

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

PSYCHOPATHOLOGIE 8

Psychiatrische Krankheitslehre 8: Impulshandlungen

Bei den Impulshandlungen, auch Dranghandlungen u. a. genannt, geht es um Kleptomanie, Pyromanie, Trichotillomanie, das pathologische Spielen und - kurz gefasst, da klassifikatorisch in kontroverser Diskussion stehend - die intermittierende explosive Störung, den Sammeltrieb, die Poriomanie, Dipso- manie und Kaufsucht. Und im Anschluss daran Hinweise, wie man den Betroffen- en diagnostisch und therapeutisch begegnen sollte.

Erwähnte Fachbegriffe:

Impulshandlungen – Dranghandlungen – unbesonnene Handlungen - Impuls- handlungen nach organischen Leiden (z. B. Hirnkrankheiten wie Epilepsie, Enzephalitis, aber auch Endokrinopathien u. a.) – Impulshandlungen nach konkreten seelischen Störungen wie Depressionen, Schizophrenie, „neuroti- sche“ Entwicklungen, Persönlichkeitsstörungen, dissoziative Störungen u. a. – Kleptomanie – pathologische Stehlen – „Stehltrieb“ – „Diebstahl ohne Berei- cherungstendenz“ – Kleptomanie nach organischen Krankheiten – Kleptoma- nie nach seelischen Krankheiten – Stehlen um des Stehlens willens – Stehlen als rebellischer Akt – Stehlen als Rache – Stehlen als Übergangs-Ritus – Stehlen als familien-politische Waffe – Stehlen um Spannungen abzureagieren – Stehlen als partnerschaftliche Waffe – Stehlen bei Magersucht – Stehlen bei Anorexia nervosa – Stehlen bei Bulimie – Stehlen um andere zu bestrafen – Stehlen aus Enttäuschung – Stehlen aus Frustration – Stehlen bei seelischen Störungen (Ess-Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenie, Depres- sion, Manie, Demenz u. a.) – Pyromanie – krankhafte Brandstiftung – patholo- gisches Feuerlegen – Brandstiftung ohne verständliches Motiv – Feuer als Faszination – Pyromanie und Feuerwehr – Brandstiftung aus Hass – Brandstif- tung aus Eifersucht – Brandstiftung als Rache – Brandstiftung aus Lust am

Feuer – Brandstiftung bei seelischen Störungen (z. B. Persönlichkeitsstörung, Epilepsie, Schizophrenie u. a.) – Brandstiftung in der Kindheit – „kommunikative Brandstiftung“ – Brandstiftung aus kriminellen Gründen – Brandstiftung und Brand-Objekte – Trichotillomanie – krankhaftes Haare-Ausreißen – Automutilation – Selbstverstümmelung – Trichophagie – Haare-Essen – Trichotillomanie und seelische Störung (z. B. Schizophrenie, Münchhausen-Syndrom, Zwangsstörungen) – pathologisches Spielen – Spieldrang – Spielsucht – Glückspiel-Sucht – Persönlichkeitsstruktur und pathologisches Spielen – Spielsucht und seelische Störung (z. B. Manie, Persönlichkeitsstörung) – intermittierende explosive Störung – Gewalttätigkeit – krankhafte Aggressivität – intermittierende explosive Störung und seelisch Störung (z. B. antisoziale Persönlichkeitsstörung, Borderline-Syndrom, Schizophrenie, Manie, ADHS, Alkoholismus, Rauschdrogenkonsum, Medikamenten-Abhängigkeit, Demenz u. a.). – intermittierende explosive Störung und körperliche Krankheit (z. B. Schädel-Hirn-Trauma, Hirntumore, Alzheimer'sche Erkrankung) – Amok – Sammeltrieb – Kollektionismus – Poriomanie – Dromomanie – Fugue – periodischer Wandertrieb – periodische Wanderzustände – dranghaftes Weglaufen – dranghaftes Herumirren – Poriomanie und seelisch Störung (z. B. Schizophrenie, Depression, Manie, dissoziale Persönlichkeitsstörung) – Poriomanie und körperliche Krankheit (z. B. Epilepsie) – Poriomanie und Alter - Dipsomanie – periodische Trunksucht – episodisches Trinken – „Quartalssäufer“ – Dipsomanie und seelische Störung (z. B. Alkoholismus) – Dipsomanie und körperliche Ursache (z. B. Epilepsie, endokrines Psychosyndrom, Schädel-Hirn-Trauma) – Kaufrausch – Kaufsucht – Kaufwut – zwanghaftes Konsumverhalten – Kaufzwang – Kauforgie – konsum-orientierte Weltanschauung - Kaufrausch und Werbe-Psychologie – psychologische Ursachen des Kaufrauschs – diagnostische und therapeutische Aspekte der Impulshandlungen - Anforderungen an den Therapeuten – u.a.m.

IMPULSHANDLUNGEN – ALLGEMEINE ASPEKTE

Impulshandlungen oder *Dranghandlungen* sind der Oberbegriff für sehr heterogene Syndrome mit oft zwang- oder suchtäglichem Charakter, was sich nicht immer scharf voneinander trennen lässt. Sie sind überwältigend durchschlagende, unreflektierte (unbesonnene) Handlungen als Folge eines freiheitseinschränkenden imperativen Dranges. Ohne jede selbstreflektive Kontrolle (z. B. Bedenken) werden die Folgen nicht bedacht oder berücksichtigt. Die Dranghandlung *muss* ausgeführt oder konkreter: Es muss einem „inneren Handlungsdruck“ plötzlich nachgegeben werden. Willentliche Hemmungen treten entweder gar nicht auf oder vermögen sich nicht gegen den Drang durch-

zusetzen. Häufig geht eine weitgehend ziel- und richtungslose Entladungstendenz voraus.

Bei den *Impulshandlungen* unterscheidet man heute

- *Kleptomanie*: plötzlicher, meist wiederholter Drang, auch wertlose und nicht benötigte Gegenstände zu stehlen.
- *Pyromanie*: dranghaftes Feuerlegen (Brandstiften).
- *Trichotillomanie*: wiederholtes Ausreißen von eigenen Haaren mit sichtbarem Haarverlust.
- *Pathologisches Spielen*: intensiver, kaum kontrollierbarer, andauernder und immer wiederkehrender Spieldrang trotz negativer finanzieller und sozialer Konsequenzen.
- *Intermittierende explosive Störung*: wiederholtes Versagen, aggressiven Impulsen zu widerstehen, was zu schweren Gewalttätigkeiten oder zur Sachbeschädigung führen kann.
- *Sammeltrieb*: Anhäufen von sinnlosen Gegenständen.
- *Poromanie*: dranghaftes, unvermittelt imperativ auftretendes Weglaufen oder zielloses Umherirren.
- *Dipsomanie*: periodisch auftretende, imperative Trunksucht bei Menschen, die ansonsten nicht zu den chronischen Alkoholkranken zählen („Quartalsäufer“).

Beispiele: Impulshandlungen sind ätiologisch heterogen, d. h. sie kommen bei verschiedenen Krankheiten, Reaktionen und Entwicklungen vor: Hirnkrankheiten (z. B. Epilepsie, Enzephalitis), Endokrinopathien, Depressionen, Schizophrenie, „neurotischen“ Entwicklungen, Persönlichkeitsstörungen, dissoziativen Störungen u. a. Nachfolgend die wichtigsten Beispiele, z. T. in Anlehnung an die neuen Klassifikationen (DSM-V, ICD-10), wobei neben dem psychopathologischen Basis-Text auch noch psychodynamische, psychosoziale und sonstige Aspekte gestreift werden. Im Einzelnen:

● KLEPTOMANIE

Kleptomanie oder *pathologisches Stehlen* (früher „Stehltrieb“, heute „Diebstahl ohne Bereicherungstendenz“ genannt) ist ein plötzlicher, meist wiederholter Drang (bzw. das Versagen, entsprechenden Impulsen zu widerstehen), selbst

wertlose, auf jeden Fall kaum benötigte oder problemlos erwerbbar Gegenstände zu stehlen. Häufig werden sie dann weggegeben, verschenkt, sinnlos gehortet oder gar weggeworfen.

Vor der Handlung empfinden die Betroffenen ein steigendes Spannungsgefühl, das während und nach der Tat in Entspannung, Befriedigung und Vergnügen umzuschlagen pflegt. Die Gegenstände werden entwendet, obwohl sie charakteristischerweise

1. von geringem Wert oder gar wertlos für den Betroffenen sind,
2. obgleich man sie sich problemlos leisten könnte (bei der anschließenden Untersuchung haben die meisten Betroffenen in der Regel sogar genügend Bargeld bei sich).

Zwar wird im Allgemeinen versucht, die Tat zu verbergen, jedoch ohne alle Möglichkeiten auszuschöpfen, das Risiko einer Überführung so gering wie möglich zu halten. Ist eine unmittelbare Entdeckung oder Festnahme zu befürchten (z. B. vor den Augen von Kaufhaus-Detektiven, Polizisten oder Zeugen), wird die Tat allerdings vermieden. Der Diebstahl wird allein, d. h. ohne Komplizen durchgeführt.

Zwischen den Diebstählen können die Betroffenen Angst, Resignation, Niedergeschlagenheit, Verzagtheit und Schuldgefühle entwickeln. Das verhindert aber keine erneuten Rückfälle. Menschen mit Kleptomanie erleben den Impuls zum Stehlen bzw. das wiederholte Versagen, diesem Stehl-Impuls zu widerstehen, als „ich-dyston“. Sie sind sich darüber im Klaren, dass ihre Handlung gesetzeswidrig, sinnlos und mit unnötigen Konsequenzen belastet ist. Sie fürchten sich auch häufig davor, gefasst zu werden und fühlen sich dabei oft deprimiert und schuldig. Dies umso mehr, als nicht selten juristische, berufliche, familiäre und partnerschaftliche Schwierigkeiten drohen, besonders nach erneuten Rückfällen (s. später).

Ladendiebstähle sind häufig, die Kleptomanie dagegen ist eher selten und macht wohl nur wenige Prozent aller entdeckten(!) Taten aus. Doch die Dunkelziffer ist hoch. Außerdem bezieht sich die Kleptomanie nicht nur auf Ladendiebstähle (auch wenn sie auf den ersten Blick dominieren mögen). Frauen sind offenbar sehr viel häufiger involviert als Männer. Ob diese Erkenntnis auch bei lückenloser Erfassung solcher Taten aufrechterhalten werden kann, wird kontrovers diskutiert.

Bezüglich des Alters scheinen - zumindest was die nachweisbaren, d. h. polizeilich und gutachterlich erfassbaren Fälle anbelangt - keine Schwerpunkte erkennbar. Im höheren Lebensalter geht die Zahl deutlich zurück. Soweit beurteilbar sind in beruflicher Hinsicht vor allem Hausfrauen betroffen, gefolgt von Angestellten und nicht wenigen Akademikern.

Fasst man die bisher verfügbaren Erkenntnisse zusammen, scheint es im Wesentlichen drei Verlaufsmöglichkeiten zu geben:

1. Sporadisch, d.h. mit kurzen Episoden und langen „gesunden“ Intervallen.
2. Episodisch mit langdauernden Perioden des Stehlens, aber auch langen unauffälligen Zwischenzeiten.
3. Chronisch mit ggf. mehr oder weniger wellenförmiger Intensität.

Trotz wiederholter Verurteilungen kann eine Kleptomanie jahrelang fortauern.

Über die möglichen *Ursachen* und *Hintergründe* gibt es zahlreiche Hypothesen und widersprüchliche Ansichten. Am häufigsten finden sich in den Lehrbüchern:

Lustgewinn, Verbotenes zu tun; „verschobene sexuelle Befriedigung durch Stehlen“ (s. auch sexuell motivierte Kleptomanie in Psychopathologie 9); „Rache“ für emotionale oder materielle Entbehrungen in der Kindheit, aber auch in aktuellen Situationen; Aggressionen gegen Partner, einen oder beide Elternteile, sonstige Familienangehörige, Vorgesetzte, aber auch gegen die Gesellschaft im Allgemeinen oder wenigstens einzelne Vertreter von ihnen usw.

Weitere Einzelheiten s. später.

Neuere Überlegungen zur Kleptomanie

Die Kleptomanie ist offenbar nicht so selten, wie es die (in der Tat geringe) Aufklärungsquote und noch geringere Zahl juristischer und damit gutachterlicher Beurteilungen nahelegen.

Auch ist der „Stehltrieb“ so alt wie die Menschheit. Im deutschsprachigen Bereich hat er schon seit Beginn des 19. Jahrhunderts eine lebhafte Diskussion ausgelöst, ohne bisher eine allseits befriedigende Klärung gefunden zu haben. Inzwischen vermutet man wieder eine Zunahme, bei jedoch abnehmendem wissenschaftlichem Interesse.

Früher hielt man die Kleptomanie für eine selbständige Geisteskrankheit, zumal man sich gerade bei hochgestellten und reichen Persönlichkeiten eine andere Ursache nicht vorstellen konnte. Zuvor vermutete man sogar organische Ursachen („Erregung des Diebes-Organes in der vorderen Schläfenbeinengegend“), später ein „impulsives Irresein mit leichter Störung der Bewusstseinschelle“.

Weitere Überlegungen beziehen sich auf Zwangshandlungen (die Zwangsbefürchtung zu stehlen soll durch die Tat neutralisiert werden), der Diebstahl also als Befreiung von einem unerträglichen Spannungsdruck, ähnlich der Brandstiftung (s. später) und anderen „Entladungsreaktionen“. Ferner Stehlen als Lust am Abenteuer, als Bestätigung der eigenen Schlaueit und Geschicklichkeit, als sexuelles Phänomen (wie beim Fetischismus mit „wollüstigen Gefühlen“) u. a.

Eine Fülle von Erklärungsmustern bietet die Psychoanalyse: Diebstahl als Ausdruck unbefriedigender Sexualität, als „Abfließen ungerichteter Sexual-Energien mit abnormer Bahnung“, als Ausdruck des Kastrations-Wunsches vom Sohn gegen den Vater oder als „Penisneid der Frau“ usw. Die Individualpsychologie betrachtet Diebstähle und andere Delikte als neurotisches Symptom zur Überkompensation von Minderwertigkeitsgefühlen.

Die bekannte prämenstruelle oder während der Schwangerschaft erhöhte Neigung zu Diebstahl bei manchen Frauen wird teils als abnorme Gelüste und besondere Reizbarkeit und Empfindlichkeit interpretiert, teils als hormonelles oder rein sexuelles Geschehen. Psychiatrisch diskutierte man depressive und manische Zustände, epileptische Äquivalente und neurotische Fehlentwicklungen bei Menschen in „unharmonischer oder sexuell unbefriedigender Partnerschaft“ usw. Neuere Stichworte: Primitivreaktionen, Kurzschluss-handlungen, Impulsneurotiker, affektive Abreaktion u. a.

Und schließlich wurde auch schon früher die Verführungssituation eines Warenhauses, vor allem mit Selbstbedienung, diskutiert. Sie führe zur „Umnebelung der Sinne“, zur gesteigerten Begehrlichkeit und verleite damit zu impulsiven Diebstählen.

Immerhin wurde bei den meisten Autoren deutlich, dass es sich wahrscheinlich um einen multifaktoriellen Entstehungs-Mechanismus handelt. Das ist auch heute noch die gängige Meinung. Nach wie vor ist es für den erfahrenen Psychiater und Psychologen als Gutachter schwer, eindeutig abzugrenzen, wann mit Sicherheit Diebstähle dieser Art ohne Bereicherungstendenz als psychopathologisches Syndrom vorliegen und insbesondere welche Motive und Gründe im Einzelfall eine Rolle spielen.

Das zeigt sich auch bei Gerichtsverhandlungen, in denen selbst renommierte Gutachter manchmal zu (äußerst) unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Theoretische Erörterungen - so die Experten - helfen hier kaum weiter. Entscheidend ist eine möglichst detaillierte Erfassung von Lebensgeschichte, Persönlichkeit, psychosozialer Situation und konkretem Tathergang. Dann findet sich vor allem eines:

Bei Diebstählen ohne Bereicherungstendenz im eigentlichen Sinne handelt es sich um ein eindeutiges Signal unerträglicher seelischer Konflikte und ausgeprägter psychosozialer Not und damit um eine dringend behandlungsbedürftige Krankheit. Eines der folgenschwersten Probleme liegt darin, dass gerade diese Patienten aber so gut wie nie einen Hausarzt, geschweige denn Psychiater oder Psychologen aufsuchen, sondern fast immer erst im Rahmen eines Prozesses bzw. einer Begutachtung, d. h. am Ende einer solchen Entwicklung, von einem Fachmann untersucht werden können.

Die wichtigsten Krankheitsbilder bzw. psychosozialen Ursachen

Soweit sich unter den erwähnten Einschränkungen (vor allem hohe Dunkelziffer und damit geringe Aussagekraft der bisher verfügbaren Daten) überhaupt etwas Konkretes ableiten lässt, sind es bei den

- *konkretisierbaren Krankheitsbildern* depressive Zustände (reaktiv, „endogen“, Rückbildungsalter, mehrschichtig), Ess-Störungen (vor allem die Bulimie - s. u.), Persönlichkeits-, Angst- und sexuelle Störungen, die Manie, schizophrene oder schizoaffektive Psychosen sowie Konflikt-, Versagens- und Überforderungsreaktionen (vor allem partnerschaftlich, familiär und beruflich).

- In *psychosozialer Hinsicht* (und damit sich mit den oben dargelegten Krankheitsbildern gelegentlich überschneidend) häufen sich besonders schwierige, konfliktbeladene partnerschaftliche Situationen, aus denen es kein Entinnen zu geben scheint; ferner depressive Zustände als Folge dauernder situativer Schwierigkeiten. Außerdem körperliche und seelische Erschöpfungszustände als Folge akuter oder mittelfristiger zusätzlicher Belastungen sowie zwischenmenschliche, insbesondere partnerschaftliche Frustrationen, vor allem(?) in sexueller Hinsicht; schließlich aggressive Neigungen sowie suizidale Tendenzen.

Nicht gleichzusetzen mit dem pathologischen Stehlen im eigentlichen Sinne sind nach neueren Klassifikationen geplante Diebstahlvergehen oder solche aus Armut; die Simulation, um bei Diebstahl einer Strafverfolgung zu entgehen; Stehlen als Mutprobe, Imponiergehabe, Abenteuerpiel oder aus „sportlichen Gründen“; „Stehlen um des Stehlens Willens“, als rebellischer Akt, aus Wut oder Rache, als Übergangs-Ritus bei Jugendlichen und Heranwachsenden usw.

Ähnliches gilt für die antisozialen bzw. dissozialen Persönlichkeitsstörungen, als Reaktion auf Wahnphänomene oder Halluzinationen im Rahmen einer schizophrenen oder schizoaffektiven Psychose bzw. ausgelöst durch eine organisch bedingte Störung (z. B. Demenz mit wiederholtem Nicht-bezahlen von Waren als Folge schlechten Gedächtnisses und aus anderen Ursachen intellektueller Beeinträchtigungen).

Stehlen als familien-politische Waffe?

In den meisten Fällen der neueren Literatur fällt auf, dass die Kleptomanie nicht die Folge einer krankhaften seelischen Störung, von Schwachsinn, tiefer greifender Bewusstseinsstörung oder einer anderen (schweren!) seelischen Abartigkeit ist (so die Begriffe des Strafgesetzbuches). Dagegen liegen fast alle Fälle mit hirn-gesunden, nicht psychotischen Patienten in ihrem psychodynamischen Grundmuster ähnlich. Im Einzelnen:

- *Stehlen als Abreaktion von Spannungs- und Drangzuständen* bei Menschen mit Gefühlen der Minderwertigkeit, Resignation, ja Hoffnungslosigkeit und Selbstaufgabe. Das ganze Leben erscheint als Kette von Misserfolgen und Zurücksetzungen. Hier soll durch Diebstähle wieder hereingeholt werden, was einem (scheinbar) zu Unrecht vom Schicksal vorenthalten wurde. D. h. Protest und aggressive Abwehr gegen chronische Benachteiligung (ähnlich der Pyromanie - s. dort). Da die Täter aber nachträglich oft Schuldgefühle entwickeln, werden auch diese Delikte in die Reihe der Misserfolge und Kränkungen eingefügt.
- Noch konkreter ist das Phänomen des *Stehlens als familienpolitische oder partnerschaftliche Waffe*: Dies betrifft - in fast schon exemplarischer Deutlichkeit - einerseits chronische Ehekonflikte und andererseits Familienkonflikte auf der Basis einer Anorexia nervosa, vor allem mit Bulimie.

Diebstahl als Waffe, z. B. als öffentliche Brüskierung des Ehemanns, scheint nicht so selten zu sein. Doch muss diese Partner-Problematik gezielt erfragt werden (s. Untersuchungsgang). Das Ziel des Deliktes ist hier vor allem das Risiko des spektakulären Erwischt-Werdens mit der Möglichkeit, den Partner zu demütigen, zu ärgern, zu schockieren oder sich ggf. (mit)schuldig fühlen zu müssen. Die Diebstähle sind - wie ein langjähriges außereheliches Verhältnis, das den Ehemann demütigen und provozieren soll - in der Hoffnung angelegt, der Partner möge sich doch noch als „rechter Mann“ erweisen.

So gesehen sind weibliche Kleptomane mit solcher Psychodynamik letztlich nicht nur als willenloses Objekt einer Krankheit zu definieren, sondern rechtzeitig an einen kompetenten Therapeuten zu überweisen (Kröber).

- *Anorexia nervosa und Bulimie*: Hier bieten sich gewisse Parallelen zu den Ess-Störungen an. Auch in solchen Machtkämpfen wird mit hohem Einsatz gestritten, vor allem auf der Basis einer hysterisch strukturierten Persönlichkeit. Meist handelt es sich um das heimliche Entwenden von Nahrungsmitteln und kleinen Geldbeträgen zu Hause oder im näheren Umfeld zur Beschaffung von Esswaren, was sich schließlich auch auf Ladendiebstähle ausdehnen kann. Auch hier hat der Diebstahl vor allem Symbolcharakter:

Stehlen als Ausdruck von Rache-Impulsen und Aggressionen. Das Bedürfnis nach Rache entsteht einerseits aus entsprechenden Situationen und richtet sich andererseits gezielt gegen bestimmte Personen, die bestraft werden sollen. Dies basiert auf dem diffusen Empfinden, ungerecht behandelt worden zu sein oder aus gekränkten und enttäuschten Emotionen. Weitere Einzelheiten s. Untersuchungsgang.

● PYROMANIE

Pyromanie, auch *krankhafte Brandstiftung*, *pathologisches Feuerlegen*, ist versuchte oder vollendete Brandstiftung an Häusern oder anderen Objekten ohne verständliches Motiv.

Kennzeichnend ist eine ausgeprägte Faszination für alles, was mit Feuer und Brand in Zusammenhang steht, einschließlich Löschmöglichkeiten (Löschgeräte, Löschfahrzeuge). Zuerst Spannung oder affektive Erregung, bevor der Brand gelegt wird. Während des Feuers und den damit verbundenen Begleitumständen interessiert, neugierig, fasziniert, gebannt. Personen mit Pyromanie sind oft regelmäßige „Zuschauer“ bei Bränden in ihrer Nachbarschaft und nicht selten auch noch die Auslöser des entsprechenden Alarms. Einige sind aktiv in der örtlichen Feuerwehr tätig und fallen während der Löscharbeiten durch besonderen Einsatz auf. Während des Brandes Entspannung. Danach, selbst angesichts der entstandenen Zerstörung und ihrer Folgen für Leben und Besitz, in der Regel Gleichgültigkeit, wenn nicht gar Befriedigung, Vergnügen und Wohlfühl.

Männer scheinen weitaus häufiger betroffen als Frauen. Nicht selten sind es auch Menschen mit geringen sozialen Fertigkeiten oder gar Lernschwierigkeiten. Der Altersschwerpunkt liegt im ersten Lebensdrittel. Soweit die gängigen Lehrbuch-Ansagen.

Zur Problematik dieses Krankheitsbildes

Allerdings teilt die Pyromanie die Problematik der meisten Impulshandlungen: Das pathologische Feuerlegen ist zwar ein spektakuläres Phänomen, aber kein einheitliches Krankheitsbild, auch wenn man dies durch immer neue Definitionen in den Griff zu bekommen sucht.

Dabei wurde schon im früheren Schrifttum auf Überschneidungen und Diskrepanzen aufmerksam gemacht. Denn das dranghafte Feuerlegen kommt nicht nur vor aus Hass, Wut, Eifersucht, Trotz, Rache, Kränkungen, Demütigungen, aus Lust und Genuss am Feuer und/oder der Bedeutung als Retter, sondern

auch bei Persönlichkeitsstörungen, Epilepsie, aufgrund von Eingebungen und wahnhaften Verknüpfungen bei Schizophrenen und - allerdings viel seltener als im Allgemeinen angenommen - sexuell motiviert.

Neuere Definitionen

Pathologische Brandstiftung (Pyromanie) ist die wiederholte Brandstiftung ohne erkennbare Motive wie materieller Gewinn, Rache oder politischer Extremismus, dafür mit starkem Interesse an der Beobachtung von Feuer sowie anfangs Gefühlen wachsender (genussvoller?) Spannung und schließlich Entlastung nach der Brandstiftung.

Nicht zu verwechseln mit Pyromanie nach der Definition der neuen Klassifikationen sind vorsätzliche Brandstiftung aus Profitgründen, als Sabotage oder gezielter Racheakt, um ein Verbrechen oder seine Spuren zu verdecken, als politische Kundgebung (z. B. terroristischer Akt oder Protesthandlung) oder rein um Aufmerksamkeit oder Anerkennung zu erlangen.

Das Gleiche gilt für entwicklungsbedingte „Experimente“ in der Kindheit (z. B. Spielen mit Streichhölzern, Feuerzeug oder Feuer generell). Ähnliches gilt auch für das Feuerlegen als Wunsch, ein Ziel zu erreichen, einen Ort zu wechseln oder eine Behandlung zu verändern. So etwas nannte man früher „kommunikative Brandstiftung“ (Beispiel: „Brandtaten von heimweh-geplagten Hausmädchen“).

Eine Pyromanie im engeren Sinne wird heute also nicht mehr angenommen, wenn sie im Zusammenhang mit folgenden Störungsfeldern auftritt: Störung des Sozialverhaltens (z. B. mit anderen Verhaltensstörungen wie Diebstahl, Aggressivität oder Schulschwänzen gekoppelt), manische Episode, antisoziale (dissoziale oder soziopathische) Persönlichkeitsstörung (gestörtes Sozialverhalten, Aggressivität, mangelndes Einfühlungsvermögen in andere usw.), als Reaktion auf Wahnphänomene oder Halluzinationen bei Schizophrenie oder schizoaffektiver Psychose bzw. bei anderen wahnhaften Störungen sowie Demenz, bei sonstiger geistiger Behinderung und schließlich Intoxikation (akute Trunkenheit, chronischer Alkoholismus, Rauschdrogen- und Medikamenten-Intoxikation).

Forensische Einwände

Gerade an der - wirtschaftlich ggf. mit beträchtlichen Schadfolgen einhergehenden - Pyromanie lässt sich aber exemplarisch der Unterschied zwischen theorie-geleiteter Klassifikation und Praxisalltag dokumentieren, geben manche forensische Psychiater aufgrund ihrer eigenen (Gutachten-)Daten zu bedenken. Im Einzelnen:

Trotz moderner Untersuchungsmöglichkeiten bleibt der Großteil, nämlich fast zwei Drittel aller Brandstiftungen unaufgeklärt. Rund ein Viertel (in den USA noch mehr) fällt auf straf-unmündige Kinder, die also nicht vor Gericht kommen und deshalb auch nicht in die Statistik eingehen. Das gleiche gilt für die Täter mit rationalen Motiven (z. B. Versicherungsbetrug, Verdecken von Spuren und anderen Straftaten, politische Motivation). Sie alle werden - zumindest in Mitteleuropa - gerichtlich keiner psychiatrischen Begutachtung zugeführt. Das besagt: Nur jede zehnte Brandstiftung ergibt verwertbare Hinweise über Persönlichkeitsstruktur, Motive usw. der „echten Pyromanen“, wenn es sie denn geben soll.

Was weiß man über die erfassten Pyromanen?

Von diesen rund 10% erfassten Tätern sind mehr als drei Viertel *männlichen Geschlechts*. In Wirklichkeit sind weibliche Täter aber wahrscheinlich häufiger.

Die *häufigsten Motive* im Rahmen der erfassten und forensisch begutachtbaren Pyromanen sind Frustrationen, also letztlich aggressive Beweggründe (jedoch selten Rache: meist kennt der Täter den Geschädigten gar nicht). An zweiter Stelle steht die Faszination, also Interesse, Neugierde oder Anziehung hinsichtlich Feuer und der damit zusammenhängenden Brand-Situation (hier finden sich die meisten Feuerwehrmitglieder bzw. -helfer und auch einige sexuelle Motivationen, jedoch deutlich seltener als in der neurosen-psychologischen Literatur angenommen). An dritter Stelle steht die Kombination aus Frustration und Faszination gefolgt von suizidalen Motiven und - am seltensten - wahn-induzierten Brandlegungen.

Bei den *Diagnosen* stehen an erster Stelle Persönlichkeitsstörungen in fast zwei Drittel aller Fälle. Dabei überwiegen die selbstunsicheren Persönlichkeitsstörungen, und zwar weit vor den antisozialen (dissozialen), paranoiden, den Borderline- und schizoiden Persönlichkeitsstörungen. Etwa jeder fünfte forensisch erfasste Brandstifter ist geistig behindert. Eine Entwicklungskrise muss in jedem zehnten Fall angenommen werden. Danach folgen die deutlich selteneren Diagnosen: wahnhaftige Psychose, hirnorganisches Psychosyndrom, Demenz und Depression.

Im Gegensatz zu den Ausschlusskriterien der neuen Klassifikationen (akute Trunkenheit, chronischer Alkoholismus, Drogen- und Medikamenten-Intoxikation u. a.) ist der Alkoholmissbrauch bei der pathologischen Brandstiftung die wesentlichste Schiene dieses Fehlverhaltens. Drei Viertel der forensisch erfassten Täter sind zum Zeitpunkt der Tat alkoholisiert, die Hälfte ist als alkoholkrank zu bezeichnen. Dies betrifft besonders selbstunsichere Persönlichkeiten und hier vor allem die Motiv-Kombination Frustration und Faszination.

Der Alkoholismus ist vor allem ein Problem der älteren Brandstifter. Vier von zehn Tätern sind vorbestraft, fast die Hälfte lebt noch im Familienverbund, die meisten sind unverheiratet (oder kurz vorher geschieden).

Zwei Drittel der *Brand-Objekte* sind offenbar fremde Häuser, der Rest verteilt sich auf eigenes Wohnhaus und Arbeitsplatz (die Hälfte der Brandstifter arbeitet zum Zeitpunkt der Tat nicht). Das *Durchschnittsalter* ist relativ gering, d. h. Brandstiftung erfolgt in der Regel im ersten Lebensdrittel. Die Mehrheit lebt auf dem Land. Drei Viertel setzen die Brände *nachts* (eher Erwachsene), ein Viertel bei Tag (eher Jugendliche).

Spezielle forensische Überlegungen

Manche forensische Psychiater weisen deshalb bei der pathologischen Brandstiftung auf folgendes Phänomen hin:

Zwar wird die Pyromanie unter die speziellen Störungen der Impulskontrolle eingeordnet, dürfte dann aber nur bei Mehrfach-Tätern diagnostiziert werden. Das aber ist nicht zu halten, denn nur ein Drittel sind Mehrfach-Täter. Man muss deshalb darüber nachdenken, ob hier tatsächlich eine Störung der Impulskontrolle das Wesentliche an diesem Phänomen ist (allerdings eingedenk der lediglich erfassten 10% aller Täter).

Bei Mehrfach-Brandstiftung scheint es sich eher um ein Phänomen des „Psycho-Infantilismus“ zu handeln und dabei vor allem geleitet vom Motiv Faszination. Besondere Lebensschwierigkeiten finden sich gerade bei jungen Brandstiftern nur selten. Dies spricht ebenfalls für eher infantile Unbesonnenheit. Bedenkt man, dass ein Viertel aller gelegten Brände auf Kinder-Brandstiftung zurückgeht (mindestens 60% aller überführten Brandstifter sind Kinder), dann scheint bei der Pyromanie vor allem die kindliche Lust am Zündeln bedeutsam. Und wenn sie bis ins höhere Alter anhält, dann liegt am ehesten der erwähnte Psycho-Infantilismus vor. Allerdings ist die Bindung an Alkoholisierung bzw. Alkoholismus (bei Erwachsenen) unübersehbar.

• TRICHOTILLOMANIE

Trichotillomanie ist das wiederholte Ausreißen des eigenen Haares mit sichtbarem Haarverlust. Es gibt Berührungspunkte zur Automutilation (Selbstverstümmelung).

Dies betrifft meist die Kopfbehaarung, aber auch Augenbrauen, Augenwimpern, sogar Achsel-, Scham- und Perianal-Behaarung. Dauer: kurze, über den

Tag verteilte Episoden oder - seltener - stundenlange Perioden. Meist gehen belastende Situationen voraus, doch kommt es zum Haare-Ausreißen auch in Zeiten der Entspannung oder zur Ablenkung (z. B. beim Lesen oder Fernsehen). Unmittelbar davor baut sich ein Gefühl wachsender Spannung auf, danach folgt ein Gefühl von Entspannung, Befriedigung oder gar Vergnügen. Manchmal soll damit auch ein juckreiz-ähnliches Gefühl auf der Kopfhaut gelindert werden.

Bisweilen werden die Haarwurzeln auch zusätzlich abgezwirbelt, die Haarsträhnen zwischen den Zähnen hindurchgezogen oder einzelne Haare gegessen bzw. interessiert untersucht. Meist wird während dieser Handlungen der Kontakt zu anderen (z. B. Angehörigen, Freunden) vermieden. Das Haare-Ausreißen wird in der Regel verleugnet, vertuscht oder getarnt. Auch die Kombination von Haare-Ausreißen mit Nägelkauen, Kratzen, Nagen und Hautabschürfen ist möglich. Mitunter erweitert sich der Drang zum Ausreißen von Haaren auf andere Personen oder Gegenstände, z. B. Menschen, vor allem aber Haustiere, Puppen, Pullover, Teppiche u. a.

An den betroffenen Stellen kann es zu Jucken, Stechen, gelegentlich auch Schmerzen kommen. Die Folgen gehen von Lichtung des Haares über kahle Stellen bis zur vollständigen Kahlheit (mit einem restlichen Haarkranz: „Tonsur-Trichotillomanie“). Auch Augenbrauen und -Wimpern, ferner Scham- und Achselbehaarung u. a. können gelichtet sein oder fehlen.

Durch das Essen von Haaren (*Trichophagie*) können Haarbälle entstehen. Folgen: Magen-Darm-Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen (auch Bluterbrechen), Anämie, Obstipation und sogar Darm-Perforationen (Durchbohrung, Durchbruch).

Häufigkeit – Geschlecht – Alter

Bei Kindern sind beide Geschlechter gleich betroffen, bei Erwachsenen Frauen wesentlich öfter (oder es fällt dort eher auf?). Die Störung ist häufiger als angenommen. Meist beginnt sie zwischen dem 5. (bis 8.) und 13. Lebensjahr. Sie kann Wochen, Monate oder Jahre (ggf. Jahrzehnte) andauern. Die bevorzugten Ausriss-Stellen können im Laufe der Krankheit variieren.

Differentialdiagnose

Differentialdiagnostisch auszuschließen sind nicht nur organische, mechanische oder sonstige Ursachen, auch andere psychische Störungen mit Haare-Ausreißen sollten abgegrenzt werden: z. B. Wahnphänomene oder Halluzinationen bei Schizophrenie, zwanghaftes Haare-Ausreißen bei Zwangsstörungen(?), ferner vorgetäuschte Störungen (Münchhausen-Syndrom) mit dem Versuch, durch einen Patienten-Status Vorteile zu erlangen usw.

Das spielerische Drehen an den Haaren, insbesondere in Zeiten erhöhter Angst, Spannung, Unruhe, unter Stress usw., hat ebenfalls nichts mit Trichotilomanie zu tun, auch wenn es fließende Übergänge gibt. Entscheidend ist der Umstand: Die Störung muss einen erheblichen Leidensdruck und/oder entsprechende Beeinträchtigungen in sozialen, d. h. beruflichen, zwischenmenschlichen, insbesondere partnerschaftlichen Bereichen auslösen.

• PATHOLOGISCHES SPIELEN

Pathologisches Spielen ist ein intensiver, kaum kontrollierbarer, andauernder und wiederkehrender suchtartiger Spieldrang trotz negativer sozialer Konsequenzen wie psychosoziale Beeinträchtigungen, Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse oder gar Verarmung. Häufig, wenngleich fälschlich, wird das pathologische Spielen auch als „zwanghaftes Spielen“ bezeichnet. Es ist aber weder im engeren Sinne zwanghaft noch steht es mit einer Zwangsstörung in Beziehung.

Von den neuen Klassifikationen ist es in die Sparte der Störungen der Impulskontrolle übernommen worden. Wichtig: Pathologisches Spielen ist nicht nur auf jene Glücksspielarten beschränkt, die gerade öfter im Gespräch sind. Deshalb diagnostischen Blick nicht einengen lassen!

Kennzeichnende Merkmale: Gesucht wird beim pathologischen Spielen eher ein stimulierender, euphorisierender Zustand als z. B. Geld. Es können aber immer höhere Wetteinsätze oder größere Risiken notwendig werden, um das erwünschte Ausmaß an Erregung sicherzustellen. Die Betroffenen sind regelrecht absorbiert: z. B. gedankliches Nach-Erleben vergangener Spielerfahrungen, Planen der nächsten Spiel-Unternehmungen, ständiges Grübeln über neue Strategien, Geldquellen u. a.

Oft werden die „fehl-angepassten“ Spielgewohnheiten fortgesetzt, obwohl sich die Betroffenen und/oder ihre Umgebung wiederholt bemühen, das krankhafte Verhalten zu kontrollieren, einzuschränken oder zu beenden.

Dabei drohen jedoch entsprechende Entzugserscheinungen, nämlich innere Unruhe, Nervosität, Anspannung, Reizbarkeit, Dysphorie und Depressivität.

Es wird aber auch gespielt, um vor persönlichen Problemen oder einem Gefühl von Miss-Stimmung, Hilflosigkeit, Schuld, Angst, Niedergeschlagenheit zu entfliehen. So kann sich auch ein Verhaltensmuster entwickeln, bei dem dem Verlust regelrecht „hinterhergejagt“ wird.

Die psychosozialen Konsequenzen erstrecken sich nicht nur auf die materiellen Verluste, sondern auch auf zwischenmenschliche Folgen: So können die

Betroffenen Angehörige, Freunde, Arbeitskollegen, Vorgesetzte u. a. ausnützen, belügen, hintergehen, täuschen, sie können sich in kriminelle Delikte verstricken (z. B. Fälschung, Betrug, Diebstahl, Unterschlagung) und schließlich Ausbildungs- oder Aufstiegschancen sowie den Arbeitsplatz gefährden.

Persönlichkeitsstruktur – Geschlecht – Alter – Verlauf

In der Persönlichkeitsstruktur von Patienten mit pathologischem Spieltrieb scheinen sich bestimmte Charakteristika zu häufen: konkurrenzbewusst, energiegelos, ruhelos, leicht zu langweilen, ggf. ausgesprochen abhängig von der Meinung anderer, dabei großzügig bis extravagant. Nicht selten harte Arbeiter mit entsprechenden psychischen und physischen Stressfolgen (Hypertonie, Magengeschwür, Migräne). Gehäuft auch Alkohol-, Nikotin-, ggf. Medikamenten- oder Rauschdrogen-Konsum. Offensichtlich öfter auch antisoziale (dissoziale), narzisstische oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen sowie eine überdurchschnittliche Suizidalität.

Männer überwiegen, doch sind Frauen auch schwerer fassbar (stärkere Vertuschungs-Neigung durch erhöhte Stigmatisierungs-Gefahr?). Beginn beim männlichen Geschlecht oft im frühen Erwachsenenalter, bei Frauen erst später.

Manchmal schlägt ein jahrelanges sozial akzeptiertes Spielen plötzlich in ein pathologisches Spielen um. Das krankhafte Spielverhalten kann regelmäßig oder episodisch sein. Der Gesamtverlauf ist meist chronisch. Im Allgemeinen nehmen im Laufe der Zeit die Wetteinsätze, die Spielfrequenzen, vor allem aber die zwischenmenschlichen, beruflichen, wirtschaftlichen und insbesondere finanziellen Konsequenzen zu. Man vermutet eine familiäre Häufung beim pathologischen Spielen.

Differentialdiagnose

Differentialdiagnostisch muss man das pathologische Spielen abgrenzen vom

1. gewohnheitsmäßigen Spielen (Aufregung, Spannung, Gewinn jedoch bezüglich Verlust oder anderen negativen Konsequenzen stets angepasst),
2. von einer manischen Episode (exzessives Spielen mit Verlust der Urteilsfähigkeit nur in bestimmten phasischen Abschnitten dann Normalität oder ggf. sogar Depression) sowie
3. von Persönlichkeitsstörungen (z. B. Soziopathie, antisoziale bzw. dissoziale Persönlichkeitsstörung mit weitreichender und vor allem dauerhafter Störung des Sozialverhaltens, ggf. sogar gesteigerter Aggressivität und fehlendem Gefühl für andere).

● INTERMITTIERENDE EXPLOSIBLE STÖRUNG

Die *intermittierende explosible Störung* ist das wiederholte Versagen, aggressiven Impulsen zu widerstehen, die zu schweren Gewalttätigkeiten oder zu Zerstörung von Eigentum führen. Schwierig konkretisierbare und damit offensichtlich in den neuen Klassifikationen umstrittene Störung der Impulskontrolle, da hier zu viele Faktoren hereinspielen können. Nachfolgend deshalb nur kurz gefasst:

Auch zwischen den explosiblen Episoden lassen sich nicht selten Anzeichen von allgemeiner Impulsivität oder gar Aggressivität registrieren. Besonders anfällig für solche Wutausbrüche scheinen Persönlichkeiten mit narzisstischen, zwanghaften, paranoiden oder schizoiden Zügen zu sein. Vor allem unter Stress.

Die Folgen sind partnerschaftliche, familiäre, nachbarschaftliche, berufliche u. a. Schwierigkeiten, z. B. Trennung/Scheidung, Schulverweis, Verlust des Arbeitsplatzes, aber auch vermehrt Unfälle (Haus und Verkehr) sowie Hospitalisierung (z. B. nach Unfällen oder brachialen Auseinandersetzungen) bzw. juristische Folgen mit entsprechenden Auflagen, Freiheitsentzug usw.

Bisweilen lassen sich neuropsychologische, neuroanatomische und physiologische Befunde erheben: bestimmte kognitive Schwierigkeiten, Veränderungen im Serotonin-Stoffwechsel, Reflex-Asymmetrien. Koordinationsstörungen u. a.

Über die Häufigkeit ist wenig bekannt. Männer überwiesen. Der Beginn scheint vor allem zwischen späte Adoleszenz und drittes Lebensjahrzehnt zu fallen, meist abrupt und ohne Prodromal-Stadium.

Differentialdiagnostisch ist trotz aller „weichen Kriterien“ folgende Unterscheidung wichtig:

