

# Allgemeines und Spezielles

Zunächst einmal ein paar grundsätzliche Klärungen von Begriffen, die – auch bei Personen der helfenden Berufe – oft keine scharfe Abgrenzung erfahren.

**Psychologie** ist die Lehre von den normalen seelischen Vorgängen des Menschen.

**Psychiatrie** ist die Lehre vom krankhaften seelischen Erleben des Menschen oder auch die Lehre von den Seelenkrankheiten.

**Psychotherapie** ist die Behandlung von seelischen Störungen mit psychologischen Mitteln.

Die Überprüfung, auf die das vorliegende Skript in erster Linie zugeschnitten ist, gewährt dem Antragsteller nach erfolgreicher Überprüfung die **Erlaubnis zum Ausüben der Heilkunde** ohne Bestallung, begrenzt auf das Gebiet der **Psychotherapie**.

Die Frage, die durch die Überprüfung beantwortet werden soll, ist, ob der Antragsteller eine **Gefahr für die Volksgesundheit** darstellt. Hierbei ist im Allgemeinen das vorrangige Prüfkriterium das Fachgebiet der Psychiatrie, also die Lehre von den Seelenkrankheiten und die Möglichkeiten ihrer Behandlung. In Sachen Behandlung werden ganz allgemeine Kenntnisse der Psychotherapieverfahren Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie nach Rogers und Entspannungsverfahren überprüft. Des Weiteren die Einsatzmöglichkeiten, Nebenwirkungen und Gefahren der Pharmakotherapie. Die Möglichkeiten der Anwendung von eigenen Therapieverfahren (soweit überhaupt vorhanden) hat in den verschiedenen Bundesländern eine unterschiedliche Gewichtung.

Wie der Begriff Volksgesundheit ja schon verrät, handelt es sich beim **Heilpraktikergesetz** um ein älteres Gesetz, dessen Ursprung auch nicht sonderlich rühmlich ist. Es trat am **17. Februar 1939** in Kraft mit dem vorrangigen Ziel, der jüdischen Bevölkerung den Zutritt zum Beruf des Heilpraktikers zu verwehren. Viele der Juden, die im Dritten Reich ihre Approbation als Arzt verloren, ließen sich als Heilpraktiker nieder, bis ihnen auch dieser Weg, kraft Gesetz, versperrt wurde.

Der Erwerb einer eingeschränkten **Heilpraktikererlaubnis (nur Psychotherapie)**, ist **seit Januar 1993** aufgrund eines Urteils des Bundesverwaltungsgerichts möglich.

So haben wir nun heute glücklicherweise dieses Gesetz, das über den nicht so schönen Ursprung hinaus „Nicht-Ärzten“ und „Nicht-Psychologen“ den Zugang zu den heilkundlichen Berufen gewährt und **Regeln und Strukturen** schafft, **die sowohl Anwendern als auch Nutzern Sicherheit gibt**.

Die Grenzen zwischen Lebensberatung, Coaching und der Psychotherapie sind fließend. Es kommt in diesem Zusammenhang auch nicht darauf an, welches Verfahren der professionelle Begleiter anwendet, sondern auf den wirklichen Grund, weswegen ein Klient uns aufsucht. Bringt dieser eine **Störung von Krankheitswert** mit - die wir vielleicht überhaupt erst durch das Wissen über die Seelenerkrankungen erkennen können – so wird unversehens aus einer Beratung oder einem Coaching eine Psychotherapie. Hierfür benötigen wir innerhalb Deutschlands, definitiv, eine **offizielle Heilerlaubnis**. Außer der **Rechtssicherheit** sind weitere Vorteile der Anerkennung „keine Gefahr für die Volksgesundheit zu sein“: Die **Befreiung von der Mehrwertsteuer** für diesen Arbeitsbereich, die Möglichkeit des Abschluss einer **Berufshaftpflichtversicherung**, die Möglichkeit in Einzelfällen mit **Privatkrankenkassen** abzurechnen und das vielleicht Wichtigste, das viele erst erkennen, wenn sie im Besitz der angestrebten Erlaubnis sind. Durch die entstandene Rechtssicherheit und dem Wissen um die verschiedenen Krankheitsbilder, dem Erkennen von Zusammenhängen und die bessere Abschätzung möglicher Gefahren kommt es bei vielen zu einer **Verbesserung der Qualität in der professionellen Begleitung**.

# Prüfungsrelevante Themenbereiche

## • Psychopathologie / Elementarfunktionen

- **Persönlichkeitsstörungen** (Charakterneurosen)
- **Symptomneurosen**
  - Dissoziative Störungen- / Konversionsstörungen (hysterische Neurosen)
  - Zwangsstörungen (anankastisches Syndrom)
  - Dysthymia (neurotische Depression)
  - Angst- und Panikstörungen mit Phobien
- **Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen**
- **Somatoforme Störungen**
  - Hypochondrische Störung
  - Somatisierungsstörung
  - Somatoforme Schmerzstörung
- **Psychosomatische Störungen „Holy Seven“**
- **Schlafstörungen**
- **Essstörungen**
- **Sucht / Abhängigkeit** mit Folgeerscheinungen

Psychogen

## • Suizidalität

## • Endogene Störungen

Endogen

- **Affektive Störungen**
  - Depression (Melancholie)
  - Manie
  - Bipolare Störungen
- **Psychosen**
  - Affektive Störungen mit Wahn
  - Schizoaffektive Störungen
  - Schizophrenien
  - Wahnhafte Störungen

Exogen

## • Körperlich begründbare psychische Störungen

- **akute Exogene Psychosen**
  - ohne Bewusstseinsstörung
  - mit Bewusstseinsstörung (**Delir**)
- **chronische Hirnorganische Psychosyndrome / Demenz**

- **Epilepsie**
- **Kinder- und Jugendpsychiatrie**
- **Sexuelle Störungen**
- **Psychotherapieverfahren**
- **Pharmakotherapie**
- **Differentialdiagnose**
- **Gesetze**

# Psychopathologie

Die Psychopathologie ist **die Lehre von den psychischen Phänomenen und Symptomen** der psychiatrischen Krankheitsbilder. Sie bildet die Kategorien, mit deren Hilfe der Diagnostiker sich orientiert, um dann einen psychischen Befund zu erheben.

Bei der Erhebung des psychischen Befundes sollte beachtet werden, dass psychopathologische Symptome für sich allein genommen nie schlechthin krankhaft sind, sondern in bestimmten Situationen auch beim Gesunden vorkommen können, z. B. Wahrnehmungsstörungen bei Übermüdung. Daher sollten die einzelnen Symptome immer im Kontext des Verhaltens der Gesamtpersönlichkeit interpretiert werden. Niemals sollte man vergessen, dass das seelische Geschehen ein unteilbares Ganzes darstellt und keine bloße Summe von Einzelfunktionen.\*)

Die Psychopathologie bzw. die Elementarfunktionen und ihre Störungen lassen sich wie folgt einteilen:

## **Bewusstsein**

- Quantitative Bewusstseinsstörungen
- Qualitative Bewusstseinsstörungen

## **Orientierung**

- Orientierungsstörungen

## **Aufmerksamkeit und Gedächtnis**

- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen
- Auffassungsstörungen
- Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen

## **Intelligenz**

- Angeborene Intelligenzminderung
- Erworbene Intelligenzminderung

## **Wahrnehmung**

- Wahrnehmungsveränderungen
- Wahrnehmungsstörungen

## **Denken**

- Formale Denkstörungen
- Inhaltliche Denkstörungen

## **Affektivität**

- Affektive Störungen

## **Antrieb und Psychomotorik**

- Störungen des Antriebs und der Psychomotorik

## **Ich-Erleben**

- Ich-Störungen

\*) Brunnhuber / Lieb. Psychiatrie, 3. Auflage, S. 7

# Bewusstseinsstörungen

Bewusstseinsstörungen sind insbesondere wichtig für die Differentialdiagnose der akuten **körperlich begründbaren seelische Störungen**, deren Leitsymptom die Bewusstseinsstörung ist.\*)

Der Begriff des Bewusstseins wird nicht nur in der Psychiatrie sehr verschieden gebraucht.\*\*)

## Quantitative Bewusstseinsstörungen

Verminderung der Wachheit / Bewusstseinsshelligkeit. Je nach Ausmaß unterscheidet man:

- **Benommenheit**  
verlangsamt, schwer besinnlich, Informationsaufnahme eingeschränkt
- **Somnolenz**  
müde, schläfrig-benommen, stark verlangsamt, apathisch, aber noch leicht weckbar
- **Sopor**  
Schlaf, betäubt, nur durch starke Weckreize weckbar
- **Koma**  
bewusstlos, nicht mehr weckbar

## Qualitative Bewusstseinsstörungen

Veränderung der Bewusstseinslage. Man unterscheidet:

- **Bewusstseinstrübung**  
Verwirrtheit von Denken und Handeln. Der Erlebniszusammenhang geht verloren. Die Bewusstseinstrübung findet sich vor allem **beim Delir** und beim amentuellen Syndrom.
- **Bewusstseinsengung**  
Traumhafte Veränderung des Bewusstseins. Das Bewusstsein ist in seinem Umfang eingengt. Die Aufmerksamkeit erscheint nach innen gerichtet; es kommt zu einer verminderten Ansprechbarkeit auf Außenreize. Handlungsfähigkeit bleibt im Allgemeinen erhalten. In der Regel kommt es zu einer Amnesie für die Zeit der Engung. Die Bewusstseinsengung kommt vor als epileptischer und als hysterischer **Dämmerzustand**, beim pathologischen Rausch, bei Hirntraumen, bei Intoxikationen und bei Enzephalitis.
- **Bewusstseinsverschiebung / -erweiterung**  
Abnorme Helligkeitssteigerung des Bewusstseins gegenüber dem üblichen Tagesbewusstsein. Gefühl der Intensitätssteigerung und Vergrößerung des Bewusstseinsraums. Dieses Zustandsbild kommt vor bei Intoxikationen (insbes. Halluzinogene), Manien und Meditationen.

# Orientierungsstörungen

Fehlende oder unzureichende Fähigkeit, sich aktuell zu äußern zur Zeit, Situation, Ort und Person. In dieser Reihenfolge (**ZSOP**) geht die Orientierung typischerweise verloren.

- **Zeitliche Desorientiertheit** (Nichtwissen um Datum, Tag, Jahr, Jahreszeit)
- **Situative Desorientiertheit** (Nichtwissen um die Situation)
- **Örtliche Desorientiertheit** (Nichtwissen um den Ort, wo man ist)
- **Desorientiertheit zur eigenen Person** (Mangelndes Wissen um Name & Geburtstag)

\*) \*\*) Brunnhuber / Lieb. Psychiatrie, 3. Auflage, S. 8

# Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen

## Aufmerksamkeitsstörungen

Bei Störungen der Aufmerksamkeit ist die Fähigkeit zur Sammlung und Konzentration auf einen bestimmten Sachverhalt beeinträchtigt. Vorkommen bei Müdigkeit und beim hirnorganischen Psychosyndrom.

## Auffassungsstörungen

Bei Störungen der Auffassung ist die Fähigkeit beeinträchtigt, Wahrnehmungserlebnisse in ihrer Bedeutung zu begreifen und sie miteinander zu verbinden. Die Auffassung kann falsch sein, verlangsamt sein oder fehlen.

