Christopher Ofenstein
Lehrbuch Heilpraktiker für Psychotherapie

Leseprobe

Lehrbuch Heilpraktiker für Psychotherapie
von Christopher Ofenstein
Herausgeber: Elsevier Urban&Fischer Verlag

http://www.narayana-verlag.de/b20726

Im Narayana Webshop finden Sie alle deutschen und englischen Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise.

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.
Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern
Tel. +49 7626 9749 700
Email info@narayana-verlag.de
http://www.narayana-verlag.de

Narayana Verlag

Inhaltsverzeichnis

I Grundlagen 1

1 Fachbereiche 3
1.1 Psychiatrie 4
1.2 Neurologie 4
1.3 Psychosomatik 5
1.4 Psychologie 5
1.5 Psychotherapie 5

2 Heilpraktiker für Psychotherapie 7
2.1 Berufsbild 8
2.2 Ausbildung 8
2.3 Zulassungsvoraussetzungen und Überprüfung . . 8
2.4 Berufsbezeichnung 9
2.5 Gesetzliche Grundlagen über die Ausübung der Heilkunde 10
2.5.1 Heilpraktikergesetz 10
2.5.2 Berufsordnung für Heilpraktiker 10
2.5.3 Verbote für den Heilpraktiker für Psychotherapie . . 10
2.5.4 Behandlungsvertrag 11
2.5.5 Haftpflicht 11
2.5.6 Aufklärungspflicht 11
2.5.7 Sorgfaltspflicht 11
2.5.8 Schweigepflicht 11
2.5.9 Dokumentationspflicht 11
2.6 Arbeitsgebiete des Heilpraktikers für Psychotherapie 11
2.7 Therapeutische Arbeit 12

3 Klassifikation psychischer Störungen 15
3.1 Das triadische System 16
3.1.1 Exogene Störungen 16
3.1.2 Endogene Störungen 16
3.1.3 Psychogene Störungen 17
3.1.4 Grenzen des triadischen Systems 17
3.2 Moderne Klassifikationssysteme 17

4 Psychiatrische und psychotherapeutische Diagnostik 19
4.1 Eigenanamnese 20
4.2 Fremdanamnese 21
4.3 Psychopathologischer Befund 21
4.4 Körperliche Untersuchung, testpsychologische und apparative Zusatzuntersuchungen 21
4.5 Vorgehen bei der psychiatrischen Diagnostik . . . 22

5 Allgemeine Psychopathologie und psychopathologischer Befund 25
5.1 Bewusstseinsstörungen 26
5.1.1 Quantitative Bewusstseinsstörungen 26
5.1.2 Qualitative Bewusstseinsstörungen 26
5.2 Orientierungsstörungen 27
5.3 Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen . . . 27
5.4 Denkstörungen 28
5.4.1 Formale Denkstörungen 28
5.4.2 Inhaltliche Denkstörungen 29
5.5 Wahrnehmungsstörungen und Sinnestäuschungen 31
5.5.1 Illusionen 32
5.5.2 Halluzinationen 32
5.5.3 Pseudohalluzinationen 32
5.6 Ich-Störungen 32
5.7 Störungen der Affektivität und Angst 33
5.8 Antriebsstörungen 34
5.9 Psychomotorische Störungen 35
5.10 Weitere wichtige psychopathologische Aspekte . 35
5.11 Somatische Aspekte 35
5.12 Abfassen des psychopathologischen Befunds . . . 36

6 Therapie psychischer Störungen 39
6.1 Psychopharmakotherapie 40
6.2 Nichtmedikamentöse biologische Verfahren 40
6.3 Psychotherapie 40
6.4 Soziotherapie 40
6.4.1 Ergotherapie 40
6.4.2 Kreative Therapien 41
6.5 Psychiatrisch-psychotherapeutische Rehabilitation 41

II Psychotherapie 43

7 Grundlagen der Psychotherapie 45
7.1 Definition 46
7.2 Einteilung 46
7.3 Setting 47
7.4 Voraussetzungen 47
7.5 Wirksamkeit 48
7.6 Unerwünschte Effekte 49

8 Psychotherapeutische Verfahren 51
8.1 Psychoanalytische Therapie 52
8.1.1 Definition 52
8.1.2 Grundannahmen 52
8.1.3 Psychoanalytisches Krankheitskonzept 57
8.1.4 Therapiesetting 58
8.1.5 Therapievoraussetzungen 58
8.1.6 Therapieprinzipien 58
8.1.7 Interventionstechniken 59

8.1.8 Therapieindikationen 60
8.2 Verhaltenstherapie 61
8.2.1 Definition 61
8.2.2 Grundannahmen 61
8.2.3 Modernes verhaltenstherapeutisches Krankheitskonzept 65
8.2.4 Therapiesetting 65
8.2.5 Therapievoraussetzungen 65
8.2.6 Therapieprinzipien 66
8.2.7 Interventionstechniken 66
8.2.8 Therapieindikationen 70
8.3 Systemische Psychotherapie 71
8.4 Humanistische und erlebnisorientierte Verfahren . 71
8.4.1 Gesprächspsychotherapie 71
8.4.2 Gestalttherapie 72
8.4.3 Logotherapie und Existenzanalyse 73
8.4.4 Weitere wichtige Psychotherapien 73
8.5 Ergänzende spezielle Psychotherapieverfahren . . 73
8.5.1 Körperorientierte Psychotherapieverfahren 73
8.5.2 Entspannungsverfahren 74
8.5.3 Hypnotherapie 74
8.5.4 Psychoedukation 74
8.5.5 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) 75

III Psychiatrische Krankheitsbilder 77

9 Organische psychische Störungen 79
9.1 Definition 80
9.2 Klassifikationen 80
9.2.1 Klassifikation nach der Symptomatik (ICD-10) 80
9.2.2 Klassifikation nach dem triadischen System 80
9.2.3 Klassifikation nach der Ätiologie 81
9.3 Organische psychische Störungen ersten Ranges 81
9.3.1 Demenzen (ICD-10: F00) 81
9.3.2 Organisches amnestisches Syndrom (ICD-10: F04) . 88
9.3.3 Delir (ICD-10: F05) 88
9.4 Organische psychische Störungen zweiten Ranges 90
9.4.1 Organische Halluzinose (ICD-10 F06.0) 90
9.4.2 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (ICD-10 F07) 91

10 Stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen 93
10.1 Abhängigkeit und Sucht 94
10.1.1 Definitionen 94
10.1.2 Klassifikation nach ICD-10 95
10.1.3 Symptomatik 95
10.1.4 Diagnostik 96
10.1.5 Krankheitsverlauf und Epidemiologie 96
10.1.6 Ätiologie 97
10.1.7 Therapie 98
10.2 Störungen durch Alkohol (ICD-10: F10) 99
10.2.1 Alkoholabhängigkeit 99
10.2.2 Neuropsychiatrische Folgeschäden der Alkoholabhängigkeit 105
10.3 Störungen durch Opioide (ICD-10: F11) 110
10.3.1 Definition 110
10.3.2 Symptomatik 111
10.3.3 Diagnostik 111
10.3.4 Epidemiologie 112
10.3.5 Ätiologie 112
10.3.6 Therapie 112
10.4 Störungen durch Cannabinoide (ICD-10: F12) . . . 112
10.4.1 Definition 113
10.4.2 Symptomatik 113
10.4.3 Diagnostik 114
10.4.4 Epidemiologie 114
10.4.5 Ätiologie 114
10.4.6 Therapie 114
10.5 Störungen durch Medikamente (ICD-10: F13) . . . 115
10.5.1 Definition 115
10.5.2 Symptomatik 115
10.5.3 Epidemiologie 116
10.5.4 Ätiologie 116
10.5.5 Therapie 117
10.6 Störungen durch Kokain (ICD-10: F14) 117
10.6.1 Definition 117
10.6.2 Symptomatik 118
10.6.3 Diagnostik 118
10.6.4 Epidemiologie 119
10.6.5 Ätiologie 119
10.6.6 Therapie 119
10.7 Störungen durch sonstige Stimulanzien (ICD-10: F15) 119
10.7.1 Definition 119
10.7.2 Symptomatik 120
10.7.3 Diagnostik 120
10.7.4 Epidemiologie 120
10.7.5 Ätiologie 120
10.7.6 Therapie 120
10.8 Störungen durch Halluzinogene (ICD-10: F16) . . . 121
10.8.1 Definition 121
10.8.2 Symptomatik 121
10.8.3 Diagnostik 122
10.8.4 Therapie 122
10.9 Störungen durch Nikotin (ICD-10: F17) 122
10.9.1 Definition 122
10.9.2 Symptomatik 122
10.9.3 Krankheitsverlauf und Epidemiologie 122
10.9.4 Therapie 123
10.10 Störungen durch flüchtige Lösungsmittel (ICD-10: F18) 123

10.10.1 Definition . . . 123
10.10.2 Symptomatik . . . 123
10.10.3 Epidemiologie . . . 124
10.10.4 Ätiologie . . . 124
10.10.5 Therapie . . . 124

11 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen . . . 127
11.1 Definition . . . 128
11.2 Klassifikationen . . . 128
11.2.1 Klassifikation nach ICD-10 . . . 128
11.2.2 Klassifikation nach dem triadischen System . . . 128
11.3 Schizophrenien (ICD-10: F20) . . . 129
11.3.1 Symptomatik . . . 129
11.3.2 Subtypen der Schizophrenie . . . 133
11.3.3 Diagnostik nach ICD-10 . . . 136
11.3.4 Krankheitsverlauf und Epidemiologie . . . 137
11.3.5 Ätiologie . . . 138
11.3.6 Therapie . . . 141
11.4 Schizotype Störung (ICD-10: F21) . . . 146
11.4.1 Definition . . . 146
11.4.2 Symptomatik und Diagnostik . . . 146
11.4.3 Epidemiologie und Krankheitsverlauf . . . 146
11.4.4 Ätiologie . . . 147
11.4.5 Therapie . . . 147
11.5 Anhaltende wahnhafte Störungen (ICD-10: F22) . . . 147
11.5.1 Definition . . . 147
11.5.2 Symptomatik und Diagnostik . . . 147
11.5.3 Epidemiologie und Krankheitsverlauf . . . 147
11.5.4 Therapie . . . 147
11.6 Akute vorübergehende psychotische Störungen (ICD-10: F23) . . . 147
11.6.1 Definition . . . 147
11.6.2 Symptomatik und Diagnostik . . . 147
11.6.3 Epidemiologie und Krankheitsverlauf . . . 148
11.6.4 Therapie . . . 148
11.7 Induzierte wahnhafte Störung (ICD-10: F24) . . . 148
11.8 Schizoaffektive Störungen (ICD-10: F25) . . . 148
11.8.1 Definition . . . 149
11.8.2 Symptomatik und Diagnostik . . . 149
11.8.3 Epidemiologie und Krankheitsverlauf . . . 149
11.8.4 Therapie . . . 149

12 Affektive Störungen . . . 151
12.1 Definition . . . 152
12.2 Klassifikationen . . . 152
12.2.1 Klassifikation nach ICD-10 . . . 152
12.2.2 Klassifikation nach dem triadischen System . . . 153
12.3 Symptomatik und Diagnostik . . . 154
12.3.1 Depressive Episode (ICD-10: F32) . . . 154
12.3.2 Rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33) . . . 161
12.3.3 Anhaltende affektive Störungen (ICD-10: F34) . . . 161
12.3.4 Manische Episode (ICD-10: F30) . . . 163
12.3.5 Bipolare affektive Störung (ICD-10: F31) . . . 166
12.4 Krankheitsverlauf und Epidemiologie . . . 167
12.4.1 Verlauf . . . 167
12.4.2 Epidemiologie . . . 168
12.5 Ätiologie . . . 168
12.5.1 Genetische Faktoren . . . 168
12.5.2 Veränderungen im Neurotransmittersystem . . . 169
12.5.3 Neuroendokrinologische Faktoren . . . 169
12.5.4 Hirnmorphologische Veränderungen . . . 169
12.5.5 Chronobiologische Faktoren . . . 169
12.5.6 Psychoreaktive Faktoren . . . 169
12.5.7 Kognitive und lerntheoretische Aspekte . . . 169
12.5.8 Psychodynamische Aspekte . . . 170
12.5.9 Persönlichkeitsfaktoren . . . 170
12.5.10 Vulnerabilitäts-Stress-Modell . . . 170
12.6 Therapie . . . 171
12.6.1 Allgemeine Empfehlungen . . . 171
12.6.2 Akuttherapie depressiver Episoden . . . 171
12.6.3 Akuttherapie manischer Episoden . . . 177
12.6.4 Akuttherapie bipolarer affektiver Störungen . . . 178
12.6.5 Therapie der Dysthymia und Zyklothymia . . . 178
12.6.6 Erhaltungs- und Rezidivprophylaxe affektiver Störungen . . . 178

13 Neurotische und somatoforme Störungen . . . 181
13.1 Definition . . . 182
13.2 Klassifikationen . . . 182
13.2.1 Klassifikation nach dem triadischen System . . . 182
13.2.2 Klassifikation nach ICD-10 . . . 183
13.3 Angststörungen . . . 183
13.3.1 Symptomatik und Diagnostik . . . 183
13.3.2 Differenzialdiagnosen . . . 187
13.3.3 Krankheitsverlauf und Epidemiologie . . . 188
13.3.4 Ätiologie . . . 188
13.3.5 Therapie . . . 190
13.4 Zwangsstörungen (ICD-10: F42) . . . 191
13.4.1 Definition . . . 191
13.4.2 Symptomatik . . . 191
13.4.3 Diagnostik . . . 192
13.4.4 Krankheitsverlauf und Epidemiologie . . . 193
13.4.5 Ätiologie . . . 194
13.4.6 Therapie . . . 194
13.5 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) (ICD-10: F44) . . . 196
13.5.1 Definition . . . 196
13.5.2 Symptomatik . . . 196
13.5.3 Diagnostik . . . 197
13.5.4 Krankheitsverlauf und Epidemiologie . . . 197
13.5.5 Ätiologie . . . 198
13.5.6 Therapie . . . 198
13.6 Somatoforme Störungen (ICD-10: F45) . . . 199

13.6.1 Das Leiden des eingebildeten Kranken 199
13.6.2 Symptomatik und Diagnostik 200
13.6.3 Krankheitsverlauf und Epidemiologie 203
13.6.4 Ätiologie 204
13.6.5 Therapie 205

14 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen 207
14.1 Schwere Belastung und Traumatisierung 208
14.1.1 Definition (ICD-10: F43) 208
14.1.2 Reaktionen 208
14.1.3 Einteilung nach Schweregrad 209
14.1.4 Einteilung nach Dauer 209
14.2 Akute Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0) 209
14.2.1 Definition 210
14.2.2 Symptomatik 210
14.2.3 Diagnostik 210
14.2.4 Ätiologie 211
14.2.5 Therapie 211
14.3 Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) 211
14.3.1 Definition 211
14.3.2 Symptomatik 211
14.3.3 Diagnostik 212
14.3.4 Ätiologie 212
14.3.5 Therapie 212
14.4 Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) 213
14.4.1 Definition 213
14.4.2 Klassifikation 214
14.4.3 Symptomatik 214
14.4.4 Diagnostik 215
14.4.5 Krankheitsverlauf 215
14.4.6 Therapie 215

15 Psychosomatische Störungen 217
15.1 Definition 218
15.2 Psychosomatische Erkrankungen im eigentlichen Sinne – Psychosomatosen 220
15.2.1 Definition 220
15.2.2 Hyperthyreose 220
15.2.3 Essenzielle Hypertonie (Bluthochdruck) 221
15.2.4 Asthma bronchiale 222
15.2.5 Rheumatoide Arthritis 223
15.2.6 Neurodermitis 224
15.2.7 Ulcus duodeni/ventriculi 225
15.2.8 Colitis ulcerosa 226
15.3 Diagnostik und Therapie psychosomatischer Störungen 226
15.3.1 Diagnostik 226
15.3.2 Therapie 226

16 Essstörungen 229
16.1 Definition 230
16.2 Klassifikation nach ICD-10 230
16.3 Symptomatik 231
16.3.1 Anorexia nervosa (ICD-10: F50.0) 231
16.3.2 Bulimia nervosa (ICD-10: F50.2) 232
16.3.3 Adipositas 234
16.3.4 Binge-Eating-Störung 235
16.4 Diagnostik 236
16.5 Krankheitsverlauf und Epidemiologie 237
16.5.1 Verlauf 237
16.5.2 Epidemiologie 237
16.6 Ätiologie 237
16.6.1 Genetische Faktoren 237
16.6.2 Soziokulturelle Faktoren 238
16.6.3 Biologische Faktoren 238
16.6.4 Psychologische Faktoren 238
16.7 Therapie 241
16.7.1 Motivationsaufbau 241
16.7.2 Normalisierung und Stabilisierung der Ernährungssituation 241
16.7.3 Psychotherapie 241
16.7.4 Medikamentöse Therapie 242

17 Sexuelle Störungen 243
17.1 Definition 244
17.2 Übergang von „normaler" Sexualität zur sexuellen Störung 244
17.3 Klassifikation nach ICD-10 245
17.4 Symptomatik 246
17.4.1 Sexuelle Funktionsstörungen (ICD-10: F52) 246
17.4.2 Störungen der Geschlechtsidentität (ICD-10: F64) 247
17.4.3 Störungen der Sexualpräferenz (ICD-10: F65) 248
17.5 Diagnostik 249
17.6 Epidemiologie und Krankheitsverlauf 249
17.7 Ätiologie 249
17.8 Therapie 250
17.8.1 Psychotherapeutische Methoden 250
17.8.2 Medikamentöse Therapie 252

18 Schlafstörungen 253
18.1 Definition 254
18.2 Klassifikation nach ICD-10 254
18.3 Symptomatik 255
18.4 Ätiologie 256
18.5 Diagnostik und Therapie 256

19 Persönlichkeitsstörungen und Störungen des Verhaltens 259
19.1 Persönlichkeitsstörungen 260
19.1.1 Definition 260

19.1.2 Klassifikation nach ICD-10 . . . 260
19.1.3 Symptomatik spezifischer Persönlichkeitsstörungen . . 261
19.1.4 Diagnostik . . . 272
19.1.5 Krankheitsverlauf und Epidemiologie . . . 273
19.1.6 Ätiologie . . . 274
19.1.7 Therapie . . . 275
19.2 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle . . . 276
19.2.1 Pathologisches Spielen (Glücksspiel) . . . 277
19.2.2 Pathologische Brandstiftung (Pyromanie) . . . 277
19.2.3 Pathologisches Stehlen (Kleptomanie) . . . 277
19.2.4 Trichotillomanie . . . 277
19.3 Schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeitserzeugenden Substanzen . . . 278

20 Kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen . . . 279
20.1 Definition . . . 280
20.2 Intelligenzminderung (ICD-10: F7) . . . 280
20.2.1 Definition . . . 280
20.2.2 Symptomatik nach ICD-10 . . . 281
20.2.3 Epidemiologie . . . 281
20.2.4 Ätiologie . . . 282
20.2.5 Therapie . . . 282
20.3 Entwicklungsstörungen (ICD-10: F8) . . . 282
20.3.1 Umschriebene Entwicklungsstörungen . . . 282
20.3.2 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (ICD-10: F84) . . . 284
20.4 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10: F9) . . 286
20.4.1 Definition . . . 286
20.4.2 Hyperkinetische Störung (ICD-10: F90) . . . 286
20.4.3 Störungen des Sozialverhaltens (ICD-10: F91) . . . 289
20.4.4 Emotionale Störungen (ICD-10: F93) . . . 290
20.4.5 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10: F94) . . . 290
20.4.6 Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit dem Beginn in der Kindheit und Jugend . . . 291

21 Suizidalität . . . 295
21.1 Definition . . . 296
21.2 Symptomatik . . . 296
21.3 Suizidformen und Suizidmethoden . . . 297
21.4 Krankheitsverlauf und Epidemiologie . . . 297
21.4.1 Verlauf . . . 297
21.4.2 Epidemiologie . . . 299
21.5 Ätiologie . . . 299
21.6 Diagnostik . . . 300
21.7 Therapie . . . 300
21.7.1 Krisenintervention bei Suizidgefahr . . . 301
21.7.2 Unterbringung . . . 302

IV Neurologie . . . 303

22 Neurologie . . . 305
22.1 Definition . . . 306
22.2 Anatomische Grundlagen . . . 306
22.2.1 Einteilung des Nervensystems . . . 306
22.2.2 Gehirnregionen . . . 307
22.2.3 Aufbau und Funktion einer Nervenzelle . . . 310
22.3 Neurologische Symptome . . . 311
22.4 Neurologische Krankheitsbilder . . . 311
22.4.1 Epilepsie . . . 311
22.4.2 Morbus Parkinson . . . 313
22.4.3 Chorea Huntington . . . 314
22.4.4 Multiple Sklerose . . . 315
22.4.5 Schädel-Hirn-Trauma . . . 317

V Gesetzliche Grundlagen . . . 319

23 Forensische Psychiatrie . . . 321
23.1 Definition . . . 322
23.2 Aufgaben . . . 322
23.3 Feststellung der Schuldfähigkeit . . . 322
23.3.1 Jugendgerichtsgesetz (JGG) . . . 323
23.4 Unterbringung psychisch Kranker . . . 323
23.4.1 Landesunterbringungsgesetz/Psychisch-Kranken-Gesetz . . . 323
23.4.2 Unterbringung nach dem Betreuungsgesetz . . . 325

VI Zusammenfassung der zeitlichen Diagnosekriterien nach ICD-10 . . . 327

24 Zusammenfassung der zeitlichen Diagnosekriterien nach ICD-10 . . . 329
24.1 Diagnosestellung anhand des Krankheitsbeginns . . . 330
24.1.1 Krankheitsbeginn: akut bis 2 Wochen . . . 330
24.1.2 Krankheitsbeginn: 4 Wochen bis 12 Monate . . . 331
24.2 Diagnosestellung anhand der Krankheitsdauer . . . 331
24.2.1 Krankheitsdauer: 1 Woche . . . 331
24.2.2 Krankheitsdauer: 2 Wochen . . . 331
24.2.3 Krankheitsdauer: 4 Wochen . . . 332
24.2.4 Krankheitsdauer: 3 Monate . . . 333
24.2.5 Krankheitsdauer: 6 Monate . . . 333
24.2.6 Krankheitsdauer: 12 Monate . . . 334
24.2.7 Krankheitsdauer: 24 Monate . . . 334
24.2.8 Krankheitsdauer: mehrere Jahre, chronische Erkrankung . . . 335

Anhang . . . 337
Lektüreempfehlungen . . . 339
Quellenverzeichnis . . . 340
Abbildungsnachweis . . . 341

Register . . . 343

KAPITEL

5 Allgemeine Psychopathologie und psychopathologischer Befund

5.1 Bewusstseinsstörungen 26
5.1.1 Quantitative Bewusstseinsstörungen 26
5.1.2 Qualitative Bewusstseinsstörungen 26

5.2 Orientierungsstörungen 27

5.3 Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen . . 27

5.4 Denkstörungen 28
5.4.1 Formale Denkstörungen 28
5.4.2 Inhaltliche Denkstörungen 29

5.5 Wahrnehmungsstörungen und Sinnestäuschungen 31
5.5.1 Illusionen 32
5.5.2 Halluzinationen 32
5.5.3 Pseudohalluzinationen 32

5.6 Ich-Störungen 32

5.7 Störungen der Affektivität und Angst 33

5.8 Antriebsstörungen 34

5.9 Psychomotorische Störungen 35

5.10 Weitere wichtige psychopathologische Aspekte 35

5.11 Somatische Aspekte 35

5.12 Abfassen des psychopathologischen Befunds 36

Kapitelübersicht

Der **psychopathologische Befund** dient der systematischen Überprüfung und Ermittlung, ob und inwieweit bestimmte Bereiche der Psyche oder Elementarfunktionen beim Klienten oder Patienten gestört und welche Symptome infolgedessen vorhanden sind. Er wird schriftlich verfasst und enthält neben den Angaben des Patienten oder Klienten v. a. Angaben zu seinem (vom untersuchenden Arzt oder Therapeuten, aber auch von Dritten wie z. B. Angehörigen) beobachteten Verhalten sowie eine fundierte Beurteilung durch den untersuchenden Arzt und Therapeuten. Im psychopathologischen Befund werden somit alle Veränderungen und Auffälligkeiten festgehalten, die für die psychische Störung des jeweiligen Patienten bedeutsam sind. Sie können Erscheinungsbild, Verhalten und Ausdruck sowie innerpsychisches Erleben und Affektlage betreffen.

Die Erstellung eines präzisen, vollständigen psychopathologischen Befunds bildet das Kernstück der psychiatrischen und psychotherapeutischen Diagnostik und setzt umfangreiche Kenntnisse und Erfahrungen voraus.

Zur Stellung einer Diagnose ist es wichtig festzuhalten, welche Bereiche der Psyche oder Elementarfunktionen beim Klienten oder Patienten gestört sind und welche Symptome demzufolge vorliegen. Dazu dient der **psychopathologische Befund,** der eine Systematik der zu ermittelnden Funktionen enthält, d. h., mithilfe des psychopathologischen Befunds kann systematisch geprüft und ermittelt werden, in welchen Bereichen Störungen vorliegen und Ausdruck einer psychischen Erkrankung sein können. Die im Folgenden beschriebenen Störungen der Elementarfunktionen – Bewusstsein, Affektivität, formales Denken, inhaltliches Denken, Intelligenz, Ich-Erleben, Wahrnehmung, Antrieb, Orientierung, Gedächtnis – sind Bestandteile des psychopathologischen Befunds.

5.1 Bewusstseinsstörungen

Unter **Bewusstseinsstörungen** versteht man die **Beeinträchtigung der Bewusstseinsklarheit** mit Störungen des einheitlichen und sinnhaften Erlebens. Es handelt sich hier um einen **Oberbegriff** für alle Veränderungen der Bewusstseinslage. Man unterscheidet **quantitative** und **qualitative** Bewusstseinsstörungen.

MERKE

Die **Bewusstseinsklarheit** wird anhand folgender Faktoren überprüft:
- Funktion der Sinne
- Orientierung
- Gedächtnis- und Erinnerungsfunktionen
- Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Auffassungsfähigkeit
- Möglichkeit zur sprachlichen Verständigung und situationsangepasstem Verhalten

5.1.1 Quantitative Bewusstseinsstörungen

FALL

Quantitative Bewusstseinsstörungen: Somnolenz

Eine 65-jährige Patientin wird nach einem Fahrradunfall stationär aufgenommen. Das Stationspersonal stellt fest, dass sich die Patientin verstärkt in einem schläfrigen Zustand befindet. Ihr Ehemann bestätigt dies und berichtet, dass sie auf der Fahrt in die Ambulanz immer wieder eingenickt sei. Bei Ankunft in der Klinik sei sie erst wach geworden und ausgestiegen, als er ihren Namen laut gerufen habe. Bei der Untersuchung durch den Stationsarzt fällt auf, dass die Patientin erst erwacht und auf seine Fragen antwortet, wenn er sich unmittelbar neben das Bett stellt, sie am Arm berührt und laut in ihr Ohr spricht. Seine Fragen beantwortet sie nur langsam und leise und fällt schon kurz darauf wieder in den Schlaf zurück.

Die **quantitativen Bewusstseinsstörungen** zeichnen sich durch eine Minderung der Vigilanz (Grad der Wachheit) aus. Das Bewusstsein ist verändert, bleibt aber in seiner Qualität erhalten. Es gibt fließende Übergänge im Grad der Bewusstseinsstörung. Typische Formen der quantitativen Bewusstseinsstörungen sind:
- **Benommenheit:** leichte Beeinträchtigung der Bewusstseinsklarheit; verlangsamt, schläfrig, eingeschränkte Informationsaufnahme und -verarbeitung
- **Somnolenz:** Apathie und abnorme Schläfrigkeit; Patient ist durch lautes Ansprechen relativ leicht zu wecken
- **Sopor:** sehr starke Trübung des Bewusstseins, nur stärkste Reize führen zum Erwachen aus der Schläfrigkeit
- **Koma:** tiefe Bewusstlosigkeit, ggf. Fehlen der natürlichen Schutzreflexe, im Extremfall Störungen zentraler vegetativer Funktionen wie Atmung, Kreislauf und Temperaturregulation

5.1.2 Qualitative Bewusstseinsstörungen

FALL

Qualitative Bewusstseinsstörungen: Bewusstseinstrübung

Einem 72-jährigen Mann wird ein neues Hüftgelenk eingesetzt. Am Tag nach der Operation wirkt er sehr unruhig und nervös. Immer wieder unternimmt er Versuche, das Bett ohne Hilfe zu verlassen. Als eine Krankenschwester sein Zimmer betritt, hält er sie für seine Tochter (Bewusstseinstrübung). Er erzählt ihr, dass er jetzt aufstünde, um wie üblich den Tisch für das Sonntagsfrühstück mit der Familie zu decken (situative, zeitliche und örtliche Desorientierung).

Die Qualität des Bewusstseins, also das Erleben, Erinnern und Denken, ist verändert. Zu den qualitativen Bewusstseinsstörungen zählen:
- **Bewusstseinstrübung:** mangelnde Klarheit des gegenwärtigen Erlebens mit Verwirrtheit des Denkens und Handelns. Be-

stimmte Aspekte der eigenen Person und der Umgebung können nicht mehr sinnvoll miteinander in Zusammenhang gebracht werden. Die Bewusstseinseintrübung ist ein typisches Zeichen des Delirs.

- **Bewusstseinseinengung:** betrifft den Umfang des Bewusstseins, z. B. starre Fixierung des Denkens, Fühlens und Wollens auf bestimmte Aspekte des Erlebens mit verminderter Reaktionsfähigkeit auf Außenreize; schwieriger zu erkennen, da komplexe äußere Handlungsabläufe normal bewältigt werden können. Vorkommen z. B. beim epileptischen Dämmerzustand oder bei abnormen Erlebnisreaktionen.
- **Bewusstseinsverschiebung:** entspricht einer Bewusstseinssteigerung mit dem Gefühl einer Intensitätssteigerung des äußeren und inneren Erlebens. So können im Drogenrausch (z. B. LSD) Farben und Gerüche subjektiv stärker wahrgenommen und der persönliche Erfahrungshorizont als erweitert erlebt werden.

