkennens, Einordnens und diagnostisch Deutens war, ist und wird immer die *Psychopathologie* sein, die psychiatrische Krankheitslehre, allgemeinverständlich als „Lehre von den Leiden der Seele“ bezeichnet. Dazu vorliegende Informations-Serie und im Teil 11 die stichwortartige Zusammenfassung des mehrere hundert Seiten starken Angebots im Internet (in Papierform verfügbar in der Loseblatt-Sammlung *Psychische Störungen heute* im ecomed-Verlag).

Erwähnte Fachbegriffe:

Psychopathologie-Übersicht – psychiatrische Krankheitslehre-Übersicht – Bewusstsein – Wachsein – Vigilanz – Bewusstseins-Klarheit – Selbst-Bewusstsein – Bewusstseins-Störung – Dämmerzustand – Oneiroid – Verwirrtheit – Amentia – Bewusstseins-Steigerung – Bewusstseins-Erweiterung – Orientierungs-Störung – Desorientierung – zeitliche Desorientierung – örtliche Desorientierung – situative Desorientierung – Desorientierung zur eigenen Person – Ich-Bewusstsein – Depersonalisation – Derealisation – Störung der Ich-Vitalität – Störung der Ich-Aktivität – Ich-Konsistenz – Ich-Kohärenz – Ich-Demarkation – Ich-Abgrenzung – Ich-Identität – Selbstbild – Selbstkonzept – Persönlichkeitsbild – Ich-Stärke – Störung des Zeiterlebens – Zeitraffer-Erlebnis – Zeitdehnungs-Erlebnis – zeitlicher Realitätsverlust –

Störung der Zeit-Kategorien – Gedächtnis-Störung – Erinnerungs-Störung – Hypomnesie – Amnesie – Dysmnesie – retrograde Amnesie – anterograde Amnesie – Hypermnesie – Erinnerungs-Fälschung – Paramnesie – Pseudologie - Konfabulationen – vermeintliche Vertrautheit – vermeintliche Fremdheit – Déjà vu – Aufmerksamkeits-Störungen – Konzentrations-Störungen – Denk-Störungen – Sprach-Störungen – Störung des Sprechens – formale Denkstörungen – gehemmtes Denken – Perseveration – Gedanken-Sperrung – Denk-Sperrung – Gedanken-Abreißen – verlangsamtes Denken – ideenflüchtiges Denken – beschleunigtes Denken – eingeeengtes Denken – umständliches Denken – unklares Denken – paralogisches Denken – inkohärentes Denken – zerfahrenes Denken – Gedanken-Ausbreitung – Gedanken-Entzug – Gedanken-Enteignung – Gedanken-Eingebung – Gedanken-Lenkung – Aphasien – motorische Aphasie – expressive Aphasie – sensorische Aphasie – amnestische Aphasie – Sprechstörungen – Aphonie – Dysphonie – Stimmlosigkeit – Dysarthrie – Phonations-Störung – Artikulations-Störung – Stottern – Stammeln – Logoklonie – spastische Silben-Wiederholung – Rede-Störungen – Modulations-Veränderungen – verlangsamtes Reden – Bradyphasie – stockendes Reden – beschleunigtes Reden – Tachyphasie – Rededrang – Logorrhö – Verbigeration – Palilalie – verbale Stereotypie – Echolalie – Mutismus – Sprach-Unverständlichkeit – Privatsymbolik – Parasyntax – Paragrammatismus – Vorbeireden – Paraphasie – Neologismus – Kontamination – Kryptolalie – Kryptographie – Intelligenzstörungen – Intelligenzminderung – Debilität – Imbezilität – Idiotie – Oligophrenie – Demenz – Affektivität – Gefühls-Störungen – Zustands-Gefühle – Gestimmtheit – Befindlichkeit – Erlebnis-Gefühle – Vitalgefühle – Körpergefühle – Leibgefühle – vitale Traurigkeit – Dysphorie – Ambivalenz – Ambitendenz – Gefühls-Ambivalenz – intentionale Ambivalenz – intentionale Ambitendenz – intellektuelle Ambivalenz – Parathymie – affektive Inadäquatheit – Affektarmut – Gefühl der Gefühllosigkeit – Affektstarre – Affektsteife – Affekttenazität – Affekthaften – Affektlabilität – Affektinkontinenz – Affekt-Syndrome – depressives Syndrom – manisches Syndrom – schizophrenes Affekt-Syndrom – Angst-Syndrom – dysphorisches Syndrom – hypochondrisches Syndrom – Primitiv-Reaktionen – Emotions-Stupor – posttraumatische Verstimmungen – posttraumatische Belastungsstörung – akute Belastungsreaktion – Wahrnehmungs-Störungen – Wahrnehmungs-Ausfall – Blindheit – Amaurose – Gehörstörungen – Hypakusis – Anakusis – Geruchslähmung – Anosmie – Geschmackslähmung – Ageusie – Empfindungslosigkeit – Hypästhesie – Anästhesie – Agnosien – Wiederkennungsstörungen – Wahrnehmungs-Ausfall – Wahrnehmungs-Abnormitäten – veränderte Größen-Wahrnehmung – veränderte Gestalt-Wahrnehmung – Metamorphopsie – Dysmorphopsie – Gestalt-Verzerrung – Dysmegalopsie – Größenveränderung – Mikropsie – Kleinersehen – Makropsie – Größersehen – Heutometamorphopsie – Doppelgänger-Phänomen – Heutoskopie – Außerkörperlichkeit – out of body-experience – Wahrnehmungs-Abnormität, qualitative – Halluzinationen – Sinnestäuschungen – Trugwahrnehmungen – akustische Halluzinationen – Gehörstäuschungen – Gehörshalluzinationen – Akoasmen – Phoneme – optische Halluzinationen – Gesichtshalluzinationen – Photome – Visionen – olfaktorische Halluzinationen – Geruchshalluzinationen – gustatorische Halluzinationen – Geschmacks-Halluzinationen – taktile Halluzinationen – Berührungs-Halluzinationen – Tast-Halluzinationen – haptische Halluzinationen – körperlicher Wahrnehmungsstörungen – Dermatozoen-

wahn – Enterozoenwahn – vestibuläre Halluzinationen – Trugwahrnehmungen des Gleichgewichtssinnes – zoenästhetische Halluzinationen – Leibhalluzinationen – leibliche Wahrnehmungstäuschungen – „physiologische Halluzinationen“ – Pseudo-Halluzinationen – Illusionäre Verkennungen – Illusionen – Pareidolien – eidetische Bilder – Wahnwahrnehmungen – Wahn – Wahnerleben – Wahnstimmung – Wahneinfall – Wahngedanken – Wahnarbeit – Wahnerinnerungen – Wahnsystem – Wahndynamik – Wahnbedeutung – Erscheinungsformen des Wahns – Antriebsstörungen – Antriebsverminderung – Antriebssteigerung – Motorik – Störungen der Motorik – Psychomotorik – motorische Schablonen – Tics – Gilles-de-la-Tourette-Syndrom – Hypokinese – Akinese – Hypomimie – Amimie – Mutismus – Stupor – Hyperkinese – Raptus – Grimassieren – Fratzenschneiden – Paramimie – Katalepsie – Haltungsverharren – Haltungstereotypie – Flexibilitas cerea – Negativismus – Ambitendenz – motorische Stereotypien – Sprach-Stereotypien – bizarres Verhalten – Kakolalie – Posen – Manierismen – Maniriertheit – Automatismen – Befehlsautomatie – Echo-Erscheinungen – Echolalie – willenloses Nachreden – Echopraxis – willenlose Bewegungsnachahmung – Echographie – willenlose Nachahmung von Schreibbewegungen – Parakinesen – Bewegungs-Stereotypien – Sprach-Stereotypien – Katalepsie – Aggression – Aggressions-Risikofaktoren – psychodynamische Aspekte der Aggression – Einschätzung des Aggressionsrisikos – Gewalttaten-Risiko – Zwänge – Anankasmen – Zwangsstörungen – Zwangsgedanken – Zwangsideen – Zwangsvorstellungen – Zwangserinnerungen – Zwangsimpulse – Zwangsgedanken – Zwangsvorstellungen – Zwangshandlungen – Zwangsrituale – Entlastungsrituale bei Zwangsstörungen – Phobien – Zwangsbefürchtungen – Agoraphobie – Platzangst – Soziale Phobie – Sozialphobie – spezifische Phobien – Schulphobie – Trennungsangst – Impulshandlungen – Dranghandlungen – Kleptomanie – pathologisches Stehlen – Stehltrieb – Pyromanie – dranghaftes Feuerlegen – Brandstiften – Trichotillomanie – Automutilation – Selbstverstümmelung – pathologisches Spielen – Spieldrang – Spielsucht – Glücksspielsucht – intermittierende explosive Störung – Sammeltrieb – Sammeldrang – Diogenes-Syndrom – Vermüllungs-Syndrom – Poromanie – zwanghaftes Weglaufen – Dromomanie – Fugue – Dipsomanie – periodische Trunksucht – „Quartalssäufer“ – Kaufrausch – Kaufsucht – Kaufzwang – zwanghaftes Konsumverhalten – Sexualitäts-Störungen – Sexual-Störungen – sexuelle Funktionsstörungen – ungewöhnliche Sexualobjekte – ungewöhnliche Sexualpraktiken – sexuelle Variationen – Paraphilie – sexuelle Perversion – sexuelle Deviation – sexuelle Delinquenz – Exhibitionismus – Fetischismus – Pädophilie – Transvestitismus – Travestie – Transsexualität – Voyeurismus – Voyeurtum – Frotteurismus – Kleptomanie mit sexueller Komponente – Sadismus – Masochismus – Automasochismus – Sodomie – Zoophilie – Erotophonie – Gerontophilie – Nekrophilie – Koprophilie – Koprophagie – Urolagnie – Inzest – sexueller Missbrauch in der Kindheit – intrafamiliärer sexueller Missbrauch – extrafamiliärer Missbrauch – Homosexualität – Homophilie – Lesbiertum – Transsexualität – sexuelle Funktionsstörungen – sexuelle Appetenz – Hypersexualität – Hyposexualität – Asexualität – Anerotik – Alibidinie – Erregungsstörungen – Impotentia erigendi – Dyspareunie – Störungen beim Koitus – Vaginismus – Scheidenkrampf – Ejaculatio praecox – Impotentia ejaculandi – Anorgasmie – u. a. m.

1. STÖRUNGEN DES BEWUSSTSEINS

Bewusstsein

Definition: verschiedene Definitionsversuche, je nach Disziplin. Im Allgemeinen drückt sich das Bewusstsein durch die Fähigkeit aus, Sinneseindrücke von außen und innen aufzunehmen, zu ordnen, zu integrieren und ggf. darauf zu reagieren. Oder kurz: Bewusstsein ist bewusstes Sein.

Dabei geht es vor allem um drei Bereiche:

- **Wachsein (Vigilanz):** kein gleichmäßiger Zustand, unterliegt Schwankungen, also bestimmten Wachseins-Stufen oder Vigilanz-Graden.

Abhängig von der Selbstregulation des Organismus (z. B. Schlaf-Wachrhythmus) und vom Gesamtbefinden (z. B. Gesundheit, Umgebungseinflüsse).

- **Bewusstseins-Klarheit**, auch Bewusstseins-Helligkeit oder Luzidität genannt: eng mit dem Grad des Wachseins verbunden. Die Stufen reichen von sprachlich nicht mittelbaren Empfindungen bzw. diffusen Anmutungen über deutlich-bewusstes Wahrnehmen mit Aufmerksamkeit und Konzentration bis zum reflektierten Auffassen und Erkennen.

Besonnenheit (Besinnung) ist die voll reflektierte Übersicht über eine Situation im lebensgeschichtlichen Zusammenhang.

- **Selbst-Bewusstsein** im Sinne von Sich-seiner-selbst-bewusst-Sein, auch Ich-Bewusstsein genannt.

Bewusstseins-Störungen

Bei *Störungen des Bewusstseins* unterscheidet man in der Psychiatrie zwischen quantitativen und qualitativen Bewusstseins-Störungen:

Vorwiegend quantitative Bewusstseins-Störungen

Bei den *quantitativen Bewusstseins-Störungen* unterteilt man in Zustände gesteigerten oder herabgesetzten Bewusstseins. Das wichtigste diagnostische Kriterium ist die Orientierungsfähigkeit.

1. Ein *gesteigerter Zustand des Bewusstseins* ist die *Überwachheit (Hypervigilität /Hypervigilanz)*: vermehrte Aufmerksamkeit, rasche Auffassungsgabe bzw. Reaktionsfähigkeit auf Reize, Hypermnesie (übersteigerte Merk- und Erinnerungsfähigkeit) usw.
2. *Zustände herabgesetzten Bewusstseins* unterteilt man in Benommenheit, Somnolenz, Sopor und Koma. Einzelheiten siehe die entsprechenden Hinweise in dieser Serie.
3. Die *parasomnische Bewusstseinslage* ist ein psychiatrischer Begriff, der inzwischen nur noch selten gebraucht wird, heute als *apallisches Syndrom, Coma vigile oder vegetative stage* u. a. bezeichnet. Einzelheiten siehe entsprechende Fachliteratur.

Qualitative Bewusstseins-Störungen

Dazu zählen

Delirium tremens: tiefere Bewusstseinsstörung quantitativer und qualitativer Art mit meist ängstlich gefärbter gesteigerter psychomotorischer Aktivität.

Partielle oder totale Desorientierung. Inkohärenz des Denkens (Verwirrtheit und Verworrenheit). Illusionäre Verkennungen der Umgebung und Halluzinationen (Sinnestäuschungen) jeglicher Art (Einzelheiten siehe die entsprechenden Hinweise in dieser Serie). Ferner wahn-ähnliche Erlebnisse. Häufig vegetative Begleiterscheinungen (Tremor, Schwitzen, Herzrasen). Äußerlich oft Greif- und Zupfbewegungen (Flockenlesen). Leichtere Grade des Deliriums wurden früher auch als *Subdelirium, abortives Delir oder Prä-Delir* bezeichnet.

Dämmerzustand: Bewusstseinsfeld eingeeengt mit ausschließlicher Ausrichtung auf bestimmtes inneres Erleben.

Aufmerksamkeit bzw. Beachtung der Umwelt beeinträchtigt/vermindert bis aufgehoben. Verringerte Ansprechbarkeit auf Außenreize. Denken unklar (bis zur Verwirrtheit). Häufig illusionäre Verkennungen. Halluzinationen auf verschiedenen Sinnesgebieten. Affektiv ängstlich, aber auch beseligt-ekstatisch. Manchmal wie traumverloren oder berauscht, der Umwelt kaum zugänglich. Psychomotorisch unauffällig oder vermindert bzw. gesteigert, Erregungszustände möglich.

Im so genannten *orientierten Dämmerzustand* (früher „besonnener Dämmerzustand“ genannt) sind zwar Aufmerksamkeit, Denken und Urteil eingeeengt, doch das äußere Handeln erscheint oft noch geordnet und folgerichtig.

