

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

PSYCHOPATHOLOGIE 1

- **Psychiatrische Krankheitslehre 1: Geschichte – Allgemeine Aspekte – Störungen des Bewusstseins – Störungen der Orientierung – Störungen des Ich-Bewusstseins – Störungen des Zeit-Erlebens**

Seelische Störungen nehmen zu. Die Psychiatrie, einst mehr am Rande der Medizin angesiedelt, wird immer bedeutsamer. Und dies nicht nur zahlenmäßig - vom Leid der Betroffenen ganz zu schweigen -, auch gesellschaftlich und vor allem sozio-ökonomisch. Die Statistik spricht eine deutliche Sprache. Das wissenschaftliche Bemühen zieht an.

Dadurch wird auch das Wissen immer umfangreicher und im Detail kaum mehr überblickbar, was Diagnose, Differentialdiagnose, Ätiologie, Pathogenese, Therapie, Rehabilitation, nicht zu vergessen Prävention und Psychoedukation angeht. Vor allem für den letzteren Aspekt versuchen immer mehr Experten den inzwischen verfügbaren Kenntnisstand auch allgemein-verständlich anzubieten. Wissen kann Leid verhindern helfen.

So nachdenklich die zukünftige „Krankheits-Last“ durch seelische Störungen und ihre psychosozialen Folgen auch macht, so erfreulich sind die wissenschaftlichen Fortschritte und damit Möglichkeiten, vieles abzumildern oder gar zu verhüten. Das aber setzt den erwähnten Wissensstand voraus. Und der beruht auf einer Reihe von Fundamenten, von denen die wohl ursprünglichste und wichtigste zunehmend übersehen zu werden droht. Gemeint ist die Psychopathologie, die Psychiatrische Krankheitslehre.

Deshalb eine entsprechende Informations-Serie zu diesem Thema. Sie beginnt mit historischen und allgemeinen Aspekten sowie spezifischen Erläuterungen zu Störungen des Bewusstseins, der Orientierung, des Ich-Bewusstseins und des Zeit-Erlebens.

Erwähnte Fachbegriffe:

Psychopathologie – Psychiatrische Krankheitslehre – Pathopsychologie – Geschichte der Psychopathologie – Störungen des Bewusstseins – Wachsein – Vigilanz – Bewusstseinsklarheit – Bewusstseinshelligkeit – Luzidität – Besonnenheit – Besinnung – Bewusstseinsstörungen – Benommenheit – Somnolenz – Sopor – Koma – Bewusstseinstrübung – parasomnische Bewusstseinslage – apallisches Syndrom – Coma vigile – vegetative state – qualitative Bewusstseinsstörungen – Delirium tremens – Subdelirium – abortives Delir – Prä-Delir – Dämmerzustand – orientierter Dämmerzustand – organischer Dämmerzustand – psychogener Dämmerzustand – Oneiroid – Verwirrtheit – Amentia – Bewusstseins-Steigerung – Bewusstseins-Erweiterung – Störungen der Orientierung – Unsicherheit der Orientierung – Schwanken der Orientierung - Ausfall der Orientierung – Desorientierung – zeitliche Desorientierung – örtliche Desorientierung – Desorientierung zur Situation – Desorientierung zur eigenen Person – wahnhaftes Fehl-Orientierung – „doppelte Buchführung“ – konfabulierte Orientierung – autopsychische Desorientierung – Ich-Bewusstsein – Störungen des Ich-Bewusstseins – Depersonalisation – Derealisation – Störungen der Ich-Vitalität – Störungen der Ich-Aktivität – Störungen der Ich-Konsistenz – Störungen der Ich-Kohärenz – Störungen der Demarkation – Störungen der Ich-Abgrenzung – Störungen der Ich-Identität – Störungen des Selbstbildes – Selbstkonzept – Persönlichkeitsbild – Wesensänderung – Persönlichkeitswandel – Störungen der Ich-Stärke – Störungen des Zeit-Erlebens – Beschleunigung des Zeit-Erlebens – Zeitraffer-Erlebnis – Verlangsamung des Zeit-Erlebens – Zeitdehnungs-Erlebnis – zeitlicher Realitätsverlust – Störung der Zeit-Kategorien – ruckartiges Zeit-Erleben – Fluktuationen im Zeit-Erleben – u.a.m.

Seelische Störungen nehmen zu. Entsprechende Hochrechnungen gehen davon aus, dass mehr als 40% aller Menschen in Deutschland im Laufe ihres Lebens einmal eine psychische Erkrankung zu erleiden haben. Das betrifft beide Geschlechter (wenn auch Frauen häufiger), alle Sozialschichten, jeden Zivilstatus, jedes Alter (einschließlich Jugendliche und sogar Kinder). Damit liegen psychische Erkrankungen bald auf gleicher Ebene wie die allseits bekannten organischen (Volks-)Krankheiten. Wenn man die so genannte 12-Monats-Prävalenz heranzieht, dann erkranken fast ein Drittel der erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren innerhalb dieses Zeitraums an einer seelischen Störungen, vor allem Angst- und somatoforme Störungen, Depressionen, Suchtkrankheiten, psychotische Störungen, Zwangs- und Ess-Störungen u. a.

Es ist, umgerechnet in entsprechende Fallzahlen, eine ernstzunehmende Bedrohung unserer Gesundheitslage. Und wird auch mehr und mehr zum gesundheits-ökonomischen Problem, über das inzwischen offen geredet werden darf. Denn in den letzten Jahren sind die direkten Kosten durch psychische

Störungen stärker gestiegen als bei den meisten anderen Krankheitsarten. Rechnet man die die indirekten Kosten hinzu (z. B. Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung und Todesursachen), wird die Situation noch dramatischer. So kommen nach Hochrechnungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in den kommenden Jahrzehnten in den industrialisierten Ländern 5 der 10 mit den stärksten Beeinträchtigungen verbundenen Erkrankungen aus dem Bereich der Psychiatrie.

EINLEITUNG

Das bedeutet, dass sich die Allgemeinheit mit seelischen Störungen, vor allem aber ihren Krankheitszeichen vertraut machen sollte. Je früher erkannt, desto schneller gezielt behandelt, umso erträglicher die seelischen, geistigen, psychosozialen, ja körperlichen und schließlich volkswirtschaftlichen Konsequenzen, heute summarisch als „Krankheitslast“ bezeichnet.

Das setzt allerdings auch ein treffsicheres Erkennen, sprich Diagnose und Differentialdiagnose (was könnte es sonst noch sein) voraus. Und dann konsequenterweise eine spezifische Therapie: in seelischer Hinsicht Psycho-, Sozio- und Pharmakotherapie einschließlich weiterer Behandlungs-Verfahren auf verschiedenen Ebenen. Und - das sei immer wieder betont -, nicht nur das Erkennen seitens der Fachleute, d. h. Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte (man denke nur an die zunehmende Zahl ambulanter Dienste), sondern auch das Anerkennen, das Akzeptieren eines Leidens durch die Betroffenen: beginnend mit den Vorposten- und schließlich Warn-Symptomen und ggf. endend in einem chronisch-krankhaften Dauerzustand.

Grundlage des rechtzeitigen Erkennens, Einordnens und diagnostisch Deutens war, ist und wird immer die *Psychopathologie* sein, die psychiatrische Krankheitslehre, allgemeinverständlich als „Lehre von den Leiden der Seele“ bezeichnet.

Nachfolgend deshalb in diesem Internet-Angebot eine Psychopathologie-Serie mit dem Versuch einer halbwegs verständlichen Übersicht (was bei der Komplexität der Materie nicht einfach ist), wie sie auch die *früheren* Lehrbücher bzw. ihre Fach-Autoren angeboten haben. Die Betonung liegt auf „früher“, weil die Fach-Begriffe, Definitionen und Klassifikationen ständig im Fluss sind, derzeit mehr denn je. Wer die vergangenen Jahrzehnte aufmerksam verfolgt hat, vor allem was die inzwischen ton-angebenden Fach-Gesellschaften bzw. Institutionen anbelangt (insbesondere die Weltgesundheitsorganisation - WHO mit ihrer ICD-10 und die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung - APA mit ihrem DSM-IV-TR), wird es bestätigen.

Das psychopathologische Fundament psychiatrischen Denkens und Handelns bleibt zwar nach wie vor bestehen, muss aber auch neue Fach-Vorschläge und internationale Übereinkünfte zum jeweils „aktuellen“ psychiatrischen Lehrstoff berücksichtigen. Das klingt verständlich und konstruktiv, hat aber seine eigenen Schwachpunkte. Es hat sich nämlich in letzter Zeit erwiesen, dass auch so manche „moderne“ Lehrmeinung offenbar nur zeitlich beschränkten Bestand hat. Das mag verschiedene Ursachen haben, nicht zuletzt gesellschaftsbedingt. Es mahnt aber auch die begründete Vorsicht an, „alte“ und damit scheinbar überholte Erkenntnisse nicht völlig infrage und damit ins Abseits zu stellen. Dies gilt nicht zuletzt für das über viele Generationen erarbeitete psychopathologische Wissen.

Optimal wäre es deshalb, die früheren klinischen Erkenntnisse (vor allem „am Krankenbett“ gewonnen) und die heutigen Forschungs-Fortschritte (insbesondere durch die technischen Möglichkeiten erleichtert) zu einem neuen Wissens-Gebäude für Diagnose, Differentialdiagnose und damit Therapie konstruktiv zusammenzufügen.

Vorliegende Ausführungen stützen sich nun auf folgende Grundlagen:

- Als Erstes ein Psychopathologie-Buch, das noch immer, d. h. in jetzt 6. überarbeiteter Auflage verfügbar ist. Gemeint ist die *Allgemeine Psychopathologie* von Prof. Dr. Christian Scharfetter von der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich im Thieme-Verlag, Stuttgart 2010. Einzelheiten siehe das Literatur-Verzeichnis am Ende dieses 1. Kapitels, am Schluss der Serie ergänzt durch eine umfangreichere Literatur-Übersicht deutschsprachiger Fachbücher zum Thema.
- Die direkte Grundlage der nachfolgenden Psychopathologie-Reihe ist allerdings eine Broschüren-Serie *Psychopathologie 1-13* von Prof. Dr. V. Faust, Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm in Ravensburg-Weissenau und Prof. C. Scharfetter von der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (s. o.).

Diese Weiterbildungs-Serie wurde auf der Basis obigen Fachbuchs unter dem Überbegriff *Psychiatrie in Stichworten* herausgegeben, und zwar von 1997 bis zum Jahre 2000 im Enke-Verlag, Stuttgart (inzwischen vergriffen). Jetzt also eine leicht überarbeitete Neu-Auflage im Internet von www.psychosoziale-gesundheit.net.

Über die Möglichkeiten, vor allem aber Grenzen einer solchen Darstellung in möglichst allgemeinverständlicher Form, muss – wie erwähnt – nicht weiter diskutiert werden. Das betrifft nicht nur die Fachbegriffe und ihre fachlichen Erläuterungen, es bezieht sich auch auf die einzelnen Symptome (Krankheitszeichen), Syndrome (mehr oder weniger zusammengehörigen Symptome), Störungen (wie dies heute vorzugsweise heißt), Erkrankungen und ihre ätiopathogenetischen Hintergründe (Ursachen und Verlauf).

Dazu einleitend einige allgemeine Aspekte zu Begriff, Definition und Geschichte der Psychopathologie.