THERAPEUTISCHE PRAXIS

Die **Bewusstseinseinengung** wird auch als „eingeschränkter Lichtkegel des Bewusstseins" beschrieben, wobei ein Mensch sein Bewusstsein wie einen engwinkligen und starren Lichtkegel nur auf wenige innere und äußere Umstände richten kann und davon gebannt ist. Dies kann im Trancezustand geschehen (Hypnose) oder wenn ein Mensch innere Stimmen hört, denen er lauscht (Schizophrenie).

5.2 Orientierungsstörungen

FALL

Orientierungsstörungen: örtliche Desorientierung

Eine Frau wird nach einem Sturz in ihrer Wohnung mit einem gebrochenen Arm in die Klinik eingeliefert. Bei der Aufnahme ist sie stark alkoholisiert, was laut Auskunft der Nachbarin häufiger der Fall zu sein scheint. Nach drei Tagen Klinikaufenthalt (ohne Alkohol) hat sich der Zustand der Patientin zwar deutlich gebessert, allerdings berichtet sie von kleinen braunen Käfern, die ununterbrochen über ihr Kissen und ihre Decke liefen (optische Halluzination). Bei der Visite macht sie einen verwirrten, geistesabwesenden Eindruck (Bewusstseinstrübung). Sie versteht die Fragen der Stationsärztin nicht und erkundigt sich danach, wo sie sich momentan eigentlich aufhalte (örtliche Desorientierung).

Fehlende Klarheit über zeitliche, örtliche, situative Gegebenheiten und über die eigene Person (Merksatz: Z-Ö-S-P) wird als **Orientierungsstörung** bzw. Desorientierung bezeichnet (➔ Tab. 5.1).

MERKE

Eine Orientierungsstörung ist **nicht** automatisch eine Bewusstseinsstörung.

MERKE

Das Nichtwissen des genauen Kalendertags gilt **nicht** als Orientierungsstörung! Das Datum kann um einen Tag abweichen, wichtig ist das Wissen um den Wochentag.

Tab. 5.1 Kennzeichen der Orientierungsstörungen

Orientierung	Kennzeichen	Erfragen der Orientierungsstörung
Zur Zeit	Orientierung zu Datum, Tag, Jahr oder Jahreszeit	„Welchen Wochentag haben wir heute?", „In welcher Jahreszeit befinden wir uns?"
Zum Ort	Wissen um derzeitigen Aufenthaltsort	„In welcher Stadt liegt diese Klinik/Praxis?", „In welcher Straße befinden Sie sich?"
Zur Situation	Erfassen der augenblicklichen Situation	„Wo befinden Sie sich derzeit?" (Klinik, Praxis), „Warum sind Sie hier?", „Wer bin ich?" (Therapeut, Untersucher)
Zur eigenen Person	Wissen um eigene persönliche Situation	„Wann sind Sie geboren?", „Wie heißen Sie?", „Wie ist Ihr Familienstand?", „Welchen Beruf üben Sie aus?"

5.3 Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen

BEISPIEL

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen

Mit folgenden einfachen Aufgaben werden verschiedene Bereiche des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit geprüft: Der Patient soll sich drei neutrale Begriffe einprägen (z. B. Tür, Seil und Knopf) und danach von 100 schrittweise jeweils 8 abziehen (Hinweis auf Konzentrationsstörungen). Dann wird er aufgefordert, die Fabel vom Löwen und von der Maus nachzuerzählen (Hinweis auf Auffassungsstörung). Nach 10 Minuten wird er gebeten, die gemerkten Begriffe aus der ersten Aufgabe zu wiederholen (Hinweis auf Merkfähigkeitsstörungen). Danach lassen Sie sich schildern, was er in den letzten Tagen getan und unternommen hat (Hinweis auf Störungen des Altgedächtnisses).

Bei den **Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen** handelt es sich um die verminderte Fähigkeit, neue und alte Gedächtnisinhalte wiederzugeben. Unterschieden werden in diesem Zusammenhang:

- **Auffassungsstörungen:** Die gedankliche Verarbeitung einer Wahrnehmung ist gestört.
- **Konzentrationsstörungen:** Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit über längere Zeit auf eine bestimmte Tätigkeit oder ein Thema zu fokussieren.
- **Störungen der Merkfähigkeit:** Die Fähigkeit, neue Eindrücke über einen Zeitraum von ca. 10 Minuten zu behalten, ist vermindert oder aufgehoben.
- **Gedächtnisstörungen:** Die Fähigkeit, Eindrücke und Erfahrungen länger als 10 Minuten zu speichern oder sich an Ereignisse zu erinnern, die länger als 10 Minuten zurückliegen, ist vermindert oder aufgehoben.
- **Konfabulation:** Erinnerungslücken werden mit Einfällen gefüllt, die vom Betroffenen für Erinnerungen gehalten werden.

Konfabulationen sind ein typisches Zeichen der Wernicke-Enzephalopathie (➔ Kap. 10.2.2).

- **Amnesien:** Bei Amnesien handelt es sich um inhaltlich und zeitlich begrenzte Erinnerungslücken. Es werden folgende Untergruppen definiert:
  - **Retrograde Amnesie:** keine Erinnerung an eine bestimmte Zeitspanne unmittelbar vor einer Hirnschädigung. So sind z. B. nach einem Verkehrsunfall mit Schädel-Hirn-Trauma die Ereignisse vor dem Unfall nicht mehr erinnerlich. Meistens kommen die Erinnerungen jedoch später wieder.
  - **Kongrade Amnesie:** Erinnerungslücke für die Dauer der Bewusstlosigkeit.
  - **Anterograde Amnesie:** Gedächtnislücke für die Ereignisse in der unmittelbaren Zeit nach dem Trauma.
  - Die **transiente globale Amnesie** bzw. die **amnestische Episode** als eine neurologische Erkrankung mit unbekannter Ursache ist eine vorübergehende retrograde und anterograde Amnesie, die zusammen mit der Orientierungsstörung oder Verwirrtheit auftritt. Gehäuft kommt sie im höheren Lebensalter vor und führt zu einer vorübergehenden (transienten) Störung des Gedächtnisses. Obwohl diese neurologische Erkrankung als harmlos eingestuft werden kann, bereitet sie Betroffenen und deren Angehörigen dennoch große Besorgnis. Die transiente globale Amnesie tritt z. B. oft bei Migräne auf.
- **Zeitgitterstörungen:** Unfähigkeit, Erlebnisse in eine richtige zeitliche Reihenfolge zu bringen.

THERAPEUTISCHE PRAXIS

Bei der Beurteilung von Orientierung, Gedächtnis und Aufmerksamkeit ist es entscheidend, keine Suggestivfragen oder Ja-Nein-Fragen zu stellen, um zu einem verwertbaren Ergebnis zu kommen. Fragen wie „Wissen Sie, wer ich bin?" oder „Können Sie sich an alles erinnern?" sollten also vermieden werden.

5.4 Denkstörungen

Das Denken ist ein komplexer Prozess, bei dem alle Bereiche des täglichen Lebens – z. B. Situationen, Probleme und Gegenstände – rational verarbeitet, also abstrahiert, analysiert, visualisiert und beurteilt werden. Die Art und Weise, wie ein Mensch denkt, also wie schnell, beweglich und inhaltsreich seine Gedanken sind und wie er die Ergebnisse seines Denkprozesses äußert, gibt Auskunft über sein Wesen und seine aktuelle Gemütslage. Denken ist also immer ein vielschichtiger Vorgang, der den Menschen als Ganzes betrifft. Störungen dieses Prozesses und seiner Äußerungen werden unterteilt in **formale Denkstörungen,** die sich auf die Art und Weise des Denkens beziehen, sowie **inhaltliche Denkstörungen,** die den Inhalt der Gedanken betreffen.

5.4.1 Formale Denkstörungen

Bei den **formalen Denkstörungen** handelt es sich um Störungen des Gedankenablaufs, die sich überwiegend in der Sprache äußern (➔ Tab. 5.2): Wie denkt jemand, und wie fasst er seine Gedanken in Worte? Bricht er mitten im Satz ab? Ist verständlich, was er äußert? Wie schreibt er? Klar gegliedert oder zusammenhanglos? Bleibt er bei einem Thema?

Formale Denkstörungen sind **nicht krankheitsspezifisch,** sie führen erst im Zusammenhang mit anderen Symptomen zu einer bestimmten Diagnose.

MERKE

Das **Abstraktionsvermögen** ist eine wichtige kognitive Eigenschaft. Um sie zu prüfen, können Sie den Patienten bitten, den Unterschied zwischen Zwerg und Kind zu erläutern oder ein Sprichwort zu erklären. Kann der Patient den abstrakten Zusammenhang nicht erfassen, spricht man von **Konkretismus.**

Tab. 5.2 Formale Denkstörungen

Psychopathologie	Erklärung	Beispiel	Beispielhaftes Vorkommen
Denkverlangsamung	Verlangsamtes und schleppendes Denken	„Na ja, also … ich weiß nicht recht … die Gedanken sind so schwer …"	Depression, organisches Psychosyndrom
Denkhemmung	Denken wird als mühsam, wie blockiert erlebt	„Am schlimmsten war das Denken. Ich kam nicht mehr voran, meine Gedanken waren wie verschluckt …"	Depression, Schizophrenie
Gedankenabreißen, Gedankensperrung	Plötzlicher Abbruch eines flüssigen Gedankengangs bzw. des Sprechens ohne ersichtlichen Grund	„Dann ging ich in das Zimmer …" (Patient schweigt, schaut in den Raum, lauscht) „Das Leben ist merkwürdig und belastet mich."	Schizophrenie
Umständliches Denken	Weitschweifiger Gedankengang, wesentliche Inhalte können nicht von Nebensächlichem getrennt werden, inhaltlicher Zusammenhang bleibt erhalten	Patient wird nach Zwangshandlungen gefragt: „Mein Wohnzimmer ist relativ groß, so um die 30 qm, und die Balkontür liegt am hinteren Ende, etwa 50 cm von der rechten Wand entfernt. Ich habe sie erst neu streichen lassen, sie sieht jetzt ganz gut aus. Obwohl, ein paar Ausbesserungen muss ich noch machen. Also, ich muss immer wieder prüfen, ob sie verschlossen ist …"	Zwangsstörung, Demenz
Eingeengtes Denken	Gedanken sind auf wenige Themen eingeengt, haften an diesen Inhalten	„Die Gedanken drehen sich im Kreis, immer wieder die Frage, ob ich schuld an ihrem Verschwinden bin. Eine einzige Gedankenschleife, immer wieder …"	Depression

Tab. 5.2 Formale Denkstörungen *(Forts.)*

Psychopathologie	Erklärung	Beispiel	Beispielhaftes Vorkommen
Perseverationen	Ständiges Wiederholen eines bestimmten Gedankens	„Sie hat mir das Geld gestohlen! Da bin ich mir sicher. Es war an Ostern, als wir uns alle trafen. Sie hat mir das Geld gestohlen, zweifelsfrei. Die Kinder haben die Eier gesucht, und wir haben den Tisch geschmückt. Natürlich hat sie es getan, sie hat mir das Geld gestohlen."	Organisches Psychosyndrom, Zwangsstörung, wahnhafte Störung
Gedankendrängen	Patient ist dem Druck vieler unterschiedlicher Gedanken ausgesetzt	„Ich musste so viel denken, musste immer wach bleiben und konnte nicht schlafen. Ich war total überdreht."	Manie, Schizophrenie
Ideenflucht	Beschleunigtes Denken und Sprechen, extrem einfallsreicher Gedankengang, wobei einzelne Gedanken nicht zu Ende geführt, sondern durch Assoziationsflut unterbrochen werden	„Gustav IV. ist es gewesen, König von Schweden, diese Macht zu haben, wie ein König, da wäre das Leben aber schön, schöner noch am Strand liegen, nichts tun und Wasser, das ist es! Wasser wird uns erlösen. Kühl und klar und rein …"	Manie
Vorbeireden	Eine Frage wird, obwohl sie verstanden wurde, mit anderen Inhalten beantwortet	Ein Patient berichtet, er fühle sich verfolgt. Auf die Frage, wer ihn verfolgt, antwortet er: „Nichts ist mehr so, wie es war, das schaffen sie."	Schizophrenie
Zerfahrenheit, Inkohärenz	Zusammenhanglosigkeit von Denken und Reden	„Gott lebt dort und redet, manche schaffen es zum Heiland bis ins Hirn hinein. Das schmerzt im Kopf, man merkt, wer dort regiert. Gott vierteilt oder halbiert, ich weiß nicht, aber ich sah es."	Schizophrenie
Neologismen	Wortneuschöpfungen, die nicht der sprachlichen Konvention entsprechen und oft nicht unmittelbar verständlich sind	„Blutgebären", „Jahreswechselgeld", „Verschnittbehörde", „trausam"	Schizophrenie
Konkretismus	Unfähigkeit, die übertragene Bedeutung von Sprichwörtern zu erkennen; alles wird wörtlich genommen	Das Sprichwort „Wer anderen eine Grube gräbt" wird so erklärt: „Wenn ich im Garten grabe, gibt es ein Loch, ein großes, und dann gehen sie da vorbei und plumps, sind sie drin."	Schizophrenie

5.4.2 Inhaltliche Denkstörungen

Bei **inhaltlichen Denkstörungen** ist das inhaltliche Ergebnis des Denkprozesses verzerrt oder verändert: Was denkt jemand? Was schreibt er? Sind seine Ideen und Vorstellungen für unseren Kulturkreis „normal", oder sind sie verändert, krankhaft oder „verrückt"?

Hat ein Klient die Idee, Jesus zu sein, das Wetter beeinflussen zu können oder am Unglück aller Menschen schuld zu sein, ist dies eine inhaltliche Denkstörung. Unter diesem Begriff werden vornehmlich Wahnformen und Zwänge zusammengefasst.

MERKE

Wahnformen
- Wahnstimmung
- Wahnwahrnehmung
- Wahneinfall = Wahngedanke = Wahnidee
- Wahnerinnerung
- Wahnarbeit
- Wahnhafte Personenverkennung
- Symbiotischer Wahn
- Erklärungswahn

Wahn (Paranoia)

FALL

Inhaltliche Denkstörung: Wahn

„Die ganze letzte Zeit war so merkwürdig. Ich spürte, dass etwas geschehen würde. Mir kam alles so fremd und seltsam vor (Wahnstimmung). Als ich dieses Kind mit der roten Fahne sah, war es mir schlagartig klar (Wahneinfall): Die Mutter Gottes hatte mir ein Zeichen gegeben: Ich sollte auf die alarmierenden Nachrichten reagieren und die kranken Kinder dieser Welt retten (Wahnwahrnehmung). Ich musste ihnen helfen! Schon als Kind hatte ich diese Kraft (mnestischer Wahneinfall = Wahneinfall, das Gedächtnis betreffend), ich konnte heilen. Die Berichte aus den Medien über all die vielen Kinder gaben mir Recht. Sie ließen mich wissen, dass ich auserwählt bin (Beziehungswahn). Auf der Straße und in der U-Bahn traf ich immer wieder auf Schwangere und Kinder mit roten Kleidungsstücken und Spielzeugen. Einmal, als ich auf einer Bank in der Nähe eines Spielplatzes saß, ließ sich ein Marienkäfer auf meinem Zeigefinger nieder und zeigte mir damit meine Bestimmung und die Richtung, die ich zur Rettung der Kinder einschlagen musste. Ich sollte runde Geldmünzen sammeln und damit ins Kloster Maria Laach fahren, um in der spirituellen Meditation alle Kinder zu heilen (systematisierter Wahn)."

Wahn ist eine inhaltlich falsche Beurteilung der Realität, an welcher der Betroffene **unkorrigierbar,** wider alle bisher gemachten Erfahrungen, festhält. Seine Überzeugung steht im Widerspruch zur

Wirklichkeit und zur Überzeugung der Mitmenschen (subjektive Wahngewissheit, Privatwirklichkeit).

MERKE

Wahn tritt in erster Linie **isoliert** bzw. **spezifisch** auf und fokussiert somit nur auf eine **einzige** Sache; damit muss er das Leben des Betroffenen **keinesfalls** dominieren. Er kann aber auch **lebensbestimmend** sein. Dann beherrscht er das gesamte Fühlen, Denken und Handeln des Betroffenen.

Formale Begrifflichkeiten des Wahns sind:

- **Wahnstimmung:** Dem Wahn geht häufig eine Wahnstimmung voraus. Sie ist durch eine gespannte oder „geladene", unheildrohende, nicht eindeutig fassbare Gestimmtheit gekennzeichnet („Es liegt was in der Luft", „Da braut sich was zusammen").
- **Wahnwahrnehmung:** Eine Wahnwahrnehmung ist die falsche Interpretation einer **richtigen** Sinneswahrnehmung. Der Betroffene sieht, hört, riecht, schmeckt oder fühlt etwas, das er umdeutet und **seinem Wahnsystem anpasst.** Der Wahn kann so beherrschend werden, dass alle realen Wahrnehmungen des Alltags im Sinne des Wahns umgedeutet werden.
- **Wahneinfall/Wahngedanke/Wahnidee:** plötzlich auftretende Überzeugung ohne objektivierbare und plausible Begründung.
- **Wahnarbeit/Wahnsystem:** Bei der Wahnarbeit „arbeitet" jemand seinen Wahn mithilfe von Erklärungsansätzen, logischen und scheinbar logischen Verknüpfungen systematisch aus. Sachverhalte und Beziehungen werden so umgedeutet oder konstruiert, dass der Wahn immer wahrhaftiger erscheint und in ein logisch zusammenhängendes (Gedanken-)Gebilde eingebettet ist. In dem Fall spricht man von einem Wahnsystem (oder systematisiertem Wahn). Es schützt vor Einwänden, die den Wahrheitsgehalt der Wahnideen entkräften könnten.
- **Wahndynamik:** affektive Anteilnahme am Wahn. Eine starke Wahndynamik zeigt z. B. ein Patient mit einem depressiven Schuldwahn, der weint, sich die Haare rauft und völlig verzweifelt ist.
- **Wahnhafte Personenverkennung:** Bekannte oder unbekannte Personen werden wahnhaft „verkannt".
- **Erklärungswahn:** rationaler Versuch, die Erlebnisse des Wahns durch den Betroffenen zu erklären, z. B.: „Die Stimmen in meinem Kopf empfange ich durch einen Sender im Zahn. Die Radiowellen sendet der Geheimdienst."
- **Symbiotischer Wahn:** Sonderfall der Wahnvorstellung, bei dem ein gesunder Partner den Wahn – oft Verfolgungswahn – des Erkrankten übernimmt. Bei einer nahen Bezugsperson des Wahnkranken wird der Wahn also induziert (Folie à deux).

MERKE

Eine Wahnwahrnehmung ist **keine** Wahrnehmungsstörung, denn die Wahrnehmung eines Sinnesreizes erfolgt ungestört. Nur die kognitive Umdeutung ist entscheidend!

THERAPEUTISCHE PRAXIS

Wenn ein wahnhaftes Erleben nicht so auffällig ist, dass der Patient es in einem ausgeprägten Krankheitsbild präsentiert, muss es **behutsam** erfragt werden, z. B. auf folgende Weise: „Haben Sie das Gefühl, dass sich in letzter Zeit etwas in Ihrer Umgebung verändert hat?", „Haben Sie in letzter Zeit merkwürdige Dinge erlebt?", „Gibt es etwas, das Sie verunsichert, Ihnen Angst macht oder Sie beunruhigt?", „Haben Sie das Gefühl, dass etwas gegen Sie im Gange ist?", „Haben Sie das Gefühl, etwas falsch gemacht oder Schuld auf sich geladen zu haben?"

Es werden folgende **Wahnthemen** unterschieden (➔ Tab. 5.3):

- **Beziehungswahn:** Wenn jemand alles, was in seiner Umgebung geschieht, auf sich selbst bezieht, spricht man von Beziehungswahn (wenn er z. B. meint, die entgegenkommenden Autos hätten die Scheinwerfer nur an, um ihn vor dem Geheimdienst zu warnen).
- **Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn:** Der Betroffene erlebt sich als Ziel von Feindseligkeiten. Er fühlt sich bedroht, beleidigt, verspottet oder glaubt, man wolle ihm Schaden zufügen (Beeinträchtigungswahn). Fühlt er sich verfolgt oder in ein Komplott verstrickt, das sein Geld oder Leben bedroht, spricht man von Verfolgungswahn. Entscheidend ist dabei v. a. die Art der Begründung, die schwer nachvollziehbar und inadäquat wirkt.
- **Größenwahn:** wahnhafte Selbstüberschätzung bis hin zur Identifikation mit berühmten Persönlichkeiten. Der Patient kann die eigenen Fähigkeiten nicht mehr realistisch einschätzen; er glaubt, alles bewirken und beeinflussen zu können. Er wähnt sich reich, von besonderer Abstammung (z. B. Napoleon) oder zu höheren Aufgaben berufen (z. B. Erlöser, Retter, Gott).
- **Schuldwahn/Versündigungswahn:** wahnhafte Überzeugung, große Schuld auf sich geladen oder sich versündigt zu haben.
- **Nihilistischer Wahn/Nichtigkeitswahn:** Der Patient hat das Gefühl, nicht mehr zu sein, keine Familie, keine Organe oder nichts mehr zu haben.
- **Hypochondrischer Wahn:** krankhafte Überzeugung, unheilbar an AIDS, einer Tumor- oder anderen Erkrankung zu leiden.
- **Verarmungswahn:** unbegründete Überzeugung, nicht über ausreichende finanzielle Mittel zu verfügen oder durch die Erkrankung sich und die Familie in den Ruin zu treiben.
- **Eifersuchtswahn:** wahnhafte Überzeugung von der Untreue des Partners, wobei zufällige Beobachtungen und Vorkommnisse als Beweis für die Untreue gewertet werden. Männer sind häufiger betroffen als Frauen.
- **Liebeswahn:** Überzeugung, von einem Menschen geliebt zu werden, zu dem häufig nur ein geringer oder flüchtiger Kontakt besteht. Gesten und Blicke werden dabei im Sinne des Wahns gedeutet. Frauen sind häufiger als Männer betroffen.
- **Dermatozoenwahn:** Vorstellung, an einer **Hauterkrankung** zu leiden, die durch Parasiten oder in die Haut **eingedrungene** Erreger hervorgerufen wurde.

MERKE

Der **Beeinträchtigungswahn** ist eine Steigerung des Beziehungswahns, bei dem der Betroffene nicht nur alles auf sich bezieht, sondern auch alles gegen sich gerichtet glaubt.

Kapitelübersicht

Psychotherapie bedeutet die gezielte Anwendung psychologischer Methoden (z. B. psychotherapeutische Gespräche, Entspannungsverfahren oder kognitive Methoden), um Störungen im Denken, Erleben und Verhalten eines Klienten oder Patienten zu behandeln. Sie kann verbal oder nonverbal erfolgen mit dem Ziel, ein bestimmtes Krankheitsbild oder Problem zu beheben. Wissenschaftlich wird Psychotherapie als ein geplanter und kontrollierter Behandlungsprozess definiert, der über lehrbare Techniken beschrieben werden kann und der sich auf eine Theorie normalen und kranken Verhaltens bezieht. Ihre Wirksamkeit und Güte ist von bestimmten Voraussetzungen abhängig, die im besonderen Maße von den Qualitäten und Fähigkeiten des Therapeuten beeinflusst werden.

Ein Wirksamkeitsnachweis im Rahmen der Psychotherapieforschung wurde bislang nur für wenige Therapieverfahren erbracht. Nichtsdestotrotz existiert eine Vielzahl von Schulen und Methoden der Therapie, die sich sowohl hinsichtlich ihres Verständnisses der Entstehung von psychischen Krankheiten als auch in ihrem Therapiekonzept und der Haltung des Psychotherapeuten mehr oder weniger stark voneinander unterscheiden.

7.1 Definition

Die **Psychotherapie** ist die **Behandlung** von **psychischen** oder **körperlichen Leiden** mithilfe **psychologischer Mittel**, also **ohne** Einsatz von Medikamenten. Sie kann verbal (z. B. Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie) oder nonverbal (z. B. Kunsttherapie, Entspannungsverfahren) erfolgen.

Ziel der Psychotherapie ist es, Leiden zu lindern, Verhaltensweisen oder Denkmuster positiv zu ändern oder die Persönlichkeitsstruktur günstig zu beeinflussen. Es gibt eine Vielzahl von Methoden und Techniken, die sich im Laufe der Zeit entwickelt haben und deren wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweis sehr unterschiedlich ausfällt oder teilweise auch fehlt.

Psychotherapeutische Interventionen sind von der eigentlichen Psychotherapie abzugrenzen, weil sie nur einzelne Aspekte der Therapie aufgreifen und zur Bearbeitung eines begrenzten Problembereichs eingesetzt werden, z. B. die Suizidprävention in einer Beratungsstelle oder psychoedukative Elemente bei der Erläuterung von Krankheitskonzepten.

THERAPEUTISCHE PRAXIS

Nicht jedes Gespräch mit einem Therapeuten ist Psychotherapie! Eine Psychotherapie ist eine **klar definierte** und **strukturierte Behandlungsform,** die das Einverständnis des Klienten/Patienten voraussetzt und vom Therapeuten eine entsprechende Ausbildung verlangt. Die Persönlichkeit des Therapeuten, seine Fähigkeit, sich in den Klienten/Patienten einzufühlen und seine Probleme zu verstehen und zu benennen, sowie seine fachliche Kompetenz, Lösungen für die Konflikte zu finden, können ein wesentlicher psychotherapeutischer Beitrag sein, stellen für sich aber keine Psychotherapie dar.

7.2 Einteilung

Die Entstehung unterschiedlicher Psychotherapie-Schulen, die sich häufig vehement bekämpft oder den alleinigen Anspruch erhoben haben, alle psychischen Störungen behandeln zu können, ist historisch zu erklären. Die verschiedenen Therapieverfahren lassen sich in fünf Bereiche zusammenfassen (➔ Tab. 7.1).

Die ausschließlich auf Schulen bezogenen Therapieansätze haben sich in den letzten Jahren **integrativen** und **störungsspezifischen** Behandlungsformen geöffnet. Die Therapie richtet sich also nicht allein nach einer Therapieschule, sondern beachtet, welches psychotherapeutische Verfahren bei welcher Erkrankung am besten wirkt, und gestattet Kombinationen verschiedener Interventionen. Diese vielschichtigen Therapieformen werden häufig durch spezifische Therapiemanuale unterstützt: Ihre Wirksamkeit ist meist empirisch überprüft (z. B. Interpersonelle Therapie bei Depression, dialektisch-behaviorale Therapie bei Borderline-Störungen nach Linehan).

MERKE

Bei vielen psychischen Erkrankungen hat sich eine empirische Überlegenheit der **Kombinationstherapie,** also der Psycho- **und** Pharmakotherapie, gegenüber einer alleinigen Psychotherapie oder Pharmakotherapie ergeben.

Tab. 7.1 Einteilung der Psychotherapieverfahren

Therapien	Beispiele für Psychotherapieverfahren
Psychodynamische/psychoanalytische (tiefenpsychologische) Therapien	„Klassische" Psychoanalyse, Fokaltherapie (tiefenpsychologisch orientierte Kurzzeittherapie)
Kognitiv-behaviorale Therapien	Kognitive Therapie, systematische Desensibilisierung, „klassische" Verhaltenstherapie, soziales Kompetenztraining
Interpersonelle oder systemische Therapien	Interpersonelle Psychotherapie, systemische Familientherapie, Paartherapie
Humanistische/erlebnisorientierte Therapien	Gestalttherapie, Psychodrama, klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie
Kreative, körperorientierte, ergänzende spezielle Therapien	Kunsttherapie, Musiktherapie, Tanztherapie, bioenergetische Analyse, Muskelrelaxation nach Jacobson, Hynotherapie, autogenes Training, Yoga
Schematherapie	Psychoedukation, verhaltenstherapeutische Techniken wie Exposition, systematische Desensibilisierung, Selbstsicherheitstraining, kognitive Umstrukturierung, emotionsfokussierte Techniken wie Imaginationsübungen

7.3 Setting

Unter dem **Setting** werden die Rahmenbedingungen verstanden, unter denen Psychotherapie stattfindet:

- Ambulant/stationär
- Einzeltherapie/Gruppentherapie
- Dauer der Therapie und Häufigkeit der Sitzungen
- Art der Sitzungen

Eine **ambulante Therapie** hat den Vorteil, dass sie den Klienten nicht aus seinem gewohnten Umfeld reißt und ihm die Möglichkeit gibt, Erfahrungen und Erkenntnisse, die er in den Sitzungen gewonnen hat, im Alltag auszuprobieren und Schwierigkeiten bei der Umsetzung mit dem Therapeuten zu besprechen. Wenn es die Störung erlaubt, kann er auch seiner Arbeit weiterhin nachgehen. Wenn es keine geeignete ambulante Therapie am Wohnort gibt, ein schwieriges soziales Umfeld (z. B. Missbrauch, Gewalt in der Familie) existiert oder die Erkrankung schwer ausgeprägt ist, kann eine **stationäre** Behandlung erforderlich sein.

In der **Einzeltherapie** kann den persönlichen Problemen des Einzelnen entsprechend Zeit gewidmet und eine vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen werden, in der sich der Klient öffnen kann, um Konflikte oder Sorgen anzusprechen. Dies gelingt in der Gruppensituation nicht jedem. Allerdings bietet die **Gruppentherapie** auch wesentliche Vorteile. Neben dem ökonomischen Aspekt, für mehrere Menschen mit ähnlichen Problemen gleichzeitig effiziente Lösungen zu finden, entspricht sie am ehesten dem Abbild der sozialen Situation außerhalb der Therapie. Damit können Konflikte in der Gruppe aktualisiert und erkannt und alternative Verhaltensweisen in **Übungssituationen** erprobt und trainiert werden.