Anhang

Weitere Phänomene in diesem Bereich sind:

Oneiroid: traumartiger, desorientiert-verwirrter Zustand. Dabei erlebt der Kranke dramatische und phantastisch ausgestaltete Szenen mit starker gefühlsmäßiger Anteilnahme: Katastrophen, Schlachten, Sintflut, Himmel und Hölle, Weltuntergang u. a. Halluzinationen und illusionäre Verkennungen möglich. Mitunter durch energisches Anreden noch aus dieser Situation kurzfristig herausreißbar, dann aber ratlos, staunend, desorientiert. Stupor (seelisch-körperliche Erstarrung) oder Raptus (heftiger seelisch-körperlicher Erregungszustand) möglich. Desgleichen Stimmungsextreme von der Katastrophe bis zur Ekstase.

Verwirrtheit (Amentia): historische Bezeichnung für ein Syndrom schwerer Denkverwirrenheit (Inkohärenz) mit allgemeiner Desorientierung, Halluzinationen, Wahn u. a.

Bewusstseins-Steigerung / Bewusstseins-Erweiterung: unscharfe Begriffe, die aber zur Differentialdiagnose in das Kapitel der Bewusstseins-Störungen gehören. Sollen folgende Phänomene benennen: subjektive Existenz-Erweiterung; hellere, wachere Aufnahme der Umwelteindrücke; reichere Auffassung und Kombinationsfähigkeit sowie Erinnerungstätigkeit usw. Die Wahrnehmung erscheint lebhafter, stärker gefühlsbetont, ggf. Synästhesien (Wahrnehmungsverbindung in verschiedenen Sinnesbereichen: Farben hören, Töne sehen usw.). Manchmal auch bedrückt-erhobene Stimmung, „innere Einsichten“, „kosmische Verbundenheit“ (meist unter Rauschdrogen).

2. STÖRUNGEN DER ORIENTIERUNG

Orientierung heißt Bescheid wissen, sich zurechtfinden, sich einordnen in die zeitliche, örtliche, persönliche und situative Gegebenheit. Störungen der Orientierung differenziert man in

1. *Unsicherheit und Schwanken der Orientierung* (nicht völlig aufgehoben, jedoch unsicher und inkonstant) sowie
2. *Ausfall der Orientierung* (Desorientierung). Dabei differenziert man in
 - *zeitliche Desorientierung* (besonders schwerwiegend: Desorientierung zur Tages- und Jahreszeit)
 - *örtliche Desorientierung* (besonders schwerwiegend: örtliche Desorientierung in der vertrauten eigenen Wohnung)

- *Desorientierung zur Situation* (besonders schwerwiegend: dauernde situative Desorientierung)
- *Desorientierung zur eigenen Person* (besonders schwerwiegend: Störungen mit anderen Orientierungsqualitäten).

Gelegentlich kommt es bei unsicherer oder fehlender Orientierung zu einer sogenannten konfabulierten Orientierung, eine Art Pseudo-Erinnerung, die entsprechende Lücken ausfüllen soll. Auch gibt es im Wahn *wahnhaftes Fehlorientierung* und die „*doppelte Buchführung*“.

3. STÖRUNGEN DES ICH-BEWUSSTSEINS

Ich-Bewusstsein ist die Gewissheit des wachen, bewussteinaklaren Menschen: „Ich bin ich selbst“.

Dabei ist aber zu beachten: Wir haben nicht, sondern sind selbst Bewusstsein. Wir haben nicht, sondern sind selbst Ich-Bewusstsein. Wir haben nicht ein Ich, sondern sind selbst dieses Ich. Das macht alles so schwer fassbar.

Eine Zerlegung des Ich-Bewusstseins erscheint für den Gesunden nicht zwingend. Für ihn ist alles selbstverständlich, solange er sich in natürlicher Beziehung zu Menschen und Dingen seiner Umgebung befindet (und nicht z. B. in einer Rauschdrogen-Intoxikation). Für bestimmte seelische Störungen aber muss definiert und erläutert werden, was Gesunden gar nicht zum Bewusstsein kommt, geschweige denn zum Problem wird. Dazu gehören beispielsweise:

Depersonalisation: unterschiedliche Ich-Erlebnis Störungen wie „sich selbst ferne, entfremdet, unvertraut, unlebendig, unwirklich vorkommend u. a.“

Derealisation: umweltentfremdet, alles ist so unvertraut und unwirklich.

Störungen der Ich-Vitalität: Das Gefühl der eigenen Lebendigkeit geht zurück oder ist verloren, kann aber auch unrealistisch gesteigert sein. Entfremdung vom eigenen Selbst-Sein und seiner Welt kann den Weg in den Wahn bahnen.

Störungen der Ich-Aktivität: Von den intentionalen Störungen im Denken, Fühlen, Wahrnehmen über die Motorik bis zum Verlust der selbstverständlichen Gewissheit, sich selber noch wahrzunehmen, zu erleben, zu erfahren, zu fühlen oder auch zu denken, etwas zu tun oder unternehmen zu können. Mitunter schwere Störungen des Leibgefühls, bei dem sich der Betroffene im eigenen Körper nicht mehr zu rechtfindet.

In diesem Zustand gehäuft Stereotypien, Verbigerationen, Echopraxie, Echolalie, Flexibilitas cerea, Stupor, Mutismus, Raptus, Wahnbildungen u. a. Einzelheiten siehe Fachliteratur oder entsprechende Hinweise in dieser Serie.

Störungen der Ich-Konsistenz und Ich-Kohärenz: Der Betroffene erlebt sich nicht mehr als Einheit, als zusammengehöriges Ganzes von bestimmter (menschlicher) Beschaffenheit und Kontinuität/Kohärenz, sondern innerlich zerrissen, geteilt, verdoppelt, zersplittert, aufgelöst usw. Gefühle und Gedanken sind dissoziiert. Konsequenzen: Stupor, katatone Erregung, Wahn usw.

Störungen der Ich-Demarkation (Ich-Abgrenzung): Der Betroffene ist sich nicht mehr seines Eigenbereiches bewusst und damit auch sicher, was er selbst ist. Er kann nicht mehr zwischen Ich und Nicht-Ich unterscheiden, abgrenzen, markieren. Beispiele: Die Ich-Grenze wird zur Mauer (Einsamkeit, Isolation, Autismus). Oder die Ich-Grenzen brechen zusammen (schutzlos überschwemmt werden von außen). Die Realitätskontrolle geht verloren, der Patient fühlt sich ausgesetzt, schutzlos, preisgegeben.

Konsequenzen: Gefühle der Entfremdung, der Verlorenheit, Ausgesetztheit, Verlust der zwischenmenschlichen Kommunikationsfähigkeit und damit Vereinsamung, Isolation, Mutismus, Autismus, Stupor, Raptus, Wahnbildungen usw.

Störungen der Ich-Identität: Gestörtes Bewusstsein der eigenen Identität, was Gestalt, Geschlecht, Physiognomie, Abstammung, Funktion, Rolle und Kontinuität betrifft.

Konsequenzen: Unsicherheit über das Selbst-Sein, Gefühl der Ferne, Distanz, Fremdheit, Unvertrautheit sich selber gegenüber bis hin zur geschwundenen Gewissheit: „Ich bin ich selber.“ Kompensatorische Wahnbildungen: neue Identität, Überhöhung der eigenen Rolle, doppelte Buchführung u. a.

Störungen des Selbstbildes (Selbstkonzept, Persönlichkeitsbild): Dazu gehören Änderungen des Selbstwertgefühls, Wesensänderung (Persönlichkeitswandel) usw.

Störungen der Ich-Stärke: Ich-schwache Menschen können ihr Selbst-Sein nicht genügend entfalten. Vielfach leben sie nur nach dem Muster anderer (Vorbilder: tun, was „man“ tut); das Eigene verkümmert. Schlechte Abgrenzung, keine genügende Selbstbehauptung, Schwäche der Selbstbewahrung, Selbstfürsorge. Pendeln zwischen Überanpassung, Unterwerfung und Trotz, Wut, Kränkung, Verweigerung.

Konsequenzen: Beeinflussbarkeit, Abhängigkeit, Unselbständigkeit des Fühlens, Wollens, Denkens.

4. STÖRUNGEN DES ZEIT-ERLEBENS

Bei *Störungen des Zeiterlebens* differenziert man in

- *Beschleunigung des Zeiterlebens*: Zeitraffer-Erlebnis, die Zeit scheint schneller zu gehen und sich zu überstürzen.
- *Verlangsamung des Zeiterlebens*: Zeitdehnungs-Erlebnis, die Zeit geht langsamer bis zum Zeitstillstand.
- *Zeitlicher Realitätsverlust*: kein zeitliches Kontinuum mehr, nicht selten mit Depersonalisation und Derealisation sowie dem Erleben der Diskontinuität der Zeit verbunden (die Zeit rast, steht still, geht rückwärts, fehlt streckenweise ganz usw.).
- *Störung der Zeitkategorien*: Ausfall der Zeit, Verlust der Vergangenheit, Durcheinander von Vergangenheit und Gegenwart u. a. Spezielle Aspekte: Vergangenheit wird als Gegenwart erlebt (Ekmnesie) oder Zurückschreiten der biographischen Zeit (Regression).

5. STÖRUNGEN VON GEDÄCHTNIS UND ERINNERUNG

Die *mnestischen Funktionen*, also Gedächtnis und Erinnerung, ermöglichen uns, Erfahrenes zu behalten und wieder zu vergegenwärtigen.

Neutrales und Belangloses vergessen wir am raschesten. Eine mittlere Position nimmt ein, was uns zuwider ist, verletzt und kränkt (in störender oder gar krankmachender Form kann es aber auch ein ganzes Leben lang begleiten). Am längsten bleibt bestehen, was uns angenehm berührt hat (rückblickende Verschönerung). Aktivität, Teilnahme, Interesse, Beteiligung, Freude erleichtern das Erinnern; Müdigkeit, Apathie, depressive Verstimmungen erschweren es.

Bis zu etwa einer Stunde nach der Aufnahme einer Erfahrung bleibt das Gedächtnis daran labil und ist leicht löschtbar, z. B. durch neue Eindrücke, Stress usw. („labiles Gedächtnis“). Was nach einer Stunde noch da ist, kann Jahre, ja lebenslang bleiben („stabiles Gedächtnis“).

Man unterscheidet ein „Frischgedächtnis“, auch als Merkfähigkeit, kurzfristiges, Kurzzeit- bzw. mittelfristiges Gedächtnis bezeichnet, das labiler und störanfälliger ist. Zeitspanne: etwa 30 bis 60 Minuten. Und ein *Altgedächtnis*, auch als Langzeitgedächtnis bezeichnet, relativ stabil und wenig beeinflussbar.

Störungen differenziert man in

- **Allgemeine (diffuse) Erinnerungs-Störungen:** Dazu gehören
 - *Hypomnesie:* eingeschränkte, reduzierte Erinnerungsfähigkeit. Gewöhnlich für mehr zeitlich begrenzte Gedächtnisstörungen gebraucht.
 - *Amnesie:* zeitlich begrenzte Gedächtnislücke, unterteilbar in anterograde, retrograde und andere Amnesieformen (s. u.).
 - *Dysmniesien:* verschieden, heute nur noch selten gebraucht (z. B. reversibles, amnestisches [Korsakow-]Syndrom).
- **Umschriebene Amnesien und Hypomnesien:** inhaltlich oder zeitlich begrenzte Erinnerungslücken (auch lakunäre oder insuläre Amnesien bzw. Erinnerungslücken genannt), total oder partiell.
 - *Einfache Amnesie:* für die Zeit rund um das zerebrale Ereignis (zumeist Unfall).
 - *Retrograde Amnesie:* für die Zeit *vor* dem Unfall.
 - *Anterograde Amnesie:* für die Zeit *nach* dem Unfall.
- **Hypermnesie:** Steigerung der Erinnerungsfähigkeit.
- **Erinnerungs-Fälschungen (Paramnesien):** rückwirkende Verfälschungen des Erinnerungsgutes. Zum Beispiel:
 - *Fälschung in Derealisation und Wahn:* so genannte Wahnerinnerungen = Umänderung des Gedächtnisgutes im Sinne des Wahns.
 - *Pseudologie:* phantastisches Lügen aus affektiven Bedürfnissen heraus.
 - *Konfabulationen:* Pseudo-Erinnerungen, Produktion von angeblichen Erlebnissen, um Erinnerungslücken aufzufüllen, die vom Betroffenen aber für echt gehalten werden.
 - *Gesellschaftlich induzierte Fehlerinnerungen:* z. B. zum Themenbereich Inzest.
 - *Vermeintliche Vertrautheit oder Fremdheit:* falsches Wiedererkennen, irrig oder vermeintliche Vertrautheit (gelegentlich auch Fremdheit). Das sichere Gefühl, etwas schon einmal gesehen (Déjà vu), gehört, erlebt, erfahren oder empfunden, gedacht oder erzählt zu haben (jeweils weitere französische Fachbegriffe wie bei Déjà vu). Aber auch das Gegenteil von allem: noch nie gesehen (Jamais vu), noch nie erlebt usw. haben.

6. STÖRUNGEN VON AUFMERKSAMKEIT UND KONZENTRATION

Aufmerksamkeit meint die aktive/passive Ausrichtung des Bewusstseins auf einen physischen oder mentalen Gegenstand. *Konzentration* ist das versammelte Dabeibleiben. Unterscheidung in:

- *Unaufmerksamkeit und Konzentrations-Störung*: unfähig, bei der Sache zu bleiben, seine Aufmerksamkeit ausdauernd auf etwas zu richten, bis hin zur starken Ablenkbarkeit oder gar Zerstretheit.
- *Einengung der Aufmerksamkeit*: Konzentration der Aufmerksamkeit auf etwas Bestimmtes, entweder normalpsychologisch oder pathologisch.
- *Schwankungen der Aufmerksamkeit und Konzentration*: je nach Wachheit, Interesse, persönlicher Beteiligung, aber auch Symptomatik/Krankheit fluktuierende Aufmerksamkeit, rasche Ablenkbarkeit und Konzentrationsschwäche.
- *Aufmerksamkeit und Sinnestäuschungen*: bei stark herabgesetzter Aufmerksamkeit, in Müdigkeit oder im Einschlafstadium (hypnoide Halluzinationen). Das Gleiche gilt für überhöhte oder überspannte Aufmerksamkeit (Pseudo-Halluzinationen, illusionäre Verkennungen oder Missdeutungen).

7. STÖRUNGEN VON DENKEN, SPRACHE UND SPRECHEN

Denken heißt überlegen, entscheiden, urteilen, erklären, abstrahieren, verallgemeinern, kombinieren, kurz: ordnen der materiellen und immateriellen Gegebenheiten unserer Selbst und unserer Welt

Das *Denken* kann mehr theoretisch oder auch praktisch ausgerichtet, reproduktiv oder kreativ-produktiv sein.

