

Allgemeine Psychopathologie

1. Ursachen psychischer Erkrankungen

2. Psychopathologie

- 2.1. Bewusstseinsstörungen
- 2.2. Orientierungsstörungen
- 2.3. Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration
- 2.4. Auffassungsstörungen
- 2.4. Gedächtnisstörungen
- 2.6. Intelligenzstörungen
- 2.7. Denkstörungen
- 2.8. Wahrnehmungsstörungen
- 2.9. Ich-Störungen
- 2.10. Störungen der Affektivität
- 2.11. Störungen des Antriebs und der Psychomotorik

Prüfungsvorbereitungslehrgang „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

© S. Brünig / Th. Wiebke

1. Ursachen psychischer Erkrankungen

Es gibt heute eine Vielzahl von Erklärungsmodellen zur Entstehung von psychischen Krankheiten oder Störungen, die für sich allein aber immer nur unzureichende Erklärungen bieten können. Daher ist heute zunehmend von einer *multifaktoriellen Ätiologie* die Rede, das heißt, dass mehrere Faktoren zusammen treffen und dann eine Erkrankung oder Störung auslösen können. Die wichtigsten Erklärungsmodelle sind im Folgenden kurz aufgeführt:

1.1 Psychoanalytisches Modell:

- sieht die psychischen Krankheiten als Folge unbewältigter Konflikte aus der Kindheit.

1.2 Biologisches Modell:

- geht davon aus, dass psychische Krankheiten durch Veränderungen im Nervensystem, insbesondere im Neurotransmitterstoffwechsel, hervorgerufen werden; dabei wird angenommen, dass es in den meisten Fällen eine genetische Disposition (Veranlagung) für solche Veränderungen gibt.

1.3 Lerntheoretisches Modell:

- sieht fehlerhafte oder unerwünschte Lernvorgänge als Ursache für viele Störungen.

1.4 Soziales und psychosoziales Modell:

- macht v.a. die „gesellschaftlichen Umstände“ wie schlechte Lebens- und Arbeitsbedingungen, Armut etc. für die psychischen Erkrankungen verantwortlich.

1.5 Stresstheorie:

- versteht den so genannten *Dysstress* (durch andauernde negative Dauerbelastung) als ursächlich, da es hierdurch zu neurologischen und hormonellen Veränderungen und in der Folge zu seelischen Störungen kommen kann.

2. Psychopathologie

Definition

In der Psychopathologie werden abnorme Erlebens- und Verhaltensweisen in ihren seelischen, sozialen und biologischen Bezügen beschrieben. Die psychischen Störungen werden dabei zunächst beschrieben, benannt und geordnet (deskriptive Psychopathologie), in ihren inneren Zusammenhängen erklärt (phänomenologische und verstehende Psychopathologie), und in Beziehungen zu tiefenpsychologischen und zwischenmenschlichen Vorgängen gestellt (dynamische, interaktionelle Psychopathologie).

Bei der Beschreibung der folgenden Symptome sollten wir uns im Klaren darüber sein, dass diese Symptome nicht in jedem Fall als Krankheitszeichen zu bewerten sind, „und dass sie höchstens typisch, aber nicht spezifisch für bestimmte Krankheitskategorien sind.“¹ Außerdem lässt sich niemals anhand nur eines Symptoms die zugrunde liegende Erkrankung erkennen; wir müssen also die einzelnen Symptome immer im Kontext mit anderen Symptomen bzw. Auffälligkeiten sehen, bevor wir eine Diagnose stellen können.

¹ Scharfetter - Allgemeine Psychopathologie

Prüfungsvorbereitungslehrgang „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

© S. Brünig / Th. Wiebke

Darüber hinaus ist es unseres Erachtens wichtig zu verstehen, dass der Patient nicht irgendwelche Symptome „hat“; sondern dass sein inneres Erleben und das daraus resultierende Verhalten zunächst einmal nur als von der „Norm“ abweichend zu verstehen ist. Scharfetter sagt dazu: *„Nichts von seinem Tun ist schlechthin unsinnig.“* Was nun die Norm ist, und was außerhalb der Norm liegt, ist vor allem vor dem soziokulturellen Hintergrund des betroffenen Menschen zu sehen².

Wir sollten uns immer *„auf ein gefühlshaft-empathisches Mitschwingen einlassen, ja auch affektive Betroffenheit und Erschütterung zulassen – und gleichzeitig intellektuell-rational zur Kenntnis nehmen und verarbeiten lernen.“*³ Wenn wir mit dieser Grundhaltung unseren Patienten begegnen, wird sich uns seine „Störung“ auf andere, tiefere Weise erschließen, und wir werden ihm besser behilflich sein können, heil zu werden.

Psychopathologische Symptome

2.1 Bewusstseinsstörungen

Oberbegriff für alle Veränderungen der Bewusstseinslage. Es wird unterschieden zwischen quantitativen Bewusstseinsstörungen (im Sinne der Schlaf-Wach-Skala) und qualitativen Bewusstseinsveränderungen (im Sinne einer Einengung, Verschiebung oder Trübung des Bewusstseins). Nach Bewusstseinsstörungen besteht i.d.R. eine Amnesie.

A. *Quantitative Bewusstseinsstörungen*

- Benommenheit: Leichte Beeinträchtigung der Bewusstseinsklarheit. Die Bewusstseinsstrübung zeigt sich in einem Mangel an Spontaneität. Der Betroffene schläft ohne äußere Reize ein. Beim Aufwachen zeigt er sich desorientiert und fragt nach Ort, Zeit und Person. „Wo bin ich, wer sind Sie?“ Die Ursache kann in den verschiedenen Fieberformen liegen, die bei Infektionskrankheiten oder anderen körperlichen Erkrankungen auftreten. Auch der Tabletten- und Drogenmissbrauch führt zu Benommenheit. Physiologisch tritt dieses Phänomen auf beim Übergang vom Wachen zum Schlafen und umgekehrt.
- Somnolenz (Schlafsucht): Der Betroffene ist stärker apathisch, fällt alleingelassen in den Tiefschlaf, ist aber weckbar. Er murmelt und fragt nach dem Wecken: „Wo war ich?“ Die Ursache liegt in Vergiftungen, Blutvergiftungen durch innere Ursachen oder schwere bakterielle Infektionen. Kreislaufchock, Hirnblutungen und Schädel-Hirn-Traumata sind weitere wichtige Ursachen der Somnolenz.
- Sopor: Tiefster Schlaf. Betroffener wacht nur noch durch stärkste Schmerzreize auf. Ausweich- und Korrekturbewegungen sind deutlich reduziert (normalerweise werden z.B. schmerzhafte Schlafstellungen automatisch unbewusst korrigiert; hier fällt dieses reflektorische Verhaltensmuster aus). Der Tonus der Muskulatur ist stark herab gesetzt. Die Atemzüge werden regelmäßig und langsam, wie im Tiefschlaf genommen. Verbale Äußerungen sind nicht mehr möglich.