Die anderen Teilnehmer stellen dabei einen **kritischen Spiegel,** aber auch eine wichtige **Unterstützung** dar, weil sie entscheidende Erfahrungen mit den anderen teilen. Der einzelne Gruppenteilnehmer erlebt sich nicht mehr als „Einzelschicksal", sondern kann Mut daraus schöpfen, dass andere Menschen ähnlichen Problemen und Situationen ausgesetzt waren und sie gemeistert haben. Im günstigsten Fall können die Gruppenteilnehmer gewünschtes Verhalten im Sinne des „Modell-Lernens" (Verhaltenstherapie) voneinander lernen.

Die **Dauer der Therapie** und die Häufigkeit der Sitzungen richten sich nach der Schwere der Erkrankung, dem gewählten Therapieverfahren und dem zu bearbeitenden Problembereich. Sie kann von einer 10 Stunden dauernden Krisenintervention bis hin zu einer mehrjährigen, wöchentlich 2–3 Sitzungen umfassenden Psychoanalyse reichen.

Das psychotherapeutische Verfahren bestimmt auch die **Art der Sitzungen,** also ob der Klient wie in der klassischen Psychoanalyse auf einer Couch liegt und der Therapeut hinter ihm sitzt oder ob sich Klient und Therapeut wie in der klientenzentrierten Gesprächstherapie gegenübersitzen. Bei anderen Verfahren wie Kunst- oder Tanztherapie finden räumliche Besonderheiten entsprechende Berücksichtigung.

7.4 Voraussetzungen

Um einen Erfolg mittels Psychotherapie zu erzielen, müssen bestimmte, den Therapeuten und Klienten betreffende Voraussetzungen erfüllt sein. Klient bzw. Therapeut müssen über folgende Eigenschaften verfügen:

- **Klient:**
  - Motivation zur Therapie, subjektiver Leidensdruck
  - Introspektionsfähigkeit (Einsichtsfähigkeit)
  - Fähigkeit zur kritischen Selbstprüfung
  - Mindestmaß an Konfliktfähigkeit und Ausdauer
  - Mindestmaß an Beziehungsfähigkeit: Klienten, denen es an **Einsichtsfähigkeit** fehlt oder die nicht in der Lage sind, eigenes Verhalten zu hinterfragen, können Konflikte nicht bearbeiten bzw. ihr Verhalten nicht entsprechend anpassen oder verändern. Ohne ein Mindestmaß an Ausdauer, **Konflikt-** und **Beziehungsfähigkeit** werden sie die Therapie vorzeitig abbrechen und von den in der Therapie aktualisierten Konflikten nicht profitieren. Deswegen ist die Durchführung von Psychotherapie z. B. bei Menschen mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung (➢ Kap. 19.3.3) oder Demenz (➢ Kap. 9.3.1) mitunter unmöglich.
- **Therapeut:**
  - Beherrschen von Gesprächsführungstechniken
  - Empathie (Einfühlungsvermögen)
  - Authentizität (Echtheit)
  - Emotionale Wärme
  - Fachkompetenz

Psychotherapie kann nur wirken, wenn eine vertrauensvolle und **tragfähige Therapeut-Klient-Beziehung** besteht. Der Klient muss sich von seinem Therapeuten angenommen und verstanden fühlen. Wertschätzung, Zuhören und Einfühlungsvermögen (**Empathie**) des Therapeuten sind die Voraussetzung dafür, dass der Klient auch über für ihn unangenehme oder schmerzliche Erfahrungen reden und eigene Schwächen ansprechen kann. Kritische Situationen oder die Wiederbelebung von Konflikten in der Therapie können auch nur dann überstanden und sinnvoll bearbeitet werden, wenn die **Tragfähigkeit** der Beziehung ausreicht. Sonst besteht die Gefahr, dass der Klient die Therapie abbricht und/oder sich seine Symptome verschlechtern. Für den Therapeuten ist es wichtig, die **Machbarkeit** der Therapie im Auge zu haben und die Grenzen des Klienten, aber auch die eigenen Unzulänglichkeiten zu berücksichtigen. An sich sollte der Therapeut Veränderungen fördern, aber Therapieziele nicht zum psychischen oder körperlichen Schaden des Klienten erzwingen wollen. Vielmehr muss er in der Lage sein, mit der nötigen Selbstkritik Kompromisse zu finden und die Therapie anzupassen. Er sollte ein Gespür für die Grenzen des Klienten entwickeln und ihm, unabhängig von seinem Verhalten, eine positive Einstellung (**emotionale Wärme**) entgegenbringen. Entscheidend ist auch die **Echtheit,** mit welcher der Therapeut dem Klienten begegnet, d. h. die Übereinstimmung zwischen seinen Äußerungen und Reaktionen in der Therapie und seiner Einstellung und

seinem Verhalten. Klienten können sehr hellhörig werden und sich missverstanden fühlen, wenn sie spüren, dass zwischen dem, was der Therapeut ihnen sagt, und dem, was er nonverbal und durch sein Verhalten vermittelt, Diskrepanzen bestehen. Ehrliches Ansprechen gegensätzlicher Meinungen kann in einem solchen Fall weitaus hilfreicher sein.

BEISPIEL

Authentizität und Selbstkongruenz

Wenn ein Patient berichtet, er habe wegen Schwierigkeiten den Arbeitsplatz gekündigt, und der Therapeut dieses Verhalten zwar als ungünstig für die Entwicklung seines Klienten einschätzt, ihm dies aus Scheu vor dem Konflikt aber nicht mitteilt, ist dies ein Beispiel für **divergentes** Verhalten. Mit großer Wahrscheinlichkeit wird der Klient die ablehnende Haltung des Therapeuten trotzdem wahrnehmen und sie möglicherweise fehlinterpretieren („Dieser Mann mag mich auch nicht, ich komme mit Männern einfach nicht klar"). Zielführender sind also ein behutsames Ansprechen der unterschiedlichen Sichtweisen zur Kündigung (Echtheit), die Auseinandersetzung mit den Auslösern und Konsequenzen der Kündigung und das Finden alternativer Verhaltensweisen.

Ein HP für Psychotherapie muss, um professionell zu arbeiten, **fachlich kompetent** sein. Dazu gehören neben einer soliden Ausbildung eine kontinuierliche Weiterbildung und **regelmäßige Supervision.**

MERKE

Unerlässliche Grundlage professioneller Psychotherapie ist das **Fachwissen über die psychischen Störungen sowie ihre Ursachen** und **Behandlungsmöglichkeiten. Regelmäßige Supervision** und **Selbstreflexion** sind dabei selbstverständliche Voraussetzungen, um Schaden von den Klienten abzuwenden.

Zwischen Klient und Therapeut sollte eine **Zielvereinbarung** erarbeitet werden, in der **Ziele** und **Dauer** der Therapie festlegt werden. Dabei ist v. a. auf realistische Ziele zu achten. Bei einem Patienten mit Panikstörung könnte das Therapieziel z. B. heißen: „Ich kann wieder angstfrei U-Bahn fahren" statt „Ich werde alle meine Ängste los". Der Klient sollte dabei in alle Behandlungsentscheidungen aktiv einbezogen werden, um seine Eigenverantwortlichkeit zu stärken und die Therapie **transparent** zu gestalten.

THERAPEUTISCHE PRAXIS

Therapeuten sollten imstande sein, problematisches Verhalten des Klienten nicht allein aus pathologischer Sicht zu betrachten und dementsprechend nur Defizite und Probleme zu erkennen, sondern auch die **Ressourcen** und die Situationsabhängigkeit des Verhaltens wahrzunehmen und zu schätzen. So kann ein Verhalten, das aktuell als „krankhaft" erscheint, in einer früheren Entwicklungsstufe oder Lebensphase zur Stabilisierung oder zum emotionalen Überleben des Klienten beigetragen haben. Schreckhaftigkeit, emotionale Gleichgültigkeit und Ängste bei KZ-Überlebenden sind dafür ein prägnantes Beispiel. Ein anderes Beispiel für die Mehrdimensionalität von starker Feinfühligkeit bzw. Vulnerabilität ist die Kreativität mancher Patienten mit einer schizophrenen Störung (➔ Kap. 11.3).

7.5 Wirksamkeit

Ob und warum Psychotherapie wirksam ist, war und ist Gegenstand der Forschung. Dabei haben Grawe et al. (1994) allgemeine Wirkfaktoren gefunden, die in den verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren zum Tragen kommen und den Erfolg der Therapie bestimmen:

- Klärung
- Bewältigung
- Problemaktualisierung
- Ressourcenorientierung
- Therapeutische Beziehung

Klärung bedeutet, dass der Therapeut dem Klienten hilft, die Zusammenhänge zwischen seinen Beschwerden, seinem Verhalten und seinen Gefühlen besser zu verstehen.

FALL

Klärung

Herr M. ist ein 56-jähriger depressiver Patient, der unter morgendlichem Früherwachen und starker Grübelneigung leidet. In einer psychoedukativen Gruppensitzung erfährt er von den anderen Teilnehmern, dass sie unter den gleichen Beschwerden leiden und diese Ausdruck der Erkrankung „Depression" sind. Ein Teilnehmer, der kurz vor der Entlassung aus der stationären Behandlung steht, erzählt, dass er nach erfolgreicher Therapie wieder sehr gut schlafen und auch die positiven Aspekte seines Lebens genießen könne. Obwohl die Beschwerden zunächst noch weiterbestehen, ist Herr M. erleichtert. Er beginnt zu verstehen, dass das, was er erlebt, Krankheitszeichen sind, die sich mithilfe der Therapie wieder zurückbilden können.

Bei der **Bewältigung** wird dem Klienten das „Handwerkszeug" vermittelt, mit dem er seine Probleme besser lösen kann. Dazu gehören z. B. soziales Kompetenztraining, Entspannungsverfahren oder Problemlösestrategien.

BEISPIEL

Bewältigung

Eine 28-jährige ängstliche und selbstunsichere Frau übt im Rollenspiel mit ihrem Therapeuten, sich gegenüber Kollegen, die ihr unliebsame Aufgaben zuschieben wollen, abzugrenzen.

Die Psychotherapie soll ein Raum sein, in dem der Klient unbewusste **Probleme** und Konflikte **aktualisieren** kann, d. h., sie werden für ihn „erfahrbar" und wahrnehmbar gemacht. Dieser Prozess ist in der Regel mit unangenehmen Gefühlen (z. B. Angst, Wut oder Trauer) verbunden und erfordert vom Therapeuten fachliches Geschick, damit der Klient von der Auseinandersetzung mit seinen Problemen profitieren und neue Lösungswege entdecken kann. Die Problemaktualisierung kann z. B. Gegenstand einer verhaltenstherapeutischen Reizkonfrontationsbehandlung, einer Imagination oder einer psychoanalytischen Übertragungssituation sein.

FALL

Problemaktualisierung

Eine 48-jährige Hausfrau befindet sich wegen einer dissoziativen Störung (➔ Kap. 13.5) in psychotherapeutischer Behandlung. Vor ½ Jahr entwickelte sie eine Lähmung des rechten Beines und der rechten Hand. Seit einem Jahr sind ihre erwachsenen Kinder aus dem Haus. Die Symptome nehmen in der Therapie deutlich zu, wenn im Gespräch die Beziehung zum Ehemann thematisiert wird (**Problemaktualisierung**). Nach genauer Analyse stellt sich heraus, dass der Ehemann eine außereheliche Affäre mit einer Kollegin hat und die Patientin fürchtet, ihn wie die Kinder zu „verlieren". Er sei wie ihre „rechte" Hand, habe stets die Schwierigkeiten in ihrem Leben gemeistert; ohne ihn sei sie komplett hilflos. Er habe sich bereit erklärt, sie nicht zu verlassen, solange es ihr so schlecht gehe.

In der Psychotherapie werden aber auch **Ressourcen,** also Fähigkeiten und Stärken der Klienten, benannt und gefördert. Dadurch steigt das Selbstvertrauen, und der Klient wird motiviert, Verantwortung für sein eigenes Handeln zu übernehmen und Probleme zu lösen. Er erlebt sich dabei nicht nur als „krank" oder defizitär, sondern nimmt seine Fertigkeiten bewusst wahr.

FALL

Ressourcenorientierung

Ein junger depressiver Patient, der vor seiner Erkrankung Leistungssport betrieben hat, wird durch die Psychotherapie motiviert, trotz seiner Antriebsschwäche einmal wöchentlich schwimmen zu gehen. Obwohl er nur, wie er sich ausdrückt, „ein bisschen planscht", gewinnt er dadurch wieder Selbstvertrauen und fühlt sich nach dem Schwimmen deutlich besser.

Die **therapeutische Beziehung** ist ein entscheidendes Kriterium für die Wirksamkeit der Therapie. Selbst ein gutes Therapieprogramm kann nicht wirken, wenn der Therapeut nicht über die oben genannten Qualitäten wie emotionale Wärme, Akzeptanz und Offenheit verfügt (Voraussetzungen der Psychotherapie).

Ein wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweis wurde bislang nur für sehr wenige Psychotherapieverfahren erbracht, und nur diese Verfahren sind **anerkannte Verfahren,** d. h., die Kosten der Therapie werden nach Prüfung von den Krankenkassen übernommen, wenn die Therapie von einem ärztlichen Psychotherapeuten oder approbierten Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt wird. Dazu gehören die kognitive Verhaltenstherapie, bestimmte tiefenpsychologisch orientierte Kurzzeittherapien und die Psychoanalyse. Die Privatkrankenkasse übernimmt u. U. auch die Behandlung durch den Heilpraktiker für Psychotherapie, wenn dies im Behandlungstarif des Patienten enthalten ist.

THERAPEUTISCHE PRAXIS

Werden die Kosten der Psychotherapie vom Klienten selbst getragen, kann das Verfahren – das Einverständnis des Klienten vorausgesetzt – natürlich frei gewählt werden. Der **Heilpraktiker für Psychotherapie** sollte sich aber immer über die Möglichkeiten und Grenzen des jeweiligen Verfahrens im Klaren sein und die nötigen Kenntnisse und Erfahrungen mitbringen, um die Methode fachmännisch auszuführen.

7.6 Unerwünschte Effekte

Wird eine Psychotherapie nicht fachgerecht, also ohne die nötigen Kenntnisse und Erfahrungen mit der Erkrankung und ihren Behandlungsmöglichkeiten und ohne die notwendigen Voraussetzungen durchgeführt (z. B. fehlender Konsens zwischen Therapeut und Klient, unreflektierte narzisstische Persönlichkeitszüge des Therapeuten, mangelhafte Diagnostik, fehlende Supervision), dann kann dies beim Klienten zur Verschlechterung seiner Symptome oder zum Therapieabbruch führen. In schweren Fällen besteht die Gefahr, dass der Klient sich selbst oder andere(n) schadet oder verletzt (z. B. Suizid, Gewalt).

MERKE

Der **Heilpraktiker für Psychotherapie** muss über folgende Punkte informiert sein, bevor er psychotherapeutisch tätig wird:

- Er darf nur bestimmte Störungsbilder behandeln.
- Er muss sich vor der Psychotherapie von der Güte der Diagnose überzeugen bzw. die Diagnose von einem Facharzt absichern lassen.
- In kritischen Situationen (z. B. Suizidgefährdung) muss er kompetente Hilfe einholen bzw. den Patienten der entsprechenden Therapie zuführen (Überweisung an den Facharzt, Hilfe von der Polizei etc.).
- Er trägt die Verantwortung für die fachgerechte Durchführung der Therapie und sollte sich in regelmäßiger Supervision befinden.

Eine nicht professionell und fachgerecht durchgeführte Psychotherapie kann dem Klienten **schwer schaden!**

Verständnisfragen

- Was versteht man unter einem therapeutischen Setting?
- Was sind bekannte und anerkannte Therapieverfahren?
- Zu welcher Art von Therapien zählen die Gesprächspsychotherapie und die Gestalttherapie?
- Welche grundsätzlichen Wirkfaktoren bestimmen die Psychotherapie nach Grawe?
- Welche Voraussetzungen muss ein Heilpraktiker für Psychotherapie beachten, bevor er psychotherapeutisch tätig wird?
- Was versteht man unter Ressourcenorientierung?
- Nennen Sie ein Beispiel für Problemaktualisierung!

Rose: Em, z. B. bei der Arbeit … Mein Abteilungsleiter … em, ich arbeite dort seit fünf Monaten und … em … em, ich mag ihn. Er ist … em … und manchmal … em … sage ich ihm nicht, was ich wirklich denke. Weißt du, em, er sagt mir oft, dass er mich schätzt, und ich glaube, das tut er, und manchmal glaube ich das nicht wirklich.
Ich glaube, er versucht, mich reinzulegen. Ich glaube, er sagt das bloß, damit ich härter arbeite oder, weißt du, er sagt mir das, und dann mache ich irgendwie das, was ich machen soll. Ich traue manchmal nicht dem, was er mir sagt.
Dies ist ein Beispiel für das Misstrauen eines paranoiden Persönlichkeitsstils. Es rechtfertigt, Distanz zu halten, damit man nicht verwundbar ist.
Vann: Ist das der Teil von dir, auf dem du sozusagen sitzt oder den du versteckst oder zurückhältst oder was auch immer … das, was du wirklich fühlst?
Rose: Ja, so wie zu diesem Workshop zu kommen oder eine bestimmte Schulung zu machen, er sagt, dass das so viel kostet, und wir sollten in der Lage sein, uns das selbst beizubringen, und das fühlt sich an, als ob ich für das, was ich weiterhin gerne machen würde, wie z. B. Weiterbildungen, abgewertet werde.
Vann: Wenn du nun sagen solltest, was du wirklich sagen möchtest, wenn du wirklich für dich selbst eintreten solltest, was würdest du ihm sagen? Vielleicht versuchst du mal, beide Füße auf den Boden zu stellen, um zu schauen, was du in der Sitzhaltung sagen würdest.
Mit diesem Vorschlag lade ich sie ein, sich ihrer Stärke als Erwachsene zu bemächtigen – für sich selbst einzustehen.
Rose: Em, ich würde sagen … em … Fred, ich glaube an das, was ich machen möchte. Ich glaube an die Schulungen, die ich mache und ich … em, ich schätze es gar nicht, wenn du dann laut wirst und sagst: „Du weißt, wie viel das kostet! Diese Leute bescheißen dich vielleicht" … Und es fühlt sich an, als ob du mich herabsetzen würdest, und … em, ich sollte das besser nicht hinnehmen, ich will ein klares „Ja" oder „Nein" von dir hören, und nicht das ganze andere Gedöns.
Vann: Gut. Wie fühlt es sich an, das zu sagen?
Rose: Na ja, hier und jetzt fühlt es sich gut an, es zu sagen.
Vann: Sicher … sicher. Ich habe die Vermutung, dass es irgendwann in deinem Leben nicht sicher war, für dich selbst einzutreten.
Rose: Ah, hm. Ja, nun …
Vann: Bei wem war das so?
Nachdem klar ist, welche Veränderung Rose im Hier und Jetzt möchte, suche ich nun nach der Person, von der sie als Kind ihr Unsicherheitsgefühl gelernt hat.
Rose: Oh, hm, mein Vater … Weißt du, ich habe vermutlich … meinen Vater … ich hab es aber einmal gemacht. Ich habe mich für mich selbst eingesetzt.
Vann: Was ist passiert?
Rose: Oh, ich, na ja, ich habe ihn zusammengeschlagen, im Prinzip. Also … ich bin gegangen … er hat versucht, mich fürs letzte Mal zu prügeln und hat mich mit dem Gürtel geschlagen und ich bin ihm nach.
Vann: Dann bedeutet, dich gegen deinen Vater durchzusetzen, ihn zu verprügeln.
Ich helfe ihr, ihren paranoiden Glauben im Kind-Ichzustand ans Licht zu bringen, dass „ich entweder die volle Kontrolle haben muss oder gar keine".
Rose: Ah, hm, ja.
Vann: Wenn das also die Optionen sind, dann fühlt es sich nicht gut an, für sich selbst einzutreten, weil …
Rose: Oder wegrennen. Ah, hm, genau.
Vann: Wie alt warst du … em … als all das mit dir und deinem Vater passierte? Als du dich fühltest, du müsstest entweder weglaufen oder ihn verprügeln?
Rose: Ein, nun, … em, ungefähr neun, und ich habe mich oft, … em, unter meinem Bett versteckt, weißt du …
Vann: Dann versetz dich doch einfach mal in die neunjährige Rose und beschreibe, wo du bist und was passiert. Du versteckst dich oft unterm Bett, was noch? [2]

8.2 Verhaltenstherapie

8.2.1 Definition

Die **Verhaltenstherapie** (VT) geht davon aus, dass Krankheitssymptome Zeichen von erlerntem Fehlverhalten sind. Die fehlerhaften Verhaltensmuster, die meist schon in der frühen Kindheit erlernt wurden, können somit durch neue Lernprozesse auch wieder verändert werden. Die VT umfasst verschiedene lerntheoretisch fundierte Behandlungsmethoden, die auf experimentalpsychologischen Erkenntnissen beruhen. Die Behandlungstechniken können einzeln eingesetzt oder miteinander kombiniert werden.

Gut zu wissen Die Verhaltenstherapie wurde in den 1950er-Jahren von **Skinner** begründet, der sich u. a. auf Experimente von **Pawlow** stützte. Sichtbares Verhalten wurde als Reaktion auf Umweltreize gesehen, das sich experimentell untersuchen ließ. Empirische Untersuchungen, vielfach an Tieren, stellten die Grundlage für Modelle dar, welche die Entstehung von „normalem" und gestörtem Verhalten erklärten. In den 1970er-Jahren gewannen innerpsychische Aspekte, die das wahrnehmbare Verhalten modifizieren, immer mehr an Bedeutung und erweiterten die lerntheoretischen Vorstellungen.

8.2.2 Grundannahmen

Grundlegende Prinzipien, die das menschliche Verhalten aus **lerntheoretischer Sicht** steuern, sind:
- Klassische Konditionierung
- Operante Konditionierung
- Modell-Lernen

In der weiteren Entwicklung der Verhaltenstherapie gewannen auch innerpsychische Prozesse mehr Bedeutung, und das Prinzip der **Kognitionen** fand Eingang in die Entstehungsmodelle von Verhalten.

Klassische Konditionierung

Die **klassische Konditionierung** geht zurück auf den Russen **Iwan Pawlow** (1849–1936), der Verhalten an Hunden studierte. Er beobachtete, wie ein Hund beim Anblick von Futter (unbedingter Reiz) mit vermehrtem Speichelfluss (unbedingte Reaktion) reagierte. Ertönte gleichzeitig mit dem Darbieten des Futters eine Glocke (neutraler Reiz), löste allein der Glockenton (bedingter Reiz) nach einiger Zeit den Speichelfluss (bedingte Reaktion) aus, ohne dass Futter bereitgestellt werden musste (➔ Abb. 8.3). Der **neutrale Reiz** ist

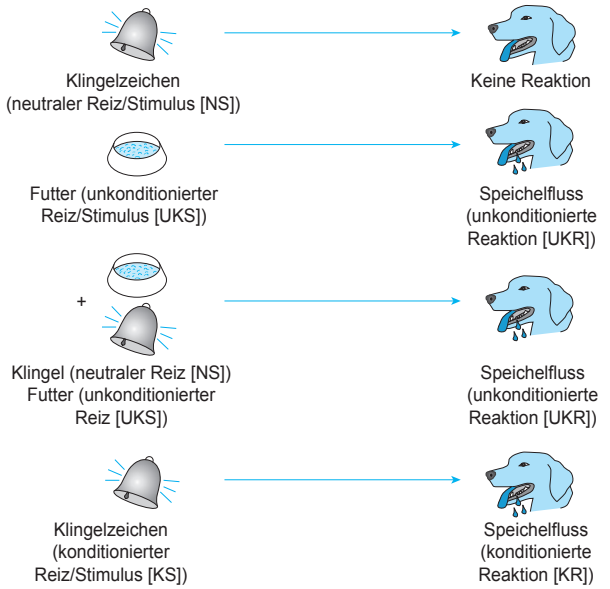

Abb. 8.3 „Pawlow-Hund": Ursprünglich neutraler Reiz wird zum spezifischen Auslöser [L143]

also zum bedingten oder **konditionierten Reiz** geworden und löst die **konditionierte Reaktion** aus. Dieser Lernprozess wird als **klassische Konditionierung** bezeichnet.

MERKE

Begriffe aus der Verhaltenstherapie und ihre Synonyme:
- Reiz = Stimulus
- bedingt = konditioniert
- unbedingt = unkonditioniert

Allerdings verflacht bzw. verschwindet diese klassische Konditionierung wieder, wenn man den Hunden über eine gewisse Zeit nur die Glocke oder das Futter anbietet. Man nennt dies **Extinktion** (Löschung). Erfolgt die Auslösung des Speichelflusses durch ähnliche, vergleichbare Reize, z. B. durch Betätigung einer Fahrradklingel, spricht man von **Reizgeneralisierung.**

Bemerkt der Hund allerdings, dass eine Belohnung mit Futter lediglich beim Erklingen der Glocke erfolgt, wird die Speichelproduktion nur dann einsetzen und nicht auch bei Erzeugung eines ähnlichen Tons mit einem anderen Instrument. In diesem Fall handelt es sich um **Reizdiskriminierung** (Reizunterscheidung).

BEISPIELE

Klassische Konditionierung und Reizgeneralisierung

Tanzbären

Um Bären für eine Zirkusvorführung zum Tanzen zu bringen, zwang man sie, sich auf eine heiße Metallplatte zu stellen. Gleichzeitig spielte man eine bestimmte Musik. Um dem Schmerz auszuweichen, begannen die Bären zu „tanzen". Nach einiger Zeit kam es zur Kopplung von „heiß" und Musik und Schmerz. Die Bären „tanzen" dann zur Musik auch ohne heiße Platte.

„Little Albert"

Der amerikanische Psychologe und Behaviorist John Watson ließ einen 11 Monate alten Jungen namens Albert mit einer weißen Ratte in einem Zimmer allein. Ohne Furcht kroch der Junge auf das Tier zu, doch jedes Mal, wenn er in die Nähe der Ratte kam, wurde er durch einen lauten Knall erschreckt. Albert fing an zu weinen und reagierte nach kurzer Zeit auf den Anblick der weißen Ratte mit Angst. Aber auch Kaninchen, ein Pelzmantel oder ein Mann mit langem Bart lösten beim Kind eine Angstreaktion aus (Reizgeneralisierung). Ohne Zweifel ist dieses Experiment sehr kritisch zu bewerten, weil es alle ethischen Kriterien außer Acht lässt und in dieser Form heute nicht mehr durchgeführt werden würde (➔ Abb. 8.4) [3].

Operantes Konditionieren (instrumentelle Konditionierung)

Die Auftretenshäufigkeit eines Verhaltens wird durch Belohnung oder Bestrafung beeinflusst. Diesen Zusammenhang stellte **Burrhus Skinner** (1904–1990) in den Mittelpunkt seiner Theorie. Das Verhalten wird also wesentlich von seinen Konsequenzen bestimmt. Bei dieser Art von Konditionierung kommt es nicht – wie bei Pawlow – zu einer zufälligen Kopplung zweier Reize, vielmehr wird ein bestimmtes Verhalten bewusst verstärkt. Diese Art von „Belohnungslernen" heißt **operantes Konditionieren** oder instrumentelle Konditionierung.

Verstärker sind Reize, welche die Auftretenswahrscheinlichkeit eines bestimmten Verhaltens erhöhen. Wie sie wirken können, zeigen unterschiedliche Verstärkungsformen:
- Positive Verstärkung
- Negative Verstärkung

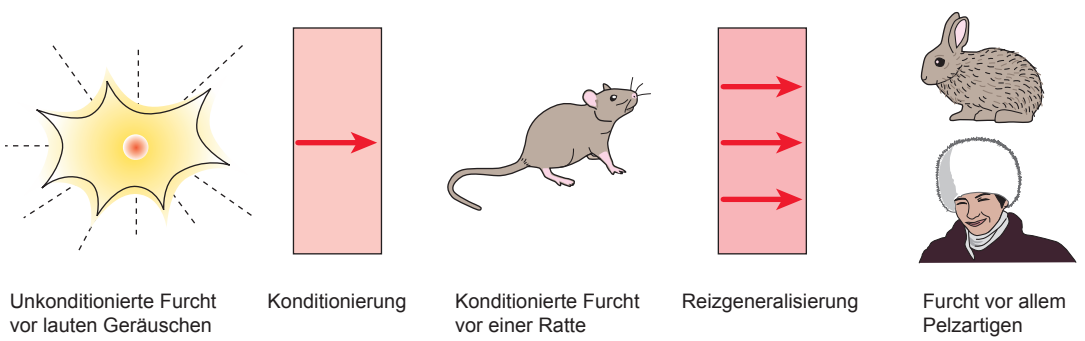

Abb. 8.4 Reizgeneralisierung [L157]

- Indirekte Bestrafung
- Direkte Bestrafung

Positive Verstärkung

Ein Verhalten kann dadurch verstärkt werden, dass unmittelbar angenehme Reize angeboten werden. In diesem Fall spricht man von **positiver Verstärkung.**

BEISPIEL

Positive Verstärkung

- Ein Pferd erhält nach erfolgreicher Lektion ein Stück Zucker.
- Ein Kind wird von seiner Mutter gelobt, weil es den Tisch gedeckt hat.

Negative Verstärkung

Ein Verhalten kann aber auch dadurch verstärkt werden, dass ein unangenehmer Reiz vermindert wird oder wegfällt. Hier spricht man von **negativer Verstärkung.**

BEISPIEL

Negative Verstärkung

- Das Einnehmen von Schmerztabletten führt zu einer Reduktion des Schmerzes. Der Konsum von Schmerztabletten wird durch das Nachlassen des Schmerzes negativ verstärkt.
- Das Vermeiden einer angstbesetzten Situation (z. B. öffentliche Plätze oder enge Räume) führt bei Panikpatienten zu einer Verminderung der ängstlichen Erregung. Die Folge ist eine Zunahme des Vermeidungsverhaltens. Im Extremfall kann der Patient die Wohnung nicht mehr verlassen (➔ Kap. 13.3). Das Verhalten, nicht aus dem Haus zu gehen, wird durch Wegfall der ängstlichen Erregung „belohnt".

Indirekte Bestrafung

Fallen positive Verstärker nach einem Verhalten weg, führt dies ebenfalls zu einer Abnahme des Verhaltens.