Die *Sprache* fasst das Denken in Zeichen (Symbole) und dient damit der Ordnungsfunktion des Denkens.

Im *Sprechen und Schreiben* erfolgt die Mitteilung solcher Symbole als Sachmitteilung, als Ausdruck der jeweiligen Stimmung und Absicht.

Wie lassen sich Störungen von Denken, Sprache und Sprechen unterteilen?

DENKSTÖRUNGEN

Formale Denkstörungen beziehen sich auf Störungen des formalen Denk- oder Gedankenablaufs oder: *wie* etwas (krankhaft) gedacht wird. Zu achten ist auf das Tempo (z. B. Verlangsamung oder Beschleunigung), die Art und Weise, wie das Denkziel erreicht werden soll (z. B. Einengung, Umständlichkeit, Perseveration (Haftenbleiben), Weitschweifigkeit) sowie sonstige Besonderheiten (z. B. Inkohärenz (Zerfahrenheit), Verworrenheit). Im Einzelnen:

- **Gehemmtes Denken:** Denken (und damit Sprechen) wie gebremst, unregelmäßig, schleppend, mühsam, verlangsamt, einfallsarm, wie gegen Widerstände.

Erschwerung des Denkablaufs hinsichtlich Tempo, Inhalt und Zielsetzung. Festhalten an bestimmten Denkinhalten (nicht mehr loskommen). Erschwerung der sprachlichen Mitteilung bis zum Ausbleiben. Häufig langsames, stockendes Sprechen, unmotivierte Sprechpausen sowie gelegentlicher Abbruch des Sprechens (den Faden verlieren). Die Ordnung des Denkens ist erhalten. Das Denkziel kann jedoch nur noch schwer oder überhaupt nicht erreicht werden.

- **Perseveration des Denkens:** ständig der oder die gleichen Gedanken ohne Bearbeitungs- und Erledigungsmöglichkeit. Auch als Gedankenkreisen, Grübeln, „Studieren“, „Sinnieren“ u. a. geschildert.

- **Gedanken-Sperrung / Denk-Sperrung:** plötzlicher Abbruch des zunächst flüssigen Gedankenganges ohne erkennbaren oder nachweisbaren Grund und trotz klarem Bewusstsein.

- **Gedanken-Abreißen:** plötzliche Unterbrechung des Gedankengangs im Sinne von Wegnehmen, Abstoppen, z. B. durch äußere Mächte. Nach außen erkennbar durch plötzlich stockendes Sprechen.

Verlangsamtes Denken: kontinuierliche Verzögerung des Denkablaufs. Nach außen erkennbar an zähflüssigem, haftendem, stumpfem Sprechen und Reagieren.

Beschleunigtes und ideenflüchtiges Denken: Beschleunigung und Enthemmung der Denkabläufe mit einer Vielzahl von Einfällen, die dauernd dazwischenkommen und ablenken. Nach außen erkennbar durch häufigen Wechsel oder Verlust des Denkziels. In milder Form weitschweifig. Bei stärkerer Störung „vom Hundertsten ins Tausendste“.

Konsequenz: gesteigerter Rededrang; Unfähigkeit, einzelne Gedanken zu Ende zu führen; ständiges Aufgreifen neuer Anregungen etc. Man kann, aber noch folgen, im Gegensatz zum zerfahrenen, inkohärenten Denken. Der Betroffene kann die Ideenflucht auch als Gedankendrängen oder Gedankenflucht empfinden.

Eingeengtes Denken: Einschränkung des inhaltlichen Denk-Umfanges, Verarmung an Themen, Fixierung auf wenige Ziel-Vorstellungen (Haften).

Nach außen verminderte „geistige Beweglichkeit“; fehlende Übersicht; mangelhaftes Einbeziehen verschiedener Gesichtspunkte; Mühe, von einem Thema auf das andere zu wechseln. Von den Betroffenen auch als Gedankenkreisen oder Grübeln empfunden.

Umständliches Denken: weitschweifiges oder auch pedantisch-kleinliches Sich-Verlieren in unwichtige Nebensächlichkeiten, ohne straffe Ziel-Vorstellung.

Unklares Denken: keine klare Akzentuierung des Denkens, d. h. keine exakte Denk-Zielsetzung angesichts verschiedener Aspekte, Haupt- und Nebensachen. Flüchtig oder unklar wirkendes Denken, mangelnde Deutlichkeit.

Paralogisches Denken: von der gängigen inhaltlichen Verknüpfung abweichendes Denken.

Beispiele: Verlust des logischen Zusammenhanges; Abgleiten von Haupt- auf Nebengedanken; Gedankensprünge; Verschmelzen unterschiedlicher Sachverhalte; Zusammenziehen mehrerer (nicht unbedingt widersprüchlicher) Ideen und Bilder; Ersetzen von allgemein geläufigen Begriffen durch irgendwelche andere. Gelegentlich auch merkwürdig steifes, starres, uneinfühlbares, u. U. verschrobenes Denken.

Inkohärentes (zerfahrenes) Denken: Denken und damit Sprechen haben keinen logischen oder gefühlsmäßig verständlichen Zusammenhang mehr.

Beispiele: zerrissen bis in einzelne, scheinbar zufällig zusammengewürfelte Gedankenbruchstücke (dissoziiertes Denken). Veränderung der Denkgeschwindigkeit (verlangsamt, beschleunigt) möglich. Satzbau ggf. zerstört (Paragrammatismus, Parasyntax). Stärkste Ausprägung: unverständliches, sinnleeres Wort- oder Silbengemisch (Sprachzerfall = Schizophasie). Es gibt aber auch eine Zerfahrenheit mit syntaktisch richtig gebildeten Sätzen, deren Inhalt aber nicht nachvollziehbar ist.

• **Denkstörungen im Zusammenhang mit Ich-Erlebnisstörungen:** vorwiegend bei Störungen der Ich-Aktivität und Ich-Demarkation (s. diese).

Beispiele:

- *Gedanken-Ausbreitung:* Die Gedanken gehören dem Kranken nicht mehr allein, weil andere seine Gedanken kennen, ja sogar lesen können (Gedankenlesen).
- *Gedanken-Entzug, Gedanken-Enteignung:* Die Gedanken werden entzogen, weggenommen, abgezogen, enteignet.
- *Gedanken-Eingebung, Gedanken-Lenkung:* Die Gedanken werden von anderen eingegeben, gelenkt, gesteuert, aufgedrängt, gemacht usw.

APHASIEN

Aphasien sind Sprachstörungen durch lokalisierte zerebrale Läsionen (Verletzungen des Gehirns).

Beispiele:

- *Expressive (so genannte motorische) Aphasie nach Broca*: Gesprochenes und Gelesenes verstehen, aber selber nicht sprechen können.
- *Sensorische Aphasie nach Wernicke*: Sprachverständnis-Störungen bis zur Worttaubheit.
- *Amnestische Aphasie*: Mühe, vorhandene Worte abzurufen. Doch werden die von außen angebotenen Worte sofort richtig erkannt, ausgewählt und zugeordnet.

Weitere Einzelheiten s. neuropsychiatrische Fachliteratur.

SPRECHSTÖRUNGEN

Sprechstörungen sind unterteilbar in

- *Aphonie und Dysphonie*: Stimmlosigkeit, Heiserkeit, Hauchen.
- *Dysarthrie*: Störung der Artikulation bei Phonations-Störung durch entsprechende organische Leiden.
- *Stottern*: Störung des zusammenhängenden Redeflusses durch Verkrampfung im Sprechapparat einschließlich Atmungsregulation.
- *Stammeln*: fehlerhafte Lautformung mit Deformation eines Lautes (Dyslalie) oder Ersatz eines Lautes durch einen anderen (z. B. Sigmatismus = s statt sch).
- *Logoklonie*: spastische Silbenwiederholung.

STÖRUNGEN DES REDENS

Bei *Störungen des Redens* unterscheidet man:

- *Veränderung der Lautstärke*: Extreme von leise, kaum verständlich bis Brüllen.
- *Veränderung der Modulation*: von starker Bewegung in der Stimme (z. B. geziert-maniriert) oder pathetisch bis zu monoton-einförmig.

- *Verlangsamtes Reden (Bradyphasie)*: s. gehemmtes und verlangsamtes Denken.
- *Stockendes, abgerissenes Reden*: teils durch Gedanken-Sperrung oder Gedanken-Abreißen, teils durch plötzlich einschießende Einfälle, Wahnerlebnisse, Halluzinationen, aber auch organische oder affektiv bedingte Ratlosigkeit.
- *Beschleunigtes Reden (Tachyphasie) und Rededrang (Logorrhö)*: schnell und übermäßig viel reden bis hin zum Rededrang. Im Extremfall wird das Gesagte nur noch nach dem Wortklang verknüpft (Assonanzen, Klang-Assoziationen), gelegentlich auch nach dem Kontrast. Damit scheinbares Springen von Wort zu Wort. - Beim Rededrang differenziert man noch zwischen zusammenhängender und inkohärenter Logorrhö (man kann dem Gedankengang noch bzw. nicht mehr folgen).
- *Verbigeration, Palilalie, verbale Stereotypie*: gleichförmige Wiederholung von Silben, Worten und Satzteilen.
- *Echolalie*: echoartiges Wiederholen von vorgesprochenen Worten und kurzen Sätzen.

Mutismus: Verstummen. Der Betroffene spricht nicht oder fast nicht mehr (oft verbunden mit Stupor, d. h. seelisch-körperliche Erstarrung). Sprachfunktionen intakt, meist jedoch überwältigt von Ratlosigkeit, Angst, Hoffnungslosigkeit. - Es gibt den depressiven und katatonen Mutismus (und Stupor) sowie den so genannten psychogenen Mutismus (rein seelisch ausgelöst).

UNVERSTÄNDLICHKEIT DER SPRACHE

Eine *Unverständlichkeit der Sprache* trotz sauberer Artikulation und nachfolgbarem Tempo ist aus verschiedenen Gründen möglich:

- *Privatsymbolik*: Worte werden nicht mehr im geläufigen Sinne, sondern in einer privaten, nur für den Betreffenden nachvollziehbaren Deutung eingesetzt: persönliche Symbolik, Privatmetaphorik, paralogisches Denken und Sprechen.
- *Parasyntax, Paragrammatismus, Inkohärenz*: Die Sprache verliert ihren grammatikalischen, logischen und affektiv nachvollziehbaren Zusammenhang. Die Rede wird zerfahren, dissoziiert, inkohärent, sprunghaft bis zur völligen Sprachverworrenheit. Extrem: „Wortsalat“, Wort- und Silbengefasel.
- *Vorbeireden (Paraphasie)*: Der Kranke geht nicht auf die Frage ein und bringt inhaltlich etwas ganz anderes vor, obwohl er sie richtig verstanden hat.
- *Neologismus*: Wortneubildungen, häufig durch Verknüpfung heterogener Dinge, Aspekte, Angelegenheiten, Phänomene etc. (Kontamination).

- *Kryptolalie und Kryptographie*: Privatsprache, die völlig unverständlich sein kann (Kryptolalie) und gelegentlich in einer Privatschrift (Kryptographie) ausgedrückt wird (s. auch Privatsymbolik).

8. INTELLIGENZSTÖRUNGEN

Intelligenz ist ein komplexes Phänomen mit zahlreichen Definitionen, je nach Blickwinkel und wissenschaftlicher Disziplin. Praxisbezogene Definition: Intelligenz ist die Fähigkeit, sein Leben zu leisten, zurechtzufinden und die Welt und ihre Aufgaben zu bewältigen.

Bei der Beurteilung der Intelligenz gibt es verschiedene Blickwinkel, Definitionen, Beurteilungskriterien, Mess-Instrumente u. a. Grundsätzlich aber ist darauf zu achten, ob

- *intellektuellen Vorfeldfunktionen* beeinträchtigt sind: Aufmerksamkeit und Orientierung, sensomotorische bzw. psychomotorische Störungen, Konzentration und Belastbarkeit, Gedächtnis und Leistungsmotivation
- *individuelle soziale, insbesondere Ausgangssituationen* berücksichtigt sind. Selbst das Sozialverhalten mit seinen Veränderungen sowie Antriebs- und Stimmungslage, charakterliche Eigenschaften u. a. sind von Bedeutung
- *Störungen* der Merk- und Erinnerungsfähigkeit, der Auffassung und in entsprechenden Fällen des Sprechens und des Sprach-Verständnisses vorliegen, die z.B. Kommunikations- und Bildungsmöglichkeiten erschweren.

Bei der *Gradeinteilung der Intelligenzminderung* gibt es verschiedene Vorschläge. Im Alltag von Klinik und Praxis noch immer gerne gebraucht ist folgende Differenzierung, die sich an den Intelligenzquotienten (IQ) aus der Intelligenz-Diagnostik anlehnt:

- *Debilität (IQ von 35 bis 55)*: Hilfsschulfähigkeit, einfache Berufe, eigener Lebenserwerb wie soziale Eingliederung möglich.
- *Imbezillität (IQ von 20 bis 40)*: elementare Kenntnisse und Fertigkeiten, jedoch geringer Begriffs- und Vorstellungsumfang. Selbstständiges Denken und einsichtiges, zielgerichtetes Handeln werden kaum erreicht. Kombinationsfähigkeit fehlt fast gänzlich.
- *Idiotie (IQ unter 20)*: hochgradiger Intelligenztiefstand mit Fehlen sprachlicher, motorischer und sozialer Leistungen. Weitgehende Pflegebedürftigkeit.

Ätiopathogenetisch (Ursachen und Verlauf) werden zudem folgende *Intelligenzdefekte* definiert:

- *Oligophrenie*: angeboren oder früh (d. h. vor Abschluss der Hirnreifung) erworbener Intelligenztiefstand unterschiedlicher Ausprägung. Erwerb von Wissen und Fähigkeiten dadurch von vornherein beeinträchtigt. Die zugrunde liegende Hirnschädigung kann ererbt, intrauterin, perinatal oder postnatal sein (d. h. während Schwangerschaft, Geburt oder danach). Einteilungen in verschiedene Schweregrade, je nach IQ.
- *Demenz*: Durch eine erhebliche Abnahme von Gedächtnis und Denkvermögen (verminderte Urteilsfähigkeit, Erkennen, Rechnen, Sprache u. a.) ist die Alltagsbewältigung behindert (oft auch Gefühlswelt und Motivation sowie Sozialverhalten verändert). Progredienter Verlauf (fortschreitend).