² So kann z.B. in vielen Kulturkreisen ein Mensch, der Kontakt zu „Geistern“ hat, diese sieht und mit ihnen kommuniziert, als Heiliger, Schamane oder ähnliches verehrt werden, und muss in diesem Kontext wahrscheinlich als gesund gelten. Wenn im westlichen Kulturkreis jemand etwas sieht und hört, was andere nicht sehen und hören können, sprechen wir von Halluzinationen und werten diese in der Regel als Symptom einer Erkrankung.

³ Scharfetter - Allgemeine Psychopathologie

Prüfungsvorbereitungslehrgang „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

© S. Brünig / Th. Wiebke

- Koma⁴: Zustand tiefster, durch äußere Reize nicht zu beeinflussende Bewusstlosigkeit. Im Koma ist der Betroffene nicht mehr weckbar, die Reflexe sind aufgehoben (z.B. Pupillenstarre bei weiten Pupillen). Ursachen liegen in traumatischen Einflüssen (Bsp. Schädel-Hirn-Trauma), zerebralen Defekten (Bsp. Hirntumor oder Hirnhautentzündung). Auch Störungen des Stoffwechsels beim Diabetes mellitus, bei Urämie (Nierenkrankheit) und schweren Erkrankungen der Leber enden im Koma, ebenso wie Vergiftungen durch Tabletten, Alkohol oder CO₂. Unter einem *Präkoma* versteht man eine Stoffwechselentgleisung ohne Bewusstseinsstörung, die in ein Koma überzugehen droht (z.B. beim Diabetes mellitus).

⇒ **Cave: Quantitative Bewusstseinsstörungen haben meist eine organische Ursache!**

B. Qualitative Bewusstseinsstörungen

- Bewusstseinstrübungen: Beeinträchtigung der Bewusstseinsklarheit und damit der Fähigkeit, verschiedene Aspekte der eigenen Person und der Umwelt zu erfassen und sie sinnvoll miteinander zu verbinden. Das Bewusstsein ist wie zerstückelt, Denken, Sprechen und Handeln erscheinen verworren. Vorkommen v.a. bei exogenen Psychosen (Delir, amentielles Syndrom...).
- Bewusstseinsengung: Einengung des Umfangs des Bewusstseins, z.B. durch Fokussierung auf ein bestimmtes Erleben (innerpersonal oder außenweltlich), meist verbunden mit verminderter Ansprechbarkeit auf Außenreize (nur noch ein kleiner Ausschnitt des Außen erscheint im Bewusstsein); traumhaft verändertes Erleben. Trotzdem können die Handlungen relativ unauffällig sein, so dass eine Bewusstseinsengung oft schwer zu erkennen ist. Hat meist organische Ursachen (z.B. Schock, Trauma, Intoxikationen, Infektionskrankheiten).
- Bewusstseinsverschiebung: Subjektives Erleben gesteigerter Wachheit sowie erweiterte, intensivere Wahrnehmung von Raum und Zeit, und von Sinnesempfindungen und Erfahrungshorizont.
- Bewusstseinsweiterung: (Steigerung der Bewusstseinsverschiebung) Besonders intensive Wahrnehmung mit dem Gefühl der Ausdehnung und Existenzweiterung. Subjektiv erlebt sich der Betroffene als enorm konzentrations- und leistungsfähig, das Zeiterleben ist verändert, die emotionale Spur der Tätigkeiten ist erhöht, die Wahrnehmung auf Außergewöhnliches ist verstärkt. Omnipotenzgefühle. Einzelne Sinne können verstärkt wirken, wie z.B. Farberlebnisse, andere Sinne können dabei ausgeschaltet sein. Die Patienten wirken häufig ekstatisch. Ursache sind oft bewusstseinsweiternde Drogen, Meditation, Trance. Aber auch beginnende Schizophrenien oder Manien können mit dem Gefühl der Bewusstseinsverschiebung oder -erweiterung einhergehen.

⇒ **Cave: Qualitative Bewusstseinsstörungen haben meist eine organische Ursache!**

• ⁴ Apallisches Syndrom (Wachkoma): In der Regel nach einem Koma auftretende, grundsätzlich reversible Bewusstseinsstörung, bei der der Betroffene wach ist, aber weder Spontan- u. Reaktivbewegungen, noch Blickfixierung oder Spontanäußerungen zeigt. In dieser parasomnischen Bewusstseinslage gelangen keine Sinnesreize ins Gehirn. Die Betroffenen verharren beim Liegen in jeweilig entstandenen Zufallsstellungen. Die Ursache ist ein Funktionsausfall der Großhirnrinde (z.B. infolge Sauerstoffmangel, Schädel-Hirn-Traumata, Vergiftungen, Creutzfeld-Jacobs-Krankheit u.a.) bei erhaltener Hirnsatmmfunktion. Alle vegetativen Funktionen, wie Atemrhythmus, Herzschlag, sind normal. Der Patient zeigt pathologische Reflexe (Greifreflexe, Pyramidenbahnzeichen, Rigor und Hypertonie der Muskulatur).

Prüfungsvorbereitungslehrgang „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

© S. Brünig / Th. Wiebke

2.2 Orientierungsstörungen

Orientierungsstörungen zeigen sich in einem mangelnden Bescheidwissen in den zeitlichen, räumlichen und persönlichen Gegebenheiten. Nach der Intensität der Störung werden die *ingeschränkte* und die *aufgehobene* Orientierung unterschieden.

Mit zunehmendem Schweregrad der Orientierungsstörung wird zunächst die zeitliche, dann die örtliche und die situative und schließlich die persönliche Orientierung eingeschränkt bzw. aufgehoben. Vorkommen v.a. bei: Alkoholdelir, Korsakow-Syndrom⁵, Demenzen.

⇒ **Cave: Die Ursache für Orientierungsstörungen liegt meist in einer organischen Psychose!**

2.3 Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration

Sie zeigen sich in einer Beeinträchtigung der Fähigkeit, die Wahrnehmung in vollem Umfang den durch die Sinne vermittelten Eindrücken zuzuwenden bzw. die Wahrnehmung auf einen bestimmten Sachverhalt zu konzentrieren.

- Aufmerksamkeitsstörungen: Umfang und Intensität der Aufnahme von Wahrnehmungen bzw. von Vorstellungen oder Gedanken sind beeinträchtigt.
- Konzentrationsstörungen: Störung der Fähigkeit, seine Aufmerksamkeit ausdauernd einer bestimmten Tätigkeit oder einem bestimmten Gegenstand oder Sachverhalt zuzuwenden.