ALLGEMEINE ASPEKTE

„Bewusstseinsklar und allseitig orientiert“ ist kein akzeptabler psychischer Befund. Wer sich auf diese leider gängige Floskel beschränkt, vergibt nicht nur manche diagnostische, differentialdiagnostische und damit sogar therapeutische Möglichkeit, selbst bei scheinbar rein organischen Leiden, er kann auch in Bedrängnis geraten, wenn – aus welchen Gründen auch immer – plötzlich eine umfassende Dokumentation gefragt ist.

Unabhängig davon gilt für die Psychiatrie: Keine Kranken-Geschichte ist nur Krankheits-Geschichte, sondern immer auch Lebens-Geschichte. Leben und Krankheit sind nicht zu trennen. Was anamnestisch (Vorgeschichte) zusammengetragen wird, gewinnt erst durch die biographischen Beziehungen seinen Sinn. Grundlage jeder Untersuchung ist deshalb eine ausführliche biographische Anamnese. Diese soll sich nicht nur mit den Symptomen und Beschwerden befassen, sondern auch den Zusammenhang mit Lebensgeschichte und psychosozialer Situation berücksichtigen.

Einzelheiten für Exploration (gezielte Befragung) und Anamnese-Erhebung siehe das spezifische Kapitel am Ende dieser Serie.

Begriff

Der Begriff *Psychopathologie* kommt aus dem griech. und setzt sich zusammen aus *psyche* = Seele, *pathos* = Leiden, Krankheit, Gefühl sowie *logos* = Wort.

Definition

Unter Psychopathologie versteht man also die „Lehre von den Leiden der Seele“ bzw. Psychiatrische Krankheitslehre.

Der Begriff *Pathopsychologie* meint das Gleiche und wird auch synonym (bedeutungsgleich) gebraucht. Psychopathologie aber steht semantisch eher der klinischen Psychiatrie nahe, während sich die Pathopsychologie mehr von der Psychologie ableitet.

Im alltäglichen Sprachgebrauch hat sich allerdings bisher die Psychopathologie durchgesetzt, während man von der Pathopsychologie nur selten hört.

Historische Aspekte

Da die Psychopathologie naturgemäß eng mit der Psychiatrie (der Seelenheilkunde) und diese eng mit den Menschen in ihrer jeweiligen Zeit und Gesellschaft verbunden ist, kann man auch nicht erwarten, dass sie ein festes Lehr-System oder -Gebäude vermittelt. Sie ist nichts Starres, sondern etwas unaufhörlich Bewegtes. Das hat Vor- und Nachteile, man kann es sich denken.

Die Nachteile sind der „Lauf der Zeit“ und ihre jeweils spezifischen Anschauungen, ein breites Spektrum vom Allgemeinen bis ins innerseelisch Spezifische, wie es eigentlich breiter nicht geht. Faszinierend auf der einen Seite, erschöpfend bis frustrierend, vor allem was den Versuch einer in sich stimmigen, dauerhaften und konzisen wissenschaftlichen Darstellung anbelangt, auf der anderen.

So ist es auch nicht falsch, die Psychopathologie bis in die Ur-Zeit der Menschheit zurückreichen zu lassen, zumal man sehr wohl und begründet annehmen darf, dass auch der frühe Homo sapiens unter Ängsten, Niedergeschlagenheit, Sinnestäuschungen, Intelligenzdefekten u. a. gelitten haben mag, wie heute auch. Und dass er zuerst etwas ungestalt, später immer differenzierter gelernt haben muss, sprachlich zu kommunizieren, auch seine Befürchtungen und Beeinträchtigungen.

Wie Prof. Dr. Theo R. Payk vom Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum in seinem lesenswerten Fachbuch *Pathopsychologie* (Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2010) treffend darlegt, war das Geistig-Seelische seit jeher ein Thema, bewusst oder unbewusst, entsprechend ausformuliert sowie diagnostisch und therapeutisch praktiziert. Nachfolgend deshalb - lediglich als stichwortartige Übersicht gedacht - einige Philosophen, Theologen, Ärzte, Pädagogen und Psychologen, die in diesem Zusammenhang Wegweisendes geleistet haben, gleichsam von der Antike bis zur Psychopathologie heute.

Exponenten der Psychopathologie von einst bis heute

- Erste psychopathologisch deutbare Hinweise und entsprechende Ratschläge (Lebensweisheiten) aus den frühen *Hochkulturen*, *alt-chinesischen* und *alt-indischen Spruchsammlungen*, in den *ägyptischen Papyri* aus dem 1. Jahrtausend v. Chr.

- Später in der *griechischen und römischen Antike*, vor allem in ihren medizinischen Ausbildungsstätten mit entsprechenden alltags-praktischen Empfehlungen bei konkreten seelischen Störungen (z. B. Delir, Manie, Wahnsinn, Hysterie, Melancholie u. a.). Beispiele: Corpus hippocraticum nach Hippokrates, die Peripatetische Schule des Lykeions durch den Platon-Schüler Aristoteles, die Stoische Schule von Zenon von Kition usw. Ferner Soranus von Ephesos und Galenos von Pergamon.
- Die *persische Heilkunst* mit Ärzten bzw. Philosophen der frühen islamischen Medizin wie Rahzes, Avicenna (Canon medicinae) und Maimonides.
- Im *Mittelalter*, z. B. durch den byzantinischen Arzt und Philosophen Johannes Actuarius (De spiritu animali). Auch die Theologen und Kirchenlehrer Albertus Magnus, Duns Scotus und Nicolaus Cusanus. Und nicht zu vergessen - neben dem Arzt, Theologen und Juristen Agrippa von Nettesheim und seinem Schüler Johann Weyer aus Brabant - der wohl berühmteste Arzt des Mittelalters: Theophrastus Bombastus von Hohenheim, genannt Paracelsus.
- Zu Beginn der *Aufklärung* der Arzt F. Plater, der Chemiker und Mediziner G. E. Stahl, der Pädagoge K. Ph. Moritz (Magazin für Erfahrungsseelenkunde), der Edinburgher Mediziner W. Cullen und der Philosoph I. Kant („die Lehre von Seelenstörungen ist primär eine Sache der Philosophie“).
- Das *beginnende 19. Jahrhundert* war die Epoche der Naturphilosophen und Vertreter einer empirischen Psychologie mit entsprechenden Reformbewegungen in Diagnose, Behandlung und Versorgung psychisch Kranker.

Beispiele: Ch. Reil aus Halle (der erstmals den Begriff „Psychiatrie“ prägte), ferner J. Ch. A. Heinroth, Professor für „Psychische Therapie“ in Leipzig und Lehrbuch-Autor über „Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen mit ihrer Behandlung - vom rationalen Standpunkt aus entworfen“. Ferner K. W. Ideler (Grundriss der Seelenheilkunde) aus Berlin und der Wiener Mediziner, Dichter und Schriftsteller E. v. Feuchtersleben (Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde und Begründer der Bezeichnung „Psychose“ als Sammelbegriff für alle seelischen Störungen). Dazu die Psychiatrie-Reformer Ph. Pinel und J. E. D. Esquirol aus Paris. Schließlich S. K. W. Jacobi (Hauptformen der Seelenstörungen in ihren Beziehungen zur Heilkunde) aus Siegburg, F. Ch. Nasse aus Bonn und J. B. Friedreich aus Halle. Umstritten, aber wissenschaftlich fruchtbar B. A. Morel aus Paris (Begründer der Degenerationslehre: „Entartung“ durch falschen Lebenswandel).

- *Mitte des 19. Jahrhunderts* verdichteten sich die wegweisenden Erkenntnisse und entsprechenden Schriften. Beispiele: Neben J. M. Charcot vor allem sein Schüler P. Janet, Mediziner und Psychologe aus Paris, dem Schöpfer einer „funktionalen Psychopathologie“, der eine ganze Reihe wichtiger Begriffe prägte und beschrieb, die heute noch benützt werden (z. B. „unterbewusst“ für

unbewusst, „Dissoziation“ usw.). Außerdem der in Süddeutschland tätige Wiener Arzt F. A. Mesmer und der Engländer J. Braid („Hypnose“). Nicht zu vergessen der Göttinger Mediziner und Philosoph R. H. Lotze (Medizinische Psychologie oder Physiologie der Seele) und der amerikanische Psychologe L. Witmer, der ja die erste psychologische Klinik für Kinder und Jugendliche gründete.

- Mit dem *Ende des 19. Jahrhunderts* beginnt dann eine Art „moderne Blüte“ der Psychopathologie, verbunden mit Namen, die auch heute noch wissenschaftlich nachhallen. Beispiele: W. Griesinger, erster Lehrstuhl-Inhaber für Psychiatrie an der Berliner Charité, C. Wernicke, Psychiatrie-Professor in Halle, D. Westphal aus Berlin, R. Sommer (das erste Lehrbuch der Psychopathologischen Untersuchungsmethoden) aus Würzburg sowie der Nervenarzt und Philosoph G. Störing aus Leipzig mit seinen Vorlesungen über die Psychopathologie und ihre Bedeutung für die normale Psychologie. Und schließlich der Freiburger Psychiater H. Emminghaus mit seiner Allgemeinen Psychopathologie zur Einführung in das Studium der Geistesstörungen. Schon zuvor schrittweise entwickelt, nach und nach publiziert (und gelegentlich auch modifiziert) das Konzept der Psychoanalyse durch S. Freud (Wien), das seine eigene Wirkung auf die Psychopathologie ausübte.

Heute ebenfalls noch bedeutsam: die nosographische Krankheitslehre des Münchner Psychiatrie-Professors E. Kraepelin, der die anthropologische Pathopsychologie zugunsten einer „objektiven Psychopathologie“ in die zweite Reihe treten ließ, was sich dann aber wieder mit Beginn des 20. Jahrhunderts ändern sollte. Der Ansatz einer verstehenden Pathopsychologie geht auf den Berliner Philosophen W. Dilthey zurück, ausgebaut durch seinen Schüler E. Spranger, Philosoph und Psychologe aus Berlin sowie H. W. Gruhle aus Bonn.

In die Zeit um das Ende des 19. und vor allem die ersten Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts fallen auch die wegweisenden Erkenntnisse der Professoren H. Schüle (Illenau), R. v. Krafft-Ebing (München), E. Bleuler (Zürich), R. Gaupp (Tübingen) sowie O. Bumke (Breslau). Und nicht zu vergessen der Mediziner, Psychologe, Medizinmeteorologe und Politiker W. Hellpach aus Heidelberg.

- Die wohl bekanntesten *Psychopathologen des 20. Jahrhunderts* in deutscher Sprache aber sind die Professoren K. Jaspers und K. Schneider, beide aus Heidelberg:

K. Jaspers war zuerst Psychologe in Heidelberg und wechselte später von der Psychiatrie bzw. seinem Spezialgebiet der Psychopathologie zur Philosophie in Basel. Unter Einfluss des damals ebenfalls in Heidelberg lehrenden Soziologen M. Weber, in Anlehnung an W. Dilthey und unter Integration der Phänomenologie des Freiburger Philosophen E. Husserl erstellte er das grundlegende Konzept einer verstehenden Psychologie unter dem Titel *Allgemeine*

Psychopathologie – seitdem ein weltweit bekanntes und zitiertes und vielfach aufgelegtes Lehrbuch. Jaspers verlieh der Psychopathologie den Status einer empirisch-methodischen Wissenschaft mit klaren Definitionen und festen Begriffen. Dadurch gelang es ihm Ordnung in die mitunter verwirrende Vielfalt der psychischen Phänomene und ihrer psychiatrischen Erläuterungen zu schaffen.

Den historischen Abschluss großer Namen mit internationaler Reputation aus psychopathologischer Sicht kennzeichnete schließlich der Psychiater K. Schneider aus Heidelberg, vor allem diagnose-relevant und praxisbezogen im Sinne einer klinischen Pathopsychologie.

Sowohl E. Kraepelin als auch K. Schneider imponierten durch ihre wissenschaftliche Flexibilität unter Verzicht auf dogmatische Macht, die sie - wissenschaftlich zu ihrer Zeit gesehen - durchaus innehatten. Ihr psychopathologisches Denken wuchs organisch als Ergebnis unablässiger Korrektur nach der klinischen Erfahrung am Krankenbett. Und so findet man bei beiden in den verschiedenen Auflagen ihrer Lehrbücher immer wieder Änderungen, die aus den Erkenntnissen der jeweiligen Zeit hervorgingen und mit wissenschaftlicher Konsequenz dann auch zugegeben und in ihre Lehre integriert wurden.

- *Heute* sind es nicht mehr die großen Namen hervorragender Exponenten ihres Faches, auch nicht mehr die (Medizin-)Schulen im engeren Sinne, heute sind es vor allem zwei ton-angebende Institutionen, teils weltweit, teils national, aber trotzdem von welt-weitem Einfluss. Gemeint sind die ICD-10 der WHO und das DSM-IV-TR der APA (s. u.).

Schon früher wurde und wird immer wieder die Lehre von den psychischen Störungen dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand angepasst. So auch jetzt, wo sich die Psycho-Medizin nosologisch (d. h. systematische Beschreibung und Klassifizierung von Krankheiten) aus dem ätio-pathogenetischen Modell (sprich Ursache und Verlauf) löste, zugunsten einer phänomenologisch-syndromatologisch orientierten Betrachtungsweise.

Phänomenologie, d. h. die Lehre von den Erscheinungen im Sinne vom Symptomen (Krankheitszeichen) bzw. Syndromen (mehr oder weniger zusammengehörigen Symptomen). Allerdings differenziert, operationalisiert und formalisiert, wie es die Experten nennen, kurz: durch bestimmte Regeln und Vorschriften allgemeinverbindlich festgelegt und damit in eine allseits nachvollziehbare und auch verpflichtende Form gebracht.

Nun aber ist auch das kein starrer Endpunkt und die Wissenschaftler, die sich weltweit um das Diagnose-Schema der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) bemühen, wissen das – und arbeiten an entsprechenden Entwicklungen, die der jeweiligen Zeit, Ge-

sellschaft und vor allem dem wissenschaftlichen Stand entsprechen. Zeit und Gesellschaft sind ohnehin schwer fassbar und ständig neue Anpassungen, Änderungen oder Umsetzungen erzwingend. So ist schon heute absehbar, dass die im Jahre 2011 vorgestellte und 2013 in 5. überarbeiteter Fassung erscheinende DSM-V der APA eine ganze Reihe von Änderungen bringen, sprich einiges neu definieren und anderes löschen wird. Derzeit läuft die „internationale Diskussions-Runde“ (allerdings vorzugsweise auf US-Psychiater konzentriert).

Einen besonderen Stellenwert aber nehmen auch die modernen Untersuchungsverfahren ein, insbesondere auf neuro-radiologischem bzw. neurophysiologischem Gebiet. Dann sind auch neue Krankheits-Modelle, eine Differenzierung der bisherigen Krankheits-Konzepte, ja ein neues psychopathologisches Vokabular wahrscheinlich. Kurz: Die Psychopathologie als Spiegelbild von Mensch und Gesellschaft ist und bleibt im Spannungsfeld von „psychisch gesund“ und „psychisch krank“. Soweit eine historische Kurzfassung nach Professor Dr. Theo R. Payk auf der Grundlage seines empfehlenswerten Fachbuches *Pathopsychologie – Vom Symptom zur Diagnose*, Springer-Verlag, Berlin 2010.

Nachfolgend nun die Basis seelischer Störungen, nämlich die Spezielle Psychopathologie auf der Grundlage der erwähnten Broschüren-Reihe von V. Faust und C. Scharfetter, die ihrerseits auf dem Fachbuch *Allgemeine Psychopathologie* von Prof. Dr. Christian Scharfetter beruht (Thieme, Stuttgart-New York 2010).

Dabei soll noch einmal darauf hingewiesen werden, dass es seit Entwicklung der Psychopathologie als konkrete Wissenschaft gegen Ende des 19. Jahrhunderts ständig wechselnde Anschauungen, zumindest aber Interpretations-Schwerpunkte gab und immer noch gibt. Zwar hat die Psychopathologie längst nicht mehr diesen Stellenwert im Alltag von Forschung und Lehre, Klinik und Praxis der Medizin, ja sogar der Psychiatrie und Medizinischen Psychologie.

Es gibt aber immer wieder neue Denk-Ansätze, die sich früher mehr dem jeweiligen Zeit-Geist verpflichtet sahen, später langsam in eine biologische Richtung einbogen, was vor allem mit den heutigen neuro-psychiatrischen Möglichkeiten zusammenhängt (Morphologie und Physiologie des Gehirns) – inzwischen aber wieder eine erstaunliche Übereinstimmung zwischen dem „alten Wissen“ und den neuen Erkenntnissen feststellen können. Und das auch nutzen, zugunsten der betroffenen Kranken.

Ein spannendes Beziehungsmuster also, was dann doch immer wieder darauf hinweist, dass die für manche scheinbar verzichtbare Psychopathologie trotz allem das Fundament psychiatrischen Denkens und Handelns ist – und bleibt.

Nachfolgend also die Spezielle Psychopathologie in Serie. Im Einzelnen:

1. STÖRUNGEN DES BEWUSSTSEINS

Bewusstsein: Verschiedene Definitionsversuche, je nach Ausgangslage (medizinisch, psychologisch, philosophisch, anthropologisch u. a.). Im Gegensatz zu den meisten anderen Disziplinen lässt sich das Phänomen Bewusstsein medizinisch nicht erschöpfend fassen, wobei es bereits unterschiedliche Auffassungen aus psychopathologischer und neuropsychologischer Sicht gibt, auf die zumindest kurz eingegangen werden soll. Im Allgemeinen drückt sich das Bewusstsein aber durch die Fähigkeit aus, Sinneseindrücke von außen und innen aufzunehmen, zu ordnen, zu integrieren und ggf. darauf zu reagieren. Oder kurz:

Bewusstsein ist bewusstes Sein.

Auf einer anderen, einer neurosen-psychologischen Ebene liegt der Begriff *unbewusst* (Substantiv: das Unbewusste). *Unbewusst* nennt man psychische Vorgänge, die ablaufen, ohne dass man direkte Kenntnis von ihnen hat bzw. ohne sie in voller Bewusstseinschelle zu registrieren und reflektieren. Beispiele: Wunschvorstellungen, Einstellungen, bedürfnisgesteuerte Motivationen u. a. In der Psychoanalyse versteht man unter dem Unbewussten (falscher populärmedizinischer Gebrauch: „*Unterbewusstsein*“) ein eigenständiges System verdrängter Triebansprüche und Komplexe, deren blockierte Inhalte krankheitserzeugend wirken können (neurotische Entwicklung, psychosomatische Störungen). Der neurosen-psychologische Begriff des Unbewussten hat aber nichts mit Störungen des Bewusstseins zu tun. auch wenn dies mitunter vermischt oder gar verwechselt wird.

Das **Bewusstsein** umfasst 3 große Bereiche: 1. Das Wachen/die Wachheit (Vigilanz), 2. Die Bewusstseinsklarheit und 3. das Selbst-Bewusstsein im Sinne von Sich-seiner-selbst-bewusst-Sein, auch Ich-Bewusstsein genannt.

Aus neuropsychologischer Sicht (z. B. Schädel-Hirn-Traumata) ist vor allem die Verhaltensebene wichtig, und zwar die Prozesse der Informations-Aufnahme und -Verarbeitung sowie die Reaktion aufgrund dieser Informations-Verarbeitung. Dabei ist die subjektive Qualität des Bewusstseins der Beobachtung von außen kaum zugänglich. Für die praktische Arbeit wichtig sind die drei Bereiche 1. Wachheit (Vigilanz oder Vigilant), 2. Bewusstseins-Niveau oder Bewusstseins-Lage und 3. die Ebene der Bewusstseins-Inhalte.

Wachsein (Vigilanz)

Wachsein ist kein gleichmäßiger Zustand, sondern in stetigem Wechsel begriffen. Wachsein unterliegt Schwankungen, also bestimmten Wachseinsstufen oder Vigilanz-Graden (vom lat.: vigil = wachsam). Diese sind abhängig 1. von der Selbstregulation des Organismus (z. B. Schlaf-/Wachrhythmus) und 2. vom Gesamtbefinden (z. B. Gesundheit, Umgebungseinflüsse u. a.).

Beispiele: Angst, Schreck, Freude usw. wecken, halten wach; auch Schmerz, kaltes Wasser, Lärm wirken als Weckreiz. Eintönigkeit (Reizarmut, Langeweile) macht schläfrig.

Untersuchungsgang

Der Grad des Wachseins wird erfahren aus 1. der Selbstbeobachtung und 2. der Befragung und Verhaltens-Beobachtung. Dabei spielt die Erweckbarkeit eine wichtige Rolle. Ein bewusstseinsklarer Mensch kann schläfrig sein, ist dann aber erweckbar. Andererseits kann ein komatöser Patient wach sein. Das nennt man dann ein Coma vigile (s. später).

Deshalb ist der alte Lehrsatz: „Ein wacher Mensch wendet sich aktiv dem anderen zu und ist jeder Zeit handlungsbereit“ aus neuropsychologischer Sicht so nicht haltbar.

Die Pole der Vigilanz sind Wachheit auf der einen und Schlaf auf der anderen Seite. Entscheidend ist vor allem der Faktor „Erweckbarkeit“. Der Schläfer bleibt durch Sinnesreize stets weckbar, was den Schlaf von der Bewusstseinsstörung (s. u.) unterscheidet.

Vom Wachsein führen verschiedene Stadien der Schläfrigkeit zum Schlaf.

Bewusstseinsklarheit (Bewusstseinshelligkeit, Luzidität)

Die *Bewusstseinsklarheit* (*Bewusstseinshelligkeit*, *Luzidität*) ist eng mit dem Grad des Wachseins verbunden. Nur ein voll wacher Mensch hat klare geistige Funktionen verfügbar (perzeptiv, kognitiv, intellektuell, mnestisch usw.).

Die Stufen der Bewusstseinsklarheit reichen von

- sprachlich nicht mitteilbaren Empfindungen bzw. diffusen Anmutungen über
- immer deutlicher bewusstes Wahrnehmen mit Aufmerksamkeit und Konzentration bis zu
- reflektiertem Auffassen und Erkennen.

Aus dieser Sicht sind die Begriffe *bewusst/unbewusst*, wie sie in der Neurosenlehre eine Rolle spielen, keine Gegensätze, sondern die beiden Extreme eines Kontinuums.

Besonnenheit (Besinnung)

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

Untersuchungsgang

Klinisch wird die Bewusstseinsklarheit geprüft durch Befragung und Beobachtung der Funktionen der Sinne, der Orientierung, der Aufmerksamkeit und der Möglichkeit der geordneten sprachlichen Verständigung zu sinnvollem, situations-angepasstem und zielgerichtetem Handeln.

PATHOLOGIE DES BEWUSSTSEINS = BEWUSSTSEINSSTÖRUNGEN

Bei *Störungen der Vigilanz, der Bewusstseinsklarheit*, differenziert man in der Psychiatrie zwischen quantitativen Störungen der Vigilanz und qualitativen Bewusstseinsstörungen (Störungen der Bewusstseinsklarheit). Im Einzelnen:

1. *vorwiegend quantitative Herabsetzung des Bewusstseins*, also Bewusstseinsstörungen bis zur Bewusstlosigkeit (Benommenheit → Somnolenz → Sopor → Koma sowie parasomnische Bewusstseinslage)
2. *qualitative Bewusstseinsstörungen* (Delirium tremens, Dämmerzustand, Oneiroid und Verwirrtheit)

◆ Vorwiegend quantitative Herabsetzung des Bewusstseins

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

1. Ein **gesteigerter Zustand des Bewusstseins** ist die **Überwachheit (Hypervigilität/Hypervigilanz)**: vermehrte Aufmerksamkeit, rasche Auffassungsgabe, schnelles Begreifen, geschärfte Wahrnehmung, beschleunigte Reaktionsfähigkeit auf Reize, Hypermnesie (übersteigerte Merk- und Erinnerungsfähigkeit) usw. Bisweilen Tendenz zu ekstatisch-rauschhaften Empfindungen der

äußeren und inneren Erlebniswelt. Davon abzugrenzen die Bewusstseins-Erweiterung (s. später).

Beispiele: Psychostimulantien, epileptische Aura, manische Zustände u. a.

2. **Zustände herabgesetzten Bewusstseins** unterteilt man in Benommenheit, Somnolenz, Sopor und Koma.

Benommenheit: leichte Beeinträchtigung der Bewusstseinsshelligkeit (Bewusstseinsklarheit) und der Wachheit (Vigilanz). Meist schläfrig, spontan, verlangsamt. Ohne Anregung (alleingelassen) oft wie im Schlaf. Durch Ansprechen oder Anfassen aber weckbar. Der Kranke kann noch herumgehen und einigermaßen geordnet handeln. Er versteht einfache Aufträge (Hand geben, Zunge zeigen) und kann sie noch befolgen, allerdings sehr verlangsamt. Meist keine geordnete Zuwendung zur Umgebung mehr möglich. Vielfach partiell desorientiert. Nur geringe spontane Wortäußerungen, meist schweigend, allenfalls flüsternd. Der Kranke selbst empfindet Benommenheit als Erschwerung und Verlangsamung der Denk- und Gedächtnisleistungen sowie der Fähigkeit zu reagieren und etwas in Beziehung zur Umwelt zu setzen.

Beispiele: Entspannung, Trance, Hypnose, starke Erschöpfung, höheres Fieber, Beruhigungsmittel, Alkohol, Rauschdrogen u. a.

Somnolenz (vom lat.: somnus = Schlaf): sehr apathisch, stark verlangsamt und schläfrig. Ständige Einschlafneigung, durch lautes Ansprechen oder Anfassen aber noch weckbar. Meist ratlos und erstaunt, aber noch einigermaßen orientiert. Keine spontanen Äußerungen mehr. Wenn der Kranke überhaupt noch spricht, ist seine Artikulation (Wortformung) oft schlecht (Murmeln). Nur noch gelegentlich Abwehr- oder Ausweichbewegungen bei Schmerzreizen und Lagekorrektur. Reflexe erhalten, Muskeltonus etwas vermindert, Schluckreflex, meist auch Hustenreflex, vermindert.

Beispiele: Trance, Hypnose, hohes Fieber, leichtere bis mittelstarke Intoxikationen, endokrine oder metabolische Funktionsstörungen, beginnender Hirndruck u.a.

Sopor (vom lat.: sopor = tiefer Schlaf): Nur noch mit Mühe, d. h. durch starke Weckreize (lautes Rufen, heftiges Schütteln, Zwicken, Stechen, sonstige Schmerzreize) weckbar. Keine verbalen Äußerungen, auch keine Schmerzlaute mehr. Bei Schmerzreizen allenfalls noch Abwehrbewegungen (auch mimisch). Meist keine Lagekorrekturen mehr. Reflexe erhalten, Muskeltonus herabgesetzt. Atmung in der Regel wie bei einem Schläfer, langsam und ziehend, in der Regel noch rhythmisch.

Beispiele: gesteigerter Hirndruck, Hirnentzündung, Hirnblutung, stärkere Intoxikation durch Alkohol oder Rauschdrogen, ausgeprägte Stoffwechselstörungen, nach einem epileptischen Anfall u. a.

Koma (vom griech.: koma = tiefer Schlaf): nicht mehr weckbar. Auch auf stärkste Weckreize keine Abwehr- oder Ausweichbewegungen mehr. Der Muskeltonus ist stark herabgesetzt, die Muskeln sind schwach. Unterteilungsmöglichkeiten nach *Präkoma (Subkoma)* und *Koma I (Bewusstlosigkeit)*, *II (Bewusstlosigkeit mit zusätzlicher Lähmung oder anderen neurologischen Ausfällen)*, *III (wie Koma II mit Streck-Reaktionen)* sowie *IV (Bewusstlosigkeit mit reaktionslosen Pupillen)*.

Neuere neuropsychologische Vorschläge unterscheiden Somnolenz und Koma dadurch, ob der Betroffene auf einen Stimulus reagiert bzw. nicht reagiert. Der Begriff Sopor ist allenfalls quantitativ zu verstehen, was schwer zu definieren ist. Beim Koma galt ja bisher die Unfähigkeit zu gerichteten willensbestimmten Reaktionen auf jegliche Form von Reizen als erwiesen. Doch handelt es sich dabei um rein klinische Beobachtungen. Neuere elektrophysiologische Untersuchungen zeigen aber ein so genanntes „undetected behaviour“. Neurologisch wird das Koma durch entsprechende Begleitsymptomatik weiter unterteilt, z. B. durch die Glasgow coma scale (Augenöffnen spontan, nach Aufforderung, auf Schmerzreiz oder keine Reaktion; verbale Reaktionen: orientiert, konfus, sinnlose Wortfetzen, unverständliche Laute, keine Reaktion; motorische Reaktionen: präzise, Lokalisieren von Schmerzreizen, Abwehrbewegungen, abnorme Beugung, Streck-Reaktionen, keine Reaktion).

Beispiele: Die Bewusstseinstrübung von der Benommenheit bis zum Koma geht immer auf eine zerebrale Funktionsstörung zurück, die das Gehirn direkt oder indirekt getroffen hat: Schädel-Hirn-Trauma, Hirndrucksteigerung (z. B. Tumor, Blutung), Durchblutungsstörungen (Arteriosklerose, Embolie, Thrombose, Apoplex, Blutung, andere Gefäßerkrankungen), Sauerstoffmangel (Atemluft, Strangulation, Blutverlust, Vergiftung), epileptischer Anfall, Entzündungen von Gehirn und Gehirnhäuten, toxische Hirnschädigung (Infektionskrankheiten, Vergiftungen durch Arzneimittel), endogene Vergiftungen (Leberkoma, Urämie, Hypoglykämie, Eklampsie, endokrine Störungen).

Parasomnische Bewusstseinslage: Psychiatrischer Begriff, der inzwischen nur noch selten gebraucht wird. Dieses Phänomen wird heute als **apallisches Syndrom**, **Coma vigilé** oder **vegetative state** bezeichnet. Der Patient erscheint wach, ist aber stumm und reglos. Der Blick starrt gerade aus oder wandert umher, fixiert jedoch nicht mehr. Keine Reaktion mehr, weder verbal noch außersprachlich. Selbst reflektorische Flucht- und Abwehrbewegungen können fehlen. Verharren in Zufallsstellungen (keine Korrekturbewegung mehr). Differentialdiagnostisch abzugrenzen gegenüber Koma und katatonem Stupor.

Beispiele: Schwerste Schädigungen und Funktionsausfall in verschiedenen Gehirnarealen (nicht nur des Großhirnmantels = Pallidum) durch Gehirntrauma, Gehirnblutung, Gehirnentzündung, zerebrale Venenthrombose, Hypoxie durch Herzstillstand, Erstickten oder Ertrinken (nach Reanimation), bei der sich die vegetativen Funktionen teilweise wieder erholen können.

Dagegen handelt es sich beim *Locked-in-Syndrom* um einen Zustand völliger Lähmung (außer der Augen-Muskulatur, die dann auch zu Kommunikation genutzt werden kann) ohne Bewusstseinsstrübung.

◆ Qualitative Bewusstseinsstörungen

Qualitative Bewusstseinsstörungen sind charakterisiert durch eine Veränderung der Bewusstseinsinhalte im organischen Bereich zwischen den Polen „geordnet und umfassend orientiert“ bis „verwirrt und desorientiert“. Besonders bei isolierten neuropsychologischen Syndromen (z. B. mnestiche Störungen) können auch alle übrigen Qualitäten des Bewusstseins gestört sein, also dann ein Mischung aus quantitativen sowie qualitativen Formen der Bewusstseinsstörung. Dennoch hat sich im klinischen Alltag die gezielte Prüfung der Orientierung als verlässlicher Parameter herauskristallisiert, um leichtere Störungen des Bewusstseins zu erfassen. Folgende Syndrome sind am häufigsten:

Delirium tremens (vom lat.: de lira ire = aus der Spur gehen, tremere = Zittern): tiefere Bewusstseinsstörungen quantitativer und qualitativer Art mit meist ängstlich gefärbter gesteigerter psychomotorischer Aktivität. Partielle oder totale Desorientierung. Inkohärenz des Denkens (Verwirrtheit und Verworrenheit). Illusionäre Verkennungen der Umgebung. Halluzinationen (meist optische, aber auch vestibuläre, akustische, manchmal haptische/taktile). Wahnähnliche Erlebnisse. Häufig vegetative Begleiterscheinungen: Tremor, Kreislaufversagen, Schwitzen, Herzrasen, Schweißausbrüche, Hautrötungen, Temperaturerhöhung, Austrocknung usw. Äußerlich häufig Greif- und Zupfbewegungen auf der Bettdecke (Flockenlesen).

Delirien beginnen oft abends und zeigen eine vermehrte Unruhe und Steigerung der Verwirrtheit während der Nacht. Beim klassischen Alkoholdelir ist die Grundstimmung meist heiter und angeregt, gelegentlich aber auch ängstlich; dies vor allem bei Vermengung von Delirium und Halluzinose.

Leichtere Grade des Deliriums wurden früher auch als *Subdelirium*, *abortives Delir* oder *Prä-Delir* bezeichnet.

Beispiele: Am häufigsten als Entzugs-Delir bei chronischem Alkoholismus, seltener bei fortlaufendem Alkoholmissbrauch. Ein Delirium gibt es aber nicht nur beim chronischen Alkoholismus, sondern auch bei anderen Intoxikationen, nicht zuletzt medikamentöser Art: Antiparkinsonmittel, Antidepressiva, aber auch Kokain, Atropin, Flie-

genpilzvergiftung, ferner körpereigene Intoxikationen (z. B. Stoffwechsellentgleisungen, ausgeprägte Fieberzustände u. a.), bei Hirn-Entzündung oder anderen Hirn-Erkrankungen, bei Demenz usw. Delirium-artige Bilder kann man auch bei akut verworrenen und endogenen Psychosen sehen, z. B. so genanntes schizophrenes Delirium (eine aber wenig gebräuchliche Bezeichnung).

Dämmerzustand: Bewusstseinsfeld eingeengt mit ausschließlicher Ausrichtung auf bestimmtes inneres Erleben. Aufmerksamkeit bzw. Beachtung der Umwelt beeinträchtigt/vermindert bis aufgehoben. Verringerte Ansprechbarkeit auf Außenreize. Denken in unterschiedlichen Graden unklar (bis zur Verwirrtheit). Häufig illusionäre Verkennungen der Umgebung. Halluzinationen auf verschiedenen Sinnesgebieten möglich. Affektiv ängstlich, aber auch beseeligt-ekstatisch. Auf die Umgebung wirken Patienten mit einem Dämmerzustand wie traumverloren oder berauscht, der Umwelt kaum zugänglich. Die Psychomotorik kann unauffällig sein oder ist vermindert bzw. gesteigert. Erregungszustände sind nicht auszuschließen. Dämmerzustände beginnen und enden meist innerhalb kurzer Zeit und gehen vielfach in Schlaf über. Für die Dauer des Dämmerzustandes besteht Amnesie.

Im so genannten *orientierten Dämmerzustand* (der frühere Ausdruck „besonnen“ Dämmerzustand ist ein Widerspruch in sich) sind die Aufmerksamkeit, das Denken und Urteilen eingeengt. Das, was gedacht wird, kann dabei noch geordnet sein. Daher erscheint auch das äußere Handeln oft geordnet und folgerichtig (z. B. große Reisen von Schläfenlappen-Epileptikern – s. u.).

Beispiele: Dämmerzustände teilt man ein nach ihrer Ursache in

- *organische Dämmerzustände:* Epilepsie (psychomotorische Epilepsie = komplex-fokale Epilepsie, postparoxysmaler Dämmerzustand), Hirntrauma (postcomotioneller Dämmerzustand), Zirkulationsstörungen (Arteriosklerose), hypoxisch (O₂-Mangel), toxisch (endogen und exogen)
- *psychogene Dämmerzustände:* Schreck, Schock, Panik. Hereinbrechen fremder Umgebung auf unreife und wenig gefestigte Menschen, die sich dann nicht mehr zurechtfinden. Synonym: psychogener Ausnahmezustand. Auch der hysterische Dämmerzustand gehört hierher.

Oneiroid (vom griech.: oneiros = Traum): traumartiger, desorientiert-verwirreter Zustand. Dabei erlebt der Kranke dramatische und phantastisch ausgestaltete Szenen mit starker gefühlsmäßiger Anteilnahme (Katastrophen, Schlachten, Sintflut, Feste, Himmel und Hölle, Weltuntergang usw.). Halluzinationen und illusionäre Verkennungen möglich. Die Kranken achten nicht mehr auf die Umgebung, sind ratlos, geistesabwesend, in sich versunken und verlangsamt, das Bewusstsein ist getrübt, die Orientierung beeinträchtigt, das Denken verworren. Sie sind aber durch energisches Anreden noch gelegentlich und für kurze Zeit aus diesem

Zustand herausreißbar, dann aber verwirrt, staunend, desorientiert (jedoch keine Amnesie für das Erlebte). Äußerlich entweder Stupor (seelisch-körperliche Erstarrung) oder Raptus (schwerster Erregungszustand) möglich. Desgleichen alle Stimmungsextreme von Katastrophenstimmung bis zur beglückten Ekstase. Bahnend kann eine erhöhte Phantasie-Begabung und eidetische Neigung sein. Abgrenzung gegenüber dem Dämmerzustand (s. o.) manchmal nicht exakt möglich.

Beispiele: manche akute, dramatisch verlaufende Formen der schizophrenen Psychose, ferner Epilepsie (produktiv-psychotischer Dämmerzustand), Wochenbett-Psychose, medikamentös-toxisch oder durch Rauschdrogen, insbesondere Halluzinogene bedingt.

Verwirrtheit (Amentia): Historische Bezeichnung für ein Syndrom schwerer Denkverwirrenheit (Inkohärenz) mit allgemeiner Desorientierung. Halluzinationen, Wahn, ängstlich-ratloser und erstaunter Stimmung u. a. Störung von Merkfähigkeit und Orientierung. Unruhiges Umherlaufen. Nicht klar gegenüber dem akuten schweren Delirium und dem Oneiroid abzugrenzen.

Beispiele: Einerseits beim akuten exogenen Reaktionstyp (z. B. Gehirngefäßsklerose), was aber überwiegend zu Leistungsrückgang führt: Das Wesentliche sind die Folgen, z. B. der Status lacunaris mit kleinen Gewebsuntergängen. Ferner bei akut einsetzenden und dramatisch verlaufenden schizophrenen Psychosen (so genanntes schizophrenes Delirium – s. o.), ferner bei Puerperalpsychosen und so genannten Emotionspsychosen.

◆ ANHANG: BEWUSSTSEINS-STEIGERUNG / BEWUSSTSEINS-ERWEITERUNG

Neben der vorwiegend quantitativen Herabsetzung des Bewusstseins und den qualitativen Bewusstseins-Störungen gibt es noch den Begriff der Bewusstseins-Steigerung bzw. Bewusstseins-Erweiterung. Das sind unscharfe Termini, die in das Kapitel der Bewusstseins-Störungen gehören.

Sie sollen folgende Phänomene charakterisieren: subjektive Existenzenerweiterung; hellere, wachere Aufnahme der Umwelteindrücke; reichere Auffassung und Kombinationsfähigkeit sowie Erinnerungstätigkeit (manchmal mit verändertem Zeiterleben) usw. Die Wahrnehmung erscheint lebhafter, stärker gefühlsbetont. Ggf. Synästhesien (Wahrnehmungsverbindung in verschiedenen Sinnesbereichen: Farben hören. Töne sehen usw.). Das Erleben erscheint auf andere, neue, bisher ungewohnte Sinne des Alltags zentriert. Manchmal beglückt-erhobene Stimmung mit inneren Licht- und Energieerlebnissen, Einsichten, Schau, kosmischer Verbundenheit.

Beispiele: Meist unter Halluzinationen auslösenden Substanzen (z. B. Haschisch /Marihuana, LSD, Mescaline, Designerdrogen u. a.), aber auch bei Psychostimulantien (Weckmittel, Amphetamine). Nicht-pharmakogene Erfahrungen dieser Art bei Meditation und in psychedelischen Experimenten. Gelegentlich auch bei Manie oder z. B. Beginn einer Schizophrenie, wobei die Welt lebendiger, tiefer, offener, verständiger erlebt und erfahren wird.

Untersuchungsgang

Als erstes versucht man die Bewusstseinslage einzuschätzen: benommen, somnolent, stuporös, komatös. Dabei wird das Gesamtverhalten geprüft. Eine Verminderung des Bewusstseins zeigt sich in der reduzierten Wahrnehmung äußerer Reize bzw. einer verminderten Reaktion darauf. Bei Bewusstseinsstrübung leiden gleichzeitig alle psychischen Funktionen, am ehesten jedoch Willensfunktionen, Konzentration und Aufmerksamkeit.

Eine Konzentrationsverminderung führt zur Schwerbesinnlichkeit, eine Aufmerksamkeitsreduktion zur Auffassungs-Erschwerung und erhöhten Ablenkbarkeit. Es prägt sich nichts mehr tief genug ein, eine Merkschwäche ist die Folge. Im Weiteren findet sich eine Abstumpfung des Gefühlslebens (Denken, Wollen, Fühlen).

Die wesentlichen Kriterien zur Feststellung einer Bewusstseinsstörung sind die Erweckbarkeit, das spontane Verhalten und die Reaktion auf Außenreize.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Prüfung der Orientierung, die zwar nur einen Teilbereich abklärt, sich im klinischen Alltag aber besonders eingebürgert hat.

2. STÖRUNGEN DER ORIENTIERUNG

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

- **Unsicherheit und Schwanken der Orientierung:** Die Orientierung ist nicht völlig aufgehoben, jedoch unsicher und inkonstant.
- **Ausfall der Orientierung (Desorientierung):** Man differenziert in Desorientierung zu Zeit, Situation, Ort und eigener Person (autopsychisch), wobei die Desorientierung nicht selten in dieser Reihenfolge voranschreitet. Vielfach wird auch zwischen einer praktischen Orientierung (aus dem Verhalten zu er-

sehen) und einer abstrakten Orientierung (Auskunft auf Befragen) unterschieden. Im Einzelnen:

- ◆ **Zeitliche Desorientierung:** Tageszeit, Datum, Wochentag, Monat, Jahreszeit, Jahreszahl. Besonders schwerwiegend: Desorientierung zur Tages- und Jahreszeit. Allerdings ist von allen Orientierungs-Kategorien die der Zeit am stör anfälligsten und kann schon bei leichteren Erinnerungsstörungen auftreten.
- ◆ **Örtliche Desorientierung:** je nach Vertrautheit des Ortes unterschiedlich zu bewerten: gegenwärtiger Aufenthaltsort, z. B. Stadt, Wohnviertel, Häuserblock, Gebäude, Wohnung, Zimmer usw. Besonders schwerwiegend: örtliche Desorientierung in der vertrauten eigenen Wohnung.
- ◆ **Desorientierung zur Situation:** Praxis, Ambulanz, Klinikstation, umgeben von Arzt, Krankenschwester, Sanitäter usw. Gelegentlich auch bei Gesunden möglich, nämlich aus tiefen Schlaf heraus oder an ungewohntem Ort. Besonders schwerwiegend: dauernde situative Desorientierung, was bis zur ängstlichen Verwirrtheit oder gar aggressiven Verkennung gehen kann.
- ◆ **Desorientierung zur eigenen Person:** Familienname, Vorname, Mädchenname, Alter, Geburtsdatum, Zivilstand, Beruf oder Besonderheiten der Lebensgeschichte u. a. Neben der situativen ist diese autopsychische Desorientierung die schwerwiegendste Störung, da sie den Verlust der personellen Identität und den damit verbundenen Lebensbezügen bedeutet, vielleicht sogar das Vergessen der ganzen Lebensgeschichte bzw. der eigenen Personalität. Besonders schwerwiegend: meist zusammen mit Störungen der anderen Orientierungsqualitäten, vor allem – wie erwähnt – der situativen.

Die autopsychische Desorientiertheit (nicht zu verwechseln mit psychotischer Verwirrenheit oder Desorganisiertheit) führt zu Ratlosigkeit, Hilflosigkeit, innerer Unruhe und ängstlicher Getriebenheit, Verstörtheit oder hilfloser Aggressivität.

Spezielle Aspekte: Gelegentlich kommt es bei unsicherer oder fehlender Orientierung zu einer so genannten *konfabulierten Orientierung*. Eine Konfabulation ist eine Pseudo-Erinnerung, durch die der Betroffene seine Lücken auszufüllen versucht, was jedoch in der Regel leicht zu erkennen ist. Bisweilen verfügt er nur noch über halbe Erkenntnisse und umschreibt den Rest (Beispiel: „Ein Mitarbeiter statt ein Krankenpfleger“). Auch gibt es im Wahn (besonders beim paranoid-halluzinatorischen Syndrom) *wahnhaftes Fehlorientierungen* und die „*doppelte Buchführung*“.

Beispiele: Desorientierung ist ein wichtiges Symptom. Als akute vorübergehende Störung weist sie auf eine hirnorganisch begründete Bewusstseinsstörung (z. B. alkoholischer oder Drogen-Rausch) und Psychose hin. Als dauerndes Symptom muss man an eine fortgeschrittene zerebrale Schädigung denken, z. B. Demenz.

Orientierungsstörungen als Ausdruck psychogener Ausnahmezustände oder wahnhafter und halluzinatorischer Situations- oder Personenverkenneung sind seltener. Orientierungsstörungen kommen vor allem beim akuten exogenen Reaktionstyp, den organischen Psychosen sowie psychogen vor (z. B. im hysterischen Dämmerzustand). Dazu gehören auch Orientierungsstörungen bei sehr starken Affekten, z. B. bei überwältigendem Angsterleben in der Panik. Orientierungsstörungen als Durchgangszustand oder Dauerzustand finden sich vor allem beim amnestischen oder psychoorganischen Syndrom.

Untersuchungsgang

Voraussetzung zur Orientierung sind die intakten Bereiche: Bewusstsein, Sinneswahrnehmung, Aufmerksamkeit (Einstellungen), ein gewisser Grad von Intelligenz zur wachen Übersicht und Auffassung (besonders bei der situativen Orientierung) sowie Erinnerungsfähigkeit und Zeit-Sinn.

Bei schwerem Intelligenzmangel und schwer gestörtem Gedächtnis ist die Orientierung auch bei klarem Bewusstsein mangelhaft.

Die Prüfung der Orientierung und die rechtzeitige Diagnose von Orientierungsstörungen gehört zu den wichtigsten Untersuchungsschritten. Dies darf nicht nur durch direktes Abfragen geschehen, sondern soll sich auch aus dem Gespräch und der Verhaltensbeobachtung ergeben. Dabei muss man jedoch wissen, dass die verschiedenen Komponenten der Orientierung (örtlich, zeitlich usw.) nicht immer gleichmäßig gestört sind. Auch kann der jeweilige Ausfall ein unterschiedliches diagnostisches Gewicht haben.

Schließlich kann die Orientierung – wie die meisten psychopathologischen Symptome – in Abhängigkeit von der Befindlichkeit und der Umgebung des Kranken schwanken. So kann ein guter Gesprächskontakt wesentlich bessere Orientierungsfunktionen ermöglichen als ein distanzierter Umgang mit dem Patienten.

3. STÖRUNGEN DES ICH-BEWUSSTSEINS

Ich-Bewusstsein ist die Gewissheit des wachen, bewussteinaklaren Menschen: „Ich bin ich selber“. Dabei ist zu betonen:

Wir *haben* nicht Bewusstsein, sondern *sind* selbst Bewusstsein. Wir *haben* nicht ein Ich-Bewusstsein, sondern *sind* Ich-Bewusstsein. Wir *haben* nicht ein Ich, sondern *sind* selbst dieses Ich.

Das macht das Phänomen so schwer fassbar und erklärt die zahlreichen kontroversen Diskussions-Beiträge, Fach-Meinungen und z. T. herben Kritiken der Experten untereinander – seit über 100 Jahren. Gleichwohl gilt

Das Ich ist ein Abstractum, das für menschliches Selbst-Sein steht. In diesem Sinne werden hier „Ich“ und „Selbst“ auch synonym gebraucht (im Gegensatz zur psychoanalytischen Terminologie, in der diese beiden Begriffe unterschiedlich definiert sind).

Das Ich-Bewusstsein bedeutet die Gewissheit, als eine einheitliche Person, als ein- und derselbe Mensch im Wahrnehmen, Erleben und Handeln zu existieren. „Ich“ ist die Bezeichnung für die Person, in der man von sich selber spricht, d. h. sich selbst bewusst sein (Selbst-Bewusstsein). Das Erleben seelischer Vorgänge wird als Ich-Erleben bezeichnet.

Der verwandte Begriff des „Selbst“ gilt als umfassendere Bezeichnung für die Gesamtheit aller seelischen Eigenschaften und Funktionen.

Eine Zerlegung des Ich-Bewusstseins in *Dimensionen* erscheint für den Gesunden nicht zwingend. Sie sind für ihn selbstverständlich, zumindest solange er sich in natürlicher Beziehung zu Menschen und Dingen seiner Umgebung befindet (und nicht z. B. in einer Rauschdrogen-Intoxikation durch LSD, Haschisch u. ä., wobei auch beim Gesunden in kurzer Zeit die Dimensionen des Ich-Bewusstseins in Frage gestellt werden können). Bei seelisch Kranken sind diese Ich-Bewusstseins-Dimensionen aus pathologischen Ursachen heraus gestört. Zur Definition der einzelnen Dimensionen des Ich-Bewusstseins siehe auch die entsprechende Fachliteratur mit reichlich unterschiedlichen Ansichten, Definitionen sowie Ergänzungs- bzw. Korrektur-Vorschlägen seit Ende des 19. Jahrhunderts.

Nachfolgend lediglich eine kurz gefasste Übersicht der verschiedenen Störungen des Ich-Bewusstseins und Ich-Erlebens (Ich-Störungen). Sie charakterisieren den Verlust oder zumindest die Einschränkung der Gewissheit über die Einheitlichkeit, Eigenständigkeit und Kontinuität der eigenen Person (Ich-Konsistenz – s. u.). Man bezeichnet sie deshalb auch als Entfremdungs-Erlebnisse, die man wie folgt untergliedern kann:

◆ **Depersonalisation:** unterschiedliche Ich-Erlebnisstörungen wie sich selber blass, unanschaulich, ferne, entfremdet, unvertraut, unlebendig, unwirklich, leblos vorkommend. Der eigene Körper oder einzelne Teile werden automatenhaft, verändert, künstlich oder unlebendig (ich-dyston) empfunden. Das Bewusstsein ist nicht getrübt.

Will man genauer differenzieren, kann man drei verschiedene Aspekte der Depersonalisation unterscheiden:

1. Eine *innere Distanz* zwischen der Beobachtungs-Instanz („innerer Zeuge“) und dem beobachteten Teil des Selbst. Diese innere Distanz kann bis zum Gefühl der Fremdheit wachsen. Sie kann sich auf das körperliche Spüren, die Gefühlszustände, die Ich-Zustände beziehen. Diese Art von Depersonalisation entspricht also einer Form von Selbst-Distanz bzw. Selbst-Entfremdung. Manchmal kann dies in eine überzogene Selbstbeobachtung oder Selbstkontrolle münden.
2. Bisweilen wird die Depersonalisation auch mit einer Art *reduzierten Vitalität* gleichgesetzt: Die vitalen Gefühle, das körperliche Spüren, die Gefühle überhaupt fühlen sich nicht so lebendig an, wie man es sonst gewohnt ist.
3. Ein dritter Typ von Depersonalisation betrifft vorwiegend das Gefühl von *Irrealität*. Mein Gesicht, meine Hände, mein Körper erscheinen in irgendeiner Weise verschieden von der bisher gewohnten Weise. Dieses Gefühl bezieht sich hauptsächlich auf konkrete Objekte, also den Körper oder Teile von ihm, weniger auf mentale Akte. Diese Form von Depersonalisation ist fast immer mit einer Derealisation (s. u.) kombiniert: Die Umgebungs-Objekte scheinen verändert, anders gegenüber dem Zustand vorher (z. B. wie künstlich, aus Plastik, wie gemalt, nicht wirklich usw.).

Unter der globalen Bezeichnung *Depersonalisation* laufen die verschiedensten Ich-Erlebnisstörungen. Am häufigsten ist das Gefühl, sich selbst ferne zu sein, sich entfremdet, unvertraut, schattenhaft, unlebendig und unwirklich vorzukommen. Bei genauem Nachfragen zeigt sich, dass der Entfremdung des Selbst (Depersonalisation) eine Entfremdung der menschlichen und sachlichen Umwelt (Derealisation) entspricht. Schwerpunkt-Verlagerungen sind möglich.

Wichtig: Je weniger selbstverständlich sich ein Mensch selber erfährt, umso unvertrauter, fremder wird ihm auch seine Umwelt. Deshalb wird die Depersonalisation auch als "Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit" bezeichnet.

◆ **Derealisation:** Verfremdungs-Gefühl gegenüber der Umwelt, bei dem die Sinneseindrücke sonderbar traumartig, unreal, unvertraut, unwirklich oder wie gefiltert vorkommen. Die Außenwelt erscheint abgeschieden, wie auf einer Bühne, die eigene Person wie isoliert, ausgeschlossen oder wie im Zuschauerraum. Dabei gefühlsmäßige Einbuße, wenn nicht gar Verlust der Wahrnehmungs-Intensität.

Beispiele: Entfremdungserlebnisse wie Depersonalisation und Derealisation sind nosologisch unspezifisch, also nicht typisch für eine bestimmte Krankheit. Sie können bei Gesunden in besonderen Situationen (Ermüdung, Erschöpfung, Isolation) vorkommen, in der Adoleszenz, bei neurotischen Entwicklungen (neurotische Depression, phobische Ängste, Zwangsstörungen u. a.), bei

narzisstischen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen, vor allem während Lebens- oder Beziehungs-Krisen. Auch bei Meditation und in hypnotischer Trance, ja sogar während einer psychoanalytisch orientierten Psychotherapie (s. u.). Ferner bei allen Formen der Depression sowie in der epileptischen Aura. Dazu nicht selten bei schizophrenen Psychosen (insbesondere als Vorläufer-Syndrom, aber auch während der Erkrankung) sowie bei toxischen Psychosen (Schmerz- und Schlafmittel, Halluzinogene) sowie bei anderen körperlich begründbaren Psychosen. Je nach Krankheitsbild lassen sich bestimmte Schwerpunkte von Typ I bis III erkennen.

Das Ausmaß solcher Entfremdungs-Erlebnisse ist sehr schwankend, je nach Stimmigkeit der Beziehung zu anderen Menschen. In Beziehungskrisen also ausgeprägter, bei einem warmherzigen, mitfühlenden Miteinander leichter oder seltener. Während psychoanalytischer Behandlung kommt es – wie erwähnt – mitunter zu flüchtigen intermittierenden Depersonalisations-Erscheinungen. Dies muss man wissen, um nicht kurzschlüssig eine Psychose zu unterstellen, die Psychotherapie abubrechen oder gar in eine Akutstation einzuweisen.

Weitere Hinweise zu diesem nicht seltenen, aber leider nicht immer rechtzeitig erkannten, fundiert eingeordneten und gezielt behandelten Phänomen siehe das ausführliche Kapitel über die Depersonalisation in dieser Serie.

Weitere Störungen des Ich-Bewusstseins

Weitere Störungen des Ich-Bewusstseins betreffen die Ich-Vitalität, Ich-Aktivität, Ich-Konsistenz, Ich-Kohärenz, Ich-Demarkation, Ich-Identität. Auch diese Unterteilung in fünf phänomenologische Dimensionen des Ich-Bewusstseins stößt in Fachkreisen mitunter auf z. T. energische Kritik. Gleichwohl eine praxis-relevante Übersicht:

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

Beispiele: Störungen der Ich-Vitalität bis hin zum Ich-Vitalitätsverlust sind möglich bei Depressionen jeder Art, vor allem bei schweren endogenen Depressionen, bei Schizophrenien und schizophrenie-artigen toxischen Psychosen (angstvolle Ich-Auflösung im Horror-Trip, z. B. unter LSD oder anderen Halluzinogenen).

◆ **Störungen der Ich-Aktivität:** Von den intentionalen Störungen im Denken, Fühlen, Wahrnehmen über die Motorik (gehemmt, gebremst, verzögert, Extremzustand: Stupor und Mutismus - s. dort) bis zum Verlust der selbstver-

ständlichen Gewissheit, sich selber noch wahrzunehmen, zu erleben, zu erfahren, fühlen, aber auch zu denken, etwas zu tun oder unternehmen zu können u. a.

Mitunter schwere Störungen des Leibgefühls, bei denen sich die Betroffenen in der Orientierung in ihrem eigenen Körper nicht mehr zurechtfinden. In diesem Zustand gehäuft *Stereotypien* (gleichförmige Bewegungen), *Verbigerationen* (gleichförmige Worte oder Sätze), *Echopraxie* (automatenhafte Nachahmung von Bewegungen anderer), *Echolalie* (automatenhafte Wiederholung vorgesprochener Laute oder Worte), *Flexibilitas cerea* (Beibehaltung einer vorgegebenen Gliedmaßenstellung) sowie die Extremfälle von *Stupor* (seeleisch-körperliche Erstarrung) mit *Mutismus* (Verstummen) oder *Raptus* (Erregungszustand).

Hier mögliche Wahnbildungen: Fremdbeeinflussungs- oder Verfolgungswahn, aber auch - überkompensatorisch - Omnipotenzwahn.

Beispiele: Am ausgeprägtesten bei schizophrenen, besonders katatonen Psychosen. Sie können, müssen aber nicht Fremd-Beeinflussungsgefühle auslösen. Voraussetzung ist eine so genannte Ich-Grenzstörung und Ich-Konsistenzstörung (Abspaltung). Daneben schizophrenie-artige Psychosen anderer Genese: toxische Psychosen (LSD, Mescaline), epileptische Psychosen (auch Dämmerzustände), depressive Psychosen (endogene Depression) bis zum depressiven Stupor (hier allerdings ohne Fremd-Beeinflussungsgefühle).

◆ **Störungen der Ich-Konsistenz und Ich-Kohärenz:** Der Betroffene erlebt sich nicht mehr als Einheit, zusammengehöriges Ganzes von bestimmter (menschlicher) Beschaffenheit und Kontinuität/Kohärenz, sondern innerlich zerrissen, auseinander gezogen, geteilt, verdoppelt, zersplittert, aufgelöst usw.

Die Gefühle und Gedanken sind dissoziiert. Es drohen Ich-Identitätsstörungen und Desorientierung am eigenen Leibe.

Die Folge: Erstarrung (katatoner Stupor) oder Panik (katatone Erregung). Zugehöriger Wahn: vom Wahn der Verdoppelung (Duplizität des Ich) oder Vervielfachung (Pluralität des Ich, multiplikativer Wahn) bis zum Untergangswahn von Patient oder Welt/Kosmos. Diese Thematik kündigt sich nicht selten im Traum an.

Beispiele: Vor allem bei schizophrenen und schizophrenie-artigen toxischen Psychosen.

◆ **Störungen der Ich-Demarkation (Ich-Abgrenzung):** Der Betroffene ist sich nicht mehr seines Eigenbereiches bewusst und damit auch sicher, was er selbst ist. Er kann nicht mehr zwischen Ich und Nicht-Ich unterscheiden, ab-

grenzen, markieren (Auflösung der Ich-Umwelt-Abgrenzung, d. h. Ich-Demarkation). Die normalerweise als selbstverständlich erlebte „Ich-Gewissheit“ geht verloren.

Dabei sind zwei pathologische Konsequenzen möglich: Die Ich-Grenze wird zur Mauer, die den Betroffenen einschließt (= Einsamkeit, Isolation, Autismus). Oder die Ich-Grenzen brechen zusammen (= schutzloses Überschwemmtwerden „von außen“).

Auf jeden Fall kann der Kranke bei einer Störung der Ich-Demarkation nicht mehr unterscheiden: „Was ist Realität, was bilde ich mir ein?“. Die Realitätskontrolle geht verloren, der Patient fühlt sich ausgesetzt, schutzlos allen Außeninflüssen preisgegeben.

Die Folge: Angst, Hilflosigkeit, Ohnmacht, auf jeden Fall Gefühl der Entfremdung, der Verlorenheit, Ausgesetztheit, Verlust der zwischenmenschlichen Kommunikationsfähigkeit und damit Vereinsamung, Isolation, Rückzug in Mutismus (Verstummen), Autismus (krankhafte Selbstbezogenheit), ggf. seelisch-körperliche Erstarrung (Stupor) oder Erregung (Raptus).

Neben Depressivität, Rückzug und Isolation kann es aber auch zur Wahnbildung kommen: Das Gefühl der Fremdheit und Unvertrautheit führt zur Wahnstimmung, das des schutzlosen Ausgeliefert-Seins zu Fremdbeeinflussungs- oder gar Verfolgungswahn. Aber auch manche andere Wahnformen lassen sich damit in Zusammenhang bringen, nicht zuletzt überkompensatorisch: Omnipotenzwahn, Heilswahn, Weltverbesserungswahn, magische Ausdehnung auf die ganze Welt mit Verschmelzungs-Erlebnissen u. a.

Hier finden sich auch dann häufig Gedanken-Entzug, Gedanken-Eingebung bzw. Gedanken-Beeinflussung, Gedanken-Ausbreitung, Transivitivismus (Übertragung des eigenen Zustands auf andere, d. h. das Umfeld ist geistesgestört) u. a. Einzelheiten siehe diese.

Beispiele: Meist schizophrene oder auch schizophrenie-artige Psychosen toxischer Natur (z. B. LSD), während epileptischer Aura u. a.

◆ **Störungen der Ich-Identität:** Gestörtes Bewusstsein der eigenen Identität betreffend Gestalt, Geschlecht, Physiognomie, Abstammung, Funktion, Rolle und Kontinuität (normalerweise von Geburt bis heute derselbe Mensch mit kontinuierlichem Zeiterleben und untrennbar vom Leibgefühl).

Die Folge: Unsicherheit über das Selbst-Sein, Gefühl der Ferne, Distanz, Fremdheit, Unvertrautheit sich selber gegenüber (Depersonalisation) bis hin zur geschwundenen Gewissheit: „Ich bin ich selber“.

Wahnbildung: Anstelle der verloren gegangenen Identität kann eine neue Identität treten. Der Kranke wähnt, ein anderer zu sein als er in Wirklichkeit ist. Meist folgt daraus eine Überhöhung der eigenen Rolle bzw. Bedeutung (z. B. Abstammungswahn).

Bei einer solchen wahnhaften Überkompensation findet sich manchmal die so genannte **doppelte Buchführung**: Dabei können Wahn und normale Wahrnehmung anscheinend problemlos nebeneinander bestehen, d. h. normaler Alltag und ein – meist abgeschlossenes – Wahnsystem als zweite Realität. Oder ein Nebeneinander von wahnhafter Überhöhung der eigenen Position und meist ernüchternder Wirklichkeit. Dieser Wechsel zwischen den verschiedenen Lebens-Welten wirkt bisweilen verwirrender als das Verharren in einem geschlossenen Wahnsystem.

Beispiele: Meist schizophrene Psychose, aber auch schwere (endogene) Depression sowie bei körperlich begründbaren Psychosen, insbesondere chronischem organischem Psychosyndrom.

ANHANG: STÖRUNG DES SELBSTBILDES (SELBSTKONZEPT, PERSÖNLICHKEITSBILD)

Neben den erwähnten psychopathologischen Phänomenen gilt es noch den Aspekt zu beachten, wie einer sich selber sieht, was er von sich hält, welches Persönlichkeitsbild er von sich hat u. a. Denn dies kann sich im Laufe des Lebens mehrfach ändern. Im Einzelnen:

◆ **Wesensänderung, Persönlichkeitswandel:** physiologisch während Pubertät und Adoleszenz-Beginn (Krisenzeit, besonders bei „ich-schwachen“ Persönlichkeitsstrukturen). Aber auch schicksalhaft in Leid und Unglück, bei Verkrüppelung, Haft, Krieg, Folter usw. Besonders eindrücklich durch entsprechende zerebrale Prozesse (z. B. Frontalhirnsyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma, Tumor usw.). Physiologisch im Prozess des Alterns. Solche kritischen Phasen können folgeschwer für eine vorbestehende seelische Störung oder Erkrankungs-Disposition „im Wartestand“ ausgehen (z. B. Ausbruch einer Schizophrenie während der Adoleszenz).

◆ **Zwänge:** Antriebe oder Strebungen zu bestimmtem Handeln, Denken, Vorstellen, die vom Gewissen oder der „Vernunft“ als unsinnig, unmoralisch, grundlos dominierend usw. abgelehnt, nicht zum eigenen Selbstbild gehörig aufgefasst und abgewehrt („persönlichkeitsfremd“, „nicht gewollt“), die aber doch als eigene erfahren werden. So kann sich der Betroffene nicht dagegen wehren. Er wird von diesen Antrieben, Befürchtungen usw. „überfallen“, „vergewaltigt“.

♦ **Selbstwertgefühl:** eng mit dem Selbstbild verbunden. Breites Spektrum zwischen überhöhtem Selbstwertgefühl und abgrundtiefen Minderwertigkeitsgefühlen. Entweder als erworbener Charakterzug oder psychogen-neurotisch bzw. psychotisch möglich.

Beispiele: Wesensänderung/Persönlichkeitswandel bei Schicksalsschlägen, in Pubertät oder Adoleszenz, sonstigen Krisenzeiten mit familiären, beruflichen Belastungen, Rollenveränderungen (Wegzug aus der Familie, Militärdienst, Berufslehre, Verlobung, Heirat, frühe Elternschaft). Aber auch bei Ausbruch einer Schizophrenie, durch lange, schwere körperliche Krankheit, unmenschliche Haftbedingungen (KZ), Kriegserlebnisse, selbst im unverarbeiteten Prozess des Älterwerdens.

Zwänge vor allem bei entsprechenden neurotischen Entwicklungen, aber auch schizophrenen und depressiven Psychosen.

Störungen des Selbstwertgefühls als "normaler" Wesenszug (selbstgefällig, dünkelhaft, anmaßend/selbstunsicher, zwanghaft, schüchtern), in der manischen Psychose (Erhöhung und Erweiterung des Selbstwertgefühls), in der Depression (Selbstentwertung), bei Borderline-Persönlichkeitsstörung (stark wechselndes Selbstwertgefühl: hoch/tief, überhöht/entwertend) sowie bei schizophrenen Psychosen (z. B. radikale Entwertung: "Ich bin Müll").

♦ **Störungen der Ich-Stärke:** Unter dem globalen Begriff der Ich-Stärke versteht man Festigkeit und Autonomie des Ich: Durchsetzungsvermögen, Standfestigkeit, Selbständigkeit, Sicherheit, Integrationsfähigkeit eigener Strebungen, Wünsche, Triebe, Ansprüche an sich und die Umwelt; ferner die Fähigkeit schicksalhafte Widrigkeiten, Versagungen, enttäuschte Hoffnungen zu ertragen.

Ich-schwache Menschen können ihr Selbst-Sein nicht genügend entfalten. Vielfach leben sie nur nach dem Muster anderer (Vorbilder, aber auch einfach nach dem anonymen „Man“: Tun, was „man“ tut). Beim Bemühen um normgemäßes Verhalten wird das Eigene unterdrückt und verkümmert. Folgen: Beeinflussbarkeit, Abhängigkeit, Unselbständigkeit des Fühlens, Wollens, Denkens.

Beispiele: Persönlichkeitsstörungen, neurotische Entwicklungen: schwaches Ich, narzisstische Störungen, Infantilismus (unreifes Ich), Borderline-Persönlichkeitsstörungen (segmentiertes Ich), ferner schizophrene Psychose (zerspaltenes, zerstörtes Ich), Depression (niedergedrücktes Ich), manische Psychose (Erhöhung/Steigerung des Ich), psychoorganisches Syndrom (Werkzeugstörungen des Ich) sowie Koma (Erlöschen des Ich).

Untersuchungsgang

Schon für Gesunde gilt, was das Dichterwort ausdrückt: "Wir können das Ich nicht begreifen, weil wir es selber sind". Um wie viel schwerer ist es für Menschen mit einer Störung des Ich-Bewusstseins, mit Entfremdungserlebnissen, wahnhaften Verkennungen, mit Depersonalisation und Derealisation usw. So etwas pflegt erheblich zu irritieren, ja in Angst und Panik zu versetzen. Deshalb ist für solche gezielte Fragen der Erstkontakt meist nicht der ideale Zeitpunkt. Hier gilt es vor allem Vertrauen zu fördern und nicht den Patienten zur Offenbarung von kaum fassbaren Erlebnissen zu zwingen. Ist er jedoch (endlich) gewillt und dazu in der Lage, dann soll man ihm mit entsprechenden Vergleichen aus dem Alltagsleben die Furcht nehmen, er habe sich von der Normalität schon hoffnungslos entfernt.

So kann es sinnvoll sein, die jedem geläufige Erfahrung anzuführen, dass sich so manches im alltäglichen Empfinden anders darstellt, wenn man müde, übernachtigt, erschöpft ist. Man kann auf Fieberträume als Kind zurückkommen, in denen ebenfalls Körperteile größer oder kleiner wurden. Man kann auf die besondere Welt der Ekstase verweisen, die mittels "psychologischer Eigenleistung" durch verschiedene Methoden der Selbstversenkung möglich sind und die täglich und viele hunderttausendmal künstlich in aller Welt allein durch Rauschdrogen provoziert werden. Man kann auf die Folgen von Schädelhirn-Unfällen, Hirntumoren, Epilepsie, Stoffwechsel-Entgleisungen, Medikamenten-Nebenwirkungen zu sprechen kommen. Sogar während einer Psychotherapie sind bestimmte Entfremdungs-Erlebnisse möglich, ohne dass man sich gleich als "verrückt" abqualifizieren lassen muss.

Wenn das Thema langsam "ent-ängstigt" werden konnte, der Patient stabil genug und willig ist, lässt sich schließlich durchaus konkret abfragen, was und wie im vorliegenden Falle empfunden wird. Dabei gilt es – insbesondere bei der schizophrenen Psychose – jegliche Wertung zu vermeiden und neutral zu registrieren, was vorgebracht wird. Sollten sich daran bestimmte Schlussfolgerungen des Kranken knüpfen, z. B. Fernsteuerung, Telepathie, Hypnose, sonstige Manipulations-Befürchtungen, sind auch diese neutral und offen und ohne (Ab-)Wertung festzuhalten, auch in puncto Körpersprache. Notfalls gezielte Zwischenfragen, um ein stockendes Gespräch wieder in Gang zu bringen. Denn schließlich ist es nicht jedermann gegeben, über „solch' verrückte Sachen" frei und offen zu sprechen. Und ist der Patient „am Boden", angesichts seines ungewöhnlichen Krankheitsbildes, muss man ihn wieder „aufbauen", möglichst unter Schilderung der erwähnten organischen Leiden, die bei jedem(!) zu den gleichen Zustandsbildern führen können, also Schädel-Hirn-Trauma, Rauschdrogen usw.

Wichtig ist – wie stets bei schwer fassbaren Phänomenen – nicht nach den ersten Schilderungen auf Fachbegriffe auszuweichen, die zwar formal stimmen mögen, inhaltlich aber unergiebig sind, sondern alles in wörtlicher Rede

niederzuschreiben. Nur dadurch komplettiert sich langsam das diagnostische Mosaik, zumal es zahlreiche Überschneidungsmöglichkeiten gibt.

Auf jeden Fall werden das Ich-Bewusstsein und seine Störungen in der Selbstbeobachtung erfahren und sie können auch sprachlich mitgeteilt werden. Die pathologischen Veränderungen werden teils durch Befragung, teils durch das Verhalten des Betroffenen deutlich. Zwar gibt es auch Selbstbeurteilungsskalen, doch pflegt ein gutes persönliches Verhältnis, eine gezielte, wenngleich behutsame, verständnis- und rücksichtsvolle Exploration ergiebiger zu sein, ganz zu schweigen vom Übungseffekt für den Exploranden.

4. STÖRUNGEN DES ZEIT-ERLEBENS

Die Zeit ist einer der wichtigsten Faktoren in unserer Epoche und Gesellschaft. Probleme bereitet sie nicht, mit Ausnahme des üblichen „keine Zeit“. Doch dies bezieht sich nur auf die Gesunden, in seelischer Hinsicht kann das Erleben der Zeit bzw. seine Störungen sehr beunruhigen, behindern oder gar in Angst und Panik versetzen.

Was hier alles psychopathologisch durcheinander geraten kann, zeigen schon die Fachbegriffe zur Struktur des Zeit-Erlebens: Zeit-Wahrnehmung, Zeit-Bewusstsein, Zeit-Sinn, Zeit-Gedächtnis, Zeit-Schätzung, Zeit-Vorstellung, Zeit-Erfahrung u. a. Voraussetzung für ein unbeeinträchtigtes Zeit-Erleben sind vor allem Zeit-Sinn und Zeit-Begriff – auf der Grundlage einer normalen Hirnleistung im zirkadianen Rhythmus endogener Zeitgeber („innere Uhr“). Und eine ungestörte Vigilanz und Wahrnehmung, was vor allem akustische und optische Reize und deren Position im Zeit-Gitter anbelangt.

Bei *Störungen des Zeit-Erlebens* unterscheidet man:

Beschleunigung des Zeit-Erlebens (Zeitraffer-Erlebnis): Die Zeit scheint schneller zu gehen und sich zu überstürzen.

Beispiel: manische Psychose, aber auch schockartige Katastrophen-Reaktionen (Absturzerlebnis), zu Beginn epileptischer Anfälle (Aura), unter dem Einfluss von psychotropen Drogen (Mescaline, Psilocybin, LSD, Amphetamin, Scopolamin) u. a.

Verlangsamung des Zeit-Erlebens (Zeitdehnungs-Erlebnis): Die Zeit geht langsamer als sonst. Extremzustand: Gefühl des Zeit-Stillstands.

Beispiel: bei schweren Depressionen (vor allem endogenen), bei schizophrenen Psychosen (bis zum abrupten Zeit-Stillstand: „Zusammenbruch der Zeit“), in rauschhaftem Glücksgefühl und während ekstatischer Entrückung oder Verzückung, unter dämpfenden Pharmaka (z. B. Neuroleptika, Opiate, Chinin, Lachgas) sowie Rauschdrogen (Haschisch/Marihuana, Heroin). Gelegentlich in der epileptischen Aura. Und bei Langeweile oder im Zustand meditativer Versenkung.

Zeitlicher Realitätsverlust: Es fehlt das Bewusstsein eines zeitlichen Kontinuums. Nicht selten mit Depersonalisation und Derealisation (s. dort) sowie mit dem Erleben der Diskontinuität der Zeit verbunden (die Zeit rast, steht still, geht rückwärts, fehlt streckenweise ganz usw.).

Beispiele: im Traum, bei Bewusstseinstrübungen (akuter exogener Reaktionstyp), bei schweren amnestischen Syndromen (Korsakow-Syndrom), in schwerer Erschöpfung oder Depression, unter entsprechenden Drogen (z. B. Halluzinogene wie LSD) und manchmal bei schizophrenen Psychosen mit deutlicher Derealisation und Depersonalisation.

Störung der Zeit-Kategorien: Die Proportionen zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft sind verschoben: Ausfall der Zeit, Verlust der Vergangenheit, Durcheinander von Vergangenheit und Gegenwart u. a. – Spezielle Aspekte: Vergangenheit wird als Gegenwart erlebt, d. h. der Betroffene hält sich im Gegenwartserleben in einer längst vergangenen Zeit auf (*Ekmnesie*) oder Zurückschreiten (*Regression*) in der biographischen Zeit in Kindheit, Geburtsverlauf und früher.

Beispiele: im Traum, bei schwerer Geistesschwäche (Oligophrenie), im akuten exogenen Reaktionstyp (Umdämmerung, Delir), bei schweren amnestischen Psychosyndromen, unter Halluzinogenen (z. B. LSD), in psychogenen Ausnahmezuständen, unter Hypnose, gelegentlich bei schizophrenen Psychosen mit Wahn-Erinnerungen. In der Depression kann die Vergangenheit ein schuldbeladenes Übergewicht bekommen und die Zukunft eine dunkle, bedrohliche Leere sein.

Weitere Störungen des Zeit-Erlebens sind das ruckartige Erleben des Zeit-Ablaufs oder Fluktuationen im Zeit-Erleben.

Beispiele: beim ruckartigen Zeit-Ablauf durch Mangel an Kontinuität im Selbst-Erleben, im Alkohol- und Drogenrausch, bei akuter Psychose oder akuter hirngorganischer Störung sowie bei Fluktuationen im Zeit-Erleben durch chronischen Alkoholismus, nach durchgemachter Enzephalitis sowie bei Schädigung des Temporallappens im Gehirn.

Untersuchungsgang

Gezielte Exploration zur Frage Beschleunigung oder Verlangsamung des subjektiven Zeit-Erlebens, des zeitlichen Realitätsverlust und der Störungen der Zeit-Kategorien, z. B. Durcheinander von Vergangenheit und Gegenwart. Und natürlich die Untersuchung zur Frage: welches psychopathologische Phänomen und damit Syndrom oder welche konkrete Störung stehen dahinter.

LITERATUR

Umfassendes Angebot an Fach-Literatur zu den erwähnten Störungen seit über 150 Jahren, insbesondere was das Phänomen der Ich-Störungen angeht. Einzelheiten dazu siehe die entsprechende Fachliteratur. Ein ausführlicher Überblick in der letzten Ausgabe dieser Serie.

Grundlage vorliegender Ausführungen aber ist das Fachbuch:

C. Scharfetter: **Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung.** 6. Auflage. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2010

Weitere Hinweise siehe die verschiedenen Beiträge in
www.psychosoziale-gesundheit.net