WEITERE INTELLIGENZSTÖRUNGEN

Schließlich gilt es noch eine Reihe *weiterer Intelligenzstörungen* abzugrenzen. Beispiele:

- *Psychosoziale intellektuelle Mangelausbildung*: Fehlen der für die intellektuellen Leistungen notwendigen psychosozialen Grunderfahrungen. Beispiel: Soziale Isolierung, länger anhaltende oder vollständige Ausschaltung aller Sinneseindrücke (*sensorische Deprivation*), aber auch weniger beeinträchtigende Isolierung durch Sinnesfehler (Erblindung, Taubheit) usw.
- *Intelligenzstörungen bei gestörter Realitätsbeziehung*: möglich bei Autismus.
- *Intelligenzstörungen bei Sinnesdefekten*: z. B. bei schwerer angeborener Sinnes-Beeinträchtigung (Sehen, Hören. Fehlen adäquater kompensatorischer Lernmöglichkeiten).
- *Intelligenzstörungen bei herabgesetzter Wachheit (Vigilanz)*: vorübergehende Minderleistung.
- *Intelligenzstörungen aus affektiven Gründen*: z.B. schwere Depression („depressive Pseudodemenz“), aber auch bei manischer Kritiklosigkeit.

9. STÖRUNGEN DER AFFEKTIVITÄT

Gefühle sind subjektive Befindlichkeiten. Sie sind an allen seelischen Vorgängen beteiligt und beeinflussen Wahrnehmung, Antrieb, Willen, Denken, Gedächtnis, Entschlüsse, Handlungen, Vorsätze usw. Oft sind sie mit vegetativen Symptomen verbunden.

In der Psychiatrie werden die Begriffe Gefühl, Angst, Emotion, Stimmung usw. in-
zwischen auch bedeutungsgleich benutzt.

Die **Einteilung der Affektivität**, also der Emotionen, Gefühle, Stimmungen usw.
wird durch eine fast unübersichtliche Vielfalt von terminologischen (Fachbegriffe)
und klassifikatorischen (Einteilungen) Vorschlägen erschwert.

Bei den *Zustands-Gefühlen, Befindlichkeiten* oder *Gestimmtheiten* unterteilt man in
1. leibnah erfahrene Zustandsgefühle (Vitalgefühle) wie Frische, Wohlbehagen,
Beschwingtheit, aber auch Schwäche, Erschöpfung usw. sowie 2. weniger leibnah
erfahrene Zustandsgefühle wie Freude, Beglücktheit, Zufriedenheit aber auch
Kummer, Unbehagen, Verzagtheit, Angst, Verzweiflung, Ärger, Wut, Neid, Eifer-
sucht usw. Und 3. Gefühle, die das Selbstwerterleben begleiten wie Kraft, Stolz,
Eitelkeit bzw. Scham, Schuld, Reue u. a.

Zu den *Erlebnis-Gefühlen*, die sich auf den zwischenmenschlichen Kontakt bezie-
hen, zählt man 1. bejahende Gefühle (Zumute sein) wie Liebe, Vertrauen, Sympa-
thie, Mitleid, Ehrfurcht u. a. sowie 2. verneinende Gefühle wie Misstrauen, Verach-
tung, Hass, Feindseligkeit usw.

STÖRUNGEN DER AFFEKTIVITÄT: BEISPIELE

Aus dem komplexen Gebiet der Störungen der Affektivität einige Beispiele:

- *Leibnah erfahrene Zustandsgefühle (Vital-, Körper- oder Leibgefühle)* entste-
hen vorwiegend aus Wahrnehmungen des eigenen Körpers, lokalisiert oder
allgemein empfunden. Beispiel: kraftlos, matt, schlapp, erschöpft. Die so ge-
nannte „*vitale Traurigkeit*“ ist ein diffuses oder umschriebenes, in die Herz-
und Brustgegend lokalisiertes Leibgefühl („schwere Last“, „Druck auf der
Brust“, „körperlich traurig“). Das Gegenstück ist die *innere Unruhe*: gespannt,
getrieben, leerer Bewegungs- oder Beschäftigungsdrang (agitiert).
- *Angst-geprägte Vitalgefühle*: meist körperliche, insbesondere vegetative Be-
gleiterscheinungen.
- *Negative Erlebniswelt*: Unlust, Scham, Freudlosigkeit, Interesselosigkeit,
Schwermut u. a.
- *Dysphorie*: mürrisch, gereizt, unzufrieden, missmutig, Neigung zu aggressiven
Durchbrüchen u. a.
- *Krankhafte, d. h. nicht zum „objektiven“ Befund passende, leibnah erfahrene
Zustandsgefühle, wenngleich positiv empfunden*: wohlauf, voller Energie, „ge-
sund bzw. leistungsfähig wie noch nie“ und damit heiter, zuversichtlich, be-
glückt, lustbetont usw.

- *Gefühle, die das Selbstwelterleben begleiten:* in negativer Hinsicht Minderwertigkeits- und Schuldgefühle, Selbstvorwürfe u. a., in positiver Stolz, Überlegenheit, Eitelkeit.
- *Interpersonelle Gefühle:* bejahend (Liebe, Vertrauen, Mitleid, Dankbarkeit) oder verneinend (Hass, Wut, Feindseligkeit). Konkrete Beispiele: Misstrauen, Beziehungsgefühle (benachteiligt, beeinträchtigt, jedoch ohne wahnhaften Charakter), verneinend (übermäßig negativ, ablehnend, nicht wahnhaft, jedoch aus dem Gefühl von Missgunst, Neid, Verachtung heraus).
- *Scheinbar positive Gefühle, die das Selbstwert-Erleben begleiten:* Selbstüberschätzung, übertrieben positive Fremdheitsgefühle (übermäßig mitfühlend, mitleidend, übertriebene Dankbarkeit, Ehrfurcht, Bewunderung usw.).

Weitere Aspekte zur Psychopathologie der Affektivität

1. Die wichtigsten Einzelbegriffe

- *Ambivalenz:* gleichzeitiges Bestehen von Ja und Nein, von positiven und negativen Gefühlen, Stimmungen oder Strebungen.
- *Ambitendenz:* gleichzeitiges Wirksamwerden von Antrieb und Gegenantrieb. Folge: Ausbleiben oder ständiger Abbruch entsprechender Handlungen. Die Ambivalenz bezieht sich auf die Gefühle, die Ambitendenz auf das Handeln.

Dabei muss man noch differenzieren in:

- *Gefühls-Ambivalenz:* Nebeneinander oder rasch fluktuierender Wechsel von einander widerstrebenden Gefühlen, Vorstellungen oder Erlebnis-Inhalten (und zwar ohne sich gegenseitig aufzuheben).
- *Intentionale Ambivalenz und Ambitendenz:* Nebeneinander von Hin- und Widerstrebungen.
- *Intellektuelle Ambivalenz:* Nebeneinander von Tatsachen und ihrem Gegenteil („ich bin ein Mensch, ich bin kein Mensch“).
- *Parathymie (affektive Inadäquatheit):* Die Affekte des Kranken stimmen qualitativ (Färbung, Tönung) nicht mit dem Inhalt des gegenwärtigen Erlebens überein.
- *Affektarmut:* affektarm, affektlahm, affektmatt, affektverödet, d. h. die Betroffenen erscheinen gemütsarm, gemütslos, lieblos, gleichgültig, teilnahmslos, gemütskalt, brutal oder kaltherzig. Erstreckt sich die Gefühlsarmut auf die Selbstwertgefühle, sind solche Menschen unfähig zu Schuldgefühlen, Reue, Scham, aber auch Stolz u. a.

- *Gefühl der Gefühllosigkeit*: nicht mehr erlebnisfähig; subjektiv empfundene Gefühlsleere, Gefühlsverödung, Absterben der Gefühle, kein affektives Mitschwingen mehr. Deshalb auch unmöglich Freude, Liebe oder Trauer zu empfinden. Meist kombiniert mit stark herabgesetzten Vitalgefühlen, z. B. erschöpft, kraftlos.
- *Affektstarre, Affektsteife*: Verlust der affektiven Modulationsfähigkeit. Affekte sind zwar möglich, doch verharrt der Betroffene in seinen Stimmungen oder Affekten, unabhängig von der äußeren Situation oder vom Gesprächsthema.
- *Affekttenazität (Affekthaften)*: Ein einmal angestoßener Affekt (z. B. Unmut, Geiztheit, Wut) verharrt ungewöhnlich lange und bestimmt damit entsprechend lange die Stimmung.
- *Affektlabilität*: schneller Stimmungswechsel, verstärkte affektive Ablenkbarkeit.
- *Affektinkontinenz*: mangelnde Affektsteuerung. Die Affekte springen übermäßig rasch an, entwickeln eine ungewöhnliche Intensität und können nicht adäquat beherrscht werden.

2. Einzelne Affektsyndrome

Die *Affekt-Syndrome* sind charakteristische Symptomen-Komplexe aus dem Gebiet der Affekt-Störungen. Beispiele: depressives, manisches, Angst-, hypochondrisches, dysphorisches Syndrom usw.

- *Depressives Syndrom*: vielfältiges Affekt-Syndrom mit zahlreichen seelischen, psychosomatischen und psychosozialen Symptomen.
- *Manisches Syndrom*: Gegenstück zum depressiven Syndrom bezüglich Stimmung, Krankheitsgefühl, kognitiven u. a. Symptomen mit vor allem psychosozialen (Lang-zeit-)Folgen.
- *Schizophrenes Affektsyndrom*: vielfältig, uneinheitlich. Es gibt jedoch keine spezifische schizophrene Affektstörung.
- *Angst-Syndrom*: nicht ganz so vielfältig wie beim depressiven Syndrom, aber dennoch belastend bis quälend und mit unterschiedlichem Schwerpunkt, je nach Generalisierter Angststörung bzw. überfallartigen Panikattacken (Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie)
- *Dysphorisches Syndrom*: relativ charakteristisches Beschwerdebild von missmutig bis feindselig-gewalttätig.
- *Hypochondrisches Syndrom*: „objektiv“ unzureichend begründete Befürchtung oder der Verdacht, krank zu sein oder zu werden (Nosophobie). Sehr vielfältiges Syndrom von der ängstlichen Verunsicherung bis zum hypochondrischen Wahn.

- *Primitivreaktion*, auch überpersönliche Affektreaktion genannt: so genannte affektive Ausnahmezustände, Dämmerzustände, Verwirrtheit, Bewusstseinstrübungen sowie explosive Wutreaktionen (Raptus) mit körperlichen (vor allem motorischen und vegetativen) Begleiterscheinungen. Aber auch das Gegenteil, der *Emotions-Stupor*: Abschalten in starker Affektivität, Wut, Trauer, in einer Katastrophenreaktion (Totstellreflex und Bewegungssturm).
- *Dauerhafte posttraumatische Verstimmungen*, vor allem im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung: lang anhaltende emotionale Veränderungen (Charakter-Veränderungen, abnorme reaktive Entwicklungen) unter lang anhaltendem emotionalen Druck. Therapeutisch besonders schwer behandelbare Symptome: Misstrauen, chronische Unfähigkeitsgefühle, Verbitterung, Querulant, Ressentiments, Depressivität u. a. Entweder *akute Belastungsreaktion* (akute Krisenreaktion) oder *posttraumatische Belastungsstörung* (länger dauernd, früher als „traumatische Neurose“ bezeichnet).

10. STÖRUNGEN DER WAHRNEHMUNG

Wahrnehmung ist die Kenntnisnahme von sinnlichen Gegebenheiten (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Fühlen) unserer Welt, der Umwelt und des eigenleiblichen Bereiches.

Dabei sind einige allgemein-psychologische Vorgänge zu beachten: Gegenstandscharakter, Realitätsurteil, Bedeutungsgehalt, Lebenserfahrung, Stimmung, soziale Aspekte u. a.

Ausfall einer Wahrnehmungsfunktion

Hier differenziert man in

- **Wahrnehmungs-Ausfall aus organischen Gründen:** Blindheit (Amaurose), Gehörs-Störungen (Hypakusis, Anakusis), Geruchslähmung (Anosmie), Geschmackslähmung (Ageusie) und Empfindungslosigkeit (Sensibilitätsstörungen: Hypästhesie, Sensibilitätsausfall: Anästhesie). Ein besonderer Aspekt sind die so genannten:
 - *Agnosien*: Wiedererkennungstörungen bei erhaltenem Bewusstsein, ohne erklärende Intelligenzschwäche und trotz ungestörter Funktionen der Sinnesorgane. Beispiele: optische Agnosie (optisch-räumliche Orientierung, Objekte, Personen, Farben, Schriftzeichen u. a.), akustische Agnosie (Sprachverständnisstörung mit Redestörung), Somato-Agnosie (Orientierungsstörungen im eigenen Körper).

- **Wahrnehmungs-Ausfall aus psychischen Gründen:** psychogene Formen von Blindheit, Taubheit, Geruchs- und Geschmacksausfall sowie Sensibilitätsstörungen.

Abnormitäten der Wahrnehmung

Hier gilt es zu differenzieren in

- **Intensitäts-Abnormitäten der Wahrnehmung:** Dazu gehören Intensitätsminderung (Wahrnehmungscharakter unlebendig, fade, grau, öde, wie im Nebel usw.) sowie Intensitäts-Steigerung (Wahrnehmungserlebnisse reicher, lebhafter, farbiger als sonst).
- **Veränderte Größen- und Gestalt-Wahrnehmung (Metamorphopsie):** kann sich auf fremde Dinge beziehen (veränderte räumliche Wahrnehmung, Größenproportion oder Gestalt, Verzerrung [Dysmorphopsie], Größenveränderung [Dysmetagalopsie] mit Kleinersehen [Mikropsie] und Größersehen [Makropsie]). Kann aber auch den eigenen Leib betreffen (z. B. eigene Extremitäten weit weg oder riesig groß [Heautometamorphopsie] oder Wahrnehmungen der eigenen Gestalt wie ein Doppelgänger [Heautoskopie]). Auch das Erlebnis der „Außerkörperlichkeit“ (out of body-experience) gehört hierher.
- **Qualitative Abnormitäten der Wahrnehmung:** betrifft vor allem die Derealisation (Umgebung unwirklich, fremd, unvertraut), das Gefühl der ungewöhnlichen Distanz (Kluft zwischen Wahrnehmungsgegenstand und Wahrnehmenden, auch als Wahrnehmungs-Spaltung bezeichnet), Gefühl der ungewöhnlichen Nähe, Änderung der Wahrnehmungs-Charaktere (Änderung des Gefühlsbeiklangs von Farbe, Musik, Raumwahrnehmung), Synästhesie (Farbensehen bei Musikhören oder Musik als Farbe usw.) sowie vermeintliches Wiedererkennen (ungewöhnlicher Vertrautheitscharakter einer an sich neuen Wahrnehmungs-Erfahrung: déjà vu usw.).

HALLUZINATIONEN

Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen) sind wahrnehmungsähnliche Erfahrungen, die nicht bestätigt werden können. Es wird also etwas gesehen, gehört, gerochen, geschmeckt oder gespürt, was für den Außenstehenden nicht nachweisbar ist.

Dabei sind unterschiedliche *Ausprägungsgrade* zu beachten:

- Wahrnehmungscharakter: zwischen eindeutigem Sinnes-Erleben und vorstellungsnaher Erfahrung.