⇒ *Vorkommen*: beides bei physiologischer Müdigkeit, seelischer Belastung, hormonellen Umstellungen sowie bei psychotischen Erkrankungen (z.B. Schizophrenie, organischen Psychosen)

2.4 Auffassungsstörungen

Hierunter versteht man die Beeinträchtigung der Fähigkeit, Wahrnehmungserlebnisse in ihrer Bedeutung zu begreifen und sie miteinander zu verbinden. Dabei kann die Auffassung falsch oder verlangsamt sein oder ganz fehlen.

⇒ *Vorkommen*: bei Aphasie⁶, exogenen Psychosen, Durchblutungsstörungen im Gehirn und bei anderen körperlich bedingten psychischen Erkrankungen.

⁵ Korsakow-Syndrom: ist eine charakteristische Form des amnestischen Syndroms: Orientierungsstörung zu Zeit und Raum, schwere Merkfähigkeitsstörung ohne Beeinträchtigung des Ultrakurzzeitgedächtnisses, Konfabulation.

⁶ zentrale Sprachstörung

Prüfungsvorbereitungslehrgang „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

© S. Brünig / Th. Wiebke

2.5 Gedächtnisstörungen

Dies ist die verminderte Fähigkeit, frische und alte Erfahrungen wiederzugeben. Gedächtnisstörungen treten auf beim organischen Psychosyndrom oder bei einfacher physiologischer Müdigkeit. Es werden unterschieden:

- Störungen der Merkfähigkeit: Herabsetzung oder Aufhebung der Fähigkeit, sich frische Eindrücke über eine Zeit von ca. 10 Minuten zu merken.
- Störungen des Altgedächtnisses:
 - Störungen des Kurzzeitgedächtnisses: Neues kann nur für wenige Minuten bis Stunden behalten werden.
 - Störungen des Langzeitgedächtnisses: Ereignisse, die Wochen bis Jahre zurückliegen können nicht mehr erinnert werden.
- Amnesie: Inhaltlich oder zeitlich begrenzte Erinnerungslücke. Man unterscheidet hinsichtlich eines schädigenden Ereignisses (z. B. Hirntrauma) **retrograde** (ein bestimmter Zeitraum vor dem Ereignis ist betroffen) bzw. **anterograde** (ein bestimmter Zeitraum nach dem Ereignis ist betroffen) Amnesie. Hinsichtlich des Zeitraums, den die Erinnerungslücke betrifft, kann man unterscheiden zwischen totalen und lakunären Amnesien.
- Hypomnesie: unterdurchschnittliches Gedächtnis
- Hypermnese: überdurchschnittliches Gedächtnis (z.B. bei Autisten)
- Paramnesien: meist unbewusstes bzw. unbeabsichtigtes Verfälschen von Gedächtnisinhalten; Gedächtnistäuschungen; Falsch- oder Trugerinnerungen; auch: Umänderung der Erinnerung im Sinne eines Wahns. Wichtige paramnesien sind:
 - Konfabulation: hier werden Erinnerungslücken mit meist zufälligen Einfällen ausgefüllt, die vom Patienten selbst für Erinnerungen gehalten werden („Pseudoerinnerung“).
⇒ **Cave: Konfabulationen sind typisch für degenerative Hirnerkrankungen und beim Korsakowsyndrom!**
 - Déjà-vu: das Gefühl, bestimmte Situationen schon einmal früher erlebt zu haben; oft bei Epilepsie oder bei psychotischen Störungen
 - Jamais-vu: das Gefühl der Fremdheit, bzw. Gefühl eine Situation noch nie erlebt zu haben; oft als Aura bei Epilepsie, aber auch bei Schizophrenie.
- Zeitgitterstörung: mangelnde Zuordnung biografischer Ereignisse. Vorkommen v.a. bei seniler Demenz.
⇒ **Cave: Gedächtnisstörungen sind ein Leitsymptom der organischen Psychosyndrome!**

2.6 Intelligenzstörungen

Prüfungsvorbereitungslehrgang „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

© S. Brünig / Th. Wiebke

Intelligenz ist eine komplexe Fähigkeit des Menschen, sich in ungewohnten Situationen zurechtzufinden, Sinn- und Beziehungszusammenhänge zu erfassen und neuen Anforderungen durch Denkleistungen zu entsprechen. Intelligenz wird durch spezifische Testverfahren ermittelt. Wir unterscheiden:

- Oligophrenie: angeborene oder früh erworbene Intelligenzstörung. Einteilung nach Schweregraden ist möglich, wird aber heute kaum noch verwendet. Es wird empfohlen den Begriff Oligophrenie durch den Begriff „Minderbegabung“ zu ersetzen.
- Demenz: erworben; Abbau bereits erworbener Intelligenz. Kommt vor bei: Alzheimer, Chorea Huntington (Veitstanz), Multiinfarktdemenz, Creutzfeld-Jacobs, Alkoholismus.

2.7 Denkstörungen

Denken manifestiert sich in Sprache und Schrift, wird gesteuert von Wahrnehmung, Assoziationen und Denkzielen. Wesentliche Ich-Funktion, die die Verfügung über Gedächtnisinhalte voraussetzt. Störungen sind in bezug auf den *formalen Denkvorgang* und auf den *Gedankeninhalt* möglich.

A. Formale Denkstörungen

Formale Denkstörungen benennen krankheitsunspezifische Störungen des Denkablaufs. Sie werden vom Patienten subjektiv empfunden und zeigen sich objektiv in den sprachlichen Äußerungen. Wir unterscheiden:

- Denkverlangsamung/Gedankenhemmung: Der Gedankengang wird als schleppend und mühsam empfunden. Äußerlich zeigt sich das als Viskosität (Zähigkeit) und Torpidität (fehlende Initiative) des Sprechens und Reagierens des Patienten. **Bei endogener Depression!**
- Umständliches Denken: Im Denkablauf wird Nebensächliches nicht vom Wesentlichen getrennt. Die Hauptaussagen gehen in der Schilderung unwichtiger Details unter. Das Gespräch wird weitschweifig oder pedantisch und kleinkrämerisch. V.a. bei Demenz.
- ⇒ Eingeengtes Denken: Einschränkung des inhaltlichen Denkkumfangs. Die Patienten haften an einem oder an wenigen Themen und sind auf einige wenige Ziele fixiert (Verarmung der Themen). Der Patient berichtet oft von einem Nichtloskommen von bestimmten Gedanken. Vorkommen v.a. bei exogenen Psychosen, insbes. Demenz.
- Perseveration: Mechanische Wiederholung gleicher Denkinhalte und Haftenbleiben an vorher verwendeten Worten oder Angaben, die aber nun nicht mehr sinnvoll sind. Zwangsgedanken sind oft perseverierend; Perseverationen finden sich aber ebenso bei exogenen Psychosen (Hirnschädigung durch Tumoren, Traumata, Epilepsie etc., Demenzen...)
- Ständiges Grübeln: Unablässiges Beschäftigtsein mit bestimmten, meist unangenehmen Gedanken, die häufig mit der aktuellen Lebenssituation in Zusammenhang stehen und vom Patienten nicht als fremd erlebt werden. Häufig bei Depression und exogenen Psychosen.
- Gedankenaufdrängen: Patienten berichten von automatisch ablaufendem Denken. Sie stehen unter übermäßigem Druck vieler Einfälle oder ständig wiederkehrender Gedanken. Oft bei Manie!