## Gedächtnisstörungen

Bei Gedächtnisstörungen ist die Fähigkeit, Erfahrungen wiederzugeben, vermindert. Es werden Störungen der **Merkfähigkeit** und des **Altgedächtnisses** unterschieden.

- **Störungen der Merkfähigkeit**

Herabsetzung oder Aufhebung der Fähigkeit, frische Wahrnehmungseindrücke zu speichern.

- **Störung des Altgedächtnisses** (der Erinnerungsfähigkeit)

Herabsetzung oder Aufhebung der Fähigkeit zur Wiedererinnerung von im Gedächtnis gespeicherten Inhalten.

## Erscheinungsbilder der Gedächtnisstörungen

- **Amnesien** (inhaltlich oder zeitlich begrenzte Erinnerungslücken)
  - **retrograde**: Zeitraum **vor** dem schädigenden Ereignis
  - **anterograde**: Zeitraum **nach** dem schädigenden Ereignis
  - **kongrade**: Zeitraum **während** des schädigenden Ereignisses (der Bewusstlosigkeit)
  - **transitorisch globale**: vorübergehender, 3-5 Stunden dauernder Gedächtnisverlust. Nach Abklingen verbleibt für den umschriebenen Zeitraum eine Gedächtnislücke.
- **Konfabulation**: Erinnerungslücken werden mit Einfällen und Phantasien ausgefüllt, die der Betroffene selbst für Erinnerungen hält.
- **Paramnesien**: Umänderung der Erinnerung, im Sinne eines Wahns.
- „**Déjà-vu**“ („schon mal gesehen“)
- **Ekmnesie**: Störung des Zeiterlebens. Die Vergangenheit wird als Gegenwart erlebt.
- **Hypermnesie**: Gesteigerte Erinnerungsfähigkeit, z. B. bei Autisten.
- **Zeitgitterstörung**: Mangelnde Zuordnung biographischer Ereignisse.

## Intelligenzstörungen

**F7/F0**

Die Fähigkeit, sich in ungewohnten Situationen zurechtzufinden und Sinn- bzw. Beziehungszusammenhänge zu erfassen, ist gestört.

- **Oligophrenie** (angeborene Intelligenzminderung, ca. 3 % der Bevölkerung der BRD)
  - leichte F70 IQ 50 – 69 mentales Alter 9 bis unter 12 Jahre
  - mittelgradige F71 IQ 35 – 49 mentales Alter 6 bis unter 9 Jahre
  - schwere F72 IQ 20 – 34 mentales Alter 3 bis unter 6 Jahre
  - schwerste F73 IQ 0 – 19 mentales Alter unter 3 Jahre
- **Demenz** (erworbene Intelligenzminderung) siehe S. 147 ff

# Wahrnehmungsveränderungen und Störungen

## Einfache Wahrnehmungsveränderungen

Bei den Wahrnehmungserlebnissen dieser Gruppe wird die Realität zwar richtig erkannt, jedoch sind die Sinneseindrücke hinsichtlich Intensität und Qualität verändert.

- **Veränderung der Wahrnehmungsintensität**  
Die Sinneseindrücke erscheinen farbloser, „unlebendiger“ oder farbiger und lebendiger.
- **Mikropsie**  
Die Gegenstände werden kleiner wahrgenommen, als sie in Wirklichkeit sind.
- **Makropsie**  
Die Gegenstände werden größer wahrgenommen, als sie in Wirklichkeit sind.
- **Metamorphopsie**  
Die Gegenstände werden verzerrt wahrgenommen.

## Sonstige Wahrnehmungsveränderungen

- **Pseudohalluzinationen**  
Im Gegensatz zu den echten Halluzinationen handelt es sich hierbei um bildhaft wahrgenommene Sinnestäuschungen, deren Trugcharakter aber erkannt wird.
- **Illusionäre Verkennungen**  
Verfälschte wirkliche Wahrnehmungen, Verkennungen, d. h. etwas wirklich Vorhandenes wird für etwas anderes gehalten als es tatsächlich ist. Da Illusionen durch Anspannung und Übermüdung begünstigt werden, spricht man auch von **Affektillusionen**.
- **Pareidolien**  
In Vorhandenes wird Nichtsvorhandenes hineingesehen (z. B. Gesichter in Wolken).

## Halluzinationen (Trugwahrnehmungen, Sinnestäuschungen)

Wahrnehmungserlebnisse ohne objektiv gegebenen Sinnesreiz. Auf allen Sinneskanälen kann halluziniert werden. Die Halluzinationen haben Realitätsgewissheit! Erklärungswahn!

- **Akustische** (Stimmenhören; grenzwertig als Gedankenlautwerden)
  - **imperative Stimmen**  
Der Betroffene hört Stimmen, die ihn ansprechen, beschimpfen oder Befehle erteilen.
  - **dialogisierende Stimmen**  
Zwei oder mehr Stimmen, die sich untereinander über den Betroffenen unterhalten.
  - **kommentierende Stimmen**  
Das Verhalten, die Handlungen werden – meist abwertend – kommentiert.
  - **Akoasmen**  
Nonverbale akustische Halluzinationen (Rauschen, Summen, Pfeifen, Klopfen etc.)
- **Optische**  
Die Sinnestäuschungen im optischen Bereich reichen von kleinen optischen Erlebnissen, wie Blitze oder Farben, bis hin zum Erleben gestalteter Szenen.
- **Olfaktorische** (Geruchshalluzinationen)
- **Gustatorische** (Geschmackshalluzinationen)
- **Haptische (Taktile)**  
Trugwahrnehmungen im Bereich der **Haut und Schleimhaut**. Wenn diese Halluzinationen **chronisch** werden, spricht man auch vom **Dermatozoenwahn**.
- **Zoenästhesien**  
Sinnestäuschungen im Bereich der **Körperwahrnehmung**. Wenn die Leibgefühlstörungen den Charakter des **von außen Gemachten** haben, spricht man von **leiblichen Beeinflussungserlebnissen** (siehe Ich-Störungen).

# Denkstörungen

Bei den Denkstörungen unterscheidet man inhaltliche und formale Denkstörungen. Im Gegensatz zu den **inhaltlichen Denkstörungen**, bei denen das inhaltliche Ergebnis des Denkprozesses abnorm verändert ist und zu denen der Wahn gerechnet wird, sind **formale Denkstörungen** Störungen des Gedankenablaufs.\*)

## Formale Denkstörungen

Formale Denkstörungen werden vom Betroffenen subjektiv empfunden und/oder sind wahrnehmbar in den sprachlichen Äußerungen und der Schrift.

- **Verlangsamung**  
Der Gedankengang ist mühsam und schleppend, läuft verzögert ab.
- **Denkhemmung**  
Der Denkvorgang ist mühsam, gebremst und unregelmäßig, was im Gegensatz zur Verlangsamung auch subjektiv als störend empfunden wird, aber nicht behoben werden kann.
- **Eingeengtes Denken**  
Das Denken ist hier auf ein Thema oder wenige Themen fixiert. Die Betroffenen haben große Mühe, das Thema zu wechseln.
- **Perseveration**  
Haften („Kleben“) an Worten und Gedanken, die vorher gebraucht wurden, aber nun nicht mehr sinnvoll sind.
- **Umständlichkeit**  
Keine Trennung von Wesentlichem und Nebensächlichem. Die Betroffenen verlieren sich weitschweifig in unwichtigen Details.
- **Vorbeireden**  
Fragen werden verstanden, aber inhaltlich anders beantwortet, obwohl aus der Situation und der Antwort ersichtlich ist, dass die Frage richtig verstanden wurde.
- **Ständiges Grübeln**  
Unablässiges Beschäftigtsein mit bestimmten, meist unangenehmen Gedanken aus der aktuellen Lebenssituation.
- **Gedankendrängen**  
Dem Betroffenen drängen sich mit übermäßigem Druck Einfälle oder Gedanken unwillkürlich auf. Dies kann sich bis zur Ideenflucht steigern.
- **Ideenflucht**  
Übermäßig einfallsreiches Denken, verbunden mit der Unmöglichkeit, einen längeren Gedankengang zu Ende zu führen. Durch die ständig neu auftauchenden Assoziationen und Einfälle verliert das Denken die Führung einer straffen Zielvorstellung.

\*) Brunnhuber / Lieb. Psychiatrie, 3. Auflage, S. 15

**Formale Denkstörungen**, die insbesondere bei **der Schizophrenie** vorkommen, sind:

- **Sperrung / Gedankenabreißen**  
Hier bricht plötzlich, ohne erkennbaren Grund, ein bisher flüssiger Gedankengang ab. Der Abbruch wird subjektiv als Sperrung erlebt und objektiv als Gedankenabreißen beobachtet.
- **Zerfahrenheit / Inkohärenz**  
Das Denken ist dissoziiert, d. h. es verliert seine logischen, assoziativen Verknüpfungen. Dies reicht von einfacher Lockerung der Gedankengänge bis hin zum völligen Zerfall des Denkens („Wortsalat“).
- **Neologismen**  
Hierbei handelt es sich um **Wortneubildungen**, die in aller Regel nicht verständlich sind.
- **Kontaminationen**  
Unter diesem Begriff versteht man in der Psychiatrie **unsinnige Wortkombinationen**.
- **Begriffszerfall**  
Beim Begriffszerfall verlieren Begriffe ihre genaue Bedeutung und werden nicht scharf von anderen Begriffen abgegrenzt. \*)
- **Begriffsverdichtung**  
Wenn verschiedene zueinander nicht passende Begriffe verbunden werden, entstehen Begriffsverdichtungen wie „Eisbärenengel“ (E. Bleuler) oder „Zugkarussell“ usw.\*\*)
- **Begriffsverschiebung / Konkretismus**  
Benutzen Schizophrene Begriffe nicht mehr in ihrer übertragenen Bedeutung, sondern nehmen sie wörtlich, liegt eine Begriffsverschiebung vor. Den Patienten ist es dann z. B. nicht mehr möglich, den Sinngehalt von Sprichwörtern wiederzugeben.\*\*\*)
- **Symboldenken**  
Von Symboldenken spricht man, wenn der Schizophrene bestimmte Begriffe in symbolischer Weise an die Stelle anderer Begriffe setzt. Symboldenken ist genaugenommen eine Sonderform der Begriffsverschiebung, zu der E. Bleuler sie auch rechnet.  
**Bsp.:** Eine Patientin hört in ihrem Bauch einen Storch klappern. Damit will sie ausdrücken, dass sie schwanger ist.\*\*\*\*)

## Inhaltliche Denkstörungen

Die inhaltlichen Denkstörungen stehen in Zusammenhang mit einer **Störung des Realitätsurteils** und werden wie folgt unterschieden:

- **Überwertige Ideen**  
Nichtwahnhaft, aber gefühlsmäßig stark besetzte Erlebnisinhalte, die das Denken in unangemessener Weise beherrschen und die unter Umständen **korrigierbar** sind.
- **Wahn**  
Krankhafte, **nicht korrigierbare**, falsche Beurteilung der Realität. Die Überzeugung steht im Widerspruch zur Wirklichkeit (Überzeugung der Mitmenschen). Das Symptom Wahn ist ebenso bei Neurosen wie bei Psychosen zu finden.
- **Zwang**  
Zwanghaft sich immer wieder aufdrängende Denkinhalte, die nicht unbedingt unsinnig sein müssen, deren Persistenz jedoch als unsinnig oder ungerechtfertigt empfunden wird.
- **Phobien**  
*Phobien können auch, unter Einbeziehung des psychodynamischen Vorgangs der Verschiebung, als inhaltliche Denkstörung gewertet werden.*

\*) \*\*) \*\*\*) \*\*\*\*\*) Brunnhuber / Lieb. Psychiatrie, 3. Auflage, S. 100



## Formen des Wahns

- **Wahnstimmung** (Wahnspannung)  
Die Stimmung des Unheimlichen, Vieldeutigen, geht meist dem manifesten Wahn voraus.
- **Wahneinfall** (Wahnidee, Wahngedanke)  
Plötzliches Aufkommen von wahnhaften, für den Betroffenen objektiv-richtigen Überzeugungen.
- **Wahnwahrnehmung**  
Reale, objektiv-richtige Sinneswahrnehmungen bekommen eine völlig abnorme Bedeutung.
- **Erklärungswahn**  
Dient zur Erklärung von psychotischen Symptomen wie Halluzinationen.
- **Wahnerinnerung**  
Frühere Ereignisse aus gesunden Zeiten werden wahnhaft umgedeutet.
- **Wahnhafte Personenverkenning**  
Hier werden Personen, die dem Patienten eigentlich bekannt sein müssten, wahnhaft als andere Personen „verkannt“.