- Intensität: zwischen massiv-leibhaftigem Sich-Aufdrängen und blassem In-Erscheinung-Treten.
- Klarheit und Prägnanz: zwischen klar umrissen und strukturiert und schemenhaft zerfließend.
- Gegenstands-Bewusstsein: zwischen „leibhaftig“ und „verschwindend“.
- Realitätsurteil: zwischen „wirklich“ und „zweifelhaft“ bis „nicht wirklich“ (Pseudo-Halluzinationen).
- Räumliche Bestimmung: Halluzinationen müssen sich keineswegs an das Sinnesfeld halten. Es kann auch etwas in einem Raum außerhalb des Gesichtsfeldes gesehen werden (so genannte extracampine Halluzinationen).
- Transformation von Wahrnehmung zu Halluzination: Echte Geräusch-Wahrnehmungen werden auf dem Weg nach „innen“ zu Stimmen usw.

Einteilung der Halluzinationen

Halluzinationen können eingeteilt werden nach ihrer Komplexität (einfache wie Blitz, Licht, Geräusch) oder komplex (wie szenische Halluzinationen, Theater- oder Musikstücke). Am häufigsten jedoch nach ihrem jeweiligen Sinnesgebiet. Im Einzelnen:

- **Akustische Halluzinationen:** auch *Gehörstäuschungen*, *Gehörs-Halluzinationen* genannt. Man differenziert in
 - *Akoasmen*: ungestaltete, amorphe akustische Wahrnehmungen, Lärm, Geräusche u. a.
 - *Phoneme*: Laute, Worte, Sätze, Geflüster, Stimmen.

Akustische Halluzinationen können deutlich/undeutlich, nah/fern, außerhalb/innerhalb des eigenen Körpers, verständlich/unverständlich, eine/mehrere Stimmen, direkte/indirekte Ansprache bzw. Bemerkungen sein, die Tun, Gedanken oder Gefühle begleiten. Ferner Aufträge, Befehle, Rede und Gegenrede, Diskussionen über sie und mit ihnen u. a.

- **Optische Halluzinationen:** auch *Gesichts-Halluzinationen* genannt, sind möglich als elementare, amorphe optische Erlebnisse in Form von Lichtern, Farben, Blitzen u. ä. Oder auch als mehr oder weniger deutliche Gestalten, Figuren, Szenen, statisch oder bewegt, farbig oder nicht. Dabei unterscheidet man:
 - *Photome*: Blitze, Funken, Flecken, geometrische Figuren oder undifferenzierter Licht- oder Farbenschein, manchmal mehr oder weniger deutliche Gestalten, Szenen, unbewegt oder bewegt.

- *Visionen*: szenisch ausgestaltete optische Halluzinationen, z. B. als farbenprächtige, leuchtende und detaillierte Bilder, Szenen und Gestalten, häufig religiös-mythologischen Charakters. Oder allegorische Darstellungen, unbewegt oder szenisch sich verändernd.
- *Schnell wechselnde szenenhafte Abläufe*, meist mit kleinen beweglichen Objekten wie Käfer, Würmer, Spinnen u. a.
- **Olfaktorische Halluzinationen**: auch *Geruchs-Halluzinationen* genannt: Benzin, Schwefel, Teer, Rauch, Gas, Verbranntes, Gift, Aas, Fäulnis, Verwesung, Leichengeruch u. a. also meist belastend bis ekelierend.
- **Gustatorische Halluzinationen**: auch *Geschmacks-Halluzinationen* genannt: bitter, salzig, übersüßt, sauer, gallig, fäkalisch, schwefelig oder einfach giftig u. a. Meist mit Geruchs-Halluzinationen zusammen.
- **Taktile Halluzinationen**: auch *Berührungs-, Tast- oder haptische Halluzinationen* sowie *körperliche Wahrnehmungsstörungen* genannt. Beispiele: berühren, angreifen, festhalten, anblasen, brennen, stechen, bohren, krabbeln, würgen, durchsägen, elektrisieren, bestrahlen, magnetisieren, durch Ultraschall, Kathoden- oder Laserstrahlen anpeilen, schwächen, manipulieren, zerstören u. a. Extremfall: innere Organe angefressen oder zermalmt, hohl oder verkohlt. Häufig von allgemeinen Leibhalluzinationen nicht zu trennen. Oft sind auch noch andere Sinnesqualitäten betroffen: thermische Halluzinationen: heiß/kalt; hygische Halluzinationen: feucht; sexuell getönte Berührungs-Halluzinationen: missbraucht, vergewaltigt, geschwängert usw.

Gelegentlich noch Unterteilung in taktile Trugwahrnehmungen des Tastsinns sowie haptische Sinnestäuschungen an der Körperoberfläche.

Zu den taktilen Halluzinationen gehören auch die chronische taktile Halluzinose als *Dermatozoenwahn* (auf oder unter der Haut krabbelnde Tierchen) bzw. *Enterozoenwahn* (im Darm, in Geschlechtsteilen wühlende kleine Würmer, Käfer u. a.).

- **Vestibuläre Halluzinationen** sind Trugwahrnehmungen des Gleichgewichtsinnes: schweben, fliegen, fallen, schwanken, erheben, gehoben-sein, bewegt werden u. a.
- **Zoenästhetische Halluzinationen**: auch *Leibhalluzinationen* oder *leibliche Wahrnehmungstäuschungen* genannt: eigenartige Leibgefühle, die als körpereigene Störung oder als „von außen gemacht“ empfunden werden. Manchmal anfallsweise, manchmal im raschen Wechsel, bisweilen chronisch. Schwer zu schildern, meist nur durch groteske Vergleiche und Bilder oder gar Wortneubildungen. Häufig fließende Übergänge zu den taktilen und vestibulären Halluzinationen.

Beschwerdebild: ungemein mannigfach, z. B. versteinert, vertrocknet, geschrumpft, durchflutet, durchstrahlt, Elektrisieren, Hitzewallungen, diffuses oder umschriebenes Schmerzempfinden, groteske Leibentstellungen bis hin zu Einschnüren oder Verfaulen, Heraus- oder Zerschneiden, Verwesung, Parasitenbefall, Verflüssigung, bizarre Bewegungs-, Zug- und Druckempfindungen bis zur Strangulation, abnorme Schwere- oder Leichtigkeitsgefühle, Fall-, Sink- und Schwebephänome, Bannungszustände u. a. m.

Vielfältige Überschneidungsmöglichkeiten zu den anderen Halluzinationen.

Den Halluzinationen nahestehende Erfahrungsmodi

- **„Physiologische Halluzinationen“:** Trugwahrnehmungen während des Einschlafens (hypnagoge) und während des Aufwachens (hypnopompe Halluzinationen), meist auf optischem und akustischem Gebiet.
- **Pseudo-Halluzinationen:** bildhafte Erlebnisse im Sinne „plastischer“ Vorstellungen, doch der Trugcharakter wird erkannt.
- **Illusionäre Verkennungen:** verfälschte Wahrnehmungen, d. h. Fehlwahrnehmungen, Täuschungen des Erkennens, Fehldeutungen von Sinneseindrücken, die durch ein reales Objekt hervorgerufen werden. Übergänge zu Halluzinationen, Pseudo-Halluzinationen und Wahnwahrnehmungen möglich.
- **Pareidolien:** „Hineinsehen“ oder „Herausformen“ bzw. „Hineinhören“ oder „Heraus hören“, Nebeneinander von Gegenstand und Phantasiegebilde, jedoch keine illusionäre Verkennung.
- **Eidetische Bilder:** wahrnehmungsähnliche, meist visuelle oder akustische Eindrücke von sinnenhafter Deutlichkeit. Nicht krankhaft.
- **Wahnwahrnehmungen:** keine Halluzinationen. Vielmehr wird hier das Objekt richtig wahrgenommen, erhält aber eine wahnhafte (paranoide) Bedeutung, meist Eigenbeziehung. Die Sinneswahrnehmung stimmt, die Interpretation ist falsch.

11. WAHN

Der *Wahn* ist das wahrscheinlich komplexeste Phänomen der Psychopathologie. Eine allgemein anerkannte Definition gibt es zwar nicht, doch gilt: Wahn ist die private, nur persönlich gültige, lebensbestimmende Überzeugung eines Menschen von sich selber und seiner Welt.

Nicht der Inhalt ist das Krankhafte am Wahn, sondern die aus der Gemeinsamkeit herausgerückte („verrückte“) Beziehung zu Mitmenschen und Mitwelt auf der Basis eines veränderten Selbst.

Wahn ist also die krankhaft entstandene Fehlbeurteilung der Realität. An dieser Fehlbeurteilung wird mit hoher subjektiver Gewissheit und unkorrigierbar festgehalten. Dies auch dann, wenn sie im Widerspruch zur objektiven Wirklichkeit, zur eigenen Lebenserfahrung und zum Urteil gesunder Mitmenschen steht. Der Wahnkranke will seine wahnhaftige Überzeugung nicht korrigieren. Für ihn ist sie meist unerschütterlich und unanfechtbar. In seinem übrigen Denken vermag er jedoch folgerichtig zu urteilen.

Formen des Wahnerlebens

Das Phänomen des Wahns kann man wie folgt unterteilen:

- **Wahnstimmung:** Alarmstimmung durch einen Eindruck des Sonderbaren, Unheimlichen, Bedrohlichen („es liegt etwas in der Luft“).

Konsequenzen: Verunsicherung, Ratlosigkeit, Angst, Argwohn, Bedrückung, Bedrohungsgefühle usw., nur selten wahnhaftige Gehobenheit, Beseligung u. a. Die Wahnstimmung kann diffus sein, es muss noch keine Thematisierung stattgefunden haben.

- **Wahneinfall:** plötzlich auftauchende wahnhaftige Überzeugung, „Eingebung“, „Erleuchtung“ usw. wie Verfolgung, Beeinträchtigung oder - in positiver Hinsicht - besondere Fähigkeiten, Berufung, Erhöhung u. a.
- **Wahngedanken:** Der Betroffene ist gedanklich mit seinem Wahn befasst, sein Leben ist davon bestimmt. Er grübelt und sinniert dem Wahn nach, konstruiert Erklärungen, Verknüpfungen usw.
- **Wahnwahrnehmungen:** Reale Wahrnehmungen aus alltäglichen Vorkommnissen erhalten eine andere, für den Betroffenen wirklichkeitsgerecht erscheinende, für den gesunden Beobachter hingegen krankhafte Bedeutung.

Beispiele: Bemerkung, Gespräch, Geste, Zeitungsartikel, Radio- oder Fernsehsendungen mit spezifischer Bedeutung, also Zeichen, Hinweis, Wink, Warnung, Aufforderung. Mitunter geht einer Wahnwahrnehmung eine diffuse Wahnstimmung (s. o.) voraus.

- **Wahnarbeit:** Der Wahn kann durch weitere Einfälle, „bestätigende“ Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen) und im Sinne des Wahns interpretierte Beobachtungen (Wahnwahrnehmungen - s. o.), durch „Begründungen“, „Beweise“, Ableitungen und Verknüpfungen ausgestaltet und bearbeitet werden.

- **Wahnerinnerungen:** Ein Ereignis oder eine Situation aus der Vergangenheit wird rückwirkend wahnhaft umgedeutet.
- **Wahnsystem:** Durch krankhafte Verbindungen und Verknüpfungen von Wahneinfällen, Wahnwahrnehmungen, Wahnerinnerungen u. a. kann es schließlich zu einer systematischen „Ordnung“ wahnhaften Erlebens kommen, einem regelrechten Wahnsystem, also dem Ausbau einer zusammenhängenden, in sich geschlossenen Wahnstruktur.
- **Wahndynamik:** gemütsmäßige Anteilnahme am Wahn, d. h. vom starken affektiven Mitschwingen bis zur Affektleere usw.

Charakter des Wahns

- **Wahnwirklichkeit und Realität:** Hier gibt es verschiedene Möglichkeiten:
 - Wahnwirklichkeit als einzige Wirklichkeit.
 - Wahnwirklichkeit als beherrschende, aber nicht einzige Wirklichkeit.
 - Wahnwirklichkeit und Realität bestehen nebeneinander.
 - Ineinanderfließen von Wahnwirklichkeit und Realität.
- **Wahnbedeutung:** Im Wahn erhält die bisherige, mitmenschliche, gemeinsame Erfahrungswelt eine neue Bedeutung. Der Wahnkranke erlebt als ein Veränderter eine veränderte Welt. Dies betrifft sowohl den Kranken selber als auch sein Umfeld. Beispiele:
 - *Veränderung des Selbst-Seins:* Gewissen (Schuldwahn), Gesundheit (hypochondrischer oder Krankheitswahn), Vitalität (Wahn leiblichen Untergangs, von Verwesung und Tod), wirtschaftliche Lage (Verarmungswahn), Verwandlung des Selbst-Seins, der Ich-Identität (Verwandlungswahn, wahnhafte Metamorphose wie Abstammungswahn, Prophetenwahn, Weltschöpfungswahn, wahnhafte Verwandlung in einen anderen Menschen, in ein Tier, in ein Monstrum, in eine andere Physiognomie u. a.), Ich-Konsistenz (Spaltung/Zersplitterung), Ich-Demarkation (Fremdbeeinflussung, Zerfließen, Ausdehnung), Ich-Aktivität (Fremdbeeinflussung).
 - *Veränderung der Umwelt:* Derealisation und spezifische Umwelterfahrungen (meist beängstigend, bedrohlich, zerstörend, selten glücklicher usw.).
 - *Veränderung von Ich und Welt:* selbstverständliche Gewissheit, dass Ich und Welt untrennbar zusammenhängen und damit auch Selbst- und Umweltveränderung.

Weitere charakteristische Aspekte des Wahns

Dazu gehören:

- *Bedeutungsgewissheit*: „Es ist so“.
- *Abstand/Widerstand von/gegen Allgemeinerfahrung und Gruppenüberzeugung*: Es gilt die Wahnwirklichkeit, auch wenn sie noch so unwahrscheinlich und unglaubwürdig ist. Deshalb ist der Wahn auch resistent gegen logische Gegenargumente. Auch kümmert sich der Betroffene nicht um bisher akzeptierte Aspekte von Gesellschaft, Glauben usw. Folge: Isolationsgefahr.
- *Unfähigkeit zum Gesichtspunktwechsel*: keine Möglichkeit mehr, seine Erfahrung mit der Umgebung zu teilen, zu vergleichen, ggf. zu korrigieren, flexibel zu sein. Der Patient lebt entrückt in einer nur für ihn gültigen Privatwelt. Folge: Isolationsgefahr, Autismus (in seiner eigenen Gedanken- und Vorstellungswelt gefangen).
- *Isolation*: Zwar wird die Umgebung noch wahrgenommen, doch ist das Wahrgenommene eigenartig, abgehoben, nicht einmal den engsten Verwandten vermittelbar. Der Wahnkranke ist allein.