BEISPIEL

Indirekte Bestrafung

Eine Patientin mit einer somatoformen Schmerzstörung erhält, wenn sie sich über ihre schmerzhaften Beschwerden äußert, keine Zuwendung mehr vom Pflegepersonal oder den Therapeuten.

Direkte Bestrafung

Folgen unangenehme Reize auf ein Verhalten, kommt es zur Abnahme des Verhaltens. Eine solche Bestrafung führt aber meist nur zur kurzzeitigen Verhaltensänderung. Wird ein unerwünschtes Verhalten durch Missbilligung, Liebesentzug oder gar Schläge bestraft, wird es zwar zunächst nicht mehr gezeigt. Bei Wegfall der Strafe wird das Verhalten aber wieder auftreten. Eine direkte Bestrafung führt also nicht zur Extinktion. Auch aus ethischer Sicht ist die direkte Bestrafung in der Therapie oder in der Pädagogik kein geeignetes Mittel.

BEISPIEL

Direkte Bestrafung

Der Einsatz von Disulfiram (Antabus®) zur Therapie der Alkoholabhängigkeit kann als direkte Bestrafung aufgefasst werden. Trinkt der Süchtige nach Einnahme von Antabus® Alkohol, wird ihm übel und schwindelig. Das Verfahren ist sowohl in seiner Wirksamkeit als auch aus ethischer Sicht umstritten.

Gut zu wissen Verstärker können auch in primär und sekundär unterteilt werden. **Primäre Verstärker** befriedigen die Grundbedürfnisse des Menschen, z. B. Lob, Zuwendung; Essen, Trinken, Sexualtrieb, Körperkontakt (➔ Abb. 8.5). **Sekundäre Verstärker** hatten ursprünglich keine verstärkende Wirkung, sondern sind erst durch einen vorangegangenen Lernvorgang zu Verstärkern geworden (➔ Abb. 8.6). Dazu zählen materielle Verstärker wie Süßigkeiten, Wertmarken oder Geld.

MERKE

Um eine Verhaltensänderung herbeizuführen, muss die Belohnung (Verstärkung) **unmittelbar** auf das erwünschte Verhalten erfolgen.

Abb. 8.5 Primäre Verhaltensverstärker [L157]

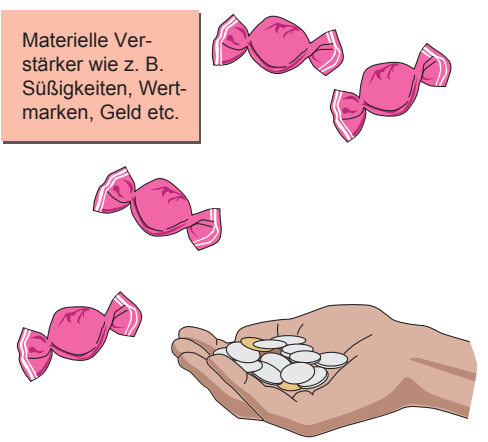

Abb. 8.6 Sekundäre Verhaltensverstärker [L157]

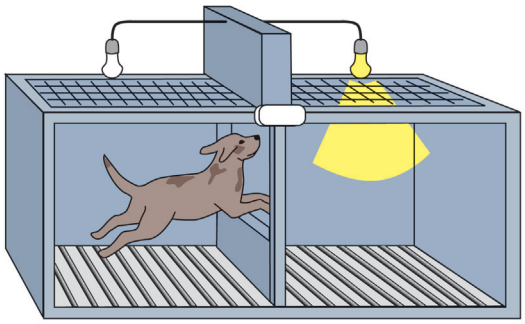

Abb. 8.7 Pendelkäfig [L157]

einflussen und kontrollieren kann, entsteht eine erlernte Hilflosigkeit. Der Mensch fühlt sich ausgeliefert. Die subjektive Auffassung, dass andere Menschen die gleiche Situation sehr wohl positiv lösen können, steigert das Gefühl, versagt zu haben. Das Selbstwertgefühl verringert sich bei gleichzeitiger Zunahme des Schuldgefühls. Dadurch kann es zur Entwicklung einer Depression kommen.

FALL

Erlernte Hilflosigkeit

Frau Hohler lebte bis zu ihrem 72. Lj. zusammen mit ihrem 2 Jahre älteren Mann in einer hübschen Wohnung in der Innenstadt. Das Ehepaar hatte trotz der altersbedingten körperlichen Einschränkungen viel Freude daran, seinen Alltag zu meistern. Sie kauften zusammen ein, kochten und hielten ihre Wohnung gemeinsam in Schuss. Frau Hohler führte dabei Regie, bis zu dem Tag, als sie plötzlich einen tödlichen Herzinfarkt erlitt.

Wenige Wochen später wird Herr Hohler in ein Pflegeheim aufgenommen, mit der Begründung, er habe seit dem Tod seiner Frau stark abgebaut. Er könne sich demzufolge nicht mehr selbst versorgen und allein in der Wohnung leben. Ärztliche Untersuchungen ergeben jedoch, dass sich sein körperlicher Zustand im Vergleich zu früheren Untersuchungen nicht auffallend verschlechtert hat. Im Pflegeheim fällt auf, dass Herr Hohler sich von seinen Altersgenossen zurückzieht. Er verbringt seine Zeit ausschließlich in seinem kleinen Zimmer, außer fernsehen tut er nicht viel. Selbst alltägliche Dinge wie Essen, Waschen und Ankleiden erledigt er nicht mehr von selbst, sondern nur mit Hilfe. Versucht man ihn dazu zu motivieren, etwas allein zu tun, stammelt er nur: „Davon habe ich doch keine Ahnung."

In den darauffolgenden Wochen wird Herr Hohler anhand eines speziellen Rehabilitationsplans in die Lage versetzt, seinen Tagesablauf ohne fremde Hilfe zu gestalten.

8.2.3 Modernes verhaltenstherapeutisches Krankheitskonzept

Die moderne Verhaltenstherapie geht davon aus, dass psychische Erkrankungen ihre Ursachen in **Lernprozessen** haben, die das **fehlerhafte Verhalten** bestimmen. Menschliches Verhalten ist dabei von innerpsychischen Prozessen gesteuert, die entscheiden, wie Menschen auf ihre Umwelt und auf innere Strebungen reagieren. Wie ein Individuum Informationen aus der Umwelt aufnimmt, sie bewertet und bearbeitet und mit welchen Gefühlen es reagiert, ist von der **individuellen Lerngeschichte,** von **genetischen Faktoren** und von der **Motivation** abhängig. Mithilfe einer Fülle von verhaltenstherapeutischen Techniken kann der Erkrankte versuchen, fehlerhafte Verhaltensweisen zu korrigieren, neues Verhalten zu erlernen und seine innerpsychischen Prozesse positiv zu beeinflussen.

8.2.4 Therapiesetting

Je nach Behandlungsfokus und Störungsbild kann die **Verhaltenstherapie** 10–40 Stunden umfassen. Die Sitzungen finden in der Regel im wöchentlichen Abstand statt. Sie sind je nach Störungsbild von übenden Einheiten begleitet (z. B. Expositionstraining), in deren Rahmen „Hausaufgaben" besprochen werden, mit denen der Klient die Inhalte der Therapiestunden im Alltag überprüft, sich selbst beobachtet und neues Verhalten ausprobiert bzw. einübt. Auch nach Abschluss der eigentlichen Behandlung können in mehr oder weniger größeren Zeitabständen „Auffrischungsübungen und -sitzungen" empfehlenswert sein. Bei einer stationären Behandlung kann auf spezielle Therapieeinrichtungen zurückgegriffen werden, die nur verhaltenstherapeutisch arbeiten und sich meist auf bestimmte Störungsbilder spezialisiert haben.

8.2.5 Therapievoraussetzungen

Anamnese

Ein entscheidender Aspekt der Verhaltenstherapie ist die Anamnese bzw. die **verhaltenstherapeutische Diagnostik,** die weit über eine einfache Anamnese hinausgeht. Sie beinhaltet eine genaue Problem-, Situations- und Verhaltensanalyse (nach dem **SORCK-Modell,** ➔ Tab. 8.5) und erfasst auch die **individuelle Lern- und Entwicklungsgeschichte** sowie die **Motivation zur Verhaltensänderung.** Anhand dieser Informationen wird eine detaillierte Therapieplanung erstellt.

Transparenz

Der Klient sollte über die Entstehungsmodelle seiner Symptomatik und alle Schritte der Therapie laienverständlich aufgeklärt werden. Die Ziele sollten konkret formuliert und ggf. in einem **Behandlungsvertrag** festgehalten werden. Der Klient akzeptiert dabei die Übernahme der Verantwortung für seine aktive Mitarbeit und erklärt sein Einverständnis für das therapeutische Vorgehen.

SORCK-Modell

Das **SORCK-Modell** dient in der Verhaltenstherapie zur Analyse der Problematik des Patienten auf Symptomebene. SORCK steht für **S**timulus, **O**rganismusvariablen, **R**eaktion, Konsequenz (**C**), **K**ontingenz. ➔ Tab. 8.5 erläutert das SORCK-Modell am konkreten Beispiel einer alkoholkranken Patientin.

Mit dem SORCK-Schema lassen sich die auslösenden und auch die aufrechterhaltenden Bedingungen sehr gut erfassen und dem Klienten vermitteln. Gerade die kurzfristigen positiven Konsequenzen sind

Tab. 8.5 SORCK-Modell

SORCK	Erklärung	Am Beispiel einer alkoholkranken Patientin
Stimulus	Reiz, der das problematische Verhalten auslöst; dies kann eine Situation, ein bestimmter Gedanke, ein Gefühl oder physiologischer Vorgang sein	Alleinsein (Situation), Streit mit Partner (soziale Situation), Gefühl der Minderwertigkeit, Angst vor Überforderung, Anblick von Alkohol (z. B. im Kühlschrank, TV-Werbung)
Organismusvariablen	Konstitutionelle und biologisch-physiologische Aspekte, die das problematische Verhalten auslösen oder aufrechterhalten	Chronischer Partnerkonflikt, Arbeitslosigkeit, fehlende soziale Kontakte, alkoholkranke Mutter
Reaktion	Sichtbares problematisches Verhalten, aber auch Gedanken, Gefühle und physiologische Reaktionen	Alkohol trinken (sichtbares Verhalten), *„Ohne Alkohol schaffe ich es nicht", „Niemand versteht mich", „Ich bin nichts wert"* (kognitiv), Hilflosigkeit, Angst und Verzweiflung (emotional), Zittern, Unruhe, Schwitzen, körperliche Anspannung, Suchtdruck (Craving) (physiologisch)
Konsequenzen	Kurz- und langfristige Folgen des problematischen Verhaltens	**Negative Verstärkung** (kurzfristig): Nachlassen des Suchtdrucks, Abklingen der Verzweiflung, Alleinsein wird erträglicher, Nachlassen potenzieller Entzugssymptome (z. B. Zittern, Unruhe), Auseinandersetzung mit Partnerschaftskonflikt wird verschoben **Positive Verstärkung** (kurzfristig): Entspannung, Euphorie, gesteigertes Selbstwertgefühl **Direkte Bestrafung** (überwiegend langfristig): Übelkeit, Kopfschmerzen, vermehrter Suchtdruck und verstärkte Entzugssymptome, Albträume, Scham, weitere soziale Isolierung, Zuspitzung der Partnerschaftsproblematik **Indirekte Bestrafung** (überwiegend langfristig): Selbstachtung und Selbstwertgefühl gehen verloren, Toleranzentwicklung (es müssen immer größere Mengen Alkohol getrunken werden, um denselben Effekt zu erreichen)
Kontingenz	Regelmäßigkeit, mit der das problematische Verhalten auf einen Reiz erfolgt	Abstinenz nur noch ganz selten möglich; Stimulus führt in der Regel zum Trinken

Verstärker, um das problematische Verhalten fortzusetzen. Wenn ein Klient sein Verhalten ändern will, sollte ihm dieser Zusammenhang klar sein. Deutlich wird bei der Analyse auch, welche Verhaltensanteile gestärkt und welche Konflikte geklärt werden müssen, um die auslösenden Situationen zu verringern (z. B. Aufbau sozialer Kompetenzen, Stärkung des Selbstwertgefühls, Klärung des Partnerschaftskonflikts, Reintegration in den Arbeitsmarkt). Aus der Analyse lässt sich der **Therapieplan** ableiten und wird dem Klienten so verständlich.

MERKE

Der Therapeut übernimmt in der Verhaltenstherapie einen aktiveren Part als in der psychoanalytischen Therapie. Die Beziehung zwischen Therapeut und Klient steht nicht im Fokus der Therapie. Die Verhaltenstherapie ist **problemorientiert,** sie ist stärker im „Hier und Jetzt" verankert und klarer strukturiert (Therapieplanung), und im Mittelpunkt der Therapie steht die aktuelle Symptomatik des Klienten mit ihren Auswirkungen. Ziel ist es, dem Klienten zur **Selbsthilfe** zu verhelfen.

8.2.6 Therapieprinzipien

Die **Verhaltenstherapie** beschäftigt sich vornehmlich mit den prädisponierenden, auslösenden und die Symptomatik aufrechterhaltenden Bedingungen. In ihrem Fokus steht ein aktuelles problematisches Verhalten, für das Lösungswege in der Therapie erarbeitet werden. Ziel ist es, die neu gewonnenen Erfahrungen nicht nur auf die Lösung der aktuellen Problematik anzuwenden, sondern auch auf andere Lebensbereiche auszuweiten.

8.2.7 Interventionstechniken

Zu den **gängigen Interventionstechniken** der Verhaltenstherapie zählen:

- Konfrontationsverfahren (systematische Desensibilisierung, Expositionsverfahren)
- Operante Verfahren (Aufbau von gewünschtem Verhalten/Abbau von problematischem Verhalten, Selbstkontrolle/Selbstmanagement)
- Kognitive Verfahren (Therapie nach Ellis und Beck, Selbstverbalisation)
- Kompetenztraining
- Problemlösestrategien
- Stressbewältigungstraining (Entspannungsverfahren)
- Modell-Lernen und Rollenspiel

Konfrontationsverfahren

Grundsätzlich ist die Verhaltenstherapie ein konfrontatives Verfahren, bei dem sich der Klient mit auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen seiner psychischen Problematik auseinandersetzen muss. Es haben sich aber spezielle Konfrontationsverfahren

herausgebildet, die v. a. zur Behandlung von Angststörungen, Panikstörungen, Phobien und Zwangsstörungen sehr effektiv sind. Der Reiz kann dabei in der **Fantasie** (z. B. systematische Desensibilisierung) oder in der **Realität** (z. B. Expositionstraining) präsentiert und dabei abgestuft oder mit einer **massierten Reizkonfrontation** (Flooding) angeboten werden.

Systematische Desensibilisierung

Die **systematische Desensibilisierung** wird auch **„reziproke Hemmung"** genannt. Sie wird v. a. bei **einfachen Phobien** (➔ Kap. 13.3) angewandt. Der Klient erlernt zunächst eine Entspannungstechnik (z. B. progressive Muskelrelaxation). Dann wird der entspannte Patient erst mit sehr schwachen Angstreizen konfrontiert und langsam an das angstbesetzte Objekt (z. B. Hunde, Spinnen) gewöhnt. Dazu muss er zunächst mit dem Therapeuten eine Stufenleiter der Angst (**Angsthierarchie**) erarbeiten und sich im entspannten Zustand die am wenigsten angsteinflößende Situation vorstellen (➔ Tab. 8.6). Diese Vorstellung wird so lange wiederholt, bis der Klient die Situation angstfrei visualisieren kann. Dann wird die nächste Stufe der Angsthierarchie durchlaufen. Ein angenehmer Reiz (Entspannung) wird also an ein angstbesetztes Objekt gekoppelt. Grundannahme ist, dass Entspannung und Angst **nicht** gleichzeitig existieren können, sich also gegenseitig (**reziprok**) hemmen.

Expositionsbehandlung

Beim **Expositionstraining** wird der Betroffene mit der angstauslösenden Situation konfrontiert, sodass er lernt, die auftretende Angst zu ertragen und das die Symptomatik aufrechterhaltende Verhalten (z. B. Vermeidungsverhalten) zu verhindern. Diese Konfrontationstechnik wird auch Exposition (engl. *expose,* sich aussetzen) genannt. Entscheidend ist dabei, dass der Klient erfährt, dass es nicht zu der befürchteten Katastrophe kommt, sondern dass die Angst mit zunehmender Exposition wieder abflaut (➔ Abb. 8.8). Die problematische Situation kann dabei in der Vorstellung (Exposition **in sensu**) oder in der Realität (Exposition **in vivo**) aufgesucht werden.

Das Vorgehen kann gestuft, entsprechend einer Angsthierarchie, oder durch massierte Reizkonfrontation (**Flooding**) erfolgen. Beim Flooding (engl., [Reiz-]Überflutung) setzt sich der Klient an mehreren Tagen hintereinander dem Reiz über mehrere Stunden aus. Dabei werden Situationen gewählt, die maximale Angst auslösen (z. B. bei Aufzugsangst: stundenlanges Fahren im Aufzug; bei Angst vor Mäusen: längere Zeit in einem Raum mit vielen Mäusen verbringen; bei Höhenangst: auf einen extrem hohen Punkt gehen und dort längere Zeit bleiben).

Tab. 8.6 Angsthierarchie bei Spinnenphobie

Stufen der Angsthierarchie	Visualisierung	Angstskala (%)
10	Spinne krabbelt über meine Hand	100
9	Spinne ist 10 cm von mir entfernt und krabbelt auf mich zu	90
8	Spinne ist 10 cm von mir entfernt und bewegt sich nicht	80
7	Spinne ist 50 cm von mir entfernt	70
6	Spinne ist 1 m von mir entfernt	60
5	Spinne ist oben an der Decke	50
4	Spinne ist in einem Glas eingesperrt	40
3	Lebendige Spinne ist im Fernsehen	30
2	Foto von Spinne	20
1	Jemand spricht über Spinnen	10

MERKE

Eine **Konfrontationsbehandlung** mittels Flooding **muss immer vom Therapeuten angeleitet und begleitet** werden. Eine graduierte Expositionsbehandlung kann auch vom Klienten ohne Therapeuten umgesetzt oder mit einem Selbsthilfemanual durchgeführt werden.

FALL

Expositionstraining in vivo bei Zwangsstörung – „Die Türklinke"

Einem unter einem Waschzwang leidenden Patienten wird das Prinzip der Exposition mittels der Angstkurve erklärt (➔ Abb. 8.8). Auslösende Situation ist dabei eine von vielen Menschen benutzte Türklinke, die beim Patienten die Furcht vor einer ansteckenden Krankheit auslöst. Der Patient wird nach genauer Übungsbeschreibung zur Türklinke im Eingangsbereich der Praxis gebracht. Er gibt auf einer Erregungsskala (minimale Erregung 0, maximale Erregung 10) eine Ausprägung von 4 an. Dann wird er aufgefordert, die Hand auf die Türklinke zu legen und kräftig hin und her zu reiben. Die Erregung erhöht sich auf 6. Vor dem Waschbecken soll er sich dann seine Hand genau anschauen und sich die Situation vergegenwärtigen, ohne sein Waschritual auszuführen. „Machen Sie sich klar, was Sie jetzt tun." Der Patient zeigt daraufhin eine heftige Erregung, die er mit 10 auf der Skala angibt. Er beginnt zu weinen und wird vom Therapeuten gefragt, was er empfinde. „Ein fürchterliches Gefühl", antwortet er. „Wie würden Sie das Gefühl bezeichnen?" „Ich bin voll Spannung. Ich bin traurig und wütend."

Auf die Frage, ob ihm das Gefühl bekannt vorkomme, berichtet er von der Beerdigung seiner Mutter, die er mit 6 Jahren erleben musste. „Wem gilt die Wut?", fragt der Therapeut. „Der Mutter, weil sie uns verlassen hat." Er berichtet weiter von der folgenden schwierigen Zeit in seiner Familie. Im Laufe der Erzählung flaut die Erregung etwas ab. Der Therapeut geht behutsam auf die Schilderung ein und zeigt auf, wie wichtig es ist, die emotionalen Auslöser des Zwangs zu akzeptieren und die damit verbundenen Trennungsängste und aggressiven Vorstellungen zu klären. Zum Ende der Sitzung gibt der Patient seine Erregung mit 1 an und zeigt sich sehr erleichtert, dass er kein Waschritual durchgeführt hat. Er wird nochmals aufgefordert, die Klinke zu berühren und die Hände danach nicht zu waschen, was ihm ohne sichtliche Erregung gelingt. Als Hausaufgabe bis zur nächsten Sitzung wird er aufgefordert, die Klinke seiner Wohnungstür in 2-stündigem Abstand zu berühren, ohne anschließend ein Waschritual auszuführen.

Operante Verfahren

Operante Verfahren bemühen das Prinzip der operanten Konditionierung zum Aufbau von gewünschtem oder zum Abbau von problematischem Verhalten (Grundannahmen der Verhaltens-

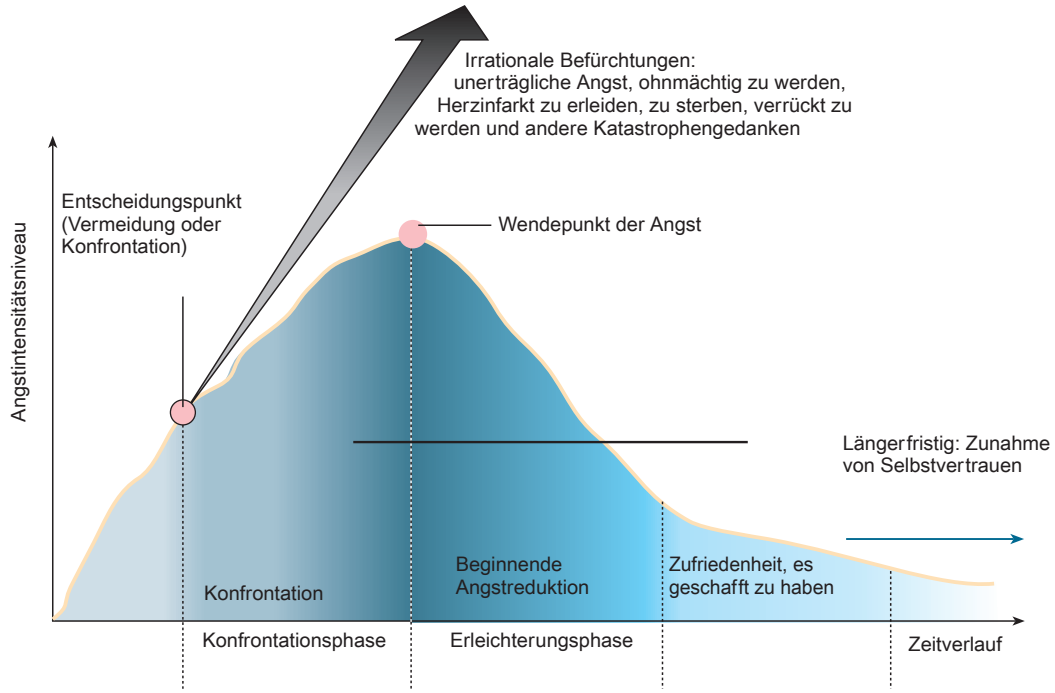

Abb. 8.8 Angstkurve [R263–1]

therapie). Dabei werden gezielt **negative** oder **positive Verstärker** eingesetzt. Dies kann in Form von Behandlungsverträgen geschehen, bei denen sich der Klient verpflichtet, eine bestimmte Vereinbarung und ein bestimmtes Verhalten einzuhalten, und eine besondere Begünstigung erfährt bzw. eine Vergünstigung verliert, wenn er die Vereinbarung nicht einhält. Anorektische Patientinnen erhalten z. B. beim Erreichen ihrer im Therapievertrag vereinbarten wöchentlichen Gewichtszunahme die Möglichkeit, Joggen zu gehen. Nach der **Token Economy** (Münzverstärkungssystem) werden Münzen, Wertmarken, Chips oder Punkte für ein erwünschtes Verhalten verteilt bzw. abgezogen, wenn das problematische Verhalten gezeigt wird. Die Wertmarken, Punkte etc. können gegen Privilegien eingetauscht werden. Durch positive Verstärkung werden ein Aufbau und eine Stabilisierung des erwünschten Verhaltens erreicht. Voraussetzung ist, dass die angestrebten Ziele bekannt und definiert sind und das erwünschte Verhalten und die Belohnung rasch aufeinander folgen (kontingent). Dies ist ein klassisches Erziehungsmittel bei Jugendlichen, die z. B. pünktlich nach Hause kommen sollen und denen danach das Taschengeld angeglichen wird. Bei gut differenzierten Klienten sowie akuten Erkrankungen ist das Münzverstärkungssystem weniger geeignet.

Operante Verfahren können natürlich als **Selbstkontrolle** vom Klienten in Eigenregie übernommen werden. Mithilfe von Selbstbeobachtung (Tagebüchern), Stimuluskontrolle und Selbstverstärkung (z. B. Klient belohnt sich erst, wenn er ein bestimmtes Lernpensum abgeschlossen hat) übernimmt er damit die Verantwortung, sein problematisches Verhalten im Selbstmanagement zu verändern. Die Stimuluskontrolle wird v. a. bei Abhängigkeitserkrankungen oder Essstörungen eingesetzt.

BEISPIELE

Stimuluskontrolle

Im Rahmen eines **Gewichtsreduktionsprogramms** von adipösen Patienten wird die Stimuluskontrolle häufig eingesetzt. So kann der Patient angehalten sein, nach einem detaillierten Einkaufszettel nur kalorienarme Nahrungsmittel zu besorgen und in seiner Wohnung zu haben. Auch die Rahmenbedingungen für das Essen werden genau festgelegt. Die Nahrungsaufnahme wird auf folgende Regeln beschränkt: Gegessen wird nur im Sitzen an einem ordentlich gedeckten Tisch und nur die Portion einer zubereiteten Speise; dabei wird langsam gegessen, das Besteck wird während des Essens abgelegt und alle anderen Aktivitäten, die nicht zum Essen gehören, werden eingestellt. Damit wird ungünstiges und gewichtssteigerndes Essverhalten eingedämmt: z. B. das Essen im Stehen in der Küche, von Chips auf der Couch beim Fernsehen, unter Stress oder bei der Zeitungslektüre. Der Patient kann sich auf den Vorgang der Nahrungsaufnahme konzentrieren, nimmt das Essen so bewusst wahr und kann es genießen. Er kann sich auch für Tageszeiten, an denen die Esslust besonders groß ist, eine angenehme Tätigkeit einplanen, bei der man nicht essen kann [4].

Biofeedback

Der Patient soll durch diese Methode lernen, die Körperfunktionen (z. B. Puls, Muskelanspannung) unter seine willentliche Kontrolle zu bringen. Dazu helfen technische Geräte, die ihn die körperlichen Funktionen akustisch oder optisch wahrnehmen lassen. So kann der Puls – als Ausdruck des Herzschlags – durch ein akustisches Signal hörbar gemacht werden. Die Versuchsperson erfährt über dieses Rückmeldesystem sofort den Erfolg ihrer Bemühung, biologische Prozesse zu beeinflussen. Dies entspricht einer positiven Verstärkung im Sinne der operanten Konditionierung. Eingesetzt wird dieses Verfahren z. B. bei Spannungskopfschmerz, Bluthochdruck, Schlafstörungen oder Muskelspasmen.

Tab. 10.8 Medikamentöse Therapie der Alkoholabhängigkeit

Medikament	Indikation	Wirkung	Merkmale
Clomethiazol (Distraneurin®)	Alkoholentzugssyndrom/-delir	Antikonvulsiv, sedierend	Bei i. v. Gabe Gefahr der Atem-/Kreislaufdepression und Gefahr eines Bronchospasmus
Antipsychotika (Neuroleptika)	Psychotische Symptomatik (Halluzinationen), Erregungszustände	Antipsychotisch, sedierend	Risiko einer Krampfauslösung relativ gering
Benzodiazepine	Erregungszustände, Unruhe, Schlafstörung, Entzugssymptome	Sedierend	**Abhängigkeitspotenzial**
„Anticraving"-Substanzen (z. B. Acamprosat)	Starkes Craving	Drosselt Craving (Acamprosat, Naltrexon), Übelkeit bei Alkoholeinnahme als aversiver Reiz (Disulfiram)	**Begleitende psychosoziale Therapie** ist obligatorisch

Die **Psychotherapie** ist ein Kernstück der Behandlung und umfasst drei Schwerpunkte: Aufbau der Motivation zur Abstinenz, Festigung der Abstinenz und Hilfe bei einem Leben ohne Alkohol. Sie ist unentbehrlich für die Langzeittherapie. Entwöhnungsbehandlungen liegen in der Kompetenz speziell geschulter Psychologen und Ärzte. Es gibt unterschiedliche **Gruppen- und Einzelprogramme.** Bestandteile dieser Programme sind Psychoedukation und Informationsvermittlung, Entspannungsverfahren, Verhaltensanalysen mit kognitiver Therapie und Techniken zur Rückfallprophylaxe (➢ Kap. 10.1.7).

Mit **Langzeittherapien** erreicht man die besten Heilungsquoten: 40–50 % der Abhängigen erreichen darüber eine stabile Besserung.

Selbsthilfegruppen haben v. a. in der Nachsorgephase eine zentrale Bedeutung. Sie bieten dem Alkoholkranken eine Anlaufstelle und unterstützen ihn in schwierigen Phasen der Rehabilitation.

MERKE

Die Alkoholabhängigkeit ist eine Krankheit, die durch viele **Rückfälle** gekennzeichnet ist. Mehr als die Hälfte der Abstinenzwilligen erleidet einen Rückfall. Allein der Genuss eines **alkoholhaltigen Essens** oder eines **alkoholhaltigen pflanzlichen Medikaments** kann einen Rückfall provozieren. Abstinente Alkoholkranke sind also **lebenslang** gefährdet.

10.2.2 Neuropsychiatrische Folgeschäden der Alkoholabhängigkeit

➢ Abb. 10.3 veranschaulicht die Folgeerkrankungen der Alkoholabhängigkeit. Die **psychiatrischen Folgeschäden** werden im Text näher erläutert.