## Wahnthemen

- **Beziehungswahn**  
Abnormes Bedeutungsbewusstsein. Der Betroffene hat eine **wahnhafte Eigenbeziehung** und ist unkorrigierbar davon überzeugt, dass bestimmte „zufällige“ Ereignisse nur seinetwegen geschehen.
- **Beeinträchtigungswahn**  
Wie beim Beziehungswahn, nur sieht der Betroffene die Ereignisse nicht nur auf sich bezogen, sondern auch gegen sich gerichtet.
- **Verfolgungswahn**  
Steigerung des Beeinträchtigungswahns. Alles wird als Bedrohung und Verfolgung empfunden. **Häufigster Wahn!!**
- **Eifersuchtswahn**  
Die Betroffenen haben die wahnhafte Überzeugung, von ihrem Partner betrogen oder hintergangen zu werden.
- **Schuldwahn**  
Wahnhafte Überzeugung, gegen Gott oder eine höhere Instanz verstoßen, deren Vertrauen missbraucht zu haben.
- **Verarmungswahn**  
Wahnhafte Überzeugung, dass die finanzielle Lebensbasis bedroht oder verloren gegangen ist.
- **Größenwahn**  
Wahnhafte Selbstüberschätzung bis hin zu enormer Selbsterhöhung mit Omnipotenzgefühlen (Vorstellungen ungeheurer Macht, religiöser Wahn).
- **Hypochondrischer Wahn**  
Wahnhafte Überzeugung, dass die Gesundheit bedroht oder verloren gegangen ist.
- **Liebeswahn**  
Von diesem Wahn, der auch **erotischer Beziehungswahn** genannt wird, sind mehr Frauen betroffen. Sie haben die Überzeugung, von einem Mann, den sie oft nur flüchtig kennen, geliebt zu werden. Durch Gesten und Blicke habe er ihnen seine Liebe offenbart, könne diese aber nicht zulassen.

# Affektivitätsstörungen

Störungen von Stimmung und Gefühlen (Emotionalität), einschließlich abnormer Affekte. In Verbindung mit Störungen der Affektivität treten häufig Insuffizienzgefühle und synthyme (zur Stimmung passende, kongruente) Wahninhalte wie Verarmungswahn, Schuldwahn oder auch Größenwahn auf. \*)

Man unterscheidet u. a.

- **Affektlabilität**  
Rascher Wechsel von Affekten oder der Stimmungslage, die meist nur von kurzer Dauer ist.
- **Affektinkontinenz**  
Fehlende Beherrschung von Affektäußerungen, mangelnde Affektsteuerung.
- **Affektarmut**  
Mangel an emotionaler Schwingungsfähigkeit und affektiver Ansprechbarkeit.
- **Gefühl der Gefühllosigkeit**  
Verlust der emotionalen Schwingungsfähigkeit, der von den Betroffenen sehr leidvoll erlebt wird.
- **Affektstarrheit**  
Völlig unabhängig von der äußeren Situation verharrt der Betroffene in bestimmten Stimmungen oder Affekten. Verlust der affektiven Modulationsfähigkeit.
- **Depressivität / Deprimiertheit**  
Herabgestimmt–niedergeschlagene, freudlose, hoffnungslos–negativ getönte Befindlichkeit.
- **Läppischer Affekt**  
Sehr einfältige, alberne und unreife **leere Heiterkeit**.
- **Dysphorie**  
Gereizte Verstimmtheit. Missmutige Stimmungslage.
- **Euphorie**  
Zustand des übersteigerten Wohlbefindens, mit graduellen Unterschieden, die sich in ihrer stärksten Ausformung bei der ausgeprägten Manie zeigen.
- **Angst**  
Gefühlszustand der Bedrohung und Gefahr, zumeist begleitet von vegetativen Erscheinungen wie z. B. Herzklopfen, Schwitzen, Harndrang etc.
- **Parathymie**  
Gefühlsausdruck und Erlebnisinhalt stimmen nicht überein. Man spricht auch von Gefühlsverkehrung oder paradoxem Affekt.
- **Störung der Vitalgefühle**  
Fehlende körperlich-seelische Frische und Spannkraft.
- **Ambivalenz**  
Gegensätzliche, nebeneinander bestehende Gefühle in Bezug auf eine Person, Handlung, Vorstellung. Wird in stark ausgeprägten Formen meist als quälend erlebt.
- **Insuffizienzgefühle**  
Sich nichts wert, unfähig oder untüchtig zu fühlen.
- **Gesteigerte Selbstwertgefühle**  
Das Gefühl, besonders wertvoll, besonders tüchtig oder wichtig zu sein.

\*) Dilling · Reimer. Psychiatrie und Psychotherapie, 3. Auflage, S. 39

# Störungen des Antriebs und der Psychomotorik

Das sind die Störungen, bei denen die aufeinander abgestimmten, zielgerichteten Bewegungsabläufe eines Menschen beeinträchtigt sind. Die Grundaktivität, die sich aus dem Zusammenwirken psychischer, neuronaler und muskulärer Faktoren ergibt, ist gestört. Die Beeinträchtigungen der Energie, Initiative, Aktivität und des Bewegungsablaufes eines Menschen sind größtenteils **beobachtbar**.

- **Antriebsschwäche**  
Ungenügendes Aufrechterhalten eines zunächst vorhandenen Antriebs in Form von Gleichgültigkeit und Trägheit. Hier fehlt das subjektive Interesse.
- **Antriebshemmung**  
Die Betroffenen fühlen sich in ihrem Willen zum Tun, in ihrer Initiative und Energie nicht nur vermindert, sondern richtiggehend gebremst (insbesondere bei Depressionen).
- **Stupor** (Akinese)  
Starker Mangel an Bewegungsfähigkeit bis hin zur völligen motorischen Bewegungslosigkeit.
- **Antriebssteigerung** bis hin zur **Antriebsenthemmung**  
Erhöhte Aktivität, unermüdliche Betriebsamkeit im Rahmen einer lebhaften, jedoch geordneten **zielgerichteten** Tätigkeit.
- **Motorische Unruhe** (Hyperkinese)  
**Ziellose** und ungerichtete Steigerung der motorischen Aktivität. Als Bewegungsturm kann sich dieser bis zur Tobsucht steigern.
- **Raptus**  
Plötzlicher, aus der Ruhe heraus auftretender Erregungszustand mit aggressiven Durchbrüchen.
- **Mutismus**  
Wortkargheit bis Nichtsprechen, bei intakten Sprachorganen und Sprachfähigkeit.
- **Logorrhoe**  
Übermäßiger Rededrang, Enthemmung des Sprachflusses. Findet sich häufig in Verbindung mit der formalen Denkstörung **Ideenflucht**.
- **Automatismen**  
Automatische, vom Betroffenen nicht selbst intendierte Handlungen, werden unterteilt in:
  - **Negativismus**: automatisches Gegenteil von dem im außen Geforderten
  - **Befehlsautomatie**: Befehle werden automatenhaft befolgt
  - **Echolalie**: das Gehörte wird nachgesprochen
  - **Echopraxie**: das Gesehene wird nachgemacht
- **Stereotypien**  
Monotone, ständig wiederkehrende und sinnlos wirkende Äußerungen, auf sprachlichem und motorischem Gebiet.
- **Ambitendenz**  
Gleichzeitig einwirkende, entgegengesetzte Willensimpulse, die ein entschlossenes Handeln unmöglich machen.
- **Manierismen** und **manierterer Sprachstil** (Stelzensprache)  
Sonderbares, unnatürliches, verschrobenes und gekünsteltes Ausdrucksverhalten.
- **Tics**  
Gleichförmig wiederkehrende, meist rasche, unwillkürliche Muskelzuckungen.

# Störungen des Ich-Erlebens

Störungen des Einheitserlebens des Ichs, der Identität, der Ichhaftigkeit oder auch der Meinhaftigkeit. Es kommt zu **Veränderungen der Ich-Umwelt-Grenze** in Form größerer Durchlässigkeit, bis hin zum völligen Verlust.

- **Entfremdungserlebnisse**

Werden im Allgemeinen nicht auf einen Außeneinfluss zurückgeführt. Diese Phänomene finden sich **auch bei völlig gesunden Menschen**, z. B. bei heftigen Trauerreaktionen, bei Übermüdung oder in der Trance.

- **Depersonalisation**

Störung des Einheitserlebens des Ichs. D. h. das eigene Ich oder Teile des Körpers werden als fremd, unwirklich oder verändert erlebt.

- **Derealisation**

Die menschliche und sachliche Umwelt wird als unwirklich, fremdartig oder auch räumlich verändert erlebt.

- **Beeinflussungserlebnisse (schizophrene Ich-Störungen)**

Die in dieser Kategorie aufgeführten Symptome finden sich mit Vorzug bei der Schizophrenie. Die eigenen seelischen Vorgänge und Zustände werden als **nicht mehr zum Ich zugehörig** erlebt. Die Betroffenen fühlen sich als von außen gelenkt und gesteuert und führen dies in der Regel auf Hypnose und Bestrahlungen zurück. Diese Störungen haben den „**Charakter des von außen Gemachten**“.

- **Gedankenausbreitung**

Der Kranke klagt darüber, dass seine Gedanken nicht mehr ihm alleine gehören, dass andere daran Anteil haben und wissen, was er denkt.\*)

- **Gedankenentzug**

Der Kranke hat das Gefühl, es würden ihm die Gedanken weggenommen, abgezogen.\*\*)

- **Gedankeneingebung**

Der Kranke findet seine Gedanken und Vorstellungen als von außen eingegeben, beeinflusst, gemacht, gelenkt, gesteuert.\*\*\*)

- **Gedankenlautwerden**

Je nach Auffassung finden sich hier **unterschiedliche Zuordnungen**. In der ICD-10 wird das Gedankenlautwerden zu den Ich-Störungen gerechnet. Kurt Schneider ordnet dieses Symptom den Wahrnehmungsstörungen (akustischen Halluzinationen) zu.