Erscheinungsformen des Wahns

Zahlreiche Erscheinungsformen möglich. Einige Beispiele:

Beeinträchtigungswahn, Verfolgungswahn, Bestehlungswahn, Beziehungswahn, Untergangswahn, Fremdbeeinflussungswahn, wahnhafter Identitätswandel, Heilswahn, Weltverbesserungs- bzw. Welterneuerungswahn, Omnipotenzwahn, Abstammungswahn, hypochondrischer Wahn, nihilistischer Wahn, Krankheitswahn, Verarmungswahn, Schuldwahn, Verdammungswahn, Größenwahn, Liebeswahn, Schwangerschafts- bzw. Mutterschaftswahn, Reichtumswahn, wahnhaftes Rollenerhöhung, Begnadigungswahn, Unschuldswahn, Querulantenwahn, Eifersuchtswahn, Bedrohungswahn, wahnhaftes Situationsdeutung u. a. m.

Weitere Wahn-Aspekte

Wichtig für die Erfassung und Beschreibung der Wahnphänomene sind noch die

- *nosologische Einordnung*: meist schizophrene sowie organische, depressive, manische, schizoaffektive und andere Psychosen. Ferner paranoide Entwicklung, sensitiver Beziehungswahn, Paranoia, paranoide Reaktion, Intoxikationspsychose u. a.
- *Wahn-motivierende Situation / Psychodynamik*: kognitive und/oder mnestiche Altersschwäche, Störungen der Sinnesorgane (z. B. Schwerhörigkeit), Depressi-

vität, Schuldgefühl, Sinnes-Isolation, Rauschdrogenkonsum, soziale Isolierung, sprach- und kulturfremde Umgebung, politische Verfolgung, Haft, sexuelle Impotenz, unerfüllter Kinderwunsch, Rechtskränkung, Vereinsamung, erotische Unerfülltheit u. a.

12. STÖRUNGEN DES ANTRIEBS

Antrieb ist die Grundaktivität eines Menschen, gleichsam der dynamische Anteil der Persönlichkeit. Er entscheidet über Aktivität und Initiative aller psychischen und damit letztlich psychosozialen und sogar körperlichen Vorgänge. Antriebs- und Willensstörungen sind oft mit Störungen des Gefühlslebens verbunden. Man differenziert in:

- **Antriebs-Verminderung:** Auch Antriebsarmut, Antriebsmangel, Antriebshemmung genannt. Mangel an Eigeninitiative und Spontaneität, Schwunglosigkeit, Teilnahmslosigkeit (Apathie, Adynamie). Häufig mit einer Verarmung von Mimik und Bewegung sowie einförmiger, wenig modulierter Sprechweise kombiniert.

Bisweilen wird auch unterschieden zwischen Antriebsarmut und Antriebshemmung (= Mangel an Initiative und Spontaneität nicht als vermindert, sondern als gebremst/gehemmt erlebt). Unterscheidung jedoch schwierig.

Antriebsverminderung oder Antriebshemmung kann auch kombiniert sein mit Willensschwäche (Hypobulie) oder Willenlosigkeit (Abulie).

- **Antriebssteigerung:** lebhafter als sonst, mehr Schwung, Aktivität, Initiative, Einfallsreichtum, Unternehmungslust. Dabei beweglicher, regsamer, gesteigerter Bewegungs- und Redefluss, rascheres Sprechen. Aber ggf. auch unruhiger, getriebener, gespannter, im Extremzustand motorische Erregung bzw. Erregungszustand bis zur Tobsucht.

Antriebssteigerung ist oft kombiniert mit Hyperbulie (am ehesten umschreibbar mit zupackender Initiative, aber auch bis hin zum Fanatismus, zu überwertigen Ideen u. ä.).

13. STÖRUNGEN DER MOTORIK

Motorik ist Haltung und Bewegung des handelnden Menschen, ausgedrückt in Mimik, Gestik, Haltung, einzelnen und kombinierten Bewegungsabläufen. Da bei jeder

Motorik Antrieb und Stimmung eine große Rolle spielen, spricht man auch von *Psychomotorik*.

Störungen der Psychomotorik äußern sich in gesteigerter, verminderter und qualitativ abnormer Psychomotorik. Beispiele:

- *Motorische Schablonen*: Kauen, Schlucken, Schmatzen, Saugen, Greifen, Wischen, Kratzen, Strampeln, Kreisbewegungen u. a.
- *Tics*: meist gleichförmig (stereotyp) wiederholte Bewegungen in Mimik und Gestik, die zwangsartig ausgeführt werden müssen.
- *Gilles-de-la-Tourette-Syndrom*: Tic-artige Bewegungsstörung in der Mimik (auch mit Grimassen) und Gestik, ferner Schulterzucken, Armewerfen oder -schleudern, unartikulierte Laute, gelegentlich obszöne Laute (Kakolalie).
- *Hypokinese, Akinese*: quantitative Abweichungen der Psychomotorik vom normalen Bewegungsablauf. Reduktion an Spontan- und Reaktivitätsbewegung bis hin zum Stupor (s. u.). Unterteilbar in
 - *Hypokinese*: Bewegungen werden seltener.
 - *Akinese*: extreme Bewegungsarmut bis zur Bewegungslosigkeit.
 - *Hypomimie*: kaum mimische Bewegungen mehr.
 - *Amimie*: keine mimischen Bewegungen mehr.
 - *Mutismus*: Verstummen bzw. fast immer stumm trotz funktionstüchtiger Sprechorgane.
- *Stupor*: Bewegungs- und Regungslosigkeit bei jedoch klarem Bewusstsein. Keine Reaktionen mehr auf äußere Reize. Unterteilbar in
 - *Schlaffer, passiver Stupor*: völliges Fehlen motorischer Antriebe.
 - *Gespannter Stupor*: Sperrung aller Bewegungen, Gefahr plötzlicher Impulshandlungen.
- *Hyperkinese* (als übergeordneter Begriff): quantitative Abweichung der Psychomotorik vom normalen Bewegungsablauf im Sinne einer gesteigerten Motorik.
 - *Hyperkinese* (als spezifischer Begriff): gesteigerter Bewegungsablauf.
 - *Raptus*: extremer seelisch-körperlicher Erregungszustand mit Selbst- und Fremdgefährlichkeit.
- *Weitere psychomotorische Phänomene* im Sinne einer inadäquaten Mimik sind:
 - *Grimassieren*: groteske mimische Bewegungen ohne Beziehung zur aktuellen Situation.

- *Fratzenschneiden*: wie Grimassieren, jedoch noch ausgeprägter, grotesker.
 - *Faxensyndrom*: verspielt, clownhaft, kindisch.
 - *Paramimie*: Auseinanderfallen von Gefühl und mimischem Ausdruck. Nicht selten bei Parathymie (z. B. lachend über schreckliche Schmerzen berichtend).
 - *Katalepsie*: Haltungsverharren, Haltungs-Stereotypie, Bewegungsstarre. Unterteilbar in *Haltungsverharren* (starre Katalepsie) oder *Haltungsstereotypie* = starres Beibehalten einer unnatürlichen, aktiv gesetzten oder zufällig eingenommenen Stellung eines Gliedes oder des ganzen Körpers über längere Zeit.
 - *Flexibilitas cerea*: wächserne Biegsamkeit wie bei früheren Wachs-, heute Plastikpuppen.
- *Negativismus*: Zustand der Sperrung, Verneinung des Widerstrebens gegen äußere Einwirkungen und eigene Intentionen. Unterteilbar in „passiven Negativismus“ = Verweigern und „aktiven Negativismus“ = das Gegenteil des Verlangten tun.
 - *Ambitendenz*: Antrieb und Gegenantrieb bleiben nebeneinander bestehen.
 - *Motorische Stereotypien*, auch Bewegungs-Stereotypien genannt: gleichförmig wiederholte Bewegungen, die nicht durch äußere Reize ausgelöst werden. Beispiele:
 - *Motorische Stereotypien einfacher Natur*: Wischen, Kratzen, Schnäuzen, Stoßen, Klopfen, Schaukelbewegungen u. a.
 - *Komplizierte Bewegungsabläufe*: gleichförmiges Hin- und Hergehen, Öffnen und Schließen u. a.
 - *Sprach-Stereotypien*: leere Wiederholungen immer gleicher Silben, Wörter, Sätze bzw. das Aneinanderreihen von Silben oder Bruchstücken von Worten (Verbigeration, Iteration).
 - *Weitere Stereotypien*: beim Schreiben, Zeichnen, Malen u. a.
 - *Bizarres und inadäquates Verhalten wie Spucken, Rülpsen, Flatus*, aber auch ungewöhnliche Posen, Manierismen u. a. Beispiele:
 - *Kakolalie*: ordinäres Reden, obszöne Worte, unflätiges Beschimpfen u. a.
 - *Posen*: Annehmen und Beibehalten von ungewöhnlichen Körperhaltungen.
 - *Manierismen/Maniertheit*: verschrobenes Ausdrucksverhalten mit unnatürlichen, bizarren, gezierten, gekünstelten Bewegungen, possenhaften Haltungen, hochtrabendem und wichtigtuierischem Verhalten bis hin zu komplizierten

Zeremonien und symbolhaft-rituellen Handlungen. Entsprechende Auffälligkeiten auch im Redestil, Schrift, Zeichnungen u. a.

- *Automatismen*: automatische Ausführungen von Bewegungen oder Handlungen, die der Patient als nicht von ihm selbst gewollt empfindet. Unterteilbar in:
 - *Befehlsautomatie*: automatenhaftes Befolgen äußerer Befehle (z. B. krankhafte Selbstbeeinflussung).
 - *Echo-Erscheinungen*: Anreiz zu Handlung durch Nachahmung. Beispiele: Echolalie (willenloses Nachreden), Echopraxie (willenlose Bewegungsnachahmung), Echographie (willenlose Nachahmung von Schreibebewegungen).
- *Parakinesen*: Oberbegriff für qualitativ abnorme psychomotorische Abläufe wie Bewegungs-Stereotypien, Sprach-Stereotypien, Katalepsie u. a.

14. AGGRESSION

Aggression oder *aggressives Verhalten* ist verbaler oder tätlicher Angriff auf Lebewesen oder Dinge. *Aggressivität* ist die Bereitschaft oder Gestimmtheit zu Aggressionen.

Das meiste Aufsehen erregen zwar Gewalttaten von offensichtlich psychisch Erkrankten. Doch die Mehrheit der gewalttätigen Menschen in unserer Gesellschaft ist weder psychisch noch anderweitig krank. Aggression ist also auch ein allgemeines, ein zeit- und gesellschaftstypisches Phänomen. Auch kommen - entgegen landläufiger Meinung und spektakulärer Medienberichte - schwere(!) Gewalttaten Geistesgestörter und Geistesschwacher letztlich nicht öfter vor, als es ihrer Verteilung in der Gesamtbevölkerung entspricht. Allerdings gibt es psychiatrische Krankheitsbilder mit erhöhtem Gewalttatenrisiko. Und es gibt nicht nur widersprüchliche Untersuchungsergebnisse, sondern auch eine objektivierbare Änderung im Spektrum der Gewalt in den letzten Jahren.

Allgemeine Aspekte: Bedrohung, tätliche Angriffe und Körperverletzungen scheinen sich bei Männern überwiegend im öffentlichen Raum (und damit eher registrierbar), bei Frauen vor allem zu Hause zu ereignen. Die häufigsten Opfer von Gewalttaten psychisch Kranker sind jene Personen, die dem Patienten am nächsten stehen: Mütter (z. B. bei schizophren Erkrankten), Geschwister, Väter und andere Angehörige. In der Klinik sind es die TherapeutenInnen jeglicher Disziplin. Im öffentlichen Leben sind es vor allem Polizeibeamte, andere Beauftragte der Ordnungsbehörden, Verkäufer (z. B. Kiosk), Angehörige von Verkehrsbetrieben, Kontrolleure, Taxifahrer, Tankwarte u. a.

Die bedeutsamsten Risikofaktoren für aggressives oder gewalttätiges Verhalten mit und ohne psychische Krankheit sind Alkoholismus und Drogenabhängigkeit. Auch ist die Gefahr (erneut) gewalttätig zu werden im ersten Jahr nach der Entlassung nicht nur bei psychisch gesunden Straftätern aus der Vollzugsanstalt, sondern auch bei psychisch Kranken aus der psychiatrischen Klinik um ein Vielfaches erhöht (Gründe: mangelhafte Nachbetreuung, zeit- und therapiemäßig ungenügende Therapiebehandlung u. a.).

Die **häufigsten psychiatrischen Krankheitsbilder** sind Alkohol-, Rauschdrogen- und Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen (z. B. antisoziale Persönlichkeitsstörungen), schizophren Erkrankte, geistig Behinderte sowie Depressive (erweiterter Suizid).

Ursachen und Risikofaktoren sind - außer obigen Aspekten - soziale Entwurzelung, mangelhafte Therapie und Nachsorge.

Bei nicht-psychisch gestörten Tätern dominieren z. B. Bereicherungs- und sexuelle Delikte. Bei seelisch Kranken sind es vor allem Beziehungstaten. Betroffen sind besonders jene Menschen, die ihnen nahe stehen oder sie therapeutisch betreuen und deshalb häufig in einen verhängnisvollen Teufelskreis geraten. Im Grunde handelt es sich hier z. B. um Notwehr-Maßnahmen in (subjektiv erlebter) höchster Bedrohung.

Wichtig: Aggressivität und Gewaltbereitschaft sind Symptome. Sie kündigen sich meist lange vorher an, auch wenn die eigentliche Gewalttat bisweilen abrupt über ihre Opfer hereinbricht. Deshalb gilt es, die ersten Krankheitszeichen zu erkennen, richtig zu deuten und rechtzeitig den zuständigen Stellen mitzuteilen (Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter usw.). Und diese müssen dann auch die Zeit, den Willen und die Kraft haben, das Richtige zu tun. Sonst droht der unselige Teufelskreis: Zunahme gewaltbereiter psychisch Kranker → vermehrte Bedrohung → aggressive Durchbrüche oder gar spektakuläre Gewalttaten → Unruhe in der Allgemeinheit → verstärkt restriktive Maßnahmen als Notlösung bei ohnehin zu wenig Therapie- und Nachsorge-Möglichkeiten mit Rückfallgefahr → Teufelskreis.

Psychodynamische Aspekte: vielfältig und meist nicht dem öffentlichen Meinungsbild entsprechend:

Zu achten ist auf die Faktoren Frustration, Lernen am Modell (Verherrlichung von Brutalität: Medien; Förderung sadistischen Verhaltens: Nachahmetäter), Verminderung von Hemmungen (z.B. Drogen), Aggression als Kontaktaufnahme, instrumentelle Aggression (z.B. dissoziales Verhalten), Angst (nicht mehr kontrollierbare Aggressionsbereitschaft bei krankhaft gesteigertem Angsterleben), Rivalität (mit Provokation unnötiger Konflikte, z. B. Persönlichkeitsstörungen, Manie), Aggressionsverschiebung (z. B. „neurotische“ Projektionen), Aggression aus vermeintlich idealistischen Motiven (z. B. Mitnahme-Suizid) u. a.