MERKE

Etwa 30–60 % der Frauen und etwa 20–40 % der Männer mit einer Alkoholabhängigkeit leiden an einer komorbiden psychischen Störung:
- Angststörung
- Affektive Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen

Akute Alkoholintoxikation (ICD-10: F10.0)

FALL

Alkoholintoxikation – „Ein bisschen Spaß muss sein"

Ein Mann sitzt an der Bar eines Restaurants und trinkt unter kritischer Beobachtung des Kellners in kurzer Zeit auffällig viel Wein. Nach einer

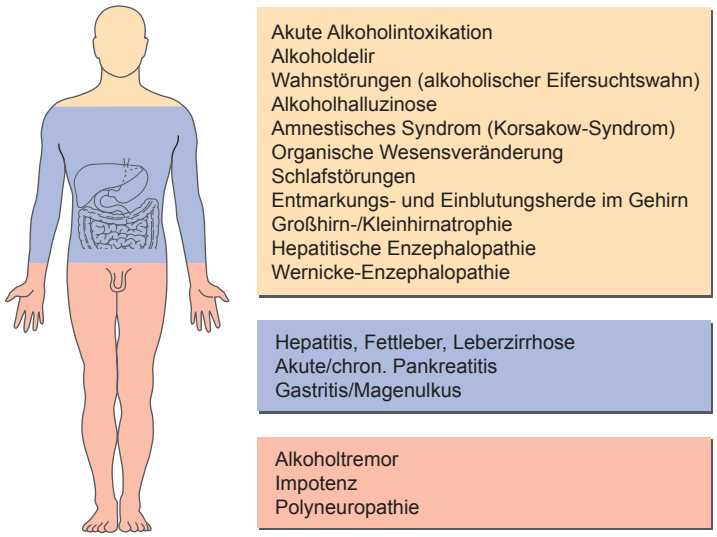

Abb. 10.3 Folgeerkrankungen der Alkoholabhängigkeit [L157]

Weile versucht er, mit dem Kellner ins Gespräch zu kommen, der jedoch nur kurz antwortet und sich wieder seiner Arbeit zuwendet. Daraufhin schlägt der Mann mit der flachen Hand auf den Tresen und beschwert sich, dass ein freundliches Wort doch nichts koste. Er schenkt sich aus seiner zweiten Flasche Wein ein weiteres großes Glas ein und gleitet unsanft vom Hocker, der dabei fast umfällt. Lallend und mit unsicherem Gang steuert er auf die übrigen Bargäste zu. Er spricht sie in beleidigender Form und lautem Ton an und muss sich dabei immer wieder an den Stuhllehnen festhalten, um nicht umzukippen. Daraufhin wenden sich einige Gäste von ihm ab und rufen den Kellner herbei, um sich über die Störung zu beschweren. Danach eskaliert die Situation: Der Mann wird wütend und aggressiv. Mehrfach schreit er: „Nicht ich – ihr seid doch alle gestört! Alles nur Gestörte hier, die keinen Spaß vertragen!" und schmeißt eine ganze Reihe von Tischen und Stühlen um. Dann verlässt er fluchtartig die Bar. Als die Polizei ihn am nächsten Morgen in seiner Wohnung aufsucht, ist er überrascht und sagt: „Was soll ich getan haben? Davon weiß ich gar nichts mehr."

Definition

Die **akute Alkoholintoxikation** wird auch als „einfacher Rausch" bezeichnet. Dabei liegt die Alkoholzufuhr nur eine, höchstens einige Stunden zurück. In den meisten Fällen sind die Folgen des alkoholisierten Zustands geringfügig, solange keine zusätzlichen Gefahrenherde (Auto, Fahrrad) dazukommen. Allerdings kommt es des Öfteren zu Stürzen. Die Menge Alkohol, die einem Organismus zugeführt werden muss, damit er Zeichen der Alkoholvergiftung zeigt, ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich. Sie hängt von der individuellen Verstoffwechselung des Alkohols ab, die von genetischen Faktoren, dem Allgemeinzustand und einer Toleranzentwicklung beeinflusst wird.

Symptomatik

Der Rausch kann in unterschiedliche Stadien eingeteilt werden. Die Symptome sind ➢ Abb. 10.4 zu entnehmen.

ERLÄUTERUNGEN ZUM FALL

Der Mann im Fallbeispiel durchläuft die Stadien des Alkoholrauschs in Abhängigkeit von der getrunkenen Menge Alkohol. Im leichten Rausch entwickelt er zunächst einen vermehrten Rededrang, verhält sich enthemmt und spricht andere Gäste an. Er wird psychomotorisch unruhig und bewegt sich durch die Bar. Dabei zeigt er schon eine Gangunsicherheit und eine lallende Sprache. Im mittelschweren Rausch steigert sich seine Aggressivität, die er zunächst verbal auslebt, bevor er handgreiflich wird und in seiner Erregung die Bar verwüstet. Im Nachhinein kann er sich an die Ereignisse nicht erinnern; dies kann als Zeichen einer Bewusstseinsstörung nach seiner Flucht gewertet werden.

Manche Autoren sprechen von einem **„komplizierten Rausch"**, wenn die Symptome intensiver ausgeprägt sind als beim „einfachen Rausch". Dies ist häufig bei einem vorgeschädigten Gehirn (z. B. Schädel-Hirn-Trauma, Demenz) der Fall. Die Symptomatik unterscheidet sich nur quantitativ, aber nicht qualitativ.

Diagnostik

Nach der ICD-10 kann die **Alkoholintoxikation** anhand ihres klinischen Erscheinungsbildes noch weiter klassifiziert werden:

- Ohne Komplikation
- Mit Verletzung oder andere Schädigung
- Mit anderen medizinischen Komplikationen
- Mit Delir
- Mit Wahrnehmungsstörungen
- Mit Koma
- Mit Krampfanfällen
- Pathologischer Rausch

Der **pathologische Rausch** ist eine Sonderform und zeichnet sich durch eine **qualitative** Veränderung der Symptomatik im Vergleich zum einfachen Rausch aus. Zur Veranschaulichung folgt ein Beispiel.

FALL

Pathologischer Rausch – „Ein jähes Ende"

Auf einer Hochzeitsfeier gerät ein bis dahin sehr zuvorkommender, freundlicher junger Mann nach dem Abendessen plötzlich in einen heftigen Streit mit seinem Tischnachbarn, den er lautstark beschimpft und beim Schlips packt. Als der andere sich zu wehren versucht, ergreift der Mann den Sektkühler und versetzt dem Hilflosen einen tödlichen Schlag. Die Gäste sind fassungslos und wirken für ein paar Sekunden vollkommen ohnmächtig. Der Mann verlässt den Saal und legt sich in der Lounge auf ein Sofa, wo er, beinahe wie ein Toter, in eine Art regungslosen Tiefschlaf verfällt. Bei der Befragung durch die Polizei gibt er an, er habe keine Erinnerung an den Vorfall – weder an den Tischnachbarn noch an den Streit oder seinen Gefühlsausbruch. Das Einzige, woran er sich erinnern könne, sei, dass er nach dem Dessert einen Obstler serviert bekommen und getrunken habe. Aber nach dem Obstler habe alles bei ihm ausgesetzt, und von diesem Moment an habe er einen absoluten „Filmriss". Bei der ärztlichen Untersuchung stellt sich heraus, dass der junge Mann vor wenigen Wo-

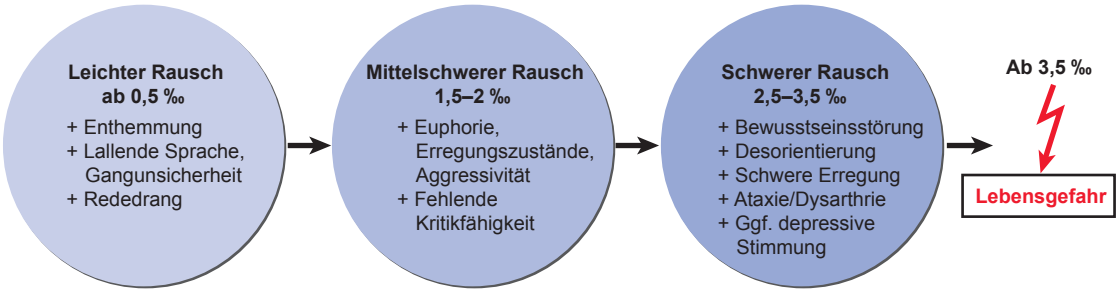

Abb. 10.4 Stadien des Alkoholrauschs [L157]

chen bei der Renovierung seines Hauses von einer Leiter gestürzt war und sich dadurch eine schwere Gehirnerschütterung zugezogen hatte, die ausgeheilt schien. Die Aussagen der Hochzeitsgäste belegen, dass der Mann bis dahin ein „überaus netter, sensibler Kerl" gewesen sei und keinerlei Spuren von Aggression gezeigt habe. Stets sei er sehr aufmerksam und freundlich, hilfsbereit und bedächtig gewesen. Der Totschlag entspreche absolut nicht seinem Wesen und seiner Art; niemand könne sich den Vorfall erklären.

Der **pathologische Rausch** kommt relativ selten vor und ist eine schlagartige Reaktion auf die Einnahme einer meistens **geringen Menge** Alkohol. Aufgrund einer Vorschädigung des Gehirns kommt es zu einer herabgesetzten Alkoholtoleranz (ein Glas kann genügen!). Der pathologische Rausch ist gekennzeichnet durch **Bewusstseinstrübung, Desorientiertheit,** oft auch durch **Erregungszustände mit Halluzinationen, Personen- und Situationsverkennung.** Während der Rauschphase kann es zu persönlichkeitsfremden, häufig aggressiven Tätlichkeiten kommen. Der Rausch geht meist in einen Terminalschlaf über, der oft kürzer ist als beim normalen Rausch. Anschließend kann sich der Betroffene an die Ereignisse vor oder im Rauschzustand nur noch bruchstückhaft oder überhaupt nicht mehr erinnern; es besteht also eine Teilamnesie bzw. totale **Amnesie.**

Organische Ursachen für einen pathologischen Rausch können sein:

- Langjähriger Alkoholismus mit zunehmender Alkoholintoleranz (am häufigsten)
- Schädel-Hirn-Trauma
- Epilepsie
- Hepatitis
- Enzephalitis

ERLÄUTERUNGEN ZUM FALL

Alkoholintoleranz
Bei dem jungen Mann im Fallbeispiel reicht schon ein „kleiner Obstler", um bei ihm den „pathologischen Rausch" auszulösen.

Erregungszustand
Er gerät dann in einen aus der Situation heraus nicht nachvollziehbaren Erregungszustand, in dem er zunächst handgreiflich wird und dann seinen Tischnachbarn erschlägt. Diese Handlung entspricht überhaupt nicht seiner Persönlichkeit (Fremdanamnese der Nachbarn).

Terminalschlaf mit Amnesie
Der Rausch endet mit einem zwanghaften Schlafbedürfnis, das aber nur ½ Stunde dauert. Danach besteht für die Dauer des Rauschs eine komplette Amnesie.
Das Schädel-Hirn-Trauma in der Vorgeschichte des Mannes liefert eine Erklärung für die organische Ursache des Geschehens.

Alkoholentzugsdelir

FALL

Eine Medizinstudentin erscheint mit ihrer WG-Freundin in der Notfallambulanz. Sie erzählt aufgeregt, ihre Freundin habe nach einer Auseinandersetzung, bei der sie sie zum wiederholten Mal auf ihre Alkoholabhängigkeit aufmerksam gemacht habe, zum Beweis, dass sie nicht süchtig sei, für einen Tag auf Alkohol verzichtet. Als sie von der Uni zurückgekommen sei, habe sie gezittert wie Espenlaub und sei unruhig in der Wohnung umhergelaufen. Sie habe sie gebeten, wieder am Küchentisch Platz zu nehmen. Darauf habe sie sich gesetzt und „zusammenhangloses Zeug" geredet. Sie hatte den Eindruck, die Freundin habe sie für ihre Mutter gehalten. Während sie sprach, habe sie immer seltsam auf das Tischtuch geschaut und daran gezogen. Auf die Frage, was sie da mache, habe sie geantwortet, sie schüttle die Würmer ab. Dann sei sie ganz merkwürdig geworden und plötzlich vom Stuhl gerutscht. Sie habe einen Krampfanfall gehabt, sich dabei aber glücklicherweise keine Verletzung zugezogen. Vor der Fahrt in die Ambulanz habe sie ihr ein kleines Glas Himbeergeist zu trinken gegeben, weil sie so gezittert habe.

Definition

Bei alkoholkranken Menschen können zwei Formen des Delirs auftreten:

- **Alkoholentzugsdelir** (ICD-10: F10.4)
- **Kontinuitätsdelir** (ICD-10: F10.03)

Das **Alkoholentzugsdelir** („Delirium tremens") ist die häufigere Form und tritt etwa 1–3 Tage nach dem Alkoholentzug auf. Der Alkoholentzug erfolgt meist ungewollt, häufig wird er durch einen Infekt oder durch die Aufnahme ins Krankenhaus wegen eines Unfalls oder zur Abklärung der organischen Alkoholschäden ausgelöst. In seltenen Fällen kann ein Delir auch nach langem Dauertrinken auftreten (**Kontinuitätsdelir**).

Als physiologische Ursache des Delirs wird eine **Übererregung des limbischen Systems** diskutiert, die durch den Entzug der „ruhigstellenden" Droge Alkohol ausgelöst wird. Es kommt dabei zu schweren Angst- und Unruhezuständen, starkem Zittern und Sinnestäuschungen (z. B. Sehen von weißen Mäusen oder Spinnen und Erleben von früheren Lebenssituationen oder bedrohlichen Geschehnissen).

Symptomatik

Alkoholabhängige Menschen erleben beim Alkoholentzug in der Regel zunächst ein **vegetatives Prädelir,** das gekennzeichnet ist durch:

- Vegetative Symptome (z. B. Schwitzen, Zittern)
- Atem- und Kreislaufbeschwerden
- Magen- und Darmbeschwerden
- Psychische Symptome (Unruhe, Schlaflosigkeit, Angst und Schreckhaftigkeit, Verlust der zeitlichen, örtlichen und situativen Orientierung, leichte Ablenkbarkeit, flüchtige [meist optische] Halluzinationen)
- Generalisierte Krampfanfälle

ERLÄUTERUNGEN ZUM FALL

Die Patientin im Fallbeispiel erlebt nach dem Entzug von Alkohol ein Prädelir mit den klassischen Symptomen. Nach dem Entzug schwitzt und zittert sie (**vegetative Symptome**). Sie ist unruhig und läuft umher (**psychomotorische Symptome**). Ihre Freundin hält sie für ihre Mutter und ist über ihre derzeitige Situation nicht richtig im Bilde (**situative und Personenverkennung**). Sie sieht Würmer auf dem Tisch, die sie zu ent-

fernen versucht (**optische Halluzination**). Das Prädelir gipfelt in einem **Entzugskrampf,** einer häufigen Komplikation in den ersten Stunden nach dem Entzug. Dass die Freundin den Entzug unterbricht und ihre abhängige Freundin zunächst in die Klinik bringt, um eine stationäre Therapie anzuregen, war für die alkoholkranke Mitbewohnerin u. U. lebensrettend. Denn ein unbehandeltes Delir kann tödlich enden.

MERKE

Raten Sie einem alkoholkranken Klienten **nie,** selbstständig mit dem Trinken aufzuhören. Der Entzug muss stationär überwacht werden, weil es zu **generalisierten Krampfanfällen** und zum **Delir** kommen kann.

Das Prädelir kann unbehandelt in ein eigentliches **Alkoholdelir** übergehen, das sich durch eine **stärker ausgeprägte Symptomatik** und das Auftreten von **Bewusstseinsstörungen** auszeichnet.

Hauptsymptome des Delirs (➢ Kap. 9.3.3):

- Akuter Verwirrtheitszustand mit Bewusstseinstrübung (qualitative Bewusstseinsstörung)
- Ggf. quantitative Bewusstseinsstörung (Schläfrigkeit etc.)
- Gedächtnisstörungen und Desorientiertheit bezüglich Zeit, Ort, Situation
- Optische Halluzinationen
- Situations- und Personenverkennung (illusionäre Verkennungen)
- Ausgeprägte Angst und Schreckhaftigkeit
- Dysphorische Verstimmung („grantig")
- Hypermotorik (Unruhe, Nesteln, Herumsuchen)
- Suggestibilität (Faden, weißes Blatt Papier)
- Vegetative Reaktionen wie Schwitzen, Tremor, Gesichtsrötung, Erbrechen und Diarrhö, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus
- Krampfanfälle

MERKE

Das Delir dauert 5 (max. 20) Tage. Bei fehlender Behandlung verläuft es in bis zu **20–25 %** der Fälle **tödlich** (bei optimaler Behandlung < 2 %). Häufigste Todesursache ist die Pneumonie (z. B. Aspiration). Schwere Folgezustände sind die **Wernicke-Enzephalopathie** und das **Korsakow-Syndrom.**

Beim Delir kommen manchmal auch sog. **Akoasmen** vor, d. h. akustische (Elementar-)Halluzinationen wie Knallen, Zischen, Lispeln, Wispern (keine Stimmen).

Gut zu wissen Beim Alkoholentzugsdelir handelt es sich nach dem triadischen System um eine **akute organische Psychose** (➢ Kap. 9.3.3).

Alkoholhalluzinose (ICD-10: F10.5)

FALL

Alkoholhalluzinose – „Quälgeister"

Ein 42-jähriger Arbeitsloser erzählt von Stimmen, die ihn schon seit geraumer Zeit tyrannisieren würden. Meist sei es eine Frauenstimme, manchmal aber auch mehrere Stimmen zugleich. Er würde von ihnen beleidigt und als „Dreckskerl" oder „Hurensohn" beschimpft. Gelegentlich habe er auch den Eindruck, es sei die Stimme seines Vaters, die ihm vorwerfe, aus ihm sei nichts Gescheites geworden. Am Wochenende habe sich die Belästigung durch die Stimmen so verschlimmert, dass er sich bedroht fühle. Er sei regelrecht in Panik geraten, aus Angst, man wolle ihm das Leben nehmen. Deswegen habe er um Aufnahme in die Klinik gebeten. Der seit seinem 22. Lj. alkoholabhängige Mann habe mehrere Entziehungskuren durchgeführt, die letzte vor einem guten Jahr. Danach habe er auch für kurze Zeit in einem Beschäftigungsverhältnis gestanden, allerdings sei ihm wegen Insolvenz der Firma gekündigt worden. Das habe ihn emotional so mitgenommen, dass er wieder mit dem Trinken begonnen habe. Seitdem würde er auch wieder von den quälenden Stimmen heimgesucht. Im Untersuchungsgespräch ist der Mann voll orientiert und bewusstseinsklar. Seine Konzentrationsfähigkeit ist geringfügig eingeschränkt, er ist leicht ablenkbar. Formale oder inhaltliche Denkstörungen sind nicht festzustellen. Die Affektlage erscheint ängstlich-paranoid.

Definition

Die **Alkoholhalluzinose** ist eine seltene Folge von **chronischem Alkoholmissbrauch** und zeichnet sich durch **akustische Halluzinationen** aus. Unbehandelt kann sie Tage bis Monate andauern oder in etwa ⅕ der Fälle in eine **chronische Form** übergehen. Bei medikamentöser Therapie mit Antipsychotika (Neuroleptika) oder bei Abstinenz klingt sie innerhalb weniger Tage ab.

Gut zu wissen Die Alkoholhalluzinose zählt zu den **akuten organischen Psychosen** (➢ Kap. 9.3.3).

Symptomatik

Typische Kennzeichen der **Alkoholhalluzinose** sind:

- Akustische Halluzinationen (oft im Chor – bedrohend, schimpfend)
- Angst/Panik (paranoid-ängstliche Gestimmtheit, oft Bedrohungswahn)
- **Keine** Bewusstseinstrübung
- **Keine** Desorientiertheit
- **Keine** Vorstellung von Fremdbeeinflussung (im Gegensatz zur Schizophrenie)
- **Keine** körperlichen Symptome (z. B. Tachykardie, Fieber, Erbrechen, Durchfälle, Schwitzen, Zittern oder epileptische Anfälle)

ERLÄUTERUNGEN ZUM FALL

Im Vordergrund der Beschwerden des 42-Jährigen stehen die **akustischen Halluzinationen.** Die oft im Chor wahrgenommenen Stimmen beschimpfen und bedrohen ihn. Psychopathologische Hinweise auf eine Schizophrenie gibt es nicht. Der Patient hat sich selbst in die Klinik einliefern lassen, weil er die Stimmen als ein Krankheitszeichen wahrnimmt. Ein Realitätsbezug ist also vorhanden. Auch das Bewusstsein ist nicht beeinträchtigt. Es ist also von einer Alkoholhalluzinose auszugehen. Der Exploration sollte natürlich eine körperliche Untersuchung folgen, und der Patient sollte bei einer Bestätigung der Verdachtsdiagnose zum Entzug motiviert werden. Bis dahin kann die Symptomatik mit Antipsychotika (Neuroleptika) behandelt werden.

MERKE

Im Gegensatz zur **Schizophrenie** wissen Patienten mit einer Alkoholhalluzinose, dass sie Halluzinationen erleben. Es handelt sich daher um sog. **Pseudohalluzinationen.** Der Realitätsbezug bei den Patienten ist erhalten, und andere entscheidende psychopathologische Kriterien der schizophrenen Störung fehlen.

Alkoholischer Eifersuchtswahn (ICD-10: F10.5)

FALL

Alkoholischer Eifersuchtswahn – „Offener Hosenstall"

Eine 44-jährige Frau beklagt sich, dass ihr Mann schon seit geraumer Zeit mit einer anderen Frau „fremdgehe". Auf die Frage nach Beweisen für diese Annahme gibt sie an, dass sie im Bett Haare gefunden habe, die nicht ihre Haarlänge hätten, und dass sie auf dem Bettlaken Spuren von Make-up entdeckt habe. Eine angebrochene Flasche Prosecco und eine CD mit romantischer Musik im CD-Player, die sie bei der Heimkehr von einem Besuch bei ihren Eltern gesehen hatte, belegten dies ebenfalls. Einmal sei sie auch von der Arbeit heimgekommen, als eine Frau mit schnellen Schritten das Mietshaus, in dem sie wohnten, verließ. Als sie dann leise die gemeinsame Wohnung betreten habe, sei ihr Mann gerade mit geöffnetem Reißverschluss an der Hose aus dem Bad gekommen. Er habe sich merkwürdig verhalten, sei einem Gespräch ausgewichen und sei sich mit der Hand ständig durch die platt gelegene Frisur gefahren. Ihr Mann widersetze sich jedoch nach wie vor vehement ihren Vorwürfen; er habe sie nie betrogen, und sie solle endlich aufhören mit den Anschuldigungen. Er könne sich nicht erklären, wie sie auf solch einen „Unfug" käme. Trennungsabsichten habe ihr Mann nicht geäußert. Allerdings hätten sie momentan eine schwere Zeit miteinander. Ihr Mann leide unter ihrer langjährigen Alkoholabhängigkeit und ihrer sexuellen Inappetenz.

Definition

Zufällige Beobachtungen und Vorkommnisse werden als Beweis für die Untreue des Partners gewertet. Diese Eifersucht kann sich bis zum Wahn steigern, wobei Männer häufiger betroffen sind als Frauen. Der Wahnkranke ist rationalen Argumenten nicht mehr zugänglich. Häufig tritt der **Eifersuchtswahn** beim alkoholkranken Mann auch infolge einer Potenzstörung auf. Unter Antipsychotikatherapie kann sich der Wahn zurückbilden.

Symptomatik

Das Krankheitsbild ist geprägt von einem **ausgestanzten Wahnerleben,** das sich auf die Untreue des Partners bezieht.

ERLÄUTERUNGEN ZUM FALL

Die Patientin im Fallbeispiel weist eine langjährige Alkoholkrankheit auf und hat als Folge davon einen Eifersuchtswahn entwickelt. Sie ist **unkorrigierbar** davon überzeugt, dass ihr Ehemann sie betrügt. Auch **kritisches Hinterfragen** der Verdächtigungen und Hinweise darauf, dass die unumstößlichen Beweise nur **zufällige Beobachtungen** seien, die einen anderen Hintergrund haben könnten, werden von der Patientin nicht akzeptiert. Sind keine anderen psychopathologischen Symptome zu erkennen, die auf andere Ursachen des wahnhaften Erlebens hinweisen, ist von einem **alkoholbedingten Eifersuchtswahn** auszugehen. Eine genaue körperliche Abklärung ist selbstverständlich noch notwendig.

Wernicke-Enzephalopathie

FALL

Wernicke-Korsakow-Syndrom – „Der konfabulierende Wirt"

Eine 58-jährige Weinlokalbesitzerin, die an einer chronischen Alkoholsucht leidet, wird in einem sehr verwirrten Zustand in die Klinik eingeliefert. Sie berichtet, dass sie schon seit längerer Zeit Doppelbilder sehe und Gehschwierigkeiten habe. Ihre Füße fühlten sich wie taub an, sodass sie beim Gehen über den Boden „schlufften". Die Ärzte stellen einen erheblichen Vitamin-B_1-Mangel fest und diagnostizieren eine Lähmung des Augenmuskels sowie eine verminderte Nervenleitgeschwindigkeit in den Beinnerven. Bei der Untersuchung spricht sie die Oberärztin mit „liebe Großmama" an, die – wie sich herausstellt – bereits verstorben ist. Es wird eine medikamentöse Therapie mit Thiamin in hohen Dosen eingeleitet, woraufhin die akuten Symptome abklingen. Merkfähigkeit, Kurzzeitgedächtnis und Orientierungssinn der Patientin bleiben jedoch weiterhin gestört. Die Krankenschwestern berichten, dass die Patientin auffällige Gedächtnislücken habe, die sie mit Inhalten fülle, die nicht der Wahrheit entsprächen. Wenn sie ihr innerhalb kurzer Zeit dieselbe Frage noch einmal stellten, bekämen sie meist zwei unterschiedliche Antworten. So habe sie auf die Frage, was es gestern zum Mittagessen gab, z. B. zunächst geantwortet: „Ja, das war herrlich. Wir waren in der Weinschenke, und es gab einen knusprigen Flammkuchen und Federweißen." Auf den Hinweis, dass dies nicht sein könne, da sie doch im Krankenhaus sei, antwortet sie, „Ja, natürlich! Es gab Wiener Schnitzel mit Kartoffelsalat. Meine Großmutter hat auch probiert, und es hat ihr sehr gut geschmeckt. Lediglich die Preiselbeeren aus unserem Garten haben wir dazu vermisst." Tatsächlich habe es ein ganz anderes Gericht gegeben; außerdem besitze die Patientin (wie sie von der Tochter erfahren hätten) gar keinen Garten.

Definition

Die relativ selten auftretende **Wernicke-Enzephalopathie** (bei ca. 10 % der verstorbenen Alkoholiker nachweisbar) ist die **schwerste,** vielfach tödlich ausgehende **Alkoholfolgeerkrankung.** Der Mangel an Thiamin (Vitamin B_1) verursacht vaskuläre und neuronale Schädigungen im Gehirn.

Symptomatik

Die **Wernicke-Enzephalopathie** ist gekennzeichnet durch:

- Bewusstseinstrübung, Desorientiertheit, Somnolenz
- Augenmuskellähmungen, Sehstörungen und Doppelbilder, Pupillenstörungen und Nystagmus (ruckartiges Zittern der Augen)
- Ataxie (Torkeln, Greifstörungen)
- Vegetative Störungen (Hypotonie, Hyperthermie, Hyperhydrose)

MERKE

Die Wernicke-Enzephalopathie ist eine **lebensbedrohliche Erkrankung** und muss sofort stationär durch Gabe von hohen Dosen Vitamin B_1 behandelt werden.

Korsakow-Syndrom

Definition

Bei Patienten, die die Wernicke-Enzephalopathie überleben, besteht nach Abklingen der akuten Symptome häufig ein **Korsakow-Syndrom.** Dieses kann allein oder als Folge der Enzephalopathie auftreten. Der Übergang zum Korsakow-Syndrom ist fließend, deshalb wird die Krankheit auch oft **Wernicke-Korsakow-Syndrom** oder chronischer Korsakow genannt.

Symptomatik

Beim Korsakow-Syndrom findet man eine **Trias** aus:
- Hochgradiger **Beeinträchtigung des Alt- und Neuzeitgedächtnisses**
- **Konfabulationen**
- **Orientierungsstörungen**

Weitere Symptome sind:
- Reduzierte Auffassungsgabe
- Antriebsstörungen
- Ggf. Polyneuropathie

Obwohl das Korsakow-Syndrom zunächst beim chronischen Alkoholismus beschrieben wurde, kann es auch bei Schädel-Hirn-Trauma, Hirnblutungen, Enzephalitis, bei Toxikosen oder Infektionen (Fleckfieber, Typhus) auftreten. Ursächlich handelt es sich auch hierbei um einen **Thiaminmangel.**

MERKE

Füllt ein Patient Gedächtnislücken mit fantastischen Erlebnissen, spricht man von **Konfabulationen.** Häufig erhält man beim Nachfragen auf dieselbe Frage zwei unterschiedliche Antworten.

Organische Wesensveränderung

Bei chronischem Alkoholabusus kommt es zu **Persönlichkeitsveränderungen,** bei der labile Stimmungen mit **reizbarem und aggressivem Verhalten** im Vordergrund stehen. Als Folge der zerebralen Schädigungen durch ständige alkoholbedingte Intoxikationen wird die intellektuelle Leistungsfähigkeit bis hin zur **Alkoholdemenz** abgebaut.

Polyneuropathie

Bei einer Polyneuropathie setzen in der Regel zunächst **Parästhesien** ein. Dies sind körperliche Missempfindungen wie ein Gefühl des Kribbelns oder Juckens („Ameisenlaufen"), Taubheitsgefühle, brennende Fußsohlen unter der warmen Bettdecke oder eine Druckempfindlichkeit der Waden. Im weiteren Verlauf zeigen sich die Parästhesien oft auch an den Armen, und es ist insgesamt eine zunehmende Schmerzempfindlichkeit festzustellen. Im fortgeschrittenen Stadium kommen weitere Symptome wie **Muskelschwäche, Gangstörungen,** z. T. extreme **Schmerzzustände** sowie in einigen Fällen auch Seh-/Pupillenstörungen und **Augenmuskellähmungen** hinzu.