Prüfungsvorbereitungslehrgang „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

© S. Brünig / Th. Wiebke

- Ideenflucht: Übermäßig einfallsreicher Gedankengang. Durch die vermehrten Assoziationen wechselt das Denkziel laufend. Das Denken wird oberflächlich. Der Patient ist durch äußerliche Reize leicht ablenkbar, gerät vom Hundertsten ins Tausendste, denkt und spricht einen Satz oft nicht zu Ende. **Leitsymptom der Manie (Zyklothymie)!**
 - Vorbeireden: Obwohl durch die Situation ersichtlich ist, daß der Patient die Frage verstanden hat, beantwortet er diese nicht (ohne Absicht), sondern bringt etwas inhaltlich ganz anderes vor. Vorkommen z.B. im Rahmen einer sog. Pseudodemenz bei dissoziativen Störungen, Depression
 - Gedankensperrung/Gedankenabreißen: Plötzlicher Abbruch eines sonst flüssigen Gedanken- ganges ohne erkennbaren Grund. **Symptom der Schizophrenie!**
 - Neologismen: Wortneubildungen, die der sprachlichen Konvention nicht entsprechen und häufig aus anderen Wörtern zusammengezogen oder gebildet werden. Für andere oft nicht unmittelbar verständlich, haben sie für den Erfinder eine Bedeutung. V.a. bei Schizophrenie und Aphasie.
 - Inkohärentes (zerfahrenes) Denken: Das Denken hat keinen logischen oder gefühlsmäßig nachvollziehbaren Zusammenhang. Nicht zusammengehörige Denkinhalte werden oft bis zur völligen Unverständlichkeit aneinander gereiht. Bei leichten Formen bleibt der Satzbau zum Teil noch erhalten (Paralogik), während er bei schweren Formen zerstört ist (Paragrammatismus) bis zu unverständlichem, sinnleerem Wort- und Silbengemisch („Wortsalat“, Schizophasie). **Typisch bei Schizophrenie!**, aber auch im Delir.
- ⇒ **ACHTUNG! Keine Diagnose allein von formalen Denkstörungen ableiten!**

B. Inhaltliche Denkstörungen

Inhaltliche Denkstörungen stehen im Zusammenhang mit Störungen des Realitätsurteils. Der Wahn zeigt eine nicht widerlegbare Gewißheit seiner Überzeugung, obwohl sie offensichtlich im Gegensatz zur Realität steht. Weiterhin zeigen Zwangsvorstellungen und -handlungen, Phobien mit ihren Zwangsgedanken, -impulsen und -handlungen auch Störungen des Denkens. Wahnphänomene können in unterschiedlicher Form und mit unterschiedlichem Inhalt auftreten. Psychosen, die mit einem andauernden und unerschütterlichen Wahnsystem, aber ohne wesentliche andere psychopathologische Störungen und insbesondere ohne Persönlichkeitsdesintegration einhergehen, werden **Paranoia** oder **Wahnentwicklung** genannt.

B.1 Wahn

Wahn ist eine ganz persönlich gültige, starre Überzeugung von der eigenen Lebenswirklichkeit. Wahn ist für den Kranken evidente Wirklichkeit, der Wahnkranke hat **kein** Krankheitsbewusstsein! Wahn kommt bei verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen vor; z.B. bei Schizophrenie, paranoiden Störungen, affektiven und exogenen Psychosen.

Wahn im zeitlichen Verlauf

1. *Wahnstimmung* (z.B. Gefühl von Mißtrauen, daß irgend etwas nicht in Ordnung ist)
2. *Wahngedanken* (der Kranke beginnt, in der sogenannten **Wahnarbeit** bestimmte Gedanken zu verknüpfen)

Prüfungsvorbereitungslehrgang „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

© S. Brünig / Th. Wiebke

3. *Wahnarbeit* (am Schluß steht ein komplettes Wahnsystem)
4. *Wahngewißheit* (System ist getragen von der Gewißheit)
5. *Wahnsystem* ist unverrückbar
6. *Residualwahn* (nach Abklingen einer akuten Manifestation weiterhin bestehender Wahn im Sinne eines Restwahns)

Formen des Wahns

- Wahnvorstellung: Diese gehört der Vorstellungswelt des Kranken an. Als **Wahneinfall** wird hier das plötzliche Aufkommen von wahnhaften Überzeugungen bezeichnet (Verfolgung, Beeinträchtigung, Berufung). Bei der **Wahnstimmung** handelt es sich um ein unbestimmtes Gefühl des Patienten, daß „etwas los ist“, in der Luft liegt, alles ihn angeht. Die Vorgänge in der Umgebung erscheinen ihm merkwürdig und seltsam (häufig der Wahnwahrnehmung vorausgehend).
- Wahnwahrnehmung: Einer richtigen Sinneswahrnehmung wird eine abnorme Bedeutung (Eigenbeziehung) beigelegt: ein Gegenstand oder Vorgang wird zwar als das wahrgenommen, wofür ihn auch andere gesunde Menschen übereinstimmend halten, er hat aber eine besondere, nur für den Kranken gültige, also wahnhafte Bedeutung.

Wahnthemen/-inhalte

- Beziehungswahn: Menschen und Dinge der Umwelt werden wahnhaft vom Kranken auf sich selbst bezogen. Vorkommen v.a. bei Schizophrenie.
- Beeinträchtigungswahn: Im Gegensatz zum Beziehungswahn bezieht der Kranke nicht nur alles auf sich, sondern auch gegen sich. Vorkommen v.a. bei Schizophrenie.
- Verfolgungswahn: Dieser stellt einen gesteigerten Beeinträchtigungswahn dar. Harmlose Ereignisse werden als Bedrohung oder Verfolgung empfunden. Vorkommen v.a. bei Schizophrenie.
- Eifersuchtwahn: Fast nur bei Verheirateten auftretend („Wahn ehelicher Untreue“), bei Männern 2-3 mal häufiger als bei Frauen. Für den Kranken steht unumstößlich fest, daß er von der Partnerin betrogen oder hintergangen wird. Seine Aggressionen sind auf die Partnerin fixiert. Eifersuchtwahn tritt besonders im Zusammenhang mit Alkoholismus auf (v.a. männliche Alkoholiker!)
- Liebeswahn: Die Patienten (meist Frauen) glauben, von einer bestimmten Person geliebt zu werden, die diese Beziehung jedoch leugnet.
- Größenwahn: Wahnhafte Selbstüberschätzung (gesellschaftliche Bedeutung, eigene Fähigkeiten und Leistungen betreffend) bis hin zur Identifizierung mit berühmten Persönlichkeiten der Vergangenheit und Gegenwart. Vorkommen bei Schizophrenie, Manie und Neurosyphilis.
- Kleinheitswahn: Das Gegenteil des Größenwahns. Der Kranke sieht sich als machtlos, verloren und nichtig. In der schlimmsten Form leugnet der Patient seine Existenz (nihilistischer Wahn). Besonders bei Depression.
- Schuldwahn: Wahnhafte Überzeugung, gegen Gott, die Gebote, eine höhere sittliche Instanz usw. gefehlt zu haben. Typisch bei endogener Depression.