Einschätzung des Aggressionsrisikos: auf epidemiologische Erkenntnisse achten wie Geschlecht (Männer : Frauen = 3 : 1), Alter (meist zwischen 20 und 40), familiäre Belastung (z. B. Alkoholismus, aggressives Verhalten in der Herkunftsfamilie), häufige Tatmotive (Wahn, Eifersucht, Rache), die meisten Opfer (Kernfamilie), in der Klinik an erster Stelle Ärzte/Psychologen (meist nicht gemeldet) sowie Pflegepersonal und Mitpatienten (in der Regel dokumentiert und damit statistisch nachprüfbar).

Krankheitsspezifisches Gewalttatenrisiko und -muster im psychiatrischen Bereich berücksichtigen: schizophrene Psychosen (Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn, Fremdsteuerung, Halluzinationen, Verlust der Sozialdistanz, Überforderung u. a.), geistige Behinderung (Überforderung, verminderte Steuerungsfähigkeit, komplizierende Zusatzerkrankungen wie Alkohol, Rauschdrogen, Epilepsie), hirnorganische Beeinträchtigungen (psychoreaktiv wie Wut, Schwäche, Hilflosigkeit, ferner mangelhafte Übersicht/Einsicht, Desorientierung, aber auch wahnhaftige Reaktionen, Zorn [„Freiheitsberaubung“] und Ärger [Frustrationen, Niederlagen], mangelhafte Zuwendung, Minderwertigkeitsgefühle, Rachegefühle u. a.), demenzielle Prozesse (z. B. nachts durch Schlaf-Wach-Umkehr, delirante Syndrome, Personenverkennerung = Angstreaktionen usw.), akute hirnorganische Erkrankungen (Schädelhirntrauma, zerebrale Blutungen oder Entzündungen), organische Persönlichkeitsveränderungen (z. B. Epilepsie), Persönlichkeitsstörungen (meist dissoziale Persönlichkeitsstörungen, aber auch Borderline-Syndrom), manische Zustände (Überaktivität, Kraftgefühl, Distanzlosigkeit, Größenwahn, bezieht sich meist auf Familie, Freunde, Nachbarn und Kollegen), Depressionen (in der Regel Gefahr eines erweiterten Suizids), Suchtkrankheiten und andere Intoxikationen (Enthemmung durch Alkohol, Rauschdrogen [hier ggf. noch gezielte Aggressionsstimulation, z. B. Kokain, PCP], u. U. Mehrfach-Störungen: Persönlichkeitsstörungen plus Alkoholismus usw.).

Einschätzung des Aggressionsrisikos: Beurteilungskriterien für eine unmittelbar oder kurzfristig sowie mittelfristig drohende Gewalttätigkeit beachten. Präventive und therapeutische Möglichkeiten nutzen (entspannende Interventionen, Pharmakotherapie, spezifische therapeutische Strategien). Wichtig: gezielte Aus-, Weiter- und Fortbildung. Betroffen sind meist Unerfahrene.

15. ZWÄNGE

Zwänge, auch *Anankasmen* oder *Zwangsstörungen* genannt, sind Erlebnisse, die das gesamte Leben beherrschen. Sie werden vom Betroffenen zwar als unsinnig oder zumindest unangemessen erkannt, aber man ist machtlos gegen sie. Zwänge drängen sich auf in Denken, Vorstellen, Fragen, Sprechen, Zählen, beim Handeln, Vermeiden usw. In der Mehrzahl der Fälle setzt sich das Beschwerdebild aus Zwangsdanken, Zwangsimpulsen und Zwangshandlungen zusammen (s. u.).

Zwänge müssen nicht grundsätzlich krankhaft sein. Vor allem ihre hartnäckige Aufdringlichkeit, besonders die Unfähigkeit, sie zu steuern oder zu unterdrücken, macht das Pathologische aus. Leichtere Kontrollzwänge sind auch beim Gesunden nicht selten. Die Grenze zum Behindernden oder gar Quälenden, also letztlich zum Krankhaften, ist oft fließend. Im Extremfall können Zwänge jedoch so groteske Formen annehmen, dass sie das ganze Leben ruinieren. Denn wenn der Betroffene seinen Zwängen entrinnen will, „packen“ ihn vielfältige körperliche Reaktionen, z. B. Schweißausbruch, Zittern, Hitzewallungen - und vor allem Angst. Deshalb wurden die Zwangsstörungen in den modernen Klassifikationen bisher zu den Angststörungen gerechnet.

Die *Ursachen* sind noch unklar. Wahrscheinlich handelt es sich sowohl um psychologische als auch anlagebedingte sowie organische Ursachen. Viele Zwangskranke sind auch offensichtlich von einer spezifischen Persönlichkeitsstruktur geprägt (anankastische Persönlichkeit). Im Einzelnen:

Zwangsdanken: meist zwanghaft persistierende Denkinhalte wie Zwangsideen, Zwangsgedanken, Zwangsvorstellungen, Zwangserinnerungen, Zwangsfragen, Zwangsgrübeln u. a.

Zwangsgedanken und Zwangsvorstellungen sind am häufigsten. Meist drehen sie sich um Symmetrie, Genauigkeit, religiöse oder moralische Inhalte, Verschmutzung, Sexualität, Aggressivität, organische Beeinträchtigungen, Erkrankungen, Katastrophen, Unfälle oder Gewalttaten. Gelegentlich drängen sich auch stereotype Sätze, Verse, Melodien oder die Vorstellungen auf: „Was wäre, wenn ...?“ oder: „Warum ist dieses oder jenes ...?“

Zwangsimpulse sind zwanghaft gegen den Widerstand des Betroffenen sich aufdrängende unsinnige oder gar aggressive Antriebe zu bestimmten Handlungen, wobei der Impuls nicht grundsätzlich zur Ausführung kommen muss.

Beispiele: Kontrollzwang, Zählzwang, Rechenzwang, Entblößungszwang oder der Zwang, Unanständiges, Gotteslästerliches oder Obszönes auszusprechen, oder jemand zu beschimpfen, zu verletzen, gar zu töten u. a.

Allerdings kommen selbst ernstere Zwänge so gut wie nie zur Ausführung. „Zwangskranke sind Täter ohne Tat.“ Dafür entwickeln sie schwere Schuldgefühle und Angstzustände und brauchen alle Kräfte zur Abwehr solcher sinnlosen, obszönen oder aggressiven Impulse.

Zwangshandlungen sind - meist aufgrund von Zwangsimpulsen (s. o.) oder Zwangsbefürchtungen (s. Phobien) - erzwungene Handlungen von zwanghaftem Charakter. Nach außen fallen sie durch ihren fast automatenhaften Ablauf auf und weil sie der jeweiligen Situation völlig unangemessen sind.

Beispiele: Wiederholungszwänge, Zählzwänge, Ordnungszwänge. Reinigungs- und Waschwänge, technische Kontrollzwänge, Sammel- und Aufbewahrungszwänge, psychosoziale Kontrollzwänge und sonstige Zwangshandlungen (z. B. Gebete, Gedichte, sonstige Texte im Kopf aufsagen, Melodien nachsummen, umständliche Zwangsrituale u. a.).

Zwangsrituale oder treffender: *Entlastungsrituale* (die aber in Wirklichkeit nur eine kurze Entlastung bringen) weisen auf den magischen Charakter der Handlungen hin. Stellt sich eine gewisse Routine ein (z. B. Lösung einer zwanghaft vorgegebenen Rechnung), wird der Schwierigkeitsgrad langsam gesteigert - und damit der Zeit- und Kraftaufwand nach vorübergehender Entlastung wieder angehoben. So werden die meisten Zwangs-Vorschriften im Laufe der Zeit immer komplexer und führen langfristig in eine chronische Erschöpfung.

16. PHOBIEN (ZWANGSBEFÜRCHTUNGEN)

Phobien sind zwanghafte Befürchtungen. Sie drängen sich dem Betroffenen angesichts bestimmter Situationen, Personen, Objekte, Tiere usw. auf, die für andere meist unauffällig, harmlos, selbstverständlich, jedenfalls nicht zu fürchten sind. Das macht sie so unangenehm: Einerseits eine quälende Zwangsbefürchtung, die das Opfer völlig in seinen Bann schlagen kann, andererseits die Erkenntnis, dass es sich letztlich um ein harmloses, alltägliches oder zumindest nicht ungewöhnliches Phänomen handelt.

Phobien unterscheiden sich von gewöhnlichen Angstsymptomen (früher treffender als Furcht bezeichnet) durch ihre 1. zwingende Übermacht der Befürchtung, 2. völlige, teilweise oder zeitweilige intellektuelle Einsicht in ihre Unbegründetheit und 3. durch den inneren Widerstand dagegen, der von der Effektivität aber meist vergeblich ist.

Früher listete man mit z. T. eigenartigen Kunstnamen mehr als 200 Phobien auf (von der Akrophobie = Höhenangst bis zur Zoophobie = Angst vor Tieren). Heute reduziert sich das in den modernen Klassifikationen auf einige wenige Zwangsbefürchtungen. Beispiele:

Die **Agoraphobie** war - wie der griechische Begriff wörtlich ausdrückt - früher allein die Angst vor öffentlichen Plätzen („Platzangst“) oder weiten Straßen; konkreter: vor Menschenansammlungen, vor der Öffentlichkeit. Das führt im Laufe der Zeit durch Vermeidungsverhalten und Rückzug zu Isolationsgefahr und weiteren seelischen und psychosozialen Folgestörungen. Deshalb versteht man heute unter einer Agoraphobie eine sich häufig überschneidende Gruppe von Phobien mit der Angst, das eigene Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, sich in eine Menschenmenge oder auf öffentliche Plätze zu wagen, alleine in Zügen, Bussen oder

Flugzeugen zu reisen u. a. Besondere Angstvorstellung: Ohnmachtsgefahr und hilflos der Öffentlichkeit ausgeliefert zu sein.

Die **Soziale Phobie** oder **Sozialphobie** ist eine dauerhafte und unangemessene Furcht vor anderen Menschen. Hier dominiert die Angst, sich lächerlich zu machen, zu versagen oder durch ungeschicktes Verhalten gedemütigt zu werden. Dies kann sich von durchaus nachvollziehbaren Situationen (z. B. öffentliches Sprechen, Examensangst) bis zur nicht mehr verstehbaren krankhaften Menschenscheu erstrecken („Angst vor den anderen“). Entscheidend ist der Umstand, dass sich die angstbesetzten alltäglichen Handlungen vor den Augen von Drittpersonen abspielen. Diese könnten - so die zwanghafte Furcht - das Verhalten nicht nur beobachten, sondern möglicherweise auch kritisieren oder den Betroffenen gar lächerlich machen.

Die **spezifischen Phobien** sind eine dauerhafte, unangemessene und exzessive Furcht und damit die Vermeidung spezifischer Situationen, Lebewesen, Ereignisse, Gegenstände oder sonstige Objekte, wie sie im Alltag nicht ungewöhnlich sind.

Beispiele: Tiere, Türme, hohe Häuser, Flugreisen, Höhlen, Aufzüge, Naturereignisse wie Donner, Blitz, aber auch einfach Dunkelheit, ferner Wasserlassen, Essen, Arztbesuche, bestimmte Krankheiten u. a. m.

Anhang: Ein besonderes, offenbar zunehmendes Phänomen ist die **Schulphobie** oder **Trennungsangst**, die häufigste Angst vor dem Schulalter. Nicht so seltene, wenngleich heftig verneinte Ursachen sind beispielsweise Beziehungsstörungen zwischen Eltern und Kind. Meist leiden ein oder beide Elternteile selber unter starken Ängsten und entwickeln dadurch einen nachgiebigen bis verwöhnenden, ja überfürsorglichen Erziehungsstil, der letztlich lebensuntüchtig macht. Bisweilen versucht auch der entsprechend selber belastete Elternteil die Nähe des Kindes zur Kontrolle seiner eigenen Ängste zu nutzen. Schließlich verlagern beide Seiten ihre Trennungsängste auf die Schule.

17. IMPULSHANDLUNGEN

Impulshandlungen oder *Dranghandlungen* sind überwältigend durchschlagende, unreflektierte (unbesonnene) Handlungen als Folge eines freiheits-einschränkenden imperativen Dranges. Es muss einem „inneren Handlungsdruck“ nachgegeben werden. Willentliche Hemmungen treten entweder nicht auf oder vermögen sich nicht gegen den Drang durchzusetzen. Häufig geht eine weitgehend ziel- und richtungslose Entladungstendenz voraus. Man unterscheidet:

- **Kleptomanie:** plötzlicher, meist wiederholter Drang, selbst wertlose, auf jeden Fall nicht benötigte Gegenstände zu stehlen.

Kleptomanie oder pathologisches Stehlen (früher „Stehltrieb“, heute „Diebstahl ohne Bereicherungstendenz“ genannt) ist ein heterogenes Syndrom, das sporadisch, episodisch und chronisch auftreten kann. Meist eindeutiges Signal unerträglicher seelischer Konflikte und ausgeprägter psychosozialer Not und damit dringend behandlungsbedürftig. Interessant auch der Aspekt: Stehlen als familienpolitische oder partnerschaftliche Waffe (z. B. chronische Ehekonflikte, aber auch bei Anorexia nervosa bzw. Bulimie).

- **Pyromanie:** dranghaftes Feuerlegen (Brandstiften).

Wiederholte Brandstiftung ohne erkennbare Motive, wie sie z. B. materieller Gewinn, Rache oder politischer Extremismus darstellen. Dafür mit starkem Interesse an der Beobachtung von Feuer sowie anfänglichen Gefühlen wachsender (genussvoller?) Spannung und schließlich Entlastung nach der Tat. Sehr heterogenes Syndrom mit unterschiedlichen Interpretationen. Statistisch unzulänglich erfasste Klientel (nur jeder Zehnte?). Bei den Gutachtenfällen überwiegen vor allem selbstunsichere vor antisozialen (dissozialen), paranoiden, Borderline- und schizoiden Persönlichkeitsstörungen sowie geistiger Behinderung, Entwicklungskrisen, wahnhaften Psychosen, hirnorganischen Psychosyndromen u. a. Häufig Alkoholismus. Die meisten überführten (oder nicht entdeckten) Brandstifter sollen aber Kinder sein („Zündeln“).

- **Trichotillomanie:** wiederholtes Ausreißen von eigenen Haaren mit sichtbarem Haarverlust.

Berührungspunkte zur Automutilation (Selbstverstümmelung). Gefühl wachsender Spannung, nach der „Tat“ Entspannung, Befriedigung oder gar Vergnügen. Im Gegensatz zum spielerischen „Haare-Zwirbeln“ erheblicher Leidensdruck sowie entsprechende Beeinträchtigungen im sozialen, vor allem beruflichen und partnerschaftlichen Bereich.

- **Pathologisches Spielen:** intensiver, kaum kontrollierbarer, andauernder und immer wiederkehrender Spieltrieb trotz negativer finanzieller und sozialer Konsequenzen.