- **Fremdbeeinflussungserlebnisse (Willensbeeinflussung)**

Der Kranke findet sein Fühlen, Streben, Wollen und Handeln als von außen gemacht, gelenkt, gesteuert.\*\*\*\*)

- **Leibliche Beeinflussungserlebnisse**

liegen dann vor, wenn **Zoenästhesien** (Leibhalluzinationen) **den Charakter des von außen Gemachten** haben.

- **Autismus**

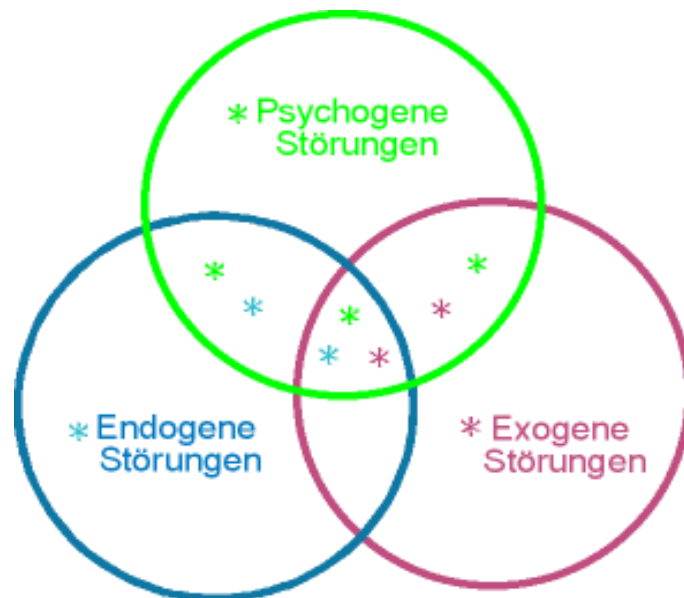
Abkapselung von der Außenwelt und Rückzug in die eigene innere Welt. Isolierung des Ichs.

\*) \*\*) \*\*\*) \*\*\*\*\*) Möller, Laux, Deister. Psychiatrie, S. 35

# Das Triadische System der Psychiatrie

Beim dem **von Kurt Schneider** entwickelten Triadischen System der Psychiatrie handelt es sich um eine **traditionelle Einteilung**/Klassifikation, die sich als **gute Orientierungshilfe** seit Jahrzehnten sehr bewährt hat. So findet sich bei der schriftlichen Überprüfung und vielen mündlichen Überprüfungen genau dieses System als der Grundtenor. Dies hat mich u. a. dazu veranlasst, das vorliegende Manual, in seiner Grundstruktur, genau nach diesem traditionellen System aufzubauen.

Das triadische System teilt die psychiatrischen Krankheitsbilder primär in drei Bereiche auf. Man unterscheidet:



- **Psychogene Störungen**

Liegen dann vor, wenn psychodynamische oder erlebnisreaktive Faktoren eine wichtige, ursächliche Rolle spielen.

Hierzu werden gezählt: **Abnorme Erlebnisreaktionen, Persönlichkeitsstörungen und Neurosen.**

Die Somatoformen Störungen, Psychosomatischen Störungen, Schlafstörungen und Essstörungen gehören im triadischen System offiziell nicht zu den psychogenen Störungen, jedoch sind in aller Regel verschiedene neurotische Komponenten beteiligt.

- **Endogene Störungen**

Haben noch keine endgültigen Erklärungen. Multifaktorielle Entstehungsbedingungen favorisieren die genetische Disposition als wichtigste Teilursache.

Hierzu zählen in erster Linie die **Schizophrenien** und die **manisch-depressive Erkrankung** (Zyklothymie, Affektive Psychosen).

- **Exogene Störungen**

Liegen dann vor, wenn Erkrankungen **primär** das Gehirn betreffen oder wenn durch sonstige körperliche Allgemeinerkrankungen das Gehirn **sekundär** betroffen ist.

Diese körperlich begründbaren psychischen Störungen werden unterteilt in **akute exogene Psychosen** und **chronische HOPS / Demenz.**

# Moderne Klassifikationssysteme

Die **Krankheitssystematik** der Psychiatrie befindet sich derzeit in einer **Umbruchphase**.

Die modernen Klassifikationssysteme, wie die **ICD-10** und **DSM-V** (siehe unten), die eine neue Epoche in der Psychiatrie einleiteten, stehen zwar **nicht grundsätzlich im Widerspruch** zum triadischen System, machen aber vielerorts ein Umdenken nötig, da andere Kriterien bei ihrer Erstellung von Bedeutung waren.

Da die **ICD-10**, als **international gültiges** Klassifikationssystem im Rahmen der Überprüfungen auch von Bedeutung ist, sind seine Kriterien und etwaige Fragen, die sich daraus ergeben, so gut wie möglich **in dieses Skript und in die externen Medien eingebettet**.

- **ICD-10** (International Classification of Diseases, 10. Revision)

Das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte Klassifikationssystem erschien erstmals 1970 als ICD-8 und ist **in der aktuellen Version (ICD-10) seit 1991 gültig**. Es handelt sich hierbei um ein System, das alle Krankheiten umfasst, also auch die körperlichen, im Gegensatz zum DSM, das auf die psychischen Störungen begrenzt ist.

Die verschiedenen Störungen werden durch einen **Buchstaben-Zahlen-Code** charakterisiert, der sich **auch z. T. im vorliegenden Manual** findet.

Das System ist international ausgerichtet unter Berücksichtigung auch der Psychiatrie in den Entwicklungsländern.

Vorteil der ICD ist die weltweite Handhabung, so auch in Deutschland, das sich als Mitglied der Weltgesundheitsorganisation auf das ICD-System festgelegt hat. Nachteil ist die begrenzte Akzeptanz, da es als internationales System durch z. T. „faule“ Kompromisse akzentuiert ist.

- **DSM-V** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, V. Fassung)

Das DSM-System wurde 1980 von der amerikanischen Psychiatervereinigung eingeführt und ist in der aktuellen Fassung **seit Mai 2013 gültig**. Dieses System ist im Gegensatz zur ICD auf die Klassifizierung psychischer Störungen begrenzt.

Die verschiedenen Störungen werden durch einen **Zahlen-Code** charakterisiert, der sich in Einzelfällen auch im vorliegenden Manual findet.

Das System ist amerikanisch ausgerichtet, wird aber auch in anderen Ländern der ICD-10 vorgezogen. Zum einen weist es **weniger Diskrepanzen zu traditionellen Systemen** auf, zum anderen hat es keine „faulen Kompromisse“, da es sich homogen aus den Krankheitsvorstellungen und Diagnoseleitlinien einer Nation entwickelt hat.

Außerdem wurde durch die DSM eine so genannte multiaxiale Klassifikation eingeführt, durch die u. a. für die Therapie relevante Informationsbereiche getrennt erfasst werden können.

# Persönlichkeitstypen / Charaktermerkmale

Zunächst einmal hat jeder von uns seinen / ihren ganz eigenen, individuellen Charakter. Eine **Summe von Eigenschaften, die dem einzelnen Menschen seine charakteristische, unverwechselbare Individualität verleihen**. Oder auch mit anderen Worten gesagt, ist es schön, dass Menschen in ihrer Persönlichkeitsstruktur sehr verschieden sind und sich somit in ihrem Handeln, Denken und Erleben zum Teil erheblich unterscheiden. Letztendlich lässt gerade auch diese Tatsache das Leben spannend und zu einer Herausforderung werden.

Zu unterscheiden sind hier in erster Linie die **schizoide**, die **depressive**, die **zwanghafte** und die **hysterische** Persönlichkeit. Mit diesen vier Ausprägungen, die zunächst einmal völlig „normal“ und gesund sind, haben wir alle mehr oder weniger stark zu tun. Bei all diesen Typen finden sich **sowohl Stärken als auch Schatten** (die ungeliebten, abgelehnten, nicht integrierten Persönlichkeitsanteile) von uns. Sie geben uns auch Auskunft darüber, wie wir mit unseren Grundkonflikten **Nähe – Distanz** und **Stabilität – Wandlung** umgehen.

## Die vier Grundtypen der psychoanalytischen Charaktertypologie

### Der „Distanz-Typ“ – schizoide Persönlichkeit

Die Distanz-Typen leben ihr Bedürfnis nach Selbständigkeit und Unabhängigkeit und sind sich sehr häufig nur ihrer Bindungsangst bewusst. **Die eigentliche Angst**, die vor Hingabe und Verschmelzung, **die Angst vor wirklicher Nähe** bleibt meist unbewusst.

### Stärken der Distanz-Typen

- Ausgeprägtes Bedürfnis und Fähigkeit zur Selbständigkeit und Unabhängigkeit
- Kritischer und unbestechlicher Blick für Tatsachen
- Glauben mehr als andere an ihre Fähigkeiten
- Können leichter als andere aufgeben und loslassen
- Schwer zu täuschen („eingebaute Lügendetektoren“)
- Geringe Beengung durch Dogmen und Traditionen
- Sehr gute Beziehungen zur Natur und Tierwelt

### Schatten der Distanz-Typen

- Angst vor Nähe, die besonders groß wird, wenn jemand zu nahe kommt
- Sachlichkeit in intimen Begegnungen
- In der Partnerschaft
  - den Anderen ständig auf Bewährungsproben stellen
  - trotz räumlicher Nähe das Gefühl unendlicher Ferne vermitteln
  - in Auseinandersetzungen mit Spitzfindigkeiten und Haarspaltereien agierend bis hin zur Umdeutung harmloser Verhaltensweisen ins Hintergründige
- Überheblichkeit. Machen sich zum Maßstab aller Dinge
- Rücksichtsloses verletzend-zynisches Kommunizieren
- Das Anderssein als die anderen nur um des Andersseins willen

### Der „Nähe-Typ“ – **depressive Persönlichkeit**

Die ausgeprägten Nähe-Typen leben ihr Bedürfnis nach Nähe und sind sich, wenn überhaupt, nur der Verlustangst bewusst. **Die eigentliche Angst, nämlich die vor Ich-Werdung** als zentrales Problem, bleibt weitgehend unbewusst. Nicht wenige leben in dieser Täuschung sich selbst und anderen gegenüber und verkaufen diese mangelnde Fähigkeit als tiefe Liebesfähigkeit und selbstlose Aufopferung.

#### **Stärken der Nähe-Typen**

- Bereitschaft, sich anderen Menschen echt zuzuwenden und sie anzunehmen
- Großes Einfühlungsvermögen (starke Empathie)
- Sehr sorgende, hilfsbereite und verstehende Haltungen. Sehr rücksichtsvoll
- Geringer Grad von Egoismus
- Ausgeprägte Liebesfähigkeit
- Große Verzichtsbereitschaft, Selbstlosigkeit
- Großes Harmoniebedürfnis

#### **Schatten der Nähe-Typen**

- Große Gefügigkeit, Unterwürfigkeit, Hörigkeit (können sehr schwer „Nein“ sagen)
- Sehr pessimistisch, meist das Schlimmste erwartend
- Fühlen sich für alles und jeden verantwortlich und schuldig
- Zerstören das Schöne, Frohe und Lichte, um keine Schuldgefühle zu bekommen
- Können nicht fordern, nicht zugreifen, nicht sich selbst behaupten
- Versuchen, andere von sich abhängig zu machen
- Distanzlos haftend, klebend, z. T. erpresserisch in den Partnerbeziehungen
- Das ständige Gefühl, für das Gelingen jeglicher Unterhaltung verantwortlich zu sein
- In Umkehrung der Liebesfähigkeit viel aufgestauter Neid, Hass, Missgunst und Bitterkeit. (Es gehört schon sehr viel echte Größe dazu, anderen neidlos das zuzugestehen, was man sich selbst verbietet.)