Prüfungsvorbereitungslehrgang „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

© S. Brünig / Th. Wiebke

- ⇒ Verarmungswahn: Überschießerliche Überzeugung, vom finanziellen Ruin bedroht zu sein. Bei endogener Depression.
- Hypochondrischer Wahn: Wahnhafte Überzeugung, daß die Gesundheit verloren gegangen oder bedroht ist. Jedes „Zipperlein“ ist der Beweis dafür. Bei endogener Depression.
 - Querulantenwahn: Die Patientin fühlt sich gekränkt und will dieses Unrecht nicht auf sich beruhen lassen; gekennzeichnet durch einen absolut uneinsichtigen, selbstgerechten Kampf um 's Recht (jahrelanges Prozessieren).
 - Symbiotischer Wahn (Folie à deux): Ein dem Kranken Nahestehender partizipiert an dessen Wahnerleben: Induzent und Induzierter entwickeln gemeinsamen Wahn (häufiges Thema: Verfolgungswahn).

B.2 Zwang

Zwang ist gekennzeichnet durch das Auftreten von Vorstellungen und Handlungsimpulsen, die als unsinnig und Ich-fremd erlebt werden und nicht zu unterdrücken sind. Eine willentliche Beeinflussung ist nicht möglich! Der Kranke leidet unter dem Erleben; bei Unterdrückung des Zwangs tritt Angst auf. Zwangssymptome haben außerdem die Tendenz, sich auszubreiten. Zwänge sind das Leitsymptom bei Zwangsstörungen (-neurosen), kommen aber auch vor bei depressiven Syndromen, Schizophrenie und exogene Psychosen.

Formen des Zwangs

- Zwangsgedanken⁷: meist Befürchtungen, es könne anderen etwas passieren, und die Schuld liegt beim Patienten.
- Zwangshandlungen: meist aufgrund von Zwangsgedanken stereotyp wiederholte Handlungen: z. B. Kontrollzwang, Waschzwang, Ordnungszwang.
- Zwangsimpulse: sich zwanghaft aufdrängende innere Impulse, sinnlose oder gefährliche Handlungen durchzuführen (z. B. jemanden umbringen, aus dem Fenster springen); Zwangsimpulse werden fast nie realisiert!

B.3 Befürchtungen und Phobien

Jeder Mensch kennt Befürchtungen und Ängste. Erst wenn diese das Leben mehr oder weniger bestimmen und von der Umwelt als unangemessen oder gar unsinnig empfunden werden, sind sie als pathologisch zu bewerten. Solche krankhaften Befürchtungen ziehen sich z.B. in Form von übersteigertem Mißtrauen, Angst um die Gesundheit etc.

⁷ Von den Zwangsgedanken abzugrenzen ist die sog. **überwertige Idee**, bei der einer Idee oder einem Einfall eine übertriebene Bedeutung beigemessen wird, welche Denken und Handeln prägt, ohne dass dies bewusst empfunden wird. Überwertige Ideen stellen eine Sonderform der inhaltliche Denkstörungen dar.

Phobien sind zwanghafte Befürchtungen, bei denen sich die auftretenden Angstgefühle immer auf bestimmte Objekte oder Situationen beziehen. Den Betroffenen ist dabei bewußt, daß seine Angst unbegründet ist. Die angstauslösenden Situationen werden meist vermieden. Beispiele sind Tierphobien, Agoraphobie (Angst vor weiten Plätzen), Klaustrophobie (Angst vor engen Räumen), Aichmophobie od. Akrophobie (Höhenangst), Erythrophobie (Angst zu erröten).

2.8 Wahrnehmungstörungen

Unter Wahrnehmung wird ein komplexer Vorgang von Sensibilität, Empfindung und integrativer Verarbeitung von Umwelt- und Körperreizen. Störungen der Wahrnehmung können durch eine Beeinträchtigung der Funktion von Sinnesorganen, Rezeptoren oder Nerven sowie eine Störung der Wahrnehmungsverarbeitung (z.B. bei Halluzination oder Illusion) verursacht werden.

Wahrnehmung kann *quantitativ* gestört sein (z.B. lückenhafte, verminderte, beschleunigte oder intensivierete Wahrnehmung). Qualitative Wahrnehmungsstörungen sind Störungen des Wahrnehmungserlebens bzw. der Wahrnehmungsverarbeitung, ohne daß entsprechende Außenreize vorhanden sind. In der Psychiatrie werden daher vor allem *Halluzinationen* von *Illusionen* unterschieden.

A. Halluzinationen

Als Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen) werden Wahrnehmungserlebnisse ohne entsprechenden Außenreiz bezeichnet, die vom Betroffenen für wirkliche Sinneseindrücke gehalten werden. Halluzinationen können auf alle Sinnesgebiete bezogen sein. Bleibt das kritische Realitätsurteil weitgehend erhalten (die Unwirklichkeit wird erkannt) und werden die Phänomene weniger „leibhaftig“ erlebt, so spricht man von Pseudohalluzinationen. Beide sind von Illusionen zu unterscheiden, die nur eine (meist flüchtige) verfälschte Wahrnehmung realer Objekte darstellt.

- Akustische Halluzinationen: Stimmenhören, evtl. als Gedankenlautwerden. Amorphe akustische Reize werden innerhalb oder außerhalb des Körpers wahrgenommen. Man unterscheidet Stimmen, die den Betroffenen direkt ansprechen und ihm Gedanken eingeben wollen (imperativ) oder die Handlungen begleiten (kommentierend) von solchen, die als Rede und Gegenrede von Dritten empfunden werden (dialogische Stimmen). Diese Halluzinationen lassen sich manchmal aus der Mimik des Patienten vermuten. Akustische Halluzinationen (= **Akoasmen**) kommen besonders beim **Alkoholismus** (v.a. dialogische Stimmen) und bei der **Schizophrenie** (eher kommentierende oder befehlende Stimmen) vor.
- Optische Halluzinationen: Gesichtswahn mit der Wahrnehmung kleiner Gegenstände, Tiere oder Figuren, ganzer Bilder und Szenen (z.B. weiße Mäuse). Geformte bewegte Situationen in schwarz-weiß, ungeformte meist in Farben. Sie kommen besonders beim **Alkoholdelir**, aber auch bei der Schizophrenie (hier mehr szenischer Charakter) vor. Depressive können Schatten, Skelette oder Fratzen sehen.
- Olfaktorische Halluzinationen: Sinnestäuschungen im Geruchssinn (z.B. wird der Geruch von Gas wahrgenommen).