Wichtig: Pathologisches Spielen ist nicht nur auf jene Glückspielarten beschränkt, die gerade im Gespräch sind. Kennzeichnend: typische Entzugerscheinungen wie beim Drogen-Entzug. Z. T. nachhaltige psychosoziale Konsequenzen: nicht nur familiär und beruflich, sondern auch krimineller Art: Fälschung, Betrug, Diebstahl, Unterschlagung. Familiäre Häufung?

- **Intermittierende explosive Störung:** wiederholtes Versagen, aggressiven Impulsen zu widerstehen, was zur schweren Gewalttätigkeit oder zur Sachbeschädigung führen kann

Nicht selten, aber wenig gut erforscht. Heterogenes Syndrom (in forensischer Hinsicht mitunter auch vorgetäuscht). Teufelskreis durch verhängnisvolle psychosoziale Folgen. Amok als Extremfall einer intermittierenden explosiblen Störung.

- **Sammeltrieb:** Anhäufung von sinnlosen Gegenständen.

Vom nicht mehr steuerbaren „Sammeldrang“ bis zum „Diogenes-“ oder „Vermüllungs-Syndrom“. Mögliche Ursachen: Psychose, Demenz, Suchtkrankheiten, Zwangsstörung, Minderbegabung, Persönlichkeits- oder Anpassungsstörungen oder multifaktoriell. In den neuen Klassifikationen nicht mehr unter Störungen der Impulskontrolle eingeordnet.

- **Poriomanie:** dranghaftes, unvermittelt imperativ auftretendes Weglaufen oder zielloses Umherirren.

Auch *Dromomanie* oder *Fugue*, früher periodischer Wandertrieb oder Wanderzustände genannt. Kommt heute nicht mehr in den neuen Klassifikationen unter Störungen der Impulskontrolle vor. Nach wie vor aber möglich, wenngleich aufgrund ganz verschiedener Ursachen: z. B. hysterische Bewusstseinsstrübung und anschließende dissoziative Amnesie, Schizophrenie, schizoaffektive Psychose, endogene Depression, Manie, dissoziale Persönlichkeitsstörung, komplex-fokale Epilepsie u. a. Ist der Bewusstseinszustand umdämmert bzw. tranceartig verändert, diagnostiziert man dissoziative Fugue-Zustände.

- **Dipsomanie:** periodisch auftretende imperative Trunksucht bei Menschen, die ansonsten nicht zu den chronischen Alkoholkranken zählen („Quartalssäufer“).

Kommt in den neuen Klassifikationen unter Störungen der Impulskontrolle nicht mehr vor, da umstritten, ob als eigenständiges Syndrom überhaupt existent. Möglich bei depressiven oder dysphorischen Verstimmungszuständen, Persönlichkeitsstörungen, Epilepsie, endokrinem Psychosyndrom, Schädel-Hirn-Traumata, affektiven Störungen (z. B. Depression und Manie) usw.

- **Kaufrausch:** Impulshandlung oder Zeiterscheinung?

Bisher wurde das (episodisch?) ungezügelter bzw. unbesonnener Kaufverhalten (Kaufsucht, Kaufwut, Kauforgie, Kaufzwang, zwanghaftes Konsumverhalten usw.), das nicht an eine manische Kaufsucht bzw. ähnliche Ursachen gebunden ist, nicht adäquat untersucht. Könnte aber eines Tages notwendig werden. Die Zahl der Betroffenen steigt, und zwar offenbar für beide Geschlechter und alle Altersstufen (Kaufsucht zur Kompensation innerer Leere, Langeweile oder auch gegen Spannungszustände [z. B. Borderline-Störungen])?

18. STÖRUNGEN DER SEXUALITÄT

Die *Sexualität* umfasst das Geschlechtsbewusstsein (vom eigenen und anderen Geschlecht), die sexuelle Partnerorientierung (Homo-, Bi- und Heterosexualität), das Geschlechtsverlangen (sexueller Drang, Libido) und das Geschlechtsverhalten (kopulatives Verhalten).

Sexualität ist jedoch nur eine Dimension zwischenmenschlicher Beziehungen. Alle *Sexualstörungen* können Ausdruck einer Beziehungsstörung über den sexuellen Bereich hinaus sein.

Man differenziert zwischen

- sexuellen Funktionsstörungen
- Störungen, bei denen das sexuelle Interesse auf unübliche Ziele gerichtet ist, vor allem auf 1. ungewöhnliche (abnorme) Sexualobjekte sowie 2. ungewöhnliche (abnorme) Sexualpraktiken.

Dabei hat der Begriff „abnorm“ keine moralische Wertung, sondern steht lediglich im Sinne von „nicht den (derzeitigen) gesellschaftlichen Normen entsprechend“.

- Zu den auf *ungewöhnliche (abnorme) Sexualobjekte* gerichteten Störungen gehören z.B. Pädophilie, Gerontophilie, Sodomie, Nekrophilie, Fetischismus.
- Zu den *ungewöhnlichen (abnorme?!) Sexualpraktiken* zählt man z.B. Sadismus, Masochismus, Voyeurismus, Exhibitionismus, Frotteurismus, Transvestizismus.

Für alle diese Störungen gibt es bisher keinen einheitlichen Überbegriff. In der angloamerikanischen Literatur spricht man von *Paraphilien*, in der deutschsprachigen von *sexuellen Deviationen*, *sexuellen Variationen*, *Paraphilien* oder *Störungen der Sexualpräferenz*.

Sexuelle Variationen, Paraphilien

Eine *sexuelle Deviation (Paraphilie)* ist ein Sexualverhalten, das auf ein unübliches Sexualobjekt gerichtet ist oder eine unübliche Art sexueller Stimulierung anstrebt.

- Eine *sexuelle Perversion* ist die fortschreitende zwanghafte Verlaufsform einer sexuellen Deviation (Paraphilie).
- Eine *sexuelle Delinquenz* ist eine Handlung gegen die sexuelle Selbstbestimmung des Partners, unabhängig davon, ob sie mit einer sexuell devianten Praxis einhergeht oder nicht.

Nachfolgend die wichtigsten sexuellen Deviationen in jener Häufigkeit, wie sie in Praxis oder Poliklinik vorkommen:

1. **Exhibitionismus** ist die sexuelle Erregung durch (meist anonymes) Zur-schaustellen der Genitalien gegenüber anderen Menschen, vor allem des anderen Geschlechts.
2. **Fetischismus** ist die sexuelle Erregung oder Befriedigung durch Ersatzobjekte, d.h. bestimmte Gegenstände (z. B. Schuhe, Wäsche, Schmuck, Kleider), Körperteile (z. B. Fuß, Haar, Hand) oder Materialien (z. B. Pelze, Strümpfe, Perücke, Leder, Seide, Gummi).
3. **Pädophilie** ist das Verlangen nach sexuellem Kontakt mit Kindern des gleichen oder anderen Geschlechts.

Von einer Pädophilie im engeren Sinne sollte man nur dann sprechen, wenn eine Fixierung auf (meist präpubertäre) Kinder eingetreten ist. Pädophil motivierte sexuelle Handlungen geschehen auch intrafamiliär, was sich dann schwer von Inzesthandlungen abgrenzen lässt.

4. **Transvestitismus** oder *Travestie* ist die sexuelle Erregung bzw. Erregtheit durch das Anlegen und Tragen von Kleidern oder Kleidungsstücken (z. B. Unterwäsche) des anderen Geschlechts.

Im Gegensatz zur Transsexualität (s. diese) sind Transvestiten fast ausschließlich heterosexuell orientiert und wollen die Identität des anderen Geschlechts *nicht* übernehmen.

5. **Voyeurismus** oder *Voyeurtum* ist die sexuelle Erregung und Befriedigung durch heimliches Belauschen und Beobachten von Intimitäten anderer. Wichtig: strikte Anonymität und Heimlichkeit. Erregend: Entdeckungsgefahr.
6. **Frotteurismus** ist die sexuelle Erregung durch engen Körperkontakt, d. h. sich reiben, sich drücken, anschmiegen, stoßen an andere, vor allem an Frauen in dichtem Gedränge. Bisweilen mit Exhibitionismus und Fetischismus kombiniert.
7. **Kleptomanie mit sexueller Komponente** ist sexuelle Erregung und sogar Befriedigung durch Diebstahl. Auch beim weiblichen Geschlecht. Wichtig: Anonymität. Erregend: Entdeckungsgefahr, z. B. Ladendiebstahl (oft aber auch als Schutzbehauptung für ganz gewöhnlichen Ladendiebstahl benützt).
8. **Sadismus** ist die sexuelle Erregung durch das Zufügen von Schmerzen bzw. durch die totale Unterwerfung des Partners. Kombination mit anderen sexuellen Variationen möglich.

Destruktiv-aggressiver Sadismus gewinnt als sexueller Missbrauch von Kindern (einschließlich Inzest) und durch Tierschändung offenbar an Aktualität. Kombination von sexuellem Sadismus und nicht-sexuell motivierter Grausamkeit (Brutalität im Sinne von Machtausübung) nicht selten.

9. Der **Masochismus** ist das Gegenstück zum Sadismus: sexuelle Erregung und Befriedigung durch Schmerzerleiden bzw. die totale Auslieferung an den Partner.

Beim *Automasochismus* können Gegenstände in das Genitale (z. B. Harnröhre oder gar Blase) eingeführt werden. Gefahr: tödliche Unfälle durch Selbst-Fesselung, -Knebelung oder -Strangulierung.

10. **Sodomie** oder *Zoophilie* ist die sexuelle Erregung durch Sexualkontakte mit Tieren. Kombination mit Sadismus möglich (Tierschändung).

11. **Erotophonie** ist die sexuelle Erregung durch anonyme Telefonate sexuell-erotischen Inhalts mit anonymen „Partnern“.

12. **Weitere Formen sexueller Devianz** sind

- *Gerontophilie*: sexuelles Verlangen nach und ggf. sexuelle Befriedigung im Kontakt mit Menschen sehr hohen Alters (die oft eine juristisch relevante Zustimmung nicht mehr geben können).
- *Nekrophilie*: Gebrauch eines toten Körpers als Sexualobjekt.
- *Koprophilie*: sexuelle Erregung durch Umgang mit Kot.
- *Koprophagie*: sexueller Lustgewinn durch Essen von Kot.
- *Urolagnie*: sexuelle Erregung durch Umgang bzw. sexuell bestimmtes Trinken mit/von Urin.

Inzest und sexueller Missbrauch in der Kindheit

Der Begriff *Inzest* ist zwar weit verbreitet, jedoch unscharf gebraucht. Deshalb differenziert man beim sexuellen Missbrauch in der Kindheit z. B. in zwei Unterformen, nämlich intra-familialen sowie extrafamilialen Missbrauch.

- **Intrafamilialer sexueller Missbrauch** (Inzest) ist eine sexuelle Handlung (homo- und heterosexuelle, mit und ohne vaginalen Geschlechtsverkehr) an einem Kind durch ein Mitglied der eigenen oder erweiterten Familie, vor allem durch einen gegengeschlechtlichen Erwachsenen.
- **Extrafamilialer Missbrauch** ist eine sexuelle Handlung mit Kindern durch Personen, die nicht zur Familie dieser Kinder gehören, ihnen also wenig oder überhaupt nicht bekannt sind.

Aus didaktischen Gründen lässt sich vereinfachend eine Typologie jener Personengruppen aufstellen, die Kinder sexuell missbrauchen:

1. Personen mit einer sexuellen Deviation (Pädophilie).
2. Entgleisungen von sonst kompensierten „sublimierten“ Pädophilen (oft in Berufen tätig, die Kindern nahe sind wie Erzieher, Sportwarte u. a.).
3. Sexuelle Handlungen älterer Männer mit Kindern (z. B. beginnende Demenz).
4. Kontaktarme, in der Entwicklung zurückgebliebene Jugendliche.
5. Sozial randständige Jugendliche (Aggressivität und Alkoholmissbrauch)
6. Männer mittleren Lebensalters mit ausgeprägter sozialer und psychischer Instabilität (antisoziale bzw. dissoziale Persönlichkeitsstörungen).

Die beiden letzten Gruppen stellen den Übergang zu jenen Tätern dar, die aggressive Sexualdelikte gegenüber Frauen einschließlich Vergewaltigung und Sexualmord begehen. Auch dort gibt es wieder Differenzierungs-Möglichkeiten (z. B. angepasst bzw. sozial desintegriert).

Weitere sexuelle Lebensformen

Zu den *weiteren sexuellen Lebensformen* gehören Homosexualität und Transsexualität, die besonders ausgeprägt wechselnden gesellschaftlichen („moralischen“) Wertungen unterliegen.

Homosexualität oder *Homophilie* ist die erotische Liebe und der sexuelle Kontakt zu Personen des gleichen Geschlechts. *Lesbiertum* ist die homosexuelle Liebe unter Frauen.

Transsexualität ist charakterisiert durch Nicht-Akzeptanz des eigenen Geschlechts, intensiven Wunsch nach Geschlechtswechsel, Cross-dressing (Kleider des anderen Geschlechts tragen) sowie die Ablehnung eigengeschlechts-spezifischer Merkmale. Die bewusst erlebte Sexualität spielt im Vergleich zur Geschlechts-Identifikation eine eher untergeordnete Rolle.

Sexuelle Funktionsstörungen

Sexuelle Funktionsstörungen sind Störungen des Sexualverhaltens und des sexuellen Empfindens. Ursachen: herabgesetztes, untypisches oder völliges Fehlen genital-physiologischer Reaktionen. Keine einheitliche Nomenklatur. Unterscheidbar in:

- *Störungen der sexuellen Appetenz (Verlangen, Lust) wie Hypersexualität (gesteigertes sexuelles Verlangen, fragliche Gruppe), Hyposexualität (Nachlassen*

oder Verminderung des sexuellen Verlangens bis zur sexuellen Aversion) sowie *Asexualität* (Anerotik, Alibidinie = Verlust oder Fehlen des sexuellen Verlangens).

- *Störungen der sexuellen Stimulation* wie Erektionsstörungen (Impotentia erigendi) bzw. Erregungsstörungen bei der Frau.
- *Störungen beim Koitus*: schmerzhafter Geschlechtsverkehr (Dyspareunie), Vaginismus (Scheidenkrampf).
- *Störungen in der Orgasmusphase*: vorzeitiger Orgasmus (Ejaculatio praecox), ausbleibender Orgasmus (Impotentia ejaculandi), Ejakulation ohne Orgasmus sowie bei der Frau Anorgasmie (kein Orgasmus).
- *Störungen in der nach-orgastischen Reaktion*: meist Verstimmungen und Missempfindungen.

LITERATUR

Grundlage vorliegender Ausführungen aus psychopathologischer Sicht ist neben gängigem Lehrbuchwissen das Fachbuch:

C. Scharfetter: Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung. 7. Auflage. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2017

Weitere Hinweise siehe anschließendes Literaturverzeichnis Psychopathologie 12 (Auswahl in Arbeit).