Schlafstörungen

Obwohl Alkoholiker häufig an Einschlafschwierigkeiten leiden und Alkohol das Einschlafen verbessern und in einen „Tiefschlummer" versetzen kann, führt genau dies in der zweiten Nachthälfte aber oft zu Unruhe mit flachem Schlaf und vermehrtem Aufwachen. Eine Ursache dafür ist, dass der sog. Traumschlaf, der durch REM-Phasen (engl. *rapid eye movements)* gekennzeichnet ist, durch den Alkohol unterdrückt wird. Auch **Albträume,** starkes Schwitzen, Kopfschmerzen und Mundtrockenheit sind häufige Begleiterscheinungen. Diese Störung des Schlafs bewirkt, dass sich die Betroffenen am Morgen häufig matt und selten frisch und vital fühlen. Bei Absetzen des Alkohols kommt es zudem zu einer – entzugsbedingten – ausgeprägten Schlaflosigkeit, wodurch sich nicht selten ein negativer Kreislauf in Gang setzt: Die Betroffenen greifen, um zu ermüden und zu entspannen, wieder zum Alkohol.

10.3 Störungen durch Opioide (ICD-10: F11)

FALL

Opiatintoxikation – „Nur Schnupfen?"

Eine 20-jährige Studentin wird von einer aufgelösten Mutter zum Arzt gebracht. Die junge Frau zittert am ganzen Körper, wirkt blass und abgemagert. Sie gähnt häufig und putzt sich mehrfach die Nase, laut Mutter habe sie auch Fieber. Die Mutter mache sich große Sorgen, weil ihre Tochter in eine „dubiose Clique" geraten sei. Sie habe sich in den letzten Wochen sehr verändert, sei häufig spätabends alkoholisiert nach Hause gekommen, und tagsüber könne man gar nicht mehr mit ihr reden. Sie sei so abweisend und rotzig. Auch werde sie in allem immer nachlässiger, nicht nur in der Körperpflege. Die Mutter habe heute beim Müllentleeren eine Spritze gefunden. Die Tochter tue diesen Fund („harmloses Schmerzmittel") ab, sie habe doch nur einen „blöden Schnupfen". Sie gibt aber zu, dass sie starke Schmerzen in den Beinen und im Nacken habe und ihr Herz rase.

10.3.1 Definition

Der Begriff **Opioide** umfasst Opiate (Heroin, Morphin und Codein) und Morphinderivate. Synthetische und halbsynthetische Morphinderivate finden sich z. T. auch in Husten- und Schmerzmitteln. Wichtige Vertreter sind: Morphin, Heroin (Diacetylmorphin), Codein, Methadon sowie hoch wirksame Schmerzmittel wie Pethidin (z. B. Dolantin®) und Buprenorphin (z. B. Temgesic®).

Opioide werden hauptsächlich gespritzt, aber auch geschluckt, geraucht oder geschnupft. Sie haben sowohl euphorisierende als auch dämpfende Wirkung. Bei der üblichen i. v. Einnahme setzt die Wirkung („Kick") innerhalb weniger Minuten ein und hält typischerweise 10–30 Minuten an. Der Rauschzustand geht mit einer **ausgeprägten Euphorie** und einem **Befreiungsgefühl** einher. Wär-

bide Störungen wie Persönlichkeitsstörungen, Angst-, schizophrene und affektive Störungen müssen bei der Diagnostik beachtet werden.

10.6.4 Epidemiologie

Kokain ist besonders beliebt bei den über 25-Jährigen. Seitdem das preisgünstigere Kokaderivat Crack auf dem Markt ist, ist die Zahl der Kokainkonsumenten deutlich gestiegen. Man geht von einer jährlichen Zunahme von 10 % aus.

MERKE

Crack hat ein höheres Suchtpotenzial, es wirkt schneller und intensiver. Bei Intoxikationen kommt es häufiger zu Komplikationen als bei Kokain. Der Crackkonsum geht auch mit einer erhöhten Gewaltbereitschaft und Zunahme von kriminellen Handlungen im Rausch einher.

10.6.5 Ätiologie

Auch hier wirken individuelle, drogenbedingte und psychosoziale Faktoren (➔ Kap. 10.1.6) zusammen. Kokain fand durch Sigmund Freud bereits 1884 Eingang in die Schulmedizin, weil dieser Kokain bei seinen alkoholabhängigen und morphiumsüchtigen Patienten zur Entwöhnung einsetzte. Dem euphorischen Rausch folgt bereits nach etwa 1 Stunde ein starker „Kater". Der Konsument fühlt sich abgespannt, missmutig, ängstlich-depressiv und schläfrig. Diese Faktoren stärken den Drang zur erneuten Kokaineinnahme, und die psychische Abhängigkeit entsteht bzw. wird aufrechterhalten.

10.6.6 Therapie

Der Entzug kann mit Antidepressiva wie Imipramin (Tofranil®) unterstützt werden. Eine eventuelle Intoxikationspsychose wird mit einem Antipsychotikum, z. B. mit Haldol®, behandelt. Dazu kommen ergänzende psycho-, verhaltens- und soziotherapeutische Maßnahmen und evtl. Medikationen zur Stützung des kardiovaskulären Systems. Die Therapie richtet sich dabei nach den in ➔ Kap. 10.1.7 dargestellten Richtlinien.

10.7 Störungen durch sonstige Stimulanzien (ICD-10: F15)

FALL

Amphetamine – „Meine erste Nacht mit Ecstasy"

Zu vorgerückter Stunde tauchte in meiner Stammdisco plötzlich ein flüchtiger Bekannter auf, der sich aufführte, als verbinde uns weit mehr als nur eine lockere Bekanntschaft. Er war total aufgedreht, wirkte auf mich wie ein vollkommen verzückter Junge in einem Wunderland. Ich beneidete ihn um diesen Zustand, denn er strahlte etwas zutiefst Zufriedenes aus, während mich einmal mehr diese öde Müdigkeit komplett einzufangen drohte. Und als er dann seine Hand öffnete, in der mehrere kleine Pillen zum Vorschein kamen, und er mir anbot, eine dieser Pille zu nehmen, griff ich zu.

Ich erinnere mich noch an den widerlich bitteren Geschmack, der sich daraufhin augenblicklich in meinem Rachen ausbreitete. Mir wurde leicht übel. Ich bekam Herzrasen und spürte Angst und Kälte in mir aufsteigen. Doch als ich eine halbe Stunde später auf die Tanzfläche ging, schien mein Gehör plötzlich völlig neue Frequenzen zu empfangen. Nie zuvor in meinem Leben hatte ich Musik derart klar und gleichzeitig verzerrt und bei alldem so wunderbar wärmend empfunden. Anfangs dachte ich noch, dass ich vielleicht einfach nur den geilsten Song hörte, der jemals durch meine Gehörtunnel gedrungen ist. Doch als der nächste Track genauso geil klang und mich noch mehr wärmte und die Farben plötzlich keine gewöhnlichen Farben mehr waren, sondern Gefühle in mir auslösten, war mir klar, dass ich „drauf" war. Und wie ich drauf war!

Es zauberte sich ein breites Grinsen in mein Gesicht. Und dies war dermaßen breit, dass ich befürchtete, es würde meinen Kiefer ausrenken. Aber dieser Umstand beunruhigte mich keinesfalls; eher belustigte er mich – so wie mich nunmehr beinahe alles belustigte und in ein heiteres Staunen versetzte. Die ganze Musik umarmte mich und riss mich mit sich. Die Musik wurde Teil von mir und ich Teil der Musik. Hungrige Bässe fingen mich ein und schleuderten mich in unbekannte Höhen. Ich fühlte mich als Zahnrad eines universellen Rhythmus – als Teil eines sich ständig bewegenden und neu erfindenden tanzenden Kosmos. Wellen der Wonne schlugen in mir hoch, voll von purer Lebenskraft. Und ich tanzte und tanzte – wie an unsichtbaren Fäden gezogen – nicht müde werdend. Alles war so leicht, so geil – so überschäumend genial. Einfach nur atmen – einfach nur im Jetzt ersaufen und tanzen – einfach die Leute anschauen und lächeln. Ich war berauscht vor lauter Glückseligkeit, und ein Schauer nach dem anderen durchflutete meinen ganzen Körper. Und dann suchte und fand ich meinen flüchtigen Bekannten, der nun auch in meinen Augen mehr zu sein schien als lediglich ein flüchtiger Bekannter. Jawohl, er war mein Freund. Und ich liebte ihn. Am liebsten wollte ich sofort mit ihm schlafen, all meine Hemmungen, meine Angst vor Nähe oder Zurückweisung waren wie weggeblasen. Ich liebte ihn. Ich liebte alle.

Doch so kolossal dieser erste Rausch meine Seele auch wärmte, so kalt riss es mich anschließend zurück in die Realität. Ich erlebte einen mächtigen Psycho-Kater: Ich hatte Panikattacken, war total deprimiert und fühlte mich wie von der Außenwelt isoliert. Mir war heiß und kalt zugleich, und ich hatte den ganzen Tag keinerlei Appetit. Und wie ich heute weiß, wächst der Preis, den man für dieses heuchlerische Glück zu zahlen hat, mit jeder Pille. Und mit jeder weiteren Pille wächst in mir die Angst, dass der gezahlte Preis für dieses kurze heuchlerische Glück zu hoch ausfallen wird. Die Pillen sind Gift fürs Gehirn! Das Gedächtnis wird mehr und mehr zu einem löchrigen Sieb: Namen, Zahlen oder Telefonnummern kann ich mir nur noch schwer merken, und der gelernte Prüfungsstoff für meinen Abschluss in Jura oder auch Verabredungen sind manchmal wie „weggeblasen".

10.7.1 Definition

Zu den Psychostimulanzien (Amphetamin-Gruppe) gehören das in der Natur vorkommende **Ephedrin** sowie das in Chemielabors synthetisch hergestellte Amphetamin („Speed"). Chemisch sind Amphetamine mit dem Adrenalin unseres Körpers verwandt. Sie werden missbräuchlich zur **Antriebs- und Leistungssteigerung** (Dopingmittel) angewendet, aber auch als „Appetitzügler" zur Unterdrückung von Hungergefühlen (z. B. Recatol®) eingesetzt. Die bekannteste moderne Designer- oder Partydroge ist der „heart opener" **Ecstasy** („XTC"), chemisch meistens in Form von **MDMA**

(3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin). Bei den Psychostimulanzien entsteht **keine** körperliche Abhängigkeit, sodass es keine typischen Entzugssymptome gibt. Allerdings kommt es zur Toleranzentwicklung. Nach chronischem Abusus entsteht eine Dysphorie mit Müdigkeit und Abgeschlagenheit.

Synonyme für Stimulanzien: Energetika, Weckamine, Psychoanaleptika, Psychotonika

Synonyme für Ecstasy: „XTC", „E", „X", „Adam", „Love-Drug"

10.7.2 Symptomatik

Psychische Merkmale des Amphetaminrauschs:
- Unruhe, Enthemmung, Euphorie
- Nervosität, optische und akustische Sinnestäuschungen
- Kritiklosigkeit, Ideenflucht, Aggressivität
- Angstzustände, Stimmungslabilität und paranoide Symptome

Körperliche Symptome:
- Erhöhte Pulsfrequenz, erhöhte Körpertemperatur, Blutdruckanstieg mit der Gefahr eines Herz-Kreislauf-Versagens
- Schlaflosigkeit, Kopfschmerz, Tremor
- **Weitstellung der Pupillen (Mydriasis)**
- Gewichtsverlust

MERKE

Die toxische Wirkung auf das serotonerge System hat bei Ecstasy-Konsumenten, die sich körperlich verausgaben und zu wenig Flüssigkeit zu sich nehmen, schon zu **lebensbedrohlichen** Zuständen und **Todesfällen** geführt – Komplikationen, die bei der allgemein propagierten Harmlosigkeit der Droge oft übersehen werden. Auch sind die Langzeitschäden der Droge noch nicht absehbar.

ERLÄUTERUNGEN ZUM FALL

Oftmals sind die Wirkungen unbekannt, und die Einnahme erfolgt aus „blindem" Vertrauen.

Körperliche Symptome

Im Fallbeispiel erlebt die Ecstasy-Konsumentin zunächst **unangenehme** körperliche Symptome mit Übelkeit, Herzrasen und Schüttelfrost.

Angstzustände

Diese Empfindungen werden von einer aufkommenden **Angst** begleitet. Häufig treten auch mit oder nach dem Abklingen der Wirkung von Ecstasy Angstzustände auf.

Euphorie, vermeintliche Leistungssteigerung, Enthemmung, Affektlabilität

Die Designerdrogen wirken auf der **kommunikativen und emotionalen Ebene.** Durch die **enthemmende** Wirkung kommt es zu größerer Kontaktbereitschaft und Emotionalität. Dies wird sehr eindrücklich im Fallbeispiel beschrieben. Das „Herz öffnet sich", die Konsumentin badet in einem Gefühl der Wärme und Geborgenheit. Die Enthemmung wird in der plötzlich empfundenen Nähe zu anderen Menschen und zur erlebten Aufhebung innerer Barrieren deutlich. Affekte werden nicht mehr zurückgehalten. Durch die euphorischen Zustände und vermeintlich verbesserte Introspektion haben die Konsumenten das subjektive Gefühl einer Leistungssteigerung. Im Fallbeispiel fühlt sich die Konsumentin von einer „irren Energie durchströmt". Zudem entfallen Hemmungen, „ich wollte mit ihm schlafen" und „meine Hemmungen, meine Angst vor Nähe oder Zurückweisung waren wie weggeblasen".

„Liquid Ecstasy" ist ein GABA-Analogon und wird als geschmacklose Flüssigkeit angeboten. Es hat euphorisierende und dämpfende Wirkung, kann bei Intoxikation zu Atemstillstand, Krampfanfall und Koma führen. Die Gefahr besteht in der unbemerkten Zugabe der Flüssigkeit zu Getränken, um jemanden sexuell gefügig zu machen (engl. *date rape*).

Nebenwirkungen

Durch die Unterdrückung von Müdigkeit und Durst und durch die direkte Wirkung auf die Temperaturregulation im Gehirn kann es bei langem pausenlosem Tanzen zu **gefährlichen Schwankungen der Körpertemperatur** bis hin zum Kollaps kommen. Zu den negativen Effekten zählen darüber hinaus Kieferkrämpfe, Muskelzittern, Übelkeit, Brechreiz und erhöhter Blutdruck. Herz, Leber und Nieren werden besonders stark belastet. Der Konsum von Ecstasy kann auch zu großer Ängstlichkeit, Schreckensvisionen und Orientierungsschwierigkeiten führen. Anlass zur Sorge gibt derzeit die aktuelle wissenschaftliche Diskussion um **langfristige neurologische Schäden** infolge erhöhten Ecstasy-Konsums. Erfahrungsgemäß sind bei dauerhafter Einnahme Störungen der Merkfähigkeit sowie des Kurzzeit- und Langzeitgedächtnisses zu erwarten.

10.7.3 Diagnostik

Neben Intoxikationen anderer Genese müssen differenzialdiagnostisch auch Schilddrüsenüberfunktionen, maniforme Syndrome bei affektiven Störungen oder eine beginnende Schizophrenie ausgeschlossen werden. Der Substanznachweis erfolgt im Blut und Urin.

10.7.4 Epidemiologie

Ecstasy ist das am häufigsten konsumierte Amphetamin. Es findet v. a. unter Jugendlichen in Diskotheken Verbreitung: Erfahrungen mit Ecstasy haben ca. 8–9 % der 18- bis 25-Jährigen.

10.7.5 Ätiologie

Es gibt vielfache Gründe, warum Psychostimulanzien genommen werden, z. B. zur allgemeinen oder besonderen Leistungssteigerung, zur Überwindung innerer Leere, zur Selbstbehandlung von Depressionen oder zur Appetitzügelung, um dem herrschenden Schönheitsideal zu entsprechen (ausführliche Darstellung der ätiopathogenetischen Faktoren der Abhängigkeitserkrankungen ➢ Kap. 10.1.6).

10.7.6 Therapie

Die Therapierichtlinien sind in ➢ Kap. 10.1.7 dargestellt. Bei Intoxikation sind Flüssigkeits- und Glukosezufuhr sowie Abkühlung wichtig. Eine Begleitmedikation kann nötig werden, z. B. Benzodiazepine zur Beruhigung, Antipsychotika bei psychotischer Symptomatik, Antihypertensiva bei Bluthochdruckkrisen und ggf. Antidepressiva.

10.8 Störungen durch Halluzinogene (ICD-10: F16)

FALL

Wirkung der Halluzinogene – „Solomon Snyders Selbstversuche mit LSD"

Nach der Einnahme eines Psychedelikums wird man als Erstes bemerken, dass sich die sensorische, insbesondere die visuelle Wahrnehmung verändert. Zunächst registrierte ich lediglich einen schwachen purpurfarbenen Saum um die Gegenstände in meiner Nähe. Anschließend begann jedes Objekt, das ich fixierte, eine erheiternd wunderliche Gestalt anzunehmen. Die Dachfirste und Fassaden der Häuser erinnerten mich an das Lebkuchenhaus in Hänsel und Gretel, was mich zu unkontrolliertem Kichern veranlasste.

Dann nahmen die Wahrnehmungsstörungen eine extremere Form an. Wenn ich meinen Blick auf meinen Zeigefinger richtete, schwoll er an. Wenn ich mir einbildete, er sei unwichtig, schrumpfte er buchstäblich zu einem Nichts zusammen. Als ich zu den verschnörkelten Holzschnitzereien emporblickte, die die Decke einrahmten, begannen die geschnitzten Formen hin und her zu schwingen.

Eine der unglaublichsten Wahrnehmungsstörungen, die durch Psychedelika herbeigeführt werden, trägt den Namen Synästhesie. Dabei handelt es sich um ein Phänomen, bei dem die Sinne vertauscht werden, sodass man beispielsweise eine Berührung als Ton, einen Ton als Bild und so weiter empfindet. Ich selbst habe erlebt, wie eine Stunde nach LSD-Einnahme Schallwellen vor meinen Augen vorbeiliefen, als ich in die Hände klatschte. Klatschten zwei Personen mit unterschiedlichen Frequenzen, sah ich zwei Wellenzüge, die sich in ihrer Amplitude unterschieden und miteinander zu kollidieren schienen.

Auch der Zeitsinn ist stark gestört. Zwei Stunden nach Einnahme der Droge hatte ich den Eindruck, als stünde ich Tausende von Jahren unter ihrem Einfluss. Wenn ich Gitarre zu spielen versuchte, schien jede Viertelnote einen Monat lang nachzuklingen.

Die räumliche Wahrnehmung ist ebenfalls gestört. Ich erinnere mich, wie ich von einem Raum in den anderen ging und dabei das Gefühl hatte, als überquerte ich das Universum in seiner gesamten Breite. So aufwühlend diese Wahrnehmungsveränderungen sein können, noch außergewöhnlicher ist die unbeschreibliche Veränderung der Ich-Empfindung. Die Grenzen zwischen dem Ich und dem Nicht-Ich lösen sich auf und machen dem heiter-gelassenen Gefühl Platz, eins mit dem Universum zu sein. Ich erinnere mich noch, wie ich immer wieder vor mich hin murmelte: „Alles ist eins, alles ist eins." Meine Frau war beunruhigt und fragte mich, was denn los sei, worauf ich nur erwidern konnte: „Was ist los? Alles ist eins." Nach psychiatrischer Lehrmeinung ist ein Verlust der Ich-Grenzen eines der Kennzeichen psychotischer Desintegration. In meinem Fall folgte dem mächtigen Gefühl, mit dem Universum eine Einheit zu bilden, ein Verlust des Ich-Bewusstseins. Ich begann zu rufen: „Wer bin ich? Wo ist die Welt?" Auf dem Höhepunkt dieser Auflösung geriet ich in Entsetzen. Ich versuchte, mich mit aller Gewalt an meinen Namen zu erinnern – in der Hoffnung, so zur Realität zurückzufinden –, doch ich schaffte es nicht. Am Ende klammerte ich mich an den einzigen Namen, der mir überhaupt einfiel: „San Francisco". Ich wiederholte ihn ein ums andere Mal: „San Francisco, San Francisco, San Francisco." Es schien mir, als könne er mir verraten, wo ich mich befand und wer ich wohl war. Zu diesem Zeitpunkt – acht Stunden nach der Einnahme des LSD – begannen die Wirkungen der Droge nachzulassen. Indem ich mich an der Vorstellung festhielt, dass San Francisco für mich ein bedeutsamer Ort war, gelang es mir nach und nach, mich daran zu erinnern, wer und wo ich war und wer die Leute um mich herum waren. Sehr schnell brach dann meine Traumwelt zusammen, und die Realität hatte mich wieder [6].

10.8.1 Definition

Halluzinogene heißen auch „psychedelische Drogen" (griech. *delos*, offenlegen). Es sind Substanzen, die bewusstseinserweiternde Wirkung zeigen und lebhafte Wahrnehmungsveränderungen hervorrufen.

Zu den wichtigsten Vertretern dieser Gruppe gehören **LSD** (Lysergsäurediethylamid), ein synthetisches Derivat aus Mutterkorn, und **Mescalin** aus dem Peyote-Kaktus. Daneben gibt es noch **Psilocybin** (Wunderpilze oder „Magic Mushrooms") und Phencyclidin („Angel Dust") sowie Muskarin (Fliegenpilz) und Atropin (Tollkirsche).

Die **psychische Abhängigkeit** ist unterschiedlich stark ausgebildet, die körperliche fehlt. Allerdings zeigt sich eine **schnelle Toleranzentwicklung,** insbesondere gegenüber LSD. Es ist meist als kleine, weiße Tablette erhältlich. Ein „Trip" kann **6–8 Stunden** dauern. Danach folgt häufig eine depressive Phase, die den Wunsch nach erneuter Einnahme der Droge verstärkt. Entzugssyndrome werden nicht beobachtet.

Cannabis und Ecstasy (MDMA) werden von einigen Autoren den Halluzinogenen zugerechnet, auch wenn die Wahrnehmungsveränderungen hier im Vergleich zu den oben genannten Substanzen deutlich geringer sind.

10.8.2 Symptomatik

Zu den typischen **psychischen** Auswirkungen von Halluzinogenen gehören:

- Tiefgreifende Wahrnehmungsveränderungen (optische Halluzinationen, Intensivierung von Farben und Formen, illusionäre Verkennungen, veränderte Geräuschwahrnehmung, haptische Halluzinationen, Vermischung von Sinneseindrücken)
- Veränderungen des Denkens
- Desorientiertheit
- Veränderungen der Stimmungslage
- Veränderung des Ich-Bewusstseins („Entgrenzung")

ERLÄUTERUNGEN ZUM FALL

Der Selbsterfahrungsbericht beschreibt eindrücklich die entscheidenden Wirkungen der Halluzinogene auf subjektiver und objektiver Ebene. Der Halluzinogenrausch ist charakterisiert durch extreme Gefühlsintensivierung, optische (Pseudo-)Halluzinationen, starke Affektlabilität und Omnipotenzgefühle. Daneben gibt es Wahrnehmungsverzerrungen und insbesondere ein anderes Ich-Erleben, Raum-, Zeit- und Körpergefühl. In den Nachwirkungsphasen kommt es zu Angst und depressiver Verstimmung.

Halluzinationen

Die Trennung der Sinneskanäle ist nicht mehr stringent. Farben haben Gerüche, Töne erhalten Farben usw.

Emotionen, Entkoppelung

Emotionen werden verstärkt. Dies kann zu absoluten Glücksgefühlen oder aber auch zu Horrorzuständen führen.

Schizophrenieähnliche Psychosen sind durch den Konsum von Halluzinogenen auslösbar. In der Psychiatrie haben Halluzinogene Bedeutung für die Erzeugung sog. **Modellpsychosen** (experimentelle Psychosen) erlangt. Halluzinogene werden bei der Erforschung der Schizophrenie in der funktionellen Magnetresonanztomografie (fMRT) eingesetzt.

BEISPIEL

Gedankenausbreitung

Im Gespräch äußert ein Patient plötzlich misstrauisch: „Wieso fragen Sie mich das? Sie wissen doch genau, was ich denke. Sie hier in der Klinik können doch das mit den Gedanken machen. Sie wissen doch alle, was in mir vorgeht …" Der Patient hat das Gefühl, dass er nicht mehr allein über seine Gedanken verfügt, sondern dass auch die Umwelt Zugriff auf seine Gedanken hat und sie lesen kann.

Störungen der Affektivität

Typische Affektstörungen, die schizophrene Patienten erleben, sind **Anhedonie** (Freud-, Lustlosigkeit und Verlust der Genussfähigkeit), **Affektverflachung** mit einer Gefühlsabstumpfung und Leere im schizophrenen Residuum, aber auch **Angst** und **Erregung** im akuten Krankheitsstadium. Eine gehobene Stimmungslage, die mit Größenideen einhergehen kann, ist – anders als bei der Manie – im Allgemeinen weniger mitreißend und lebendig. Das Erleben der schizophrenen Patienten steht oft nicht im Einklang mit dem Gefühlsausdruck oder der aktuellen Situation. Man spricht dann vom **parathymen Affekt.**

BEISPIEL

Parathymer Affekt

Ein schizophrener Patient berichtet **grinsend** von **bedrohlichen** Wahnvorstellungen, bei denen er um sein Leben fürchten muss.

MERKE

Bei der hebephrenen Schizophrenie (➔ Kap. 11.3.2) steht ein **läppischer Affekt** im Vordergrund der Erkrankung, also eine fehlende Ernsthaftigkeit und „leere Heiterkeit".

Störungen des Antriebs

Der Antrieb kann je nach Phase der Erkrankung verändert sein. Eine Zunahme des Antriebs findet sich eher in der akuten Erkrankungsphase, während der postremissive Erschöpfungszustand oder das schizophrene Residuum (➔ Kap. 11.3.2) von einer Antriebsschwäche geprägt ist.

Störungen der Psychomotorik

Die Psychomotorik kann bei schizophrenen Erkrankungen in unterschiedlicher Weise beeinträchtigt sein. ➔ Tab. 11.3 fasst die psychomotorischen Störungen zusammen.

Tab. 11.3 Störungen der Psychomotorik bei schizophrenen Störungen

Psychopathologie	Erklärung
Katatonie (katatoner Stupor)	Erstarrung willentlicher Bewegungen bis zur Bewegungslosigkeit
Mutismus	Völlige Erstarrung des Sprechens
Erregung	Anscheinend sinnlose motorische Aktivität (Unruhe, Bewegungsdrang, Schreien, Heulen etc.)
Bewegungs-/ Sprachstereotypien	Wiederholung der immer gleichen Bewegungsabläufe (z. B. Schaukeln, Wippen) oder Sätze bzw. Redewendungen
Haltungsstereotypien	Einnehmen und Verharren in unsinnigen, häufig unbequemen und bizarren Haltungen
Negativismus	Anscheinend unmotivierter Widerstand gegenüber allen Aufforderungen; sie werden immer mit dem Gegenteil beantwortet (z. B. Patient soll sich setzen, er bleibt stehen)
Rigidität	Beibehaltung einer starren Haltung gegenüber Versuchen, bewegt zu werden
Wächserne Biegsamkeit („Flexibilitas cerea")	Passive Bewegungen der Gliedmaßen sind nur gegen zähen Widerstand möglich
Befehlsautomatismen	Automatisches Befolgen von (evtl. sinnlosen) Anweisungen
Echopraxie	Ständiges Nachahmen von Bewegungen oder Handlungen
Echolalie	Ständiges Nachreden von vorgegebenen oder gehörten Worten oder Sätzen

Störungen des Sozialverhaltens

Je nach Erkrankungsphase kann das Sozialverhalten schizophrener Patienten in Mitleidenschaft gezogen sein. Dies kann sich in sozialem Rückzug, Kontaktarmut und sozialer Abkapselung oder in Enthemmung und Distanzlosigkeit äußern.

Einteilung der Symptome

Die **Symptome der schizophrenen Störungen** lassen sich unterschiedlich einteilen:

- Grund- und akzessorische Symptome nach Bleuler
- Symptome 1. und 2. Ranges nach Schneider
- Minus- und Plussymptome

E. Bleuler nahm Anfang des letzten Jahrhunderts eine Einteilung der Symptomatik in **Grund- und akzessorische Symptome** vor. Die Grundsymptome waren für ihn obligatorisch für die Schizophrenie, während die akzessorischen Symptome auch bei anderen psychischen Erkrankungen auftraten (➔ Tab. 11.4). **Kurt Schneider** (1887–1967) teilte die Symptome nach ihrer diagnostischen Wertigkeit in **Symptome 1. und 2. Ranges** ein und bezeichnete sie als **abnorme Erlebnisweisen** der Schizophrenie (➔ Tab. 11.5).

Gut zu wissen Als **Autismus** bezeichnet man den Rückzug von der allgemein als real erlebten Wirklichkeit in die persönliche „Scheinwirklichkeit" des an Schizophrenie erkrankten Menschen. Unter **Ambivalenz** im Sinne Bleulers wird das Nebeneinander von gegensätzlichen Gefühlsregungen (z. B. Hass und Liebe) verstan-

den, die sich nicht – wie üblich – gegenseitig aufheben. Beim schizophrenen Patienten sind z. B. Zuwendung und Abneigung kein Gegensatz: Er lebt sie, bezogen auf eine Person, gleichzeitig. Zudem entfallen oft auch mimetische Trennungen: Der Patient lacht und weint ohne Zusammenhang mit der auslösenden Situation.

Tab. 11.4 Symptomatologie der Schizophrenie nach Bleuler

Grundsymptome	Akzessorische Symptome
Störungen der Assoziation	Halluzinationen
Störungen der Affektivität	Wahn
Ambivalenz	Katatone Symptome
Autismus	

Tab. 11.5 Symptomatologie der Schizophrenie nach Schneider

Symptome 1. Ranges	• Gedankenlautwerden • Kommentierende und dialogisierende akustische Halluzinationen • Leibliche und andere Beeinflussungserlebnisse mit dem Gefühl des „Gemachten" • Gedankenentzug • Gedankenausbreitung • Gedankeneingebung • Wahnwahrnehmung
Symptome 2. Ranges	• Halluzinationen • Wahneinfälle • Ratlosigkeit • Störungen der Affektivität
Uncharakteristische Symptome	• Sensorische Störungen • Illusionäre Verkennungen • Depersonalisation • Derealisation

Diagnostischen Aussagewert haben v. a. die Systeme von Bleuler und Schneider, während die Minus- und Plussymptomatik (Positiv- bzw. Negativsymptomatik) im klinischen Alltag relevant ist und den Verlauf der Erkrankung charakterisiert (➔ Abb. 11.1). Dabei stellen die Plussymptome ein „Mehr an Erleben" im Vergleich zum Gesunden dar und die Minussymptome beschreiben einen Mangel an normalem Erleben und Fühlen (➔ Tab. 11.6).

Tab. 11.6 Plus- und Minussymptome der Schizophrenie

Plussymptome	Minussymptome
Wahn	Aufmerksamkeitsstörung, Konzentrationsstörung
Halluzinationen	Anhedonie
Ich-Störungen	Affektverflachung
Angst, Erregung	Depressive Stimmung, Niedergeschlagenheit
Antriebssteigerung	Antriebslosigkeit
Psychomotorische Hyperkinesien (Unruhe, Bewegungsdrang, Sprachstereotypien)	Psychomotorische Hypokinesien (Mutismus, Stupor)
Enthemmung, Distanzlosigkeit	Sozialer Rückzug, Kontaktarmut

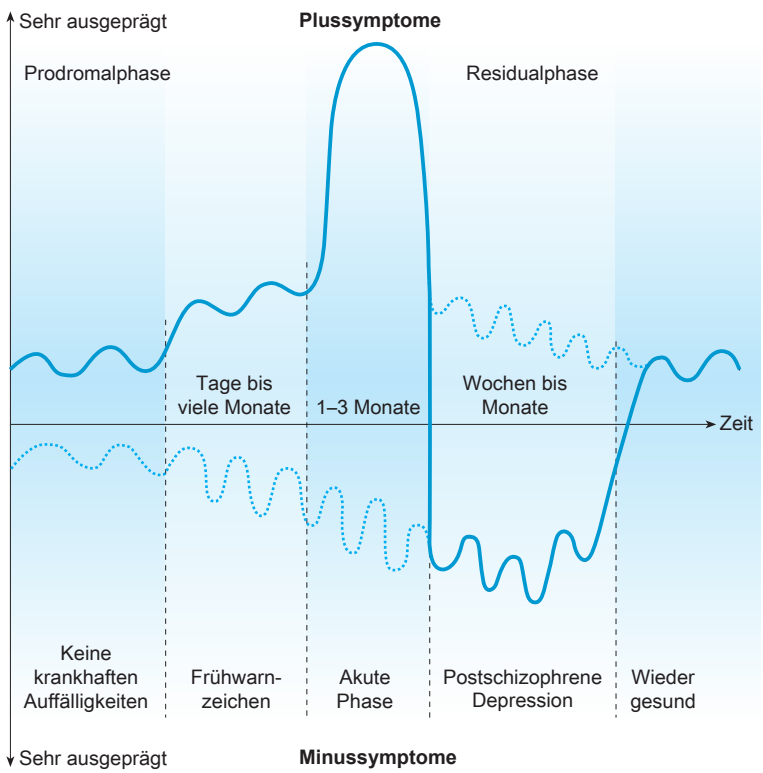

Abb. 11.1 Plus- und Minussymptome im Verlauf einer schizophrenen Erkrankungsphase [E604–1]

MERKE

Die klinische gebräuchliche Bezeichnung **„produktive Symptomatik"** ist mit der Plus- bzw. Positivsymptomatik gleichzusetzen.

11.3.2 Subtypen der Schizophrenie

Paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0)

FALL

Paranoide Schizophrenie – „Im Visier des BND"

Ein 30-jähriger Patient kommt in Begleitung seiner Mutter zur stationären Aufnahme. Er wirkt ängstlich und misstrauisch, schaut sich immer wieder kritisch im Raum um. Als im Flur ein Telefon klingelt, zuckt er erschreckt zusammen und wird unruhig. Auch durch andere Nebengeräusche wird er leicht abgelenkt. Nach seinen Beschwerden befragt, antwortet er zunächst fließend, stockt dann häufiger und bricht mehrmals ohne erkennbaren Grund mitten im Satz ab. Alles habe mit seinem Vietnamurlaub begonnen. Vietnam sei der „Wendepunkt", die Welt habe sich seitdem verändert, erzählt er. Seit er deutschen Boden betreten habe, werde er überwacht, der Bundesnachrichtendienst (BND) sei hinter ihm her. Er werde verdächtigt, mit islamistischen Terroristen in Kontakt zu stehen. Bereits bei der Passkontrolle habe ihn der Beamte besonders „unter die Lupe" genommen, und da sei es ihm plötzlich klar gewesen: Er werde verfolgt, stehe im „Visier des BND". Zwei blaue Kugelschreiber auf dem Tisch des Beamten hätten ihn in diesem Verdacht bestätigt. Er und seine Wohnung seien „verwanzt". Sie würden versuchen, ihn durch elektrische Strahlung „geständig" zu machen, wollten die Namen von Gewährsmännern. Er spüre diese Strahlung am ganzen Körper, das würde erst vibrieren und dann bis zum Kopf schmerzen. Sie wollten ihm die Gedanken „rausbrennen". Sein Zimmer habe er schon „abgeschirmt", er traue sich kaum noch auf die Straße, überall seien Informanten. Er spüre, wie sie ihn anschauen, v. a. die mit dunklen Mänteln, die gehörten alle dazu. Und dann „tuscheln" sie über ihn. In den Gängen, im Bus, „Das ist er, wir kriegen dich", sagen sie. Immer geht es um ihn. In der Zeitung sei gestanden, dass man ihn bald „zu fassen" kriege. Und jetzt sei er hier, damit er in der Klinik untertauchen könne und seine Mutter nicht belastet werde.

Die Mutter ergänzt den Bericht, erzählt, dass ihr Sohn seit dem Urlaub völlig verändert sei. Er schlafe kaum noch, sei sehr unruhig, habe alle Kontakte zu Freunden abgebrochen, sich in seinem Zimmer „eingeigelt" und spreche dort häufig mit sich selbst. Außerdem habe er sein Zimmer „gegen die Strahlung" mit Alufolie ausgekleidet. Sie sei völlig verzweifelt und habe ihn nur mithilfe des Bruders zum Gang in die Klinik bewegen können.

Die paranoide oder auch paranoid-halluzinatorische Schizophrenie ist die häufigste Unterform der Schizophrenie und tritt in der Regel zwischen dem **30. und 40. Lj.** auf. Das Krankheitsbild wird von **Wahn (Paranoia)** und **Halluzinationen** bestimmt. Die Themen des Wahns sind v. a. Verfolgungs-, Beziehungs-, Abstammungs-, Sendungs-, Eifersuchts- oder zönästhetischer Wahn.

Die Halluzinationen sind hauptsächlich **akustischer Art.** Es sind bedrohliche oder imperative Stimmen oder sog. Akoasmen wie Lachen, Pfeifen oder Gemurmel. Bei Vergiftungswahn können auch Geruchs- oder Geschmackshalluzinationen auftreten. Die paranoiden Symptome sind in der Regel von **Ich-Störungen** begleitet. Die Betroffenen haben die Vorstellung, dass ihre Gedanken, Bewegungen und Handlungen von außen gesteuert oder beeinflusst werden. Sie erleben sich und die Welt als fremd und verändert (Depersonalisation/Derealisation).

Weitere **Wahnphänomene** sind anhaltender **kulturell unangemessener, bizarrer Wahn,** z. B. die Überzeugung, das Wetter mit eigener Gedankenkraft beeinflussen zu können oder mit Ufos in Verbindung zu stehen. Ebenfalls häufig treten **Wahnwahrnehmungen,** also die wahnhafte Umdeutung einer realen Sinneswahrnehmung, auf. Sie werden in das bestehende Wahnsystem eingepasst; so wird z. B. das im Fernsehen Gesehene als verschlüsselte Botschaft oder der blinkende Scheinwerfer eines Autos als ein göttliches Zeichen gedeutet.

Weitere Symptome sind Denkstörungen, veränderter Affekt (z. B. Angst, Reizbarkeit) sowie Störungen der Motorik, der Sprache, des Fühlens und des Antriebs. Letztere Symptome sind aber nicht vorherrschend.

ERLÄUTERUNGEN ZUM FALL

In Kürze sind die charakteristischen Symptome der paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie am Fallbeispiel zusammengestellt

- Wahneinfall („Da sei es ihm plötzlich klar gewesen: Er werde verfolgt"),
- Wahnwahrnehmung (realer Sinneseindruck – zwei Kugelschreiber – werden als Zeichen gedeutet)
- Verfolgungswahn (BND verfolgt ihn, Wohnung ist verwanzt)
- Beziehungswahn (Menschen mit dunklen Mänteln und Informationen aus der Zeitung bezieht er wahnhaft auf sich)
- Zönästhetischer Wahn (Vibrieren und Schmerzen durch „elektrische Strahlung")
- Akustische Halluzinationen (Stimmen, die den Passanten zugeschrieben werden: „Das ist er, wir kriegen dich"), Akoasmen (Getuschel)
- Ich-Störungen (Fremdbeeinflussung durch Strahlung, Gedankenentzug, Depersonalisation/-realisation, „Alles habe sich verändert")
- Formale Denkstörungen (Gedankenabbruch, Konzentrationsstörungen mit leichter Ablenkbarkeit)
- Ängstlicher Affekt, psychomotorische Unruhe, sozialer Rückzug

Hebephrene Schizophrenie (ICD-10: F20.1)

FALL

Hebephrene Schizophrenie – „Der ungewaschene Philosoph"

Ein Elternpaar erscheint mit seinem 19-jährigen Sohn in der psychiatrischen Ambulanz. Die Eltern berichten besorgt, ihr Sohn verhalte sich in letzter Zeit äußerst seltsam. Er habe sich während der letzten Wochen völlig zurückgezogen und halte sich, von der Außenwelt beinahe vollkommen abgeschieden, in seinem Zimmer auf. Dort beschäftige er sich nahezu rund um die Uhr mit philosophischen und spirituellen Gedankengängen. Die Schule und auch der Kontakt zu seinen Geschwistern und Freunden interessierten ihn nicht mehr. Selbst die einfachsten Dinge und alltägliche Aufgaben und Pflichten vernachlässige er völlig. Hausaufgaben, Körperpflege und Mithilfe im Haushalt seien für ihn inzwischen Fremdwörter. Der Sohn hört den Ausführungen der verzweifelten Eltern zwar zu, macht dabei aber einen recht unbeteiligten Eindruck. An manchen Stellen hebt und senkt er die Augenbrauen und verzieht seine Lippen zu einer Grimasse. Als die Ärztin ihn anspricht, schlägt der junge Mann die Hacken zusammen, legt die rechte Hand an die Schläfe und begrüßt sie mit den Worten: „Grüß

Gott, Sie Kampfgeist in Weiß!" Auf die Frage, wie er sich zurzeit fühle, antwortet er, in sich hinein murmelnd und lächelnd: „Es ist allen nur Leben und Sterben. Leben wir, so leben wir dem Herrn. Sterben wir, so sterben wir dem Herrn. Darum, ob wir leben oder sterben, so sind wir des Herrn." Im weiteren Gespräch mit den Eltern springt der Sohn plötzlich auf, fasst die Ärztin an den Schultern und flüstert ihr zu: „Das letzte Hemd hat keine Taschen, doch ich verrate Ihnen: meins, meins hat sogar zwei … haha!"

Die hebephrene Schizophrenie oder **Hebephrenie** (griech. *hebē,* Jugendalter) wird im DSM-5 auch als „desorganisierter" Typ der Schizophrenie bezeichnet. Damit wird die Krankheit recht treffend charakterisiert. Als **Jugendschizophrenie** bezeichnet man sie wegen ihrer Symptome und des Zeitpunkts ihres Auftretens. Die Krankheit beginnt schleichend und kommt in der Regel zwischen dem 15. und 25. Lj. zum Ausbruch. Im Vordergrund der Erkrankung steht die **Symptomtrias:**

- **Affektstörungen**
- **Formale Denkstörungen**
- **Aktivitätsstörungen**

Als für die Hebephrenie typisch wird oft eine **ausgelassen-fröhliche, laxe,** pubertär anmutende Gestimmtheit beschrieben. Sie zeigt sich z. B. darin, dass die Jugendlichen ohne erkennbaren Umstand oder Grund das Gesicht verzerren und Fratzen schneiden, herumalbern, kichern, glucksen oder weinen, altklug philosophieren und es im Umgang mit den Mitmenschen an Rücksicht und Distanz fehlen lassen. Ihr Verhalten wirkt dadurch unpassend, unangebracht und teilweise enthemmt.

MERKE

Als **Manierismen** oder **Manieriertheit** wird die veränderte Psychomotorik bezeichnet, wobei der Betroffene Posen einnimmt, Personen nachahmt, Faxen macht oder gekünstelt wirkt. Seine Sprache kann dabei gestelzt oder unnatürlich verändert sein.

Die **formalen Denkstörungen** sind durch **Zerfahrenheit und Desorganisiertheit** gekennzeichnet. Die Sprache ist weitschweifig und unzusammenhängend. Der Betroffene fällt durch **ziellose** und unsinnige Aktivitäten und Bewegungen auf. Oft kommt es vor Ausbruch der Krankheit zu einer übermäßigen Beschäftigung mit religiösen oder philosophischen Fragen, meist auch zu sozialem Rückzug, Antriebslosigkeit, einem Nachlassen der schulischen Leistungen und einer Verflachung der Affekte.

ERLÄUTERUNGEN ZUM FALL

Am Fallbeispiel sollen die charakteristischen Symptome der hebephrenen Schizophrenie kurz zusammengefasst werden:

- Affektstörungen (läppisch-heiterer Affekt, grinst unpassend, Affektverflachung, Manierismen mit theatralischen Posen, Abspreizen der Finger und gestelzter Sprache, enthemmtes Verhalten gegenüber dem Arzt)
- Formale Denkstörungen (zerrissene unzusammenhängende Gedankengänge, Neologismen wie „Kampfgeist in Weiß" und Gedankenabbruch)
- Aktivitätsstörungen (Verhalten ist unvorhersehbar, ziellos, unvermitteltes Erheben und Setzen bei der Exploration)

Katatone Schizophrenie (ICD-10: F20.2)

FALL

Katatone Schizophrenie – „Mann im Sitzen erstarrt"

Eine Krankenschwester berichtet: Seit Stunden verharrt der 23-jährige Mann in dieser ungewöhnlichen Haltung. Er sieht aus wie ein Schlafwandler – er sitzt auf dem Stuhl, beide Arme sind im rechten Winkel zur Brust geradeaus nach vorne gestreckt, die Finger leicht abgespreizt, die Füße parallel zum Stuhl fest auf dem Boden. Die Augen hält er geschlossen, das Kinn ist leicht nach oben gestreckt, der Mund halb geöffnet. Auf persönliche Ansprache reagiert er nicht, und innerhalb der Klinik können wir ihn nur mithilfe eines Rollstuhls transportieren, in den er hineingehoben werden muss. Er selbst bewegt sich in der Regel nicht. Wenn man ihn am Körper – z. B. an den Armen oder Händen berührt, spürt man, dass alle Muskeln angespannt sind. Versuche, seine Position und Haltung zu verändern, bleiben erfolglos. Versucht man, seine Augenlider zu heben, werden sie mit aller Kraft zusammengekniffen. Übt man Kraft auf die ausgestreckten Arme aus, so sinken diese nicht nach unten, sondern werden in der Stellung aufrecht gehalten. Versucht man, die Zehen anzuheben, bleiben diese fest an den Boden gedrückt. Wenn man an seinen Beinen zieht, verschiebt sich die Sitzposition des Mannes, indem das Gesäß auf der Sitzfläche nach vorn und der Oberkörper leicht nach hinten rutscht, allerdings ohne die eingenommene Haltung aufzugeben. Für kurze Dauer ist zu beobachten, dass der Mann in gleichmäßigem Takt und fließender Bewegung mit dem Ober- und Unterkörper zu wippen beginnt, bis sie nach einiger Zeit abrupt endet.

Bei der katatonen Schizophrenie stehen die Psychomotorik und damit die katatonen Symptome im Vordergrund (➔ Tab. 11.3). Nach Einführung der Antipsychotika (Neuroleptika) ist diese Unterform nur noch selten anzutreffen. Die katatone Form der Schizophrenie ist durch zwei entgegengesetzte Störungen der eigenmächtig gesteuerten Bewegungen gekennzeichnet – und zwar sowohl der Hemmung als auch der Erregung der jeweiligen Motorik. In **Sperrzuständen** ist der Patient hellwach, aber in seiner Körperhaltung und seinen Körperbewegungen wie zu einer Statue erstarrt (Stupor). Er reagiert nicht auf persönliche Ansprache und Fragen (Mutismus), die Nahrungsaufnahme erfolgt durch Füttern. Stundenlanges Verharren in einer ungewöhnlichen Körperhaltung ist (wie im Fallbeispiel beschrieben) möglich. Anders verhält es sich in **Erregungszuständen.** Hier kann es passieren, dass der Patient der Erregung Ausdruck verleiht, indem er wütend um sich schlägt oder tritt, tobt und herumschreit oder an seiner eigenen Bekleidung zieht und zerrt, bis seine Kräfte verbraucht sind.

Undifferenzierte Schizophrenie (ICD-10: F20.3)

Diese Kategorie ist für Patienten reserviert, welche die allgemeinen Kriterien einer Schizophrenie erfüllen, die aber keine für eine spezielle Unterform ausreichenden Symptome oder aber Symptome von mehr als einer Unterform aufweisen.

Postschizophrene Depression (ICD-10: F20.4)

Hierbei handelt es sich um eine z. T. länger anhaltende depressive Episode, die im Anschluss an eine schizophrene Erkrankung auf-

tritt. Es dürfen nur noch einige schizophrene Symptome vorhanden sein, die nicht mehr das klinische Bild prägen. Die anhaltenden Symptome können positiv oder negativ sein; die negativen Symptome sind häufiger. Für die Diagnose ist es unerheblich, inwieweit die depressiven Symptome nur durch das Verschwinden der vorher bestehenden psychotischen Symptome aufgedeckt wurden oder ob es sich um eine neue Entwicklung handelt. Ferner ist unwesentlich, inwieweit der Zustand Teil der Schizophrenie oder eine psychische Reaktion auf die Erkrankung ist.

Die Diagnose kann nur gestellt werden, wenn der Patient innerhalb der letzten 12 Monate unter einer Schizophrenie mit den entsprechenden allgemeinen Kriterien gelitten hat **und** wenn einige schizophrene Symptome noch vorhanden sind. Zusätzlich müssen die Kriterien für eine depressive Episode erfüllt und seit mindestens 2 Wochen vorhanden sein, wobei die depressiven Symptome quälend im Vordergrund stehen.

Schizophrenes Residuum (ICD-10: F20.5)

FALL

Schizophrenes Residuum – „Rückzug ins Schneckenhaus"

Eine 58-jährige Frau wird von ihrem Mann in die psychiatrische Poliklinik gebracht. Der Ehemann berichtet, dass seine Frau in den letzten Jahren so passiv geworden sei, energielos und ohne Initiative. Abends werde sie rasch müde und verbringe dann etwa 10–12 Stunden im Bett. Sie vernachlässige deshalb mehr und mehr den Haushalt, achte nur ungenügend auf ihre Körperpflege und rede kaum noch mit den Leuten – auch nicht mit ihm. „Früher ging ihr alles flink von der Hand, jetzt schläft sie fast ein, wenn sie abspült oder die Betten macht. Es ist, als habe sie sich in ein Schneckenhaus zurückgezogen", erzählt er. „Sie interessiert sich weder für die Dinge des Alltags noch für die Probleme ihrer Kinder, und sie hat alle Kontakte zu unseren Freunden und Verwandten abgebrochen." Gefühlsmäßig habe sie sich sehr verändert: Als ihre Tochter ihr erstes Kind bekam, habe sie keine Gefühlsregung gezeigt, weder mit Worten noch in ihrer Gestik und Mimik. Bei der Geburt des zweiten Enkelkinds habe sie den Säugling wie apathisch angeschaut, sich dann abgewendet und einige Stunden still geweint.

„Auch mir gegenüber scheint sie kaum mehr Gefühle zu haben – es ist, als lebe sie selbstversunken in ihrer eigenen Welt, als hätte sie sich wie eine Raupe in einen Kokon von Gefühlen und Gedanken eingesponnen." Von Wahngedanken oder Stimmenhören seiner Frau kann der Mann nicht berichten. Zur Anamnese ist zu erfahren, dass die Patientin zwischen ihrem 45. und 58. Lj. drei schizophrene Schübe hatte und sich deshalb in eine psychiatrische Klinik begeben musste. Eine Behandlung mit Depot-Antipsychotika war drei Jahre vor der jetzigen Konsultation eingestellt worden [7].

Schizophrene Residuen sind Defektzustände nach Abklingen einer akuten Episode und treten meist in der Folge von mehreren Episoden auf. Paranoid-halluzinatorische Phänomene können als Begleitsymptome auftauchen, herrschen aber nicht vor.

Die Diagnose rechtfertigende Kriterien sind:

- Das Krankheitsbild ist durch eine **verlangsamte Motorik, Antriebs- und Aktivitätsstörungen** und eine **Verarmung der Gefühle** und **der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit** charakterisiert. Eine geringe nonverbale Kommunikation spiegelt sich in Gesichtsausdruck, fehlendem Blickkontakt, abgeflachter Stimmmodulation und Körperhaltung. In schweren Fällen sind die Betroffenen unfähig, einen normalen Beruf auszuüben, sich und den Haushalt zu versorgen oder soziale Kontakte zu pflegen.
- Früheres Vorhandensein von wenigstens einer eindeutigen psychotischen Episode, welche die Kriterien der allgemeinen Schizophrenie erfüllt.
- Zeitraum von wenigstens 1 Jahr, in dessen Rahmen die Intensität und Häufigkeit von floriden Symptomen wie Wahn und Halluzinationen gering oder wesentlich vermindert waren und das „negative" schizophrene Syndrom vorlag.
- Kein Vorhandensein von Demenz oder einer anderen organischen Hirnerkrankung oder Störung. Keine chronische Depression oder Hospitalismus, was die „negativen" Symptome erklären könnte.

ERLÄUTERUNGEN ZUM FALL

In Kürze sind die charakteristischen Symptome des schizophrenen Residuums am Fallbeispiel zusammengestellt:

- Psychomotorische Verlangsamung (Patientin schläft fast ein bei Hausarbeit) oder verminderte Aktivität (Patientin wird schnell müde und verbringt viel Zeit im Bett)
- Deutliche Affektverflachung (Patientin zeigt keine Gefühlsregung bei Geburt des Enkels)
- Passivität und Initiativmangel
- Verarmung hinsichtlich Menge oder Inhalt des Gesprochenen (Patientin redet kaum noch mit Leuten)
- Geringe nonverbale Kommunikation, deutlich an Mimik, Blickkontakt, Stimmmodulation und Körperhaltung
- Verminderte soziale Leistungsfähigkeit und Vernachlässigung der Körperpflege (Patientin vernachlässigt die Hausarbeit, achtet nur ungenügend auf Körperpflege)
- Ergänzende Symptome (nicht in der ICD-10): Autismus, Interessenlosigkeit („Sie interessiert sich weder für die Dinge des Alltags noch für die Probleme ihrer Kinder und hat alle Kontakte zu unseren Freunden und Verwandten abgebrochen", „… als habe sie sich in ein Schneckenhaus zurückgezogen", „… als lebe sie selbstversunken in ihrer eigenen Welt, als hätte sie sich wie eine Raupe in einen Kokon von Gefühlen und Gedanken eingesponnen")

Schizophrenia simplex (ICD-10: F20.6)

FALL

Schizophrenia simplex – „Die Eigenbrötlerin"

Ein besorgter Mann sucht zusammen mit seiner 48-jährigen Ehefrau die Klinik auf. Er erzählt, dass seine Frau sich in den letzten Jahren mehr und mehr isoliert und „in ihr Schneckenhaus" zurückgezogen habe. Dies habe begonnen, als der jüngste Sohn aus dem Elternhaus ausgezogen sei und seine Frau sich eine neue Aufgabe und Zeitvertreib habe suchen müssen. Sie habe sich mit dieser Umstellung nicht arrangieren können und sich der Suche nach anderen Zielen und Wegen für sich widersetzt. Körperlich und auch geistig habe sie seitdem ganz schön „abgebaut", sie beklage sich auch häufig über mangelnde Vitalität und Lebenslust. Während ihr Mann dies berichtet, sitzt die Frau teilnahmslos auf ihrem Platz und nestelt an ihrem Rock. Der Mann berichtet weiterhin von der eigenwilligen und eigenartigen Lebensform seiner Frau. Sie löse oft bis in den frühen Morgen hinein Kreuzworträtsel oder spule am laufenden Band Kassettenaufnah-

- Endokrine Störungen auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse:
  - Bei Frauen: Amenorrhö (griech., Fehlen/Ausbleiben der monatlichen Regelblutung)
  - Bei Männern: Libido- und Potenzverlust
  - Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel
  - Ggf. Änderungen des peripheren Metabolismus, von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion, bei Beginn vor der Pubertät Verzögerung oder Hemmung der pubertären Entwicklungsschritte

ERLÄUTERUNGEN ZUM FALL

Gewichtsverlust und abnormes Essverhalten

Elvira aus dem Fallbeispiel reduziert durch willentliches Hungern ihr Gewicht von 66 kg auf 51 kg Körpergewicht (KG) bei einer Körpergröße von 1,74 m. Dies entspricht einem **BMI von 16,8** und damit per definitionem einem **leichten Untergewicht.** Trotz der deutlichen Gewichtsabnahme empfindet sich Elvira immer noch als zu dick, ihr „Traumgewicht" habe sie noch nicht erreicht. Ihr Essverhalten hat sich im letzten Jahr dramatisch geändert, sie isst nur noch fett- und kalorienarme Kost. Die Nahrung zerlegt sie dabei in kleinste Bestandteile und kaut ungewöhnlich lange daran. Manche magersüchtigen Patienten horten auch das Essen oder machen innerlich Listen von „verbotenen" und „erlaubten" Speisen. Neben den **restriktiven** Magersüchtigen gibt es auch solche, die ihr Gewicht durch Appetitzügler, Abführmittel und Erbrechen reduzieren. Der exzessive Sport ist bei vielen Betroffenen ebenfalls ein Mittel, um ihr Gewicht zu kontrollieren. Auch Elvira treibt ungewöhnlich viel Sport.

Leugnen der Erkrankung

Das Hungergefühl „besiegen" und sich Essen versagen zu können, gibt vielen ein **Gefühl von Stärke** und hebt ihr **Selbstwertgefühl.** Sie empfinden sich daher nicht als krank und ignorieren auch körperliche Folgeerscheinungen oder bagatellisieren sie, wie Elvira im Fallbeispiel. Sie führt ihre Ohnmacht auf die fehlende Flüssigkeitszufuhr zurück und spielt die Sorgen ihrer Mutter herunter.

Körperschemastörung

Obwohl die Betroffenen bereits stark abgemagert sind, empfinden sie sich selbst noch als „dick". Auch Elvira spricht noch von „Fettpölsterchen". Sie möchte noch weiter abnehmen, um ihr Traumgewicht zu erreichen. Die Wahrnehmung des eigenen Körpers ist gegenüber der der Allgemeinheit deutlich verzerrt. Ihr Handeln ist von der Angst zuzunehmen bestimmt. Diese Angst kann als **überwertige Idee** bezeichnet werden.

Dauernde gedankliche Beschäftigung mit Körpergewicht und Nahrungsaufnahme

Magersüchtige sind gedanklich ständig mit dem Essen beschäftigt und kontrollieren häufig mehrmals täglich ihr Körpergewicht und ihren Körperumfang. Obwohl sie sich selbst viel Essen versagen, suchen sie sich oft Betätigungen, die mit Essen oder Lebensmitteln zu tun haben. Das kann, wie im Fallbeispiel, das Bekochen der Familie oder der Freunde sein, es kann aber auch der Beruf danach gewählt werden.

Körperliche Folgeerscheinungen der Gewichtsabnahme

Die chronische Mangelernährung hat langfristige Folgen (➢ Abb. 16.1) und reicht von Hormonstörungen mit Amenorrhö, wie bei Elvira, über Magen-Darm-Störungen bis zu Herz-Kreislauf-Problemen. Die körperlichen Komplikationen können zum Tod führen.

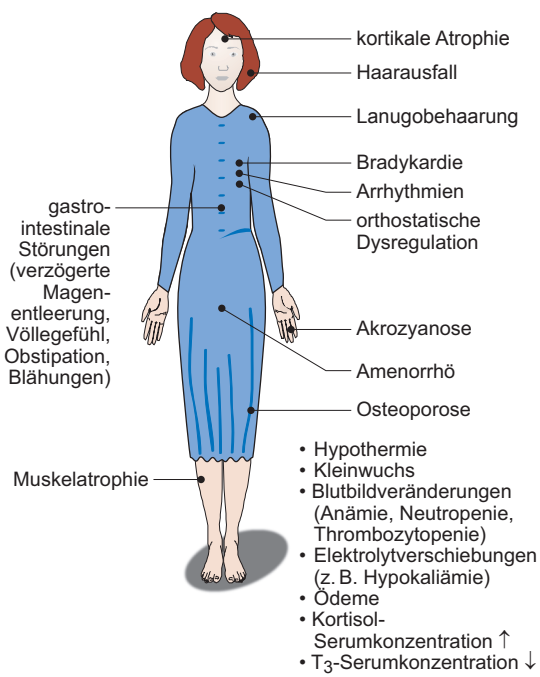

Abb. 16.1 Körperliche Folgeerscheinungen der Anorexia nervosa [L141; M516]

Ätiologie

Über die Ursachen der Anorexia nervosa streiten sich die Disziplinen: Soziologen machen das Schönheitsideal in der westlichen Gesellschaft verantwortlich, das z. B. in den Modeschauen die Modelle in der Konfektionsgröße kleiner als 38 auftreten lässt. Familientherapeuten halten ein gestörtes Verhältnis der Eltern für maßgeblich, das der Kranke durch eine Essstörung unbewusst auszugleichen versucht. Diskutiert wird ein Trennungswunsch des Vaters ebenso wie die Ablehnung einer dominanten Mutter. Sexualwissenschaftler argumentieren, dass die Magersucht mit einer Ablehnung der weiblichen Körperlichkeit verbunden sei. Fettpolster (Brust etc.) werden nicht ausgeprägt, die Periode fällt oft aus.

MERKE

Magersucht ist keine harmlose Erkrankung. Ohne rechtzeitige Behandlung kann bei extremer Ausprägung der Anorexie ein **lebensbedrohliches Untergewicht** entstehen, das eine **Zwangseinweisung** in eine Klinik mit **Zwangsernährung** nötig macht, um den Tod durch die körperlichen Folgeerscheinungen abzuwenden.

16.3.2 Bulimia nervosa (ICD-10: F50.2)

FALL

Bulimia nervosa – „Alles in sich hineinstopfen"

Eine 42-jährige Sekretärin mit einer Ösophagitis wird vom Hausarzt zum Psychiater überwiesen. Der Hausarzt hat den Verdacht, dass die Entzündung der Speiseröhre durch wiederholtes Erbrechen ausgelöst ist, und vermutet, dass die Patientin an einer Essstörung und einer Depression leidet. Die Patientin gibt im Gespräch mit dem Psychiater an, dass sie sich schon

lange in ihrer eigenen Haut unwohl fühle. Ihre Freundinnen und Kolleginnen hätten einfach mehr Erfolg als sie, sie würden auch viel besser aussehen. Ihre beste Freundin sei so schlank und attraktiv; sie würde auf jeder-Party sofort von Männern umringt und habe ständig wechselnde Beziehungen. Sie dagegen habe ihren langjährigen Freund mit 37 Jahren verloren. Er habe sich wegen einer anderen Frau von ihr getrennt, und seitdem habe sie nur einmal eine kurze Urlaubsaffäre mit einem verheirateten Mann gehabt. Sie sei einfach einige Kilos zu schwer (derzeit wiegt sie 70 kg bei 1,68 m). Wenn sie nur 10 kg leichter wäre, würde sie bestimmt auch mehr Erfolg bei Männern haben. Sie habe schon sehr viele Diäten ausprobiert, könne sie aber einfach nicht durchhalten. Sie habe dann richtige „Heißhungerattacken", in denen sie alle verfügbaren Nahrungsmittel in ihrer Wohnung essen würde. Sie könne sich in so einer Attacke einfach nicht mehr bremsen, es sei wie eine „Sucht". Danach sei ihr schlecht, und sie schäme sich, weil sie so maßlos gewesen sei und sich von ihrem Traumgewicht wieder weit entfernt habe. Natürlich habe sie sich nach so einer Attacke schon mal erbrochen. Auch Appetitzügler habe sie probiert, aber auch die würden bei ihr nicht richtig wirken. Solche Fress-Brech-Attacken habe sie schon mehrmals im Monat, nicht nur bei Diäten. Auch wenn sie abends frustriert allein zu Hause säße, wenn andere auf eine Party gingen oder keine Zeit für sie hätten. Dann setze sie sich vor den Fernseher und anschließend gehe es los: Sie stopfe alles in sich hinein.

Definition

Bulimia (griech., Ochsenhunger) **nervosa** ist gekennzeichnet durch Heißhungerattacken mit anschließendem Erbrechen der hastig heruntergeschlungenen großen Nahrungsmengen. Auch hier besteht die Angst, dick zu werden, und obwohl das Körpergewicht meist der Norm entspricht, sind die Betroffenen unzufrieden und versuchen ihr Gewicht durch Diäten sowie den Gebrauch von Appetitzüglern und Abführmitteln zu regulieren.

Synonyme: Hyperoxia nervosa, Fresssucht

Symptomatik

Kriterien der Bulimie nach ICD-10:

- Andauernde Beschäftigung mit Essen, unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; Essattacken, bei denen sehr große Mengen Nahrung in kurzer Zeit konsumiert werden
- Gedankliche Einengung auf die Nahrungsaufnahme und Essensbeschaffung
- Krankhafte Furcht, zu dick zu sein, und kompensatorisches Verhalten, das dem dick machenden Effekt der Nahrung entgegensteuert (z. B. willentliches Erbrechen, Fasten, Einnahme von Appetitzüglern, Abführmitteln, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika)

ERLÄUTERUNGEN ZUM FALL

Gedankliche Einengung auf Essen, Selbstwahrnehmung als zu „dick", Selbstwertproblematik

Patienten mit Bulimie sind davon überzeugt, zu dick zu sein. Gedanklich sind sie auf das Essen fixiert und beschäftigen sich ständig damit. Die Sekretärin im Fallbeispiel fühlt sich schon lange nicht mehr wohl in ihrer „eigenen Haut", sie sei einige Kilos zu schwer. Sie führt ihre vermeintlichen Misserfolge auf ihr Körpergewicht zurück. Ihre Vorstellungen von der eigenen Wertigkeit sind dabei stark von einem Attraktivitäts- und Schlankheitsideal abhängig. Das tatsächliche Körpergewicht von bulimischen Patienten liegt im Gegensatz zu anorektischen Patienten meist im Normal- oder leichten Übergewichtsbereich. Die Sekretärin im Fallbeispiel hat einen BMI von 24,8 und liegt an der oberen Grenze des Normalgewichts. Lebensbedrohliches Untergewicht ist nicht typisch. Die Bulimie wird als Versuch verstanden, eine Balance zwischen den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen und den scheinbar äußeren Anforderungen (Moral- und Wertevorstellungen) herzustellen. Die Fress- und Brech-Attacken sind **inadäquate Bewältigungsstrategien.** Man spricht auch von einer **oralen Ersatzhandlung** für innere Leere.

Ess-Brech-Attacken

Auslösesituationen für die Fressanfälle sind bei der Sekretärin u. a. das Alleinsein und das Gefühl der „Minderwertigkeit". Die Fressanfälle erfolgen meist im Geheimen, wie ein verbotenes Tun. Die Ess-Brech-Attacken laufen immer wieder zwanghaft und ritualisiert ab, und es wird so lange Nahrung aufgenommen, bis es zu Bauchschmerzen, Erschöpfung oder Unterbrechung durch äußere Umstände kommt. Die Sekretärin beschreibt die „Fressanfälle" wie eine Sucht, bei der sie alles in sich hineinstopfen müsse. Sie fühle sich dabei „maßlos" und schäme sich für dieses Verhalten. Die Betroffenen leiden unter den Schuld- und Schamgefühlen wegen ihres unkontrollierten Verhaltens und ekeln sich vor ihrer eigenen Gier und dem Erbrechen.

Depressive Stimmung

Die Auslösesituation der Fress-Brech-Attacken bei der Sekretärin, aber auch die danach empfundene Scham zeigen depressive Züge. Weil die Aufmerksamkeit auf das gewünschte „richtige" Körpergewicht das gesamte Fühlen, Denken und Handeln bestimmt, dieses Körpergewicht aber nicht erreicht wird, wird dies von den Betroffenen als ausgesprochen leidvoll und als Einschränkung ihrer Lebensqualität empfunden. Es finden sich begleitend häufig depressive Symptome. Im Fallbeispiel müsste in einer genauen Exploration die depressive Symptomatik noch hinterfragt werden, um eine angemessene Gewichtung der Symptome bei der Diagnosestellung zu berücksichtigen.

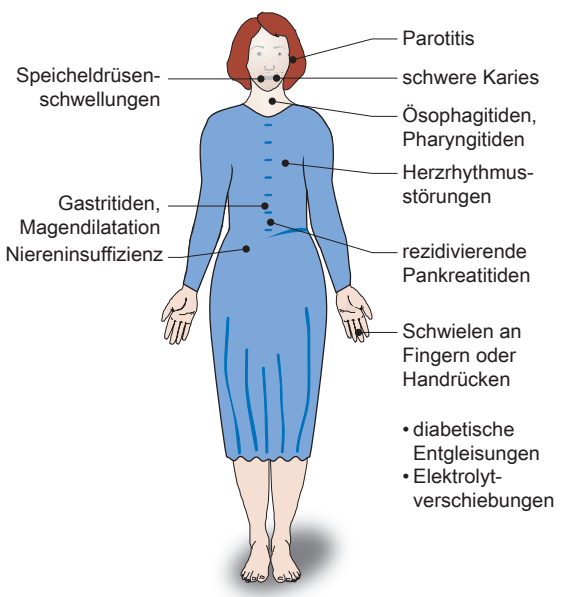

Abb. 16.2 Körperliche Folgeerscheinungen der Bulimia nervosa [L141]

Wenn Personen an einer Bulimia nervosa leiden, ist dies nicht nur für sich allein gesehen ein Problem, sondern die Erkrankung kann auch die **Ursache** für eine Reihe von **körperlichen Schäden** sein (➢ Abb. 16.2), welche die Gesamtproblematik zusätzlich erschweren und langfristig zu dauerhaften Gesundheitsschäden führen können. Da Betroffene häufig versuchen, ihre Essstörung vor der Außenwelt **geheim** zu halten, ist es wichtig, in der Anamnese auf mögliche körperliche Anzeichen zu achten.

THERAPEUTISCHE PRAXIS

Viele bulimische Patienten kommen zunächst wegen **depressiver Symptome** zum Arzt oder Therapeuten. Deswegen sollte bei einer gründlichen Anamnese das Erfragen des Essverhaltens nicht fehlen!

MERKE

Eine durch das Erbrechen verursachte **Hypokaliämie** bei Bulimie kann zu kardialen Problemen und Nierenfunktionsstörungen führen.

16.3.3 Adipositas

FALL

Adipositas – „Sei ruhig, du kriegst etwas Süßes"

Die 22-jährige Krankenschwester Anna H. leidet seit 3 Jahren an Übergewicht (135 kg bei 1,76 m). Sie fühlt sich schlapp, kann nachts nicht mehr schlafen und ist mit sich selbst unzufrieden. Eine organische Ursache für die Fettsucht wird nicht gefunden. Sie raucht 60 Zigaretten am Tag. „Wenn ich mich ärgere", erzählt sie, „bekomme ich Heißhunger auf Süßes." Sie kam unehelich zur Welt, musste eigene Wünsche früh zurückstellen. Die strenge, jähzornige Mutter gab ihre Tochter zu einer alkoholabhängigen Tante, bei der sie nie laut und lebhaft sein durfte. „Sei ruhig, du kriegst etwas Süßes", habe es oft geheißen. Vor 3 Jahren zog Anna H. nach Bayern, nachdem ihr Verlobter sich von ihr getrennt hatte. In dieselbe Zeit fällt auch der Tod der Großmutter, zu der sie als einziger Person echtes Vertrauen hatte. Seitdem hat sie Heißhungerphasen, v. a. in Situationen, in denen sie sich frustriert und allein gelassen fühlt [16].

Definition

Adipositas ist die krankhafte übermäßige Zunahme von Fettgewebe. Der Anteil der Fettmasse am Körpergewicht beträgt bei **Frauen 25–30 %,** bei **Männern** etwa **20 %.** Bei Menschen, die zur Fettleibigkeit neigen, besteht grundsätzlich ein Missverhältnis zwischen zugeführter Nahrung und deren energetischer Verwertung. Hier kommt es zur vermehrten Bildung von Fettgewebe im Vergleich zur Körpermasse, was in der Regel auch mit einer Erhöhung der Körpermasse einhergeht. Mit dem BMI lässt sich eine Adipositas abschätzen (➢ Tab. 16.3). Übergewicht ist aber nicht automatisch mit Adipositas gleichzusetzen. Erst bei einem **BMI > 30** spricht man von Adipositas, also bei erheblichem Übergewicht. In den Industrieländern sind etwa **35 %** der Gesamtbevölkerung übergewichtig.

Tab. 16.3 BMI-Werte zur Bestimmung der Adipositas

Einteilung	BMI
Übergewicht	25–29
Adipositas Grad I	30–34
Adipositas Grad II	35–39
Adipositas Grad III	> 40

Symptomatik

Adipöse Menschen leiden nicht automatisch unter ihrem Übergewicht. Leidensdruck und der Wunsch abzunehmen entstehen möglicherweise durch den gesellschaftlichen Druck des Schönheits- und Schlankheitsideals. In bestimmten Kulturen ist Übergewicht sogar so etwas wie ein Statussymbol – ein Zeichen, dass man nicht arm ist. In westlichen Ländern gilt Fettleibigkeit als Ausdruck von Maßlosigkeit, Willensschwäche, Faulheit und mäßiger Intelligenz.

Symptome der Adipositas sind:

- **Psychosoziale Folgeerscheinungen**
  - Ausgrenzung (gesellschaftliche Stigmatisierung)
  - Reduziertes Selbstwertgefühl

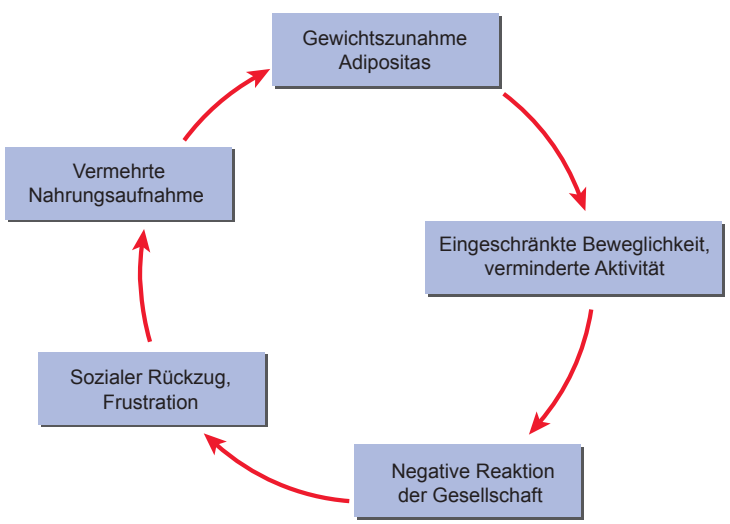

Abb. 16.3 Teufelskreis der Adipositas [L157]

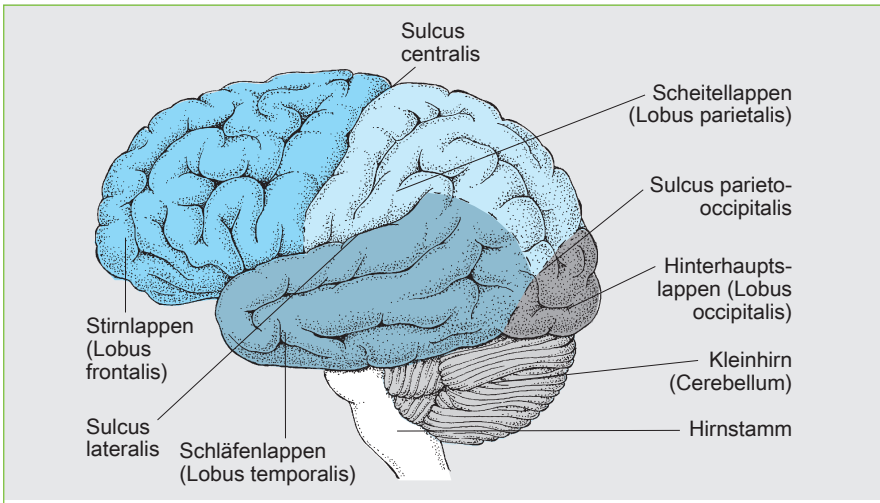

Abb. 22.1 Lappengliederung des Großhirns (Seitenansicht) [L106]

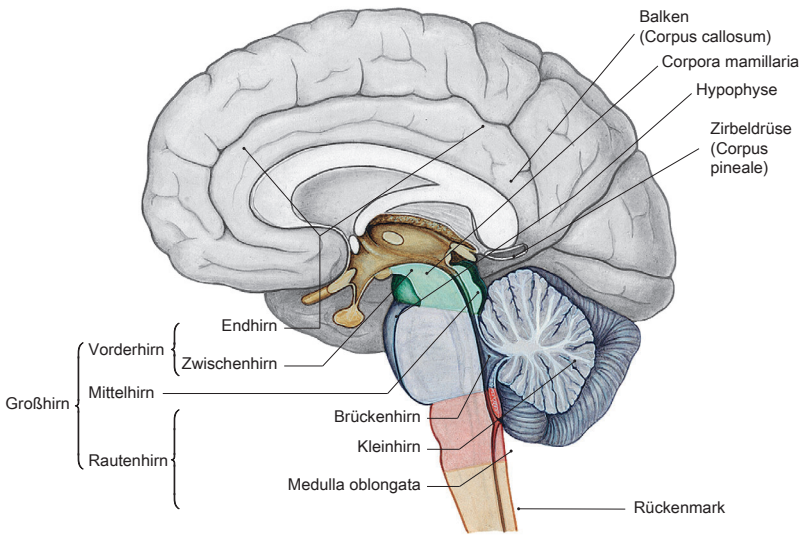

Abb. 22.2 Gliederung des zentralen Nervensystems (Medianschnitt) [S007-1-22]

Hirnstamm

Der Hirnstamm ist der entwicklungsgeschichtlich älteste Teil des Gehirns; er steuert **überlebenswichtige Vorgänge** wie Atmung, Herzfrequenz und Kreislauf. Es handelt sich dabei ausschließlich um reflektorische Vorgänge, d. h. um Reaktionen auf afferente Impulse ohne Spontaneität. Der Hirnstamm ist dementsprechend von vielen Leitungsbahnen durchzogen und verschaltet verschiedene Hirnzentren miteinander. Wichtige Strukturen des Hirnstamms sind (➢ Abb. 22.3):

- **Mittelhirn (Mesenzephalon)**: Reflexzentrum von unwillkürlichen Bewegungen, optischen und akustischen Vorgängen
- **Brückenhirn (Pons)**: Atemregulation
- **Medulla oblongata:** Regulationszentren von Atmung und Kreislauf

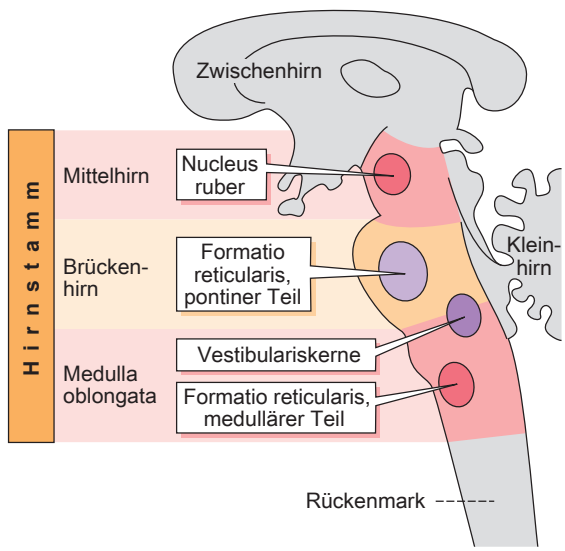

Abb. 22.3 Hirnstamm mit motorischen Zentren [L106]

Kleinhirn

Das Kleinhirn (➢ Abb. 22.2) koordiniert **alle motorischen Aktionen** (Bewegungen, Gleichgewicht, Muskelspannung) und stimmt sie aufeinander ab. Dazu erhält es Kopien der motorischen Signale vom Großhirn und der relevanten sensorischen Signale aus der Peripherie. Kommt es zu Abweichungen der angestrebten Bewegungen, kann das Kleinhirn Korrekturen der Bewegungen auslösen.

Gut zu wissen Bei Ausfällen im Kleinhirn kommt es zu **Störungen der Feinabstimmung** von Bewegungen, z. B. zu Intentionstremor, Gangunsicherheit, überschießenden Bewegungen, verwaschener Sprache.

Limbisches System

Mit der Entwicklung und Forschung in der Psychiatrie hat das limbische System in den letzten Jahrzehnten an Interesse gewonnen. Es handelt sich dabei nicht um einen eng umschriebenen anatomischen Begriff, sondern um eine **funktionelle Bezeichnung.** Sie fasst eine Reihe von Kern- und Rindengebieten zusammen, die an der **Steuerung von Verhalten und Emotionen** beteiligt sind („emotionales Gehirn"). Dazu gehören Teile von Großhirn, Zwischenhirn und Hirnstamm wie z. B. Hippokampus, Amygdala (Mandelkern) und Corpora mamillaria (➢ Abb. 22.4).

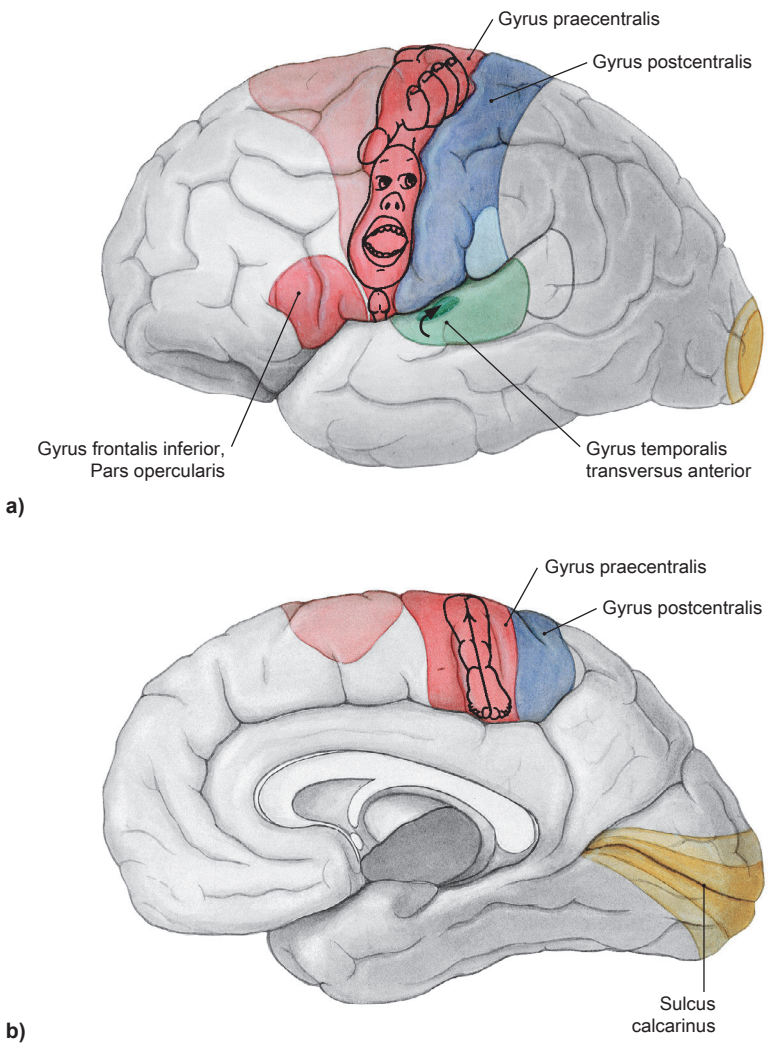

Abb. 22.4 Funktionelle Gliederung des Großhirns [S007-1-22]:
a) Seitenansicht
b) Medianschnitt

22.2.3 Aufbau und Funktion einer Nervenzelle

Nervenzellen (Neurone) bestehen aus einem **Zellkörper (Perikaryon),** der den **Zellkern** enthält, sowie **mehreren Fortsätzen.** Das Perikaryon ist die „Stoffwechselzentrale" der Nervenzelle, die fast alle Stoffe produziert und von dort aus in die Fortsätze transportiert.

MERKE

Die Nervenzellen beim erwachsenen Menschen können sich meist **nicht** teilen, d. h., beim Zelluntergang werden sie vom Körper nicht nachgebildet.

Die meist sehr zahlreichen Fortsätze, die dem Impulsempfang dienen, werden als **Dendriten** bezeichnet. Das **Axon** ist der Fortsatz, der eine Erregung auf die **Erfolgszelle** (Nerven-, Muskel- oder Drüsenzelle) weiterleitet. Es entspringt dem Zellkörper und ist singulär (**ein** Axon pro Neuron). Die axonalen oder dendritischen Fortsätze können bis zu 1 Meter lang sein (➔ Abb. 22.5).

Das Axon hat am Ende eine Aufzweigung mit kleinen knötchenförmigen Auftreibungen (**synaptische Endknöpfchen**). Die synaptischen Endknöpfchen, die Zellmembran der nachfolgenden Zelle und der dazwischen liegende Spalt werden als **Synapse** bezeichnet (➔ Abb. 22.6). An den Synapsen findet die Erregungsleitung von einer Nervenzelle zur Erfolgszelle statt. Kommt eine Erregung in den Endknöpfchen der Nervenzellen an, führt dies zu einer Verschmelzung der **synaptischen Vesikel** mit der **präsynaptischen Membran** und damit zur Ausschüttung der chemischen Botenstoffe (**Transmitter**) aus den Vesikeln in den synaptischen Spalt. Der Transmitter wandert über den synaptischen Spalt zur Zellmembran der Erfolgszelle (**postsynaptische Membran**) und bindet dort an **Rezeptoren,** die eine elektrische Erregung der Erfolgszelle auslösen. Je nach Rezeptor kann der elektrische Impuls **erregend** oder **hemmend** auf die nachfolgende Zelle wirken. Der Transmitter wird im Folgenden entweder wieder in die präsynaptische Zelle aufgenommen oder von Enzymen, die im synaptischen Spalt vorhanden sind, abgebaut. Seine Wirkung ist damit beendet.

MERKE

Am synaptischen Spalt wird die elektrische Erregung einer Nervenzelle in eine **chemische Übertragung** umgewandelt und an der Erfolgszelle erneut in einen elektrischen Impuls transformiert.

Man kann im ZNS verschiedene **Transmittersysteme** unterscheiden, d. h. bestimmte Gruppen von Nervenzellen, die jeweils denselben Transmitter verwenden. Man spricht dann z. B. von cholinergen, dopaminergen oder serotonergen Neuronengruppen.

Gut zu wissen Im Gegensatz zur Anlage der Nervenzellen, die mit der Geburt abgeschlossen ist, können sich die Synapsen im Laufe des Lebens auf unterschiedliche Weise **neu ausbilden.** Diese Fähigkeit der Neubildung ist ein zentrales Element von Lernvorgängen und bedingt die **Plastizität des Gehirns.** Die Neubildungsfähigkeit ist jedoch an die Regionen des Gehirns geknüpft, sodass manche Hirnregionen ihre Plastizität und damit ihre „Lernfähigkeit" nach bestimmten Entwicklungsperioden verlieren. Geht Gewebe dort zugrunde, kann dies nicht durch eine Neuaussprossung der Nervenzellfortsätze mit entsprechender Synapsenbildung kompensiert werden.

Gliazellen bilden **Markscheiden** um die Fortsätze von Neuronen. Die Markscheiden dienen v. a. der verbesserten Erregungsleitung. Im ZNS gibt es noch weitere Gliazellen, die für die Ernährung und

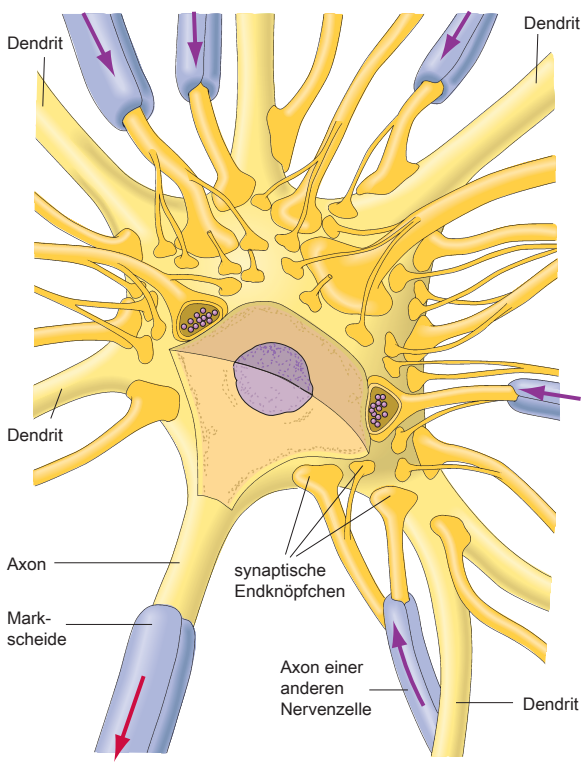

Abb. 22.5 Aufbau einer Nervenzelle [L190]

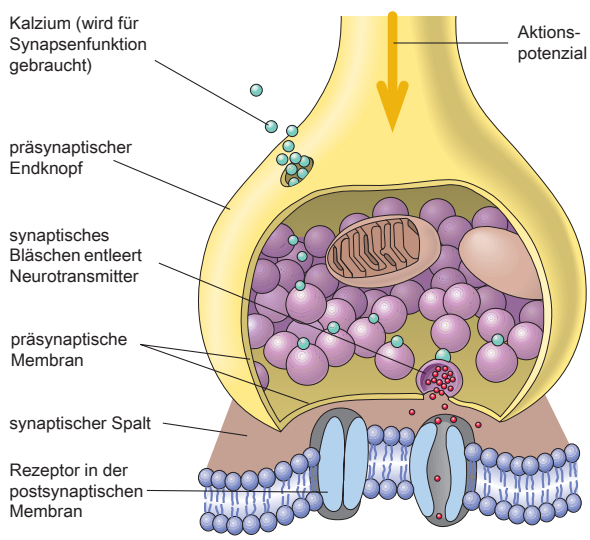

Abb. 22.6 Schematische Darstellung einer Synapse [L190]

Christopher Ofenstein

Lehrbuch Heilpraktiker für Psychotherapie

Mit Zugang zur Heilpraktiker-Welt

362 Seiten, geb.
erschienen 2016

bestellen

Mehr Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise
www.narayana-verlag.de