### Der „Stabilitäts-Typ“ – **zwanghafte Persönlichkeit**

Die ausgeprägten Stabilitäts-Typen leben ihre geheiligten Ordnungen und vertreten in ihrem Wunsch nach Vollkommenheit mit Bestimmtheit eisern und konsequent nur das „Richtige“. **Die eigentliche Angst, die vor Wandlung und Vergänglichkeit**, bleibt in der Regel unbewusst. Das Anderssein der Anderen ist nur schwer zu ertragen.

#### **Stärken der Stabilitäts-Typen**

- Planvolle und zukunftsorientierte Ausrichtung auf ferne Ziele
- Durch Konsequenz, Tüchtigkeit, Zähigkeit, Korrektheit, Genauigkeit, Beständigkeit und Wirklichkeitssinn können sie Großes erreichen
- Ausgeprägtes Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein
- Dauerhaft in der Zuwendung
- Stehen zu ihrer Meinung
- Ordnungsliebe, Treue, Ernst- und Gewissenhaftigkeit
- Vollkommenheitsstreben



## Schatten der Stabilitäts-Typen

- Bekämpfen alle, auch noch so notwendige Veränderungen
- Starrsinnige „Prinzipienreiterei“
- Versachlichung, Rationalisierung jeglicher Gefühle
- Nichtakzeptanz von Individualität
- Pedantisches, unbelehrbares Schaffen von subjektiven Ordnungen
- Unfähigkeit, selbst belanglose Entscheidungen, aufgrund ihrer Endgültigkeit, zu treffen. (Der Esel, der zwischen zwei gleich schönen und gleich großen Heubündeln verhungert)
- Die Partner als Besitz zu erleben und sie so zu zwingen, drängen und formen, wie sie es selbst für richtig halten

## Der „Wandlungs-Typ“ – **hysterische Persönlichkeit**

Die Wandlungs-Typen vertreten und verteidigen ihr Recht auf Freiheit, indem sie sich den verschiedenen Regeln und Ordnungen entziehen. **Die eigentliche Angst**, nämlich **die vor Kontinuität und Endgültigkeit**, bleibt meist unbewusst. Es fällt ihnen schwer, das Handeln in Eigenverantwortung mit all seinen Konsequenzen zu akzeptieren.

## Stärken der Wandlungs-Typen

- Immer bereit, sich risikofreudig neuen Dingen zuzuwenden
- Im Denken und Handeln sehr beweglich, lebendig und spontan
- Sehr optimistische Lebenseinstellung. Sie sehen das Leben als spannendes Abenteuer und lieben die Abwechslung
- Nehmen nichts zu ernst, weil sie um die Relativität der meisten Dinge im Leben wissen
- Die vorhandene Ungeduld und Neugier macht es im positiven Sinne möglich, Grenzen zu überschreiten, die für andere ein Halt bedeuten
- Gesundes Konkurrenzdenken
- Elastisches Reagieren auf die Erfordernisse des Augenblicks
- Sehr kontaktfreudig
- Gut entwickelte Ausdruckskraft und Darstellungsfreude

## Schatten der Wandlungs-Typen

- Das Projizieren alles Belastenden nach außen, was, besonders problematisch in der Partnerschaft, bis hin zu hoffnungsloser Uneinsichtigkeit reicht
- Große Scheu, Verantwortung und Verpflichtung zu übernehmen
- Das Leben in der „Gummiewelt“, wo alles willkürlich dehnbar und austauschbar ist
- Realitätsflucht hinein in Phantasiewelten
- Leugnung des Prinzips von Ursache und Wirkung
- Starker Geltungsdrang. Treten mit allem und jedem in Konkurrenz
- Mangel an Kontinuität
- Oberflächlich in Beziehungen

Wie schon eingangs erwähnt, haben **wir alle mehr oder weniger stark mit diesen Typen oder auch Kräften zu tun**. Es gilt auch nicht, sie zu meiden, sondern in ein Gleichgewicht zu bringen, das es uns im Idealfall ermöglicht, in den unterschiedlichen Lebenssituationen flexibel zu reagieren. Also bis hierher alles ganz „normale“ Wesenszüge und kein Grund, sich Gedanken pathologischer (krankhafter) Natur zu machen.

Eine Störung der Persönlichkeit liegt erst dann vor, wenn bestimmte anhaltende Verhaltensmuster in besonderer Weise ausgeprägt sind. Sie **zeigen sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche Lebenssituationen**.

Von Persönlichkeitsstörung spricht man, wenn eine Persönlichkeitsstruktur durch starke Ausprägung bestimmter Merkmale so akzentuiert ist, dass sich hieraus ernsthafte Leidenszustände oder/und Konflikte ergeben. Die Abweichung vom gesunden Seelenleben **besteht weniger in dem Merkmal an sich als in dessen Prägnanz und Dominanz.**\*)

Es ist mehr als problematisch, scharfe Grenzen zwischen gesund und persönlichkeitsgestört zu ziehen. Somit ist es hilfreich, sich darauf zu einigen, dass Persönlichkeitsstörungen dann einen **Krankheitswert** haben und somit behandlungsbedürftig sind, wenn es zu einem verstärkten **Leidensdruck, Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und/oder gestörter sozialer Funktionsfähigkeit** kommt.

Da die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung in den seltensten Fällen sinnvoll ist, begegnet man ihr auch nicht so häufig. Die große Ausnahme ist die Borderline–Persönlichkeitsstörung, die ohnehin einen Sonderfall darstellt.

Persönlichkeitsstörungen schließen andere Störungen in keiner Weise aus. Sie sollten in jedem Fall im Rahmen einer Diagnose als zusätzliche diagnostische Kategorie benutzt werden. Selbstverständlich kann es zu Überschneidungen und Kombinationen von Persönlichkeitsstörungen kommen. Die Einschätzung einer Persönlichkeitsstörung muss auf möglichst allen verfügbaren Informationen beruhen. Dazu gehört in aller Regel auch die Erhebung einer **Fremdanamnese.**\*\*)

Mit Hilfe von **standardisierten Persönlichkeitstestverfahren** lassen sich Persönlichkeitszüge erfassen und beschreiben. Von Bedeutung sind hier das

- Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI)
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)
- Eysenk Persönlichkeitsinventar (EPI)

## Therapie

Die Therapie von Persönlichkeitsstörungen ist in der Regel schwierig und langwierig. Im Vordergrund stehen sicherlich psychotherapeutische und soziotherapeutische Verfahren und Maßnahmen. In der letzten Zeit wurden insbesondere **verhaltenstherapeutisch orientierte Programme** für die Therapie einzelner Formen von Persönlichkeitsstörungen entwickelt. Das Ziel der Therapie ist meist nicht eine „Heilung“, sondern eine längerfristige und möglichst tragfähige Kompensation der bestehenden Auffälligkeiten und Einschränkungen.\*\*\*)

\*) Tölle. Psychiatrie, 12. Auflage, S. 112

\*\*\*) Möller, Laux, Deister. Psychiatrie, S. 350

\*\*\*\*) Möller, Laux, Deister. Psychiatrie, S. 354

Aus **psychodynamischer Sicht** entsteht unsere Persönlichkeitsstruktur, ebenso wie Persönlichkeitsstörungen und die entsprechenden Symptomneurosen, in den einzelnen frühkindlichen Entwicklungsstufen. Im **Phasenmodell der psychosexuellen Entwicklung** sind **insbesondere die ersten drei Phasen**, die die ersten fünf Lebensjahre beschreiben, von Bedeutung.

- **Orale Phase** (1. Lebensjahr)

**Der Mund ist das vorrangige Körperteil.** Saugen, Nuckeln, Lutschen, Anklammern und Körper-Hautkontakt stehen im Vordergrund dieser Entwicklungsphase. Die absoluten **Grundbedürfnisse, Nahrung und Liebe, wollen befriedigt werden.** Hier entwickeln sich **Urvertrauen und Urmisstrauen.**

Pathologische Begriffe bzw. Krankheitsbilder, die im Zusammenhang mit dieser Phase genannt werden, sind: paranoid, **schizoid**, **depressiv**, passiv-aggressiv, abhängig, Borderline-Syndrom, Sucht/Abhängigkeit, narzisstische Störungen, Angstneurosen, Sexualstörungen, psychosomatische Erkrankungen.

- **Anale Phase** (2.– 3. Lebensjahr)

Der **Gastrointestinaltrakt** (Magen-Darm-Trakt mit Anus) stellt den **im Zentrum stehenden** Körperbereich dar. Es ist eine besondere **Übungsphase**, in der wir unsere Grenzen erkunden. Die **Reinlichkeitserziehung** steht auf dem Programm. Hierher gehören: **Kontrolle und Autonomie, Ordnung und Unordnung, Behalten und Hergeben, Macht und Ohnmacht.** Aggressions- und Abhängigkeitskonflikte.

Pathologische Begriffe bzw. Krankheitsbilder, die im Zusammenhang mit dieser Phase genannt werden, sind: **zwanghaft** (anankastisch).

- **Phallisch - ödipale Phase** (4. – 5. Lebensjahr)

**Das Genitale ist wichtig.** Die **geschlechtsspezifische Identität bildet sich heraus.** Es entstehen Phantasien und Vorstellungen, die ein Rollenverständnis erlauben. Neben der Rivalität zum gleichgeschlechtlichen Elternteil geht es gleichzeitig auch um dessen Akzeptanz und Identifikation.\*) Hierher gehören also im Besonderen **Konkurrenz und Rivalität.**

Pathologische Begriffe bzw. Krankheitsbilder, die im Zusammenhang mit dieser Phase genannt werden, sind: **hysterisch** (histrionisch), phobisch, Konversionssymptome, Dissoziative Störungen, Sexualstörungen.

- **Latenzphase** (6. – 11. Lebensjahr)

Im Vordergrund stehen jetzt die **Weiterentwicklung von Ich-Fähigkeiten** einschließlich der **Ausbildung sozialer Kompetenzen.** Dies geschieht durch Wissenserwerb, körperliche Bewegung, Sport, Aufbau sozialer Kontakte und Auseinandersetzung und Behauptung in Gruppen. Man spricht auch von einer zweiten Sozialisation.

- **Pubertäts- / Adoleszenzphase** bzw. **Genitale Phase** (12. – 16./18. Lebensjahr)

Die **Pubertät** (Zeit der Geschlechtsreife) ist gekennzeichnet durch eine Erhöhung des Triebdrucks, bedingt durch die hormonellen Veränderungen und die offensichtlichen Veränderungen des Körpers infolge der Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale. Die **genitale Stufe** der Triebentwicklung beginnt mit der körperlich-sexuellen Reife in der Pubertät. **Die Identitätssuche steht im Mittelpunkt dieser Phase.** Es geht um die Auseinandersetzung mit eigenen und überlieferten Normen, Gesetzen und Rollenzuweisungen. Neue Ideale werden gesucht, das Autonomiebedürfnis wird stärker und es gilt, eigene Fähigkeiten und Grenzen auszutesten. In der **Adoleszenz** (dem Jugendalter) erfolgt ein erhöhter Zugang zum Erwachsenenleben und die Zukunft wird zunehmend interessanter.

\*) Brunnhuber / Lieb. Psychiatrie, 3. Auflage, S. 276

## Spezifische Persönlichkeitsstörungen

- **schizoide F60.1**  
Eine Persönlichkeitsstörung, die durch einen Rückzug von affektiven, sozialen und anderen Kontakten mit übermäßiger Vorliebe für Phantasie, einzelgängerisches Verhalten und in sich gekehrte Zurückhaltung gekennzeichnet ist. Es besteht nur ein begrenztes Vermögen, Gefühle auszudrücken und Freude zu erleben\*) (Mangel an emotionaler Schwingungsfähigkeit und Anteilnahme). Es handelt sich in aller Regel um sexuell uninteressierte, gleichgültige, scheue, introvertierte und misstrauische **Einzelgänger**, die oft mit einem sehr klaren Verstand ausgestattet sind.
  - **depressive**  
Diese Persönlichkeitsstörung wird in der **ICD-10** nicht mehr als solche aufgeführt (siehe **Dysthymia F34.1**, Seiten 37-39).
  - **anankastische (zwanghafte) F60.5**  
Eine Persönlichkeitsstörung, die durch Gefühle von **Zweifel, Perfektionismus** und von übertriebener Gewissenhaftigkeit gekennzeichnet ist; damit verbunden sind Halsstarrigkeit, Vorsicht und **Rigidität**.\*\*) Übermäßiger Zweifel und Vorsicht führt zu Unentschlossenheit und Entscheidungsunfähigkeit. Die Übergenauigkeit, gepaart mit der Angst einen Fehler zu machen, behindert die Fertigstellung von Aufgaben. Zwanghafte Menschen sind jedoch auch, aufgrund ihres Perfektionismus und einer unverhältnismäßigen Leistungsbezogenheit, in Berufen, die Genauigkeit erfordern, sehr geschätzt.
  - **histrionische (hysterische, infantile) F60.4**  
Eine Persönlichkeitsstörung, die durch oberflächliche und labile Affektivität, Selbstinszenierung, einen theatralischen, **übertriebenen Ausdruck von Gefühlen**, durch Suggestibilität, Egozentrik, Genusssucht, Mangel an Rücksichtnahme, erhöhte Kränkbarkeit und ein **dauerndes Verlangen nach Anerkennung**, äußeren Reizen und **Aufmerksamkeit** gekennzeichnet ist.\*\*\*) In der Regel finden sich hier eher leistungsschwache Menschen, bei denen der „Schein“ wichtiger ist als das „Sein“. Weiterhin finden sich hier z. T. sehr manipulative Verhaltensweisen zur Befriedigung eigener Bedürfnisse.
- 
- **paranoide (fanatische, querulatorische) F60.0**  
Diese Persönlichkeitsstörung ist durch übertriebene Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung, Nachtragen von Kränkungen, durch Misstrauen sowie eine Neigung Erlebtes zu verdrehen, gekennzeichnet.\*\*\*\*) Menschen dieses Typs haben eine vorherrschend **unbelehrbar-rechthaberische Haltung** und werten die Handlungen anderer als absichtlich erniedrigend, gegen die eigene Person gerichtet. Weiterhin sind sie ausgesprochen streitsüchtig, überempfindlich und sehr eifersüchtig.
  - **schizotype F21**  
Diese Persönlichkeitsstörung wird in der **ICD-10 im Kapitel F2**, „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ beschrieben. Auch wenn man hier, was die Zuordnung betrifft, unterschiedlicher Meinung sein kann, zeigt sich jedoch, dass es sich hier um Menschen handelt, die in Bezug auf **Erscheinung und Vorstellungswelt** ein sehr **eigentümliches** und **seltsames** Verhalten aufweisen. In aller Regel haben sie einen kalten und unnahbaren Affekt und wenige oder sogar völlig fehlende soziale Bezüge. Es finden sich bizarre Ideen und ein sehr vages und umständliches Denken mit entsprechender Verbalisierung.

\*) \*\*) \*\*\*) \*\*\*\*\*) ICD-10, Abschnitt F6

- **ängstliche** (sensitive, vermeidende, selbstunsichere) F60.6  
Bei dieser Persönlichkeitsstörung ist das Hauptmerkmal ein **durchgängiges Muster von** Anspannung und **Besorgtheit, Unsicherheit, Schüchternheit und Minderwertigkeit** mit einer großen Angst vor negativer Beurteilung. Sie sind sehr gehemmt, leicht verletzbar, haben wenig Durchsetzungsvermögen und eine starke Neigung zu Affektstau und Aggressionshemmung.
- **abhängige (asthenische, dependente)** F60.7  
Hauptmerkmale dieser Störung sind eine **Selbstwahrnehmung** als **hilflos und inkompetent** sowie eine Überlassung der Verantwortung für wichtige Bereiche des eigenen Lebens an andere.\*) Patienten mit dieser Persönlichkeitsstörung sind kaum in der Lage, eigene Entscheidungen zu treffen.\*\*) Weiterhin finden sich eine leichte Ermüdbarkeit, Mangel an Durchhaltungsvermögen, Angst vorm Verlassenwerden und eine starke Neigung zu körperbezogenen Klagen.
- **narzisstische** F60.80  
Charakteristisch ist ein „**grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit**“, der eigenen Leistungen und der Überlegenheit, was sich im Verhalten zeigt und auch in Phantasien erlebt wird. Die Patienten meinen, die meisten anderen Menschen weit hinter sich zu lassen, und **erwarten uneingeschränkte Bewunderung**. Sie erwarten mit Nachdruck, bevorzugt behandelt zu werden. Oberflächlich betrachtet wirken sie überheblich und arrogant.\*\*\*)
- **passiv-aggressive** F60.81  
Bei dieser Persönlichkeitsstörung wird ein indirekter (passiver) Widerstand gegen Anforderungen an das eigene Verhalten geleistet. Personen mit dieser Störung widersetzen sich Leistungsanforderungen, was sich am deutlichsten im Rahmen der beruflichen Tätigkeit zeigt. Der Widerstand drückt sich in Verzögerungsmanövern, Trödelei, Bockigkeit, chronischer Unpünktlichkeit, Vergesslichkeit und absichtlich herbeigeführter Ineffizienz aus. Die Betroffenen werden mürrisch, reizbar oder streitsüchtig, wenn von ihnen etwas verlangt wird, was sie nicht tun möchten.
- **dissoziale** (antisoziale, soziopathische) F60.2  
Charakteristisch für diese Persönlichkeitsstörung ist ein verantwortungsloses und antisoziales Verhalten, das zumeist in der Kindheit beginnt und bis ins Erwachsenenalter fort dauert. Typisch sind ein **geringes Verantwortungsgefühl gegenüber sozialen und juristischen Regeln** und eine geringe Frustrationstoleranz, was schnell zu aggressiven und gewalttätigen Reaktionen führt.  
Männer sind deutlich häufiger betroffen als Frauen.

In der ICD–10 werden im Kapitel F6 „**Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen**“ auch noch andere Störungsformen beschrieben wie z. B:

- **Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung** F62.0  
Hierbei handelt es sich um eine chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung (siehe Kapitel Reaktionen auf schwere Belastungen)
- **Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle** F63  
Die Störungsbilder dieser Gruppe finden sich in anderen Klassifikationssystemen, wie auch in diesem Manual, bei den nichtstoffgebundenen Abhängigkeiten.
- **Störungen der Geschlechtsidentität** F64 (siehe Kapitel Sexuelle Störungen)
- **Störungen der Sexualpräferenz** (Perversionen, Abartigkeiten) F65  
(siehe Kapitel Sexuelle Störungen)

\*) \*\*) Möller, Laux, Deister. Psychiatrie S. 348

\*\*\*) Tölle. Psychiatrie, 12. Auflage, S. 123

- **Emotional instabile F60.3**

Eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, verbunden mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung. Es besteht eine Neigung zu emotionalen Ausbrüchen und eine Unfähigkeit, impulshaftes Verhalten zu kontrollieren. Ferner besteht eine Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten und zu Konflikten mit anderen, insbesondere wenn impulsive Handlungen durchkreuzt oder behindert werden.\*)

In der ICD–10 werden ein **impulsiver Typ** sowie ein **Borderline–Typ** unterschieden.

- **impulsiver Typ F60.30**

Instabilität und mangelnde Impulskontrolle im affektiven und zwischenmenschlichen Bereich. Neigung zu gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten, insbesondere bei Kritik durch andere.

Wenn die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erfüllt sind, müssen für die Diagnose **impulsiver Typ** wenigstens drei der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen vorhanden sein:

1. deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln.
2. Deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden.
3. Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens.
4. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden
5. Unbeständige und launische Stimmung

- **Borderline–Typ F60.31 (siehe Fallbeispiel)**

Dieser Typus ist zusätzlich gekennzeichnet durch Störungen des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen, durch chronische Gefühle innerer Leere, durch intensive, aber unbeständige soziale Beziehungen und eine Neigung zu selbstdestruktiven Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen.

Die Borderline–Störung ist, wie der Name schon bezeichnet, ein Krankheitsbild, das sich im **Grenzbereich von Neurose und Psychose** bewegt.

**Psychodynamisch** findet sich bei „Borderlinern“ eine **Spaltung**, die zur Vermeidung des Zusammentreffens inkompatibler Bewusstseinsinhalte benutzt wird. Z. B. „die gute, liebende, wärmende Mutter“ und „die böse, kalte, strafende Mutter“. Durch die Dynamik der Spaltung können beide erhalten werden.

Für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vom **Borderline–Typ** bedarf es der Kriterien wie beim impulsiven Typ, also mindestens drei der o. g. und zusätzlich mindestens zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen:

1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschließlich sexueller)
2. Neigung sich auf intensive aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen
3. Übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden
4. Wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung
5. Anhaltende Gefühle von Leere

Die Borderline–Störung ist die in Deutschland am dritthäufigsten gestellte Diagnose. Ca. 2% der Bevölkerung hat diese Störung bei einem Anteil von ca. 5% bei den unter 25-jährigen. Frauen sind wesentlich häufiger betroffen als Männer.

\*) ICD-10, Abschnitt F6

## Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline–Typus

Fallbeispiel aus Dilling · Reimer. Psychiatrie und Psychotherapie, 3. Auflage, S. 161/162

Ein 26-jähriger Mann mit abgebrochenem Elektroingenieur-Studium wird von einer niedergelassenen Nervenärztin mit der Einweisungsdiagnose "Verdacht auf Borderline–Syndrom" zur stationären Behandlung angemeldet. Auf der Station fällt der Patient in mehrfacher Hinsicht auf: Er hat episodenhafte, heftige Angstattacken sowie besondere phobische Symptome: So kann er z. B. im Aufenthaltsraum nur in unmittelbarer Nähe zur Tür sitzen, weil er sonst Platzangst bekommt. Mehrfach wird er auf der Station mit einer Alkoholfahne angetroffen. Auf Nachfragen gibt er zu, dass er gelegentlich wie unter einem inneren Drang trinken müsse. Die Beziehung zu seinem behandelnden Stationsarzt gestaltet er in charakteristischer Weise: Nach anfänglicher Kooperativität entwertet er den Arzt massiv und stellt alles bisher Erreichte in Frage. Trotz dieser "Wechselbäder" vermittelt er dem Arzt, dass er ihn braucht. In Zeiten von akuter Angst, in denen er auch **Depersonalisationsphänomene** berichtet, klammert er sich kurzfristig stark an den Arzt, um wenig später so zu tun, als habe man noch nie ein persönliches Wort miteinander gesprochen. Auffällig waren während des stationären Aufenthalts ferner diverse Körpersensationen (im Sinne von **Konversionssymptomen**) und ein mehrfach wiederholtes Ritzen der Haut mit Rasierklingen. Die Diagnose einer "Borderline–Persönlichkeitsstörung" wurde bestätigt. In der zeitlich begrenzten Therapie ging es überwiegend um die Prüfung der Motivation des Patienten zu einer längerfristigen stationären Psychotherapie, zu der sich der Patient angesichts seiner Symptomatik und fehlender tragender Sozialbeziehungen und Perspektiven entschließen konnte. Er wurde in die Psychotherapieabteilung eines Krankenhauses verlegt und blieb dort 4 Monate stationär, danach noch 2 Jahre in ambulant durchgeführter Gruppentherapie.

**Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline–Typus (F 60.31)**

Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen oder Konversionsstörungen besteht in teilweisem oder völligem Verlust der normalen Integration der Erinnerung an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen.\*)

Das Gemeinsame der in diesem Kapitel aufgeführten Störungen ist die **Dissoziation** (Entkopplung bzw. Abspaltung) **von** unterschiedlichen **seelischen und körperlichen Funktionen**. Typische Beispiele sind **neurologisch anmutende Körpersymptome**, für die sich keine körperliche Ursache finden lässt.

Der Vorgang der Entkopplung verschiedener seelischer und körperlicher Bereiche wird heute meist mit dem Begriff der Dissoziation beschrieben. Bei einigen der beschriebenen Störungen kommt es zu einer Veränderung bzw. zum Verlust körperlicher Funktionen, so dass der Eindruck einer körperlichen Erkrankung besteht. Für diesen Vorgang wird nach psychodynamisch/analytischer Theorie meist der Begriff **Konversion** verwendet. Darunter ist ein Vorgang zu verstehen, in dem ein seelischer Konflikt in körperliche Symptome so umgesetzt (konvertiert) wird, dass die **Symptome den Konflikt in symbolischer Form zum Ausdruck bringen** und die Psyche dadurch zugleich Entlastung von einer inneren Anspannung erfährt. Das hat dazu geführt, dass die meisten der hier beschriebenen Störungen auch unter dem Begriff der Konversionsstörungen klassifiziert werden können.

Durch die Umsetzung (Konvertierung) entsteht eine Entlastung der Psyche von innerer Anspannung. Diesen Vorgang nennt man:

**primärer Krankheitsgewinn** (innerer Vorteil, innerseelische Entlastung)

der eventuell folgende

**sekundäre Krankheitsgewinn** (äußerer Vorteil)

kann zur Aufrechterhaltung der Symptome beitragen.

Geschlechtsspezifische Häufigkeit: **Frauen sind häufiger betroffen** als Männer

## Konversionsstörungen (Dissoziative Störungen)

- **Bewegungsstörungen F44.4** (*siehe Fallbeispiel*)  
Die häufigste Form der Bewegungsstörungen ist der vollständige oder teilweise Verlust der Bewegungsfähigkeit eines oder mehrerer Körperteile. Die Lähmungen können partiell oder vollständig sein. In einigen Fällen kommt es zum Zittern oder Schütteln einer oder mehrerer Extremitäten bzw. des ganzen Körpers.
- **Krampfanfälle F44.5**  
Diese auch Pseudoanfälle genannten Erscheinungen können einem epileptischen Anfall sehr ähnlich sein.
- **Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen F44.6**  
Der psychogene Visusverlust (Verlust der Sehschärfe) und Tunnelsehen ist die häufigste Erscheinungsform dieser Gruppe. Weitere Erscheinungsformen sind psychogene Taubheit und anästhetische Hautareale.

Der Erkrankungsgipfel bei den bis hierher beschriebenen Störungen liegt in der Jugend bzw. dem früheren Erwachsenenalter.

\*) ICD-10, Abschnitt F44



## Hysterische Neurose Dissoziative Bewegungsstörung (Konversionsstörung)

Fallbeispiel aus Dilling · Reimer. Psychiatrie und Psychotherapie, 3. Auflage, S. 148/149

Die Patientin, eine 28-jährige Verkäuferin, kommt mit einer Lähmung zu uns, nachdem sie zuvor in der neurologischen Klinik aufgenommen war. Frau N. ist als letztes von 7 Geschwistern geboren. Mit all diesen Geschwistern wie auch mit den Eltern hatte sie sich im Laufe der letzten Jahre überworfen. Nur mit einer Schwester bestand bis vor kurzem noch Kontakt.

Im Alter von 9 und 12 Jahren sei sie von Nachbarn sexuell missbraucht worden. Mit 25 Jahren wurde die Patientin unehelich schwanger. Ihr damaliger Freund, ein Alkoholiker, trennte sich während der Schwangerschaft von ihr. Um ihre Aversion gegen das ungeborene Kind zu verringern, behandelte ihr Nervenarzt sie mit Hypnose. Nach der Geburt ihrer Tochter, zum Zeitpunkt, als sie zum ersten Mal ihr Kind anblickte, kam es zu einer rechtsseitigen Armlähmung und anschließender zweimonatlicher Behandlung in der neurologischen Klinik mit Verdacht auf PRIND. Dies ließ sich jedoch nicht objektivieren und die Abschlusssdiagnose lautete **psychogene Lähmung**.

8 Wochen vor der jetzigen Aufnahme kam es bei einem Besuch ihres Schwagers in ihrer Wohnung im Rahmen einer Verführungssituation zu Geschlechtsverkehr. Kurz nach diesem Ereignis verspürte sie Pelzigkeit, Ungeschicklichkeit und Schwäche in der rechten Hand. In den darauf folgenden Wochen stellten sich Kribbelparästhesien und eine Lähmung der rechten Hand und des rechten Armes ein. Etwa einen Monat vor der jetzigen Krankenhausaufnahme kam es zu einer **Scheinschwangerschaft**, die innerhalb weniger Tage zu einer **deutlichen Wölbung des Unterleibes** führte (ein ähnliches Ereignis war bei ihr vor mehreren Jahren bereits einmal aufgetreten). Bei der Untersuchung in der Klinik findet sich eine unvollständige schlaaffe Lähmung der rechten oberen Extremität ohne Differenz der Eigenreflexe, die Ausprägung der Parese wechselt während des Tages.

Wir erfuhren von Frau N., dass sie als Jüngste wohl sehr verwöhnt wurde. Stets idealisierte sie den Vater und ging mit der eher schwachen Mutter in Konkurrenz, aber auch mit den Geschwistern, was oft zu verbalen Aggressionen, aber auch zu Tätlichkeiten führte. Die alte Rivalität gegenüber ihrer nächstältesten Schwester verstärkte sich, als diese einen älteren erfolgreichen Mann heiratete; dessen "Inbesitznahme" bedeutete für sie einen Triumph, von dem sie jedoch schnell wieder Abstand nahm, zunächst in eine Scheinschwangerschaft flüchtete und zugleich regredierend die Symptome einer **Armlähmung** ausbildete, **symbolisch das Glied, mit dem sie Aggressionen, aber auch intime Berührungen erlebt hatte**.

Bei mangelnder Verbalisierung fanden wir eine starke Regressionstendenz bei der Patientin, die jegliche Schuldgefühle stark abwehrte und sich der Abwehrmechanismen Verleugnung und Ungeschehenmachen bediente. Die Aggression ihrem eigenen Kind gegenüber wurde **überkompensiert** und erschien als Angst vor dem plötzlichen Kindstod.

Mit dieser Patientin wird neben Gesprächen, die an ihrer Aktualität orientiert sind, mit gutem Erfolg ein übendes Programm einschließlich Krankengymnastik durchgeführt. Für eine konfliktorientierte Psychotherapie erscheint sie nicht ausreichend introspektiv und zu stark abwehrend.

### Dissoziative Bewegungsstörung (Konversionsstörung) (F44.4)

## Dissoziative Störungen

- **Dissoziative (psychogene) Amnesie F44.0**  
Das wichtigste Kennzeichen ist der Erinnerungsverlust für meist wichtige, kurz zurück liegende Ereignisse, der nicht durch organische psychische Störungen bedingt und zu schwerwiegend ist, um durch übliche Vergesslichkeit oder Ermüdung erklärt werden zu können. Die Amnesie zentriert sich gewöhnlich auf traumatische Ereignisse wie Unfälle oder unerwartete Trauerfälle und ist in der Regel unvollständig und selektiv.\*)
  - selektive Amnesie (beschränkt auf bestimmte Inhalte)
  - lokalisierte Amnesie (beschränkt auf einen bestimmten Zeitabschnitt)
  - generalisierte Amnesie (eher selten und dann im Rahmen einer Fugue)
- **Dissoziative (psychogene) Fugue F44.1 (siehe Fallbeispiel)**  
Eine dissoziative Fugue zeigt alle Kennzeichen einer dissoziativen Amnesie (F44.0) sowie eine zielgerichtete Ortsveränderung, die über die gewöhnliche Alltagsmobilität hinausgeht. Obwohl für die Zeit der Fugue eine Amnesie besteht, kann das Verhalten des Patienten während dieser Zeit auf unabhängige Beobachter vollständig normal wirken.\*\*)  
  
Es kann eine Reise zu früher bekannten Plätzen und Orten mit gefühlsmäßiger Bedeutung erfolgen. In einigen Fällen wird auch eine neue Identität angenommen.
- **Dissoziativer (psychogener) Stupor F44.2**  
Dissoziativer Stupor wird aufgrund einer beträchtlichen Verringerung oder des Fehlens von willkürlichen Bewegungen und normalen Reaktionen auf äußere Reize wie Licht, Geräusche oder Berührung diagnostiziert. Dabei lassen Befragung und Untersuchung keinen Anhalt für eine körperliche Ursache erkennen. Zusätzliche Hinweise auf die psychogene Verursachung geben kurz vorhergegangene belastende Ereignisse oder Probleme.\*\*\*)
- **Trance und Besessenheitszustände F44.3**  
Bei diesen Störungen tritt ein zeitweiliger Verlust der persönlichen Identität und der vollständigen Wahrnehmung der Umgebung auf. Hier sind nur Trancezustände zu klassifizieren, die unfreiwillig oder ungewollt sind, und die außerhalb von religiösen oder kulturell akzeptierten Situationen auftreten.\*\*\*\*) Manche Betroffene verhalten sich so, als seien sie von einer fremden Kraft beherrscht.