Prüfungsvorbereitungslehrgang „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

© S. Brünig / Th. Wiebke

- Gustatorische Halluzinationen: Sinnestäuschungen im Geschmacksbereich (z.B. wird ein fauliger Geschmack im Mund wahrgenommen); beim Vergiftungswahn (v.a. bei Schizophrenie) haben die Betroffenen einen metallischen Geschmack.
⇒ Geruchs- und Geschmackshalluzinationen treten oft gemeinsam auf, z.B. während der **epileptischen Aura**, bei **Tumoren** in entsprechenden Hirnarealen und als **Initialsymptom bei Schizophrenie!**
- Halluzinationen des Tastsinnes (haptische u. taktile Halluzinationen) und der Leibgefühle (Körperhalluzinationen bzw. -mißempfindungen): Sinnestäuschungen im Bereich des Tastsinnes und der Körperwahrnehmung, die nicht als von außen gemacht empfunden werden (Zerren, Brennen, Anfressen innerer Organe, das Gefühl, übergroße Arme oder Beine zu haben; Zoenästhesie = Leibgefühl; Vorkommen: **Delir, zoenästhetische Schizophrenie, wahnhaftes Hypochondrie**). Wahrnehmungen im Bereich der Haut und Schleimhaut. Wie angeblasen werden, festgehalten sein, stechen, bohren, durchsägen, sengen. Dermatozoen zeigen Kribbeln unter der Haut (**Dermatozoenwahn**; kleine Tiere krabbeln auf der Haut; **Enterozoenwahn**: kleine Tiere krabbeln im Körperinneren; Dermatozoen- und Enterozoenwahn treten bei diffusen zerebralen Erkrankungen auf, z. B. bei **seniler Demenz**). **Schizophrene** können das Gefühl der Amputation haben. Sonstiges Vorkommen bei **organischen Psychosen (Delir, Kokaindelir)**.
- Leibhalluzinationen: Leibliche Beeinflussungserlebnisse, den den Charakter des von außen Gemachten haben (Elektrisierung, Bestrahlung oder hypnotische Beeinflussung). Bei **Schizophrenie**.

B. Illusionen

Verfälschte wirkliche Wahrnehmung als Karikatur des Normalen. Etwas gegenständlich Vorhandenes wird für etwas anderes gehalten. Dinge werden dabei im Sinne des Gesamtzusammenhangs korrigiert (Überlesen von „Druckfehlern“). Im Gegensatz zur Halluzination ist bei der Illusion der Gegenstand der Wahrnehmung materiell vorhanden.

Illusionäre Verkennungen sind für den diagnostischen Bereich ohne große Bedeutung, da es auch im nicht-psychotischen Seelenleben ohne stärkere Affektspannungen zu flüchtigen Illusionen kommen kann (Beispiel: nachts wird ein Strauch am Straßenrand als eine kauende Person verkannt).

Differentialdiagnostisch ist der Unterschied zur *Wahnwahrnehmung* zu beachten, hier wird der Gegenstand zwar richtig erkannt, ihm aber eine abnorme Bedeutung verliehen.

2.9 Ich-Störungen

Ich-Erleben bedeutet das Erleben einer personalen Identität: *Ich mache* bestimmte Erfahrungen, seelische Prozesse laufen ab etc..... und *ich erkenne* das alles als zu mir gehörig. Bei *Ich-Störungen* wird die Grenze zwischen dem Ich und der Umwelt durchlässig und die Ich-Haftigkeit des Erlebens verändert sich bzw. verschwimmt.

Vorkommen: bei Gesunden in besonderen Situationen wie Ermüdung, Erschöpfung, Isolation, Pubertät, Adoleszenz, Klimakterium; außerdem bei neurotischer und endogener Depression,

Prüfungsvorbereitungslehrgang „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

© S. Brünig / Th. Wiebke

Manie, **Schizophrenie**, toxisch und organisch begründbaren Psychosen, Wahn, Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Ich-Störungen schizophrener PatientInnen werden auch als Störung der „Meinhaftigkeit“ (Integrität des Ich) bezeichnet. Der Schizophrene bringt das Erlebte und Empfundene mit einer Beeinflussung von außen in Zusammenhang.

Wir unterscheiden:

- Depersonalisation: Störungen im Einheitserleben einer Person bzw. des Ich-Erlebens, des Bewußtseins seiner selbst. Psychische Vorgänge werden nicht mehr als dem Ich zugehörig und meinhaft erlebt. Der selbstverständliche lebendige Bezug ist verlorengegangen. Der Betroffene erlebt sich sich selbst entfremdet, unvertraut oder unwirklich.
- Derealisation: Ist die Umgebung in die Entfremdung einbezogen, erscheint sie also unwirklich, fremdartig oder räumlich verfälscht, so spricht man von Derealisation (zusammenfassend vom „Entfremdungssyndrom“).
- Multiple Persönlichkeitstörung: In einem Individuum scheinen verschiedene Persönlichkeiten zu existieren (Spaltungs- und Verdoppelungsgefühle, wenn sich Persönlichkeitsanteile scheinbar verselbständigen). Meist hintereinander auftretende Zustände unterschiedlichen Bewußtseins, i.d.R. ohne Kenntnis der einen Form von der anderen (z.B. Dr. Jekyll and Mr. Hyde). Synonyme: *Alternierende Persönlichkeit, dissoziative Identitätsstörung*
- Gedankenausbreitung: Der Betroffene klagt darüber, daß seine Gedanken nicht mehr ihm allein gehören, daß andere daran Anteil haben (sie praktisch hören können) und wissen, was er denkt.
- Gedankenentzug: Die Betroffenen berichten von der Unfähigkeit, einen Gedanken zu Ende zu denken. Sie haben das Gefühl, es würden ihnen die Gedanken weg genommen, entzogen (von einer Macht oder Kraft).
- Gedankeneingebung: Die eigenen Gedanken und Vorstellungen werden als von außen eingegeben, beeinflusst, gesteuert, gemacht oder gelenkt empfunden.
- Fremdbeeinflussungserlebnisse: Der Betroffene empfindet sein Fühlen, Streben, Wollen und Handeln als von außen gemacht, gelenkt, gesteuert.
- Autismus: Isolierung des Ichs, Abschottung in die eigene Welt („In-mich“). Vorkommen als sog. frühkindlicher Autismus sowie bei Schizophrenie, Neurose oder Persönlichkeitsstörung.

2.10 Störungen der Affektivität

Der Bereich der Affektivität oder auch Emotionalität umfaßt sowohl die meist nur kurz dauernden Affekte („Gefühlswallungen“ wie Zorn, Wut, Haß, Ärger oder Freude) wie auch die längerfristig bestehenden Stimmungen bzw. länger anhaltenden Gefühlszustände (Traurigkeit, Depression).