## Sonstige dissoziative Störungen

- **Ganser-Syndrom (hysterische bzw. dissoziative Pseudodemenz) F44.80**  
Dieses von Ganser beschriebene und selten vorkommende Syndrom zeichnet sich vor allem durch das „**Vorbeiantworten**“ aus. Es handelt sich gewöhnlich um eine dicht unter der Bewusstseinschwelle ablaufende Wunsch- oder Zweckreaktion. Die Symptome scheinen z. T. unter willentlicher Kontrolle zu sein. Das Ganser-Syndrom **muss von der organischen Demenz und der depressiven Pseudodemenz abgegrenzt werden.**
- **Multiple Persönlichkeitsstörung F44.81**  
Zwei oder mehr unterschiedliche Persönlichkeiten innerhalb eines Individuums, von denen zu einem Zeitpunkt jeweils nur eine in Erscheinung tritt. Jede Persönlichkeit hat ihr eigenes Gedächtnis, ihre eigenen Vorlieben und Verhaltensweisen und übernimmt zu einer bestimmten Zeit, auch wiederholt, die volle Kontrolle über das Verhalten des Betroffenen. \*\*\*\*\*)

\*) \*\*) \*\*\*) \*\*\*\*\*) \*\*\*\*\*) ICD-10, Abschnitt F44

## Dissoziative Fugue

Fallbeispiel aus Möller, Laux, Deister. Psychiatrie, S. 226/227

Ein 37-jähriger selbständiger Kaufmann kam über die Neurologische Klinik zur stationären Aufnahme auf eine psychiatrische Station. Von den überweisenden Ärzten war zu erfahren, der Patient sei wegen Verdacht auf eine organische Gedächtnisstörung eingeliefert worden, die umfangreichen apparativen Untersuchungen hätten jedoch keinen auffälligen Befund ergeben. Insbesondere zeige sich kein Anhalt für das Vorliegen eines Anfallsleidens oder einer vaskulären Störung. In der psychiatrischen Exploration gab der Patient zur Vorgeschichte an, vor einigen Monaten habe er ein für ihn sehr traumatisches Erlebnis gehabt. Er sei eines Morgens ganz normal zu seinem Geschäft unterwegs gewesen und habe an einer Tankstelle angehalten, um den Wagen vollzutanken. Plötzlich habe es einen "Knick in der Zeit" gegeben. Objektiv habe er das Empfinden gehabt, dass er sich innerhalb von einer Sekunde auf die andere plötzlich an einem anderen Ort befunden habe, und zwar an einer Notrufsäule auf der Autobahn. Er habe mit dem nächsten Polizeirevier gesprochen und sich erkundigt, wo er eigentlich sei.

Er habe dann erfahren, dass er etwa 200 km von seinem Wohnort entfernt sei, außerdem sei es über drei Tage später gewesen. An die Zwischenzeit habe er nicht die Spur einer Erinnerung. Dieser Zeitraum sei für ihn völlig unzugänglich. Nach einer Untersuchung bei seinem Hausarzt, die keinen auffälligen Befund ergeben habe, sei nichts weiter unternommen worden. Einige Wochen später sei ihm das gleiche erneut passiert. Wiederum sei er morgens zu einer Tankstelle gefahren und habe sich dann, subjektiv ebenso plötzlich wie bei dem ersten Ereignis, in einem Restaurant in einer etwa 250 km entfernten Stadt wieder gefunden. Diesmal habe der zeitliche Abstand 16 Tage betragen. Wiederum könne er sich an nichts erinnern. Bei seinem "Wiederauftauchen" sei er jedoch ausreichend ordentlich gekleidet und ernährt gewesen. Aus Abrechnungen seiner Kreditkarte könne er ersehen, dass er an ganz unterschiedlichen Orten in Deutschland gewesen sei. Insgesamt müsse er mindestens 1.500 km gefahren sein. Beide Orte, an die er sich nach seinem "Verschwinden an der Tankstelle" erinnern könne, seien in der weiteren Umgebung seines Elternhauses gewesen. Die Umstände des plötzlichen Verschwindens aus dem gewohnten Lebenskreis konnten letztlich nie völlig geklärt werden. Die Ehefrau berichtete von deutlichen Schwierigkeiten in der Beziehung, die sich in der letzten Zeit zugespitzt hätten. An den fraglichen Tagen sei jedoch keine dramatische Situation vorausgegangen. Ihr Mann habe sich in den fraglichen Zeiträumen nicht bei ihr gemeldet. Sie sei naturgemäß sehr in Sorge gewesen und habe die Polizei informiert, die auch intensiv gefahndet habe. Bevor die weiteren Umstände geklärt werden konnten, brach der Patient die Behandlung abrupt ab. Er gab an, er sei nicht mehr krank und wolle deshalb nicht behandelt werden. Auch im weiteren Verlauf verweigerte der Patient jede nervenärztliche Betreuung.

## **Diagnostik und Differentialdiagnose** (Abgrenzung zu anderen Krankheitsbildern)

Konversions- bzw. Dissoziationsstörungen können **perfekte Abbildungen** organischer Erkrankungen, insbesondere **neurologischer Störungen** sein und sind somit in erster Linie von diesen abzugrenzen.

Die Störungen stehen typischerweise in einem **engen zeitlichen Zusammenhang mit Belastungen**, Problemen oder einer gestörten Beziehung.

Entscheidend für die Diagnose sind demonstratives Anbieten, Ausdrucksgehalt und Zweckgerichtetheit der Symptomatik. Hierdurch unterscheidet sich das Konversionssymptom von einer organisch bedingten Störung der gleichen Funktion. Die weitere Untersuchung zielt auf den zugrunde liegenden Konflikt ab. \*)

Das Verhalten bei der Schilderung der Konversionssymptomatik reicht von Dramatisierungen bis zum scheinbar unbeteiligten Hinnehmen.

- Multiple Sklerose (*siehe Fallbeispiel*)
- Epilepsie
- Intoxikationen
- Psychosomatische Störung
- Somatoforme Schmerzstörung
- Hypochondrische Störung
- Katatone und depressive Zustände
- Simulation

## **Verlauf**

Die Symptombildungen bei Konversionsreaktionen sind z. T. flüchtig. Sie werden häufig spontan bzw. infolge Veränderungen der Lebensbedingungen aufgegeben, wie die Verläufe zeigen. Seltener wird ein Konversionssymptom über lange Zeit beibehalten. \*\*)

## **Therapie**

Psychotherapeutische Verfahren bilden den Schwerpunkt bei der Behandlung von Konversions- bzw. Dissoziationsstörungen. Sehr wichtig bei der Therapie hysterischer Störungen ist ein sehr guter **tragfähiger Kontakt**, der meistens nicht leicht herzustellen ist. Die Behandlung dieser Krankheitsbilder stellt den Therapeuten oft vor eine ganz besondere Herausforderung.

Den Betroffenen darf nicht das Gefühl vermittelt werden, dass die Symptomatik als „eingebildet“ betrachtet wird. Es empfiehlt sich somit, die vermutete Psychogenie der Beschwerden den Betroffenen nicht auf den Kopf zuzusagen, sondern ihn **schrittweise an die eigene Einsicht** über die Entstehung seiner Beschwerden **heranzuführen**. \*\*\*)

- Hypnosetherapie
- Konfliktzentrierte Psychotherapien
- Psychoanalytische Verfahren (ursprünglich eine der klassischen Indikationen)
- Verhaltenstherapie
- Klientenzentrierte Gesprächstherapie (Rogers)
- Entspannungsverfahren
  
- Physiotherapie (stellt oft eine gute Brücke zur Psychotherapie dar)

\*) \*\*) Tölle. Psychiatrie, 12. Auflage, S. 83

\*\*\*) Möller, Laux, Deister. Psychiatrie, S. 230

## MULTIPLE SKLEROSE (pseudoneurotische Entwicklung)

Fallbeispiel aus Dilling · Reimer. Psychiatrie und Psychotherapie, 3. Auflage, S. 69/70

Die 47-jährige, verheiratete Patientin, Frau B., war bis kurz vor ihrer Krankenhausaufnahme als Altenpflegerin tätig. Die Einweisung erfolgte wegen Gangstörungen, Paresen und Bewegungsstörung mit Verdacht auf **konversionsneurotische Entwicklung**.

Frau B. wurde als Tochter eines Vulkaniseurmeisters und einer Hausfrau in der ehemaligen DDR geboren. Als junge Frau verlor sie ihre Eltern, die beide an einer Herzerkrankung verstarben. Nach dem Abitur absolvierte sie eine Lehre als Drogistin. In die Bundesrepublik gekommen, ging sie mit 27 Jahren ihre erste Ehe ein. Aus dieser Verbindung mit einem Marokkaner stammen 2 jetzt schon fast erwachsene Kinder. Nach der Scheidung, 7 Jahre später, heiratete sie ihren jetzigen Mann, einen 10 Jahre jüngeren Griechen, mit dem sie einen Sohn hat.

Wegen Arbeitslosigkeit des Ehemannes lebt die Familie in schlechten finanziellen Verhältnissen.

Zur somatischen Anamnese: Mit 29 Jahren habe sie erstmals Augensymptome mit Schleiersehen und Verlust des Farbsehens bemerkt. Mit 40 Jahren trat Schwäche im linken Fuß auf, die sich vor 1 Jahr auf beide Beine und Arme ausbreitete. Seit 1 Jahr Doppelbilder. Labiler Hypertonus.

Bei der Aufnahme zeigte Frau B. psychopathologisch keine produktive Symptomatik, sie war bewusstseinsklar und voll orientiert. Sie wirkte vital und zeigte sich kooperativ. Im Affekt erscheint sie geringfügig euphorisch, etwas inadäquat.

Neurologisch: endständiger unerschöpflicher Nystagmus beim Blick nach rechts; rhythmischer grobschlägiger Ja-Tremor des Kopfes. Unsicherer, schwankender Gang, Beugeschwäche des linken Unterschenkels, Hyperreflexie des rechten Armes; Hyperalgesie beider Beine, Hypalgesie am rechten Oberarm, Herabsetzung des Vibrationsempfindens in beiden Beinen.

Psychodynamisch fanden wir eine enge Beziehung zum Vater, eine konflikthafte Verarbeitung der Beziehung zu ihrer Mutter, die häufig Scheidungsabsichten äußerte. Mit 26 Jahren schwere Enttäuschung in einer intimen Liebesbeziehung, die dann von ihr beendet wurde. In der ersten Ehe mit einem Marokkaner häufiges Unglücklichsein. Weitere Beziehungen zu Ausländern aus den Mittelmeerländern in eher ungeordneten Lebensbedingungen. Der jetzige Mann plant, zur See zu fahren. Er hat wenig Verständnis für sie und möchte in ein romantisches Land umsiedeln. Sie erwartet, dass er sie demnächst verlassen wird.

Nach zahlreichen Gesprächen ließen sich die Symptome als **konversionsneurotisch** bedingt verstehen. Zusätzliche somatische Untersuchungen zwangen uns dann aber zu einer Korrektur der Diagnose: Im CCT fanden sich Demyelinisierungsherde. Bei der Untersuchung visuell evozierter Potentiale ergaben sich Hinweise auf rechtsbetonte Schädigung des visuellen Systems beidseits. Bei Ableitung der akustisch evozierten Potentiale: Verdacht auf Schädigung im Bereich des Colliculus inferior.

Im Liquor Veränderungen mit Pleozytose, Eiweißvermehrung, liquorelektrophoretisch Gammaglobulinvermehrung.

Nach eindeutiger Festlegung der Diagnose "Multiple Sklerose" wird eine Behandlung in der MS-Ambulanz des Klinikums vereinbart, Frau B. nimmt an einer Gruppentherapie für MS-Kranke teil.