Störungen der Affektivität treten sowohl bei der Schizophrenie als auch bei endogenen Depressionen, hirnorganischem Psychosyndrom, psycholabilen Menschen, bei Patienten unter

Prüfungsvorbereitungslehrgang „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

© S. Brünig / Th. Wiebke

Neuroleptika und Lithium usw. auf. Die Behauptung, Affektivitätsstörungen treten nur bei Schizophrenie auf, ist falsch.

Es werden unterschieden:

- Inadäquater Affekt (Parathymie): Gefühlsregung, die nicht der aktuellen Situation entspricht. Gefühlsausdruck und Erlebnisinhalt stimmen dabei nicht überein (Lachen auf einer Beerdigung). Vorkommen am ehesten bei Schizophrenie.
- Ambivalenz: Gegensätzliche Gefühle, Stimmungen, Strebungen, Einsichten etc. (z.B. in bezug auf eine bestimmte Person, Vorstellung oder Handlung) bleiben nebeneinander bestehen und führen zu einem angespannten Zustand, sehr quälend (z.B. Furcht und Verehrung). Mit dem Begriff Ambitendenz wird eine Ambivalenz des Wollens bezeichnet, bei der gegensätzliche Strebungen und Antriebe vorhanden sind, die oftmals zum Abruch bzw. zum vollständigen Unterlassen von Handlungen führen. Vorkommen bei Depression, Zwangskrankheit, manisch-depressiven Mischzuständen, Schizophrenie.
- Affektinkontinenz: Zustand, in dem Gefühlsregungen nur schlecht beherrscht werden, die Affekte springen rasch und stark an. Vorkommen bei **HOPS**, **zerebralen Abbauprozessen**, psycholabilen Menschen.
- Affektlabilität: Sie ist wie die Affektinkontinenz eine Regulationsstörung. Ein rascher und überschießender Stimmungswechsel tritt schon bei geringsten Anlässen auf. Vorkommen bei **HOPS**, psycholabilen Menschen, Kindern und Infantilen, Oligophrenie, **manisch-depressiven Mischzuständen**.
- Affektarmut: Zustand geringer Affekt- und Gefühlsansprechbarkeit. Der Betroffene wirkt gleichgültig, emotional verhalten, kaltherzig bis brutal, lust- und interesselos („Erstarren, Absterben, innere gähnende Leere“). Vorkommen bei HOPS, konstitutionell auf psychopathisch-neurotischer Grundlage, Restsymptom bei schizophrener Erkrankung, sekundäre Entwicklung bei Süchtigen, Patienten unter Neuroleptika und Lithium.
- Affektstarrheit: Verminderung der affektiven Modulationsfähigkeit. Der Betroffene verharrt ohne Modulation in bestimmten Stimmungen, unabhängig von der äußeren Situation. Vorkommen bei HOPS, Schizophrenie, chronisch gereizter Manie, **Depression**.
- läppischer Affekt: alberne, leere Heiterkeit; Verflachung der Affekte. Vorkommen bei Hebephrenie.
- Innere Unruhe: Der Patient klagt, dass er seelisch bewegt, in Aufregung oder in Spannung ist.
- Apathie: Gefühllosigkeit, Teilnahmslosigkeit. Vorkommen bei Schizophrenen im späten Stadium.
- Dysphorie: Missmutige Stimmungslage, gereizte Verstimmtheit. Vorkommen häufig bei Manien, Schizophrenie, organischen Störungen, auch persönlichkeitsbedingt.
- Euphorie: Zustand des übersteigerten Wohlbefindens, des Behagens, der Heiterkeit, der Zuversicht, des gesteigerten Vitalgefühls. **Leitsymptom der Manie**, aber auch bei Schizophrenie, organischen Störungen.

Prüfungsvorbereitungslehrgang „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

© S. Brünig / Th. Wiebke

- Störung der Vitalgefühle: Fehlende körperliche Frische, Spannkraft; stattdessen Müdigkeit, Niedergeschlagenheit, oft begleitet von Druck auf der Brust usw. Vorkommen bei **Depression**.
- Depressivität (Deprimiertheit): Herabgestimmte, negativ getönte Befindlichkeit im Sinne von Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Lustlosigkeit, Hoffnungslosigkeit. **Leitsymptom affektiver Störungen**.
- Angst: Ein auch körperlich empfundenes Erleben des Unheimlichen, Bedrohlichen und Gefährlichen; wird oft begleitet von körperlichen Symptomen wie Schwitzen, Zittern, Mundtrockenheit, Herzrasen etc. Man unterscheidet zwischen frei flottierender, unbestimmter Angst, die auf nichts bezogen ist („neurotische Angst“), Realangst (bei Katastrophen und Gefahrensituationen) und anfallsartig auftretender Panik. **Leitsymptome der Angststörungen**.
- Affekthandlungen: Handlungen, die durch unkontrollierte Gefühlsregungen gesteuert sind („Kurzschlusshandlung“).

2.11 Störungen des Antriebs und der Psychomotorik⁸

Unter **Antrieb** (im Englischen heißt es "impulse") versteht man vereinfacht gesagt die innere Kraft oder Energie, die es uns überhaupt ermöglicht **zielgerichtet!!!** aktiv zu werden; wenn wir antriebslos sind, fehlt uns diese Energie, und wir sind psychisch und physisch nicht mehr leistungsfähig, selbst wenn wir das eigentlich wollen. Der Antrieb ist v.a. am Ausdrucksverhalten und der Psychomotorik eines Menschen zu erkennen.

Der Begriff **Psychomotorik** bezieht sich mehr auf das Ausdrucksverhalten und unsere Bewegungen; auch beim Gesunden spiegelt sich der Seelenzustand ja z.B. in Mimik und Gestik wieder, auffällige Abweichungen von solcher "normaler" Psychomotorik wie z.B. sehr hastige, oft ungeschickt wirkende Bewegungen, sehr verlangsamte Bewegungen oder gar eine nahezu vollständige innere und äußere Erstarrung (Stupor), sich ständig wiederholende Bewegungsmuster (Stereotypien) usw. sind dann eben Störungen der Psychomotorik und können (gemeinsam mit anderen Störungen/Symptomen) auf psychische Krankheiten hinweisen.

A. Störungen des Antriebs

- Antriebsschwäche/-mangel/-armut/-hemmung: Verminderung bzw. Fehlen von Spontantrieb mit Trägheit, Mangel an Leistung, Mangel an Initiative und Energie, u. a. erkennbar an der spärlichen spontanen Motorik und der mangelnden Aktivität. Dabei wird

⁸ Antriebs- und psychomotorische Störungen gehen natürlich oft Hand in Hand: eine ausgeprägte Antriebslosigkeit oder Antriebshemmung etwa wird oft auch von einer Hypokinesie (herabgesetzte bzw. eingeschränkte Bewegungen), evtl. auch von einem Mutismus (Wortkargheit bzw. Nichtsprechen) begleitet sein - beides kann z.B. bei depressiven Syndromen vorkommen. Beide Formen von Störungen kommen vor bei schweren Körperkrankheiten (v.a. endokrinen Störungen, diffusen und lokalen Hirnschädigungen), affektiven und schizophrenen Psychosen, psychoseaktiven und neurotischen Störungen. Darüber hinaus können sie auch pharmakologisch bedingt sein.

Prüfungsvorbereitungslehrgang „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

© S. Brünig / Th. Wiebke

manchmal die Energie nicht einfach als vermindert erlebt, sondern als gebremst; dadurch entsteht oft eine erhöhte innere Unruhe und Anspannung. Vorkommen v.a. bei Depression.

- Antriebssteigerung: Erhöhte Aktivität, starker Bewegungsdrang. Zunahme der Aktivität im Rahmen einer geordneten und zielgerichteten Tätigkeit; eine Antriebssteigerung geht oft mit einer erhöhten Aggressivität einher, in schweren Fällen bis hin zur Tobsucht.
- Beschäftigungsdrang: Motorische Unruhe mit scheinbar gerichteten, oft aber sinnlosen Tätigkeiten (z.B. „Flocken wegwischen“, „Geld sammeln“). Vorkommen besonders bei Schizophrenie und organischen Störungen.

B. Störungen der Psychomotorik

- Hyperkinese: Bewegungsunruhe von impulsivem Charakter. Vorkommen z.B. bei **hirngeschädigten Kindern**, auch als Steigerung der Motorik bei **Psychosen**.
- Hypokinese, Akinese: Bewegungslosigkeit, herabgesetzte oder fehlende Bewegung. Vorkommen insbesondere bei organischen Störungen.
- Stupor: Relative Bewegungslosigkeit mit Einschränkung der Reizaufnahme und -reaktion (z.B. vor Schreck/Angst erstarren). Meist ist auch ein Mutismus vorhanden, im Extremfall kommt es zur Katatonie. Der Stupor unterscheidet sich von der Akinese dadurch, daß der Patient auf äußere Reize nicht mehr oder nur noch mit Einschränkung reagiert. Vorkommen psychogen bei **Depressionen, Schizophrenie** und bei **körperlich bedingten psychischen Störungen**.
- Katatonie: Zustand, bei dem Störungen der Willkürmotorik im Vordergrund stehen; die Symptomatik umfaßt hier zwei entgegengesetzte, manchmal im schnellen Wechsel auftretende Formen:
 1. katatoner Sperrungszustand mit Hemmung der Motorik, Stupor u.a.
 2. katatoner Erregungszustand mit psychomotorischer Erregung.

Die Symptome der Katatonie können Tage bis Monate andauern. Vorkommen z.B. als (günstige) Verlaufsform der Schizophrenie (katatoner Typus), bei Infektionskrankheiten, Hirntumoren oder endogener Depression.

- Katalepsie: Langes und starkes Beibehalten unnatürlicher Haltungen. Die Extremitäten des Patienten lassen sich wie bei einer Gliederpuppe in unterschiedliche Positionen bringen, die dann beibehalten werden („wächserne Biegsamkeit“ der Extremitäten). Vorkommen bei organischen Störungen (postenzephalitisches Syndrom, Schädel-Hirn-Trauma) und bei Schizophrenie.
- Raptus: Plötzlich einsetzender Erregungszustand, oft mit ungeordnetem Bewegungsturm (plötzlich aus der Ruhe heraus schreien, toben, gegen die Wände/Türen rennen oder Anwesende angreifen). Vorkommen z.B. bei Schizophrenie, Depression und im Zusammenhang mit katatonen Erregungszuständen.
- Stereotypien: Gleichförmig wiederholte Bewegungen verschiedenster Art. Äußerungen auf sprachlichem (= Echolalie) und motorischem (= Automatismen) Gebiet mit der Tendenz, lange Zeit in immer gleicher Form wiederholt zu werden und sinnlos zu erscheinen.

Prüfungsvorbereitungslehrgang „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

© S. Brünig / Th. Wiebke

- ⇒ Ein sog. Tic⁹ ist eine stereotyp wiederholte, zwangsartige Bewegung in Mimik oder Gestik, abhängig von Stimmung, Spannung und Intensität. Rasche und unwillkürliche Muskelzuckungen. Vorkommen bei neurotischen Störungen (v.a. Konversionsneurosen) und bei organischen bzw. neurologischen Erkrankungen (z.B. Chorea).
- ⇒ Echolalie/Echopraxie: Alles Gehörte oder Gesprochene wird nachgesprochen oder nachgemacht. Vorkommen bei Schizophrenie, Hirnschädigungen.
- ⇒ Automatismen: Der Betroffene führt Handlungen aus, die er nicht von sich selbst verursacht empfindet. Vorkommen bei Schizophrenie, Demenzen, HOPS.
- Motorische Unruhe: Ziellose und ungerichtete motorische Aktivität, die sich bis zur Tobsucht steigern kann.
- Negativismus: Auf eine Aufforderung hin wird automatisch das Gegenteil des Verlangten oder gar nichts getan.
- Befehlsautomatie: Automatenhaftes Befolgen gegebener Befehle.
- Paramimie: Mimisches Verhalten und affektiver Erlebnisgehalt stimmen nicht überein.
- Bizarres und inadäquates Verhalten: ungewöhnliches, vom soziokulturellen Standard abweichendes Verhalten, Vorkommen v.a. bei Schizophrenie; Beispiele:
 - ⇒ Unanständiges Reden u./o. Verhalten
 - ⇒ Posen: Annehmen und Beibehalten von Körperhaltungen, die den üblichen Gepflogenheiten nicht entsprechen
 - ⇒ Manierismen: Sonderbare, unnatürliche, gekünstelte, oft „süßliche“ Züge des Verhaltens, Sprechens etc.
- Mutismus: Wortkargheit bis Nichtsprechen trotz intakter Sprachfähigkeit. Vorkommen insbes. bei Depression und Schizophrenie.
- Logorrhoe: Übermäßiger Rededrang. Bei Manie und sensorischer Aphasie.

⁹ Beim sog. Tourette-Syndrom kommt es zu plötzlichen, ticartigen Bewegungsstörungen v. a. im Bereich von Gesicht (Augenzwinkern, Mundverzerren, Zungenschnalzen), Hals (ruckartige Kopfdrehungen) und Schultern, die höchstens kurzzeitig willkürlich unterdrückt werden können; darüber hinaus kann es zu zwangsartigen Handlungen wie dem Ausstoßen von Schreien oder vulgären Ausdrücken (v.a. aus dem Bereich der Fäkalsprache = Koprolalie) oder zu Echopraxie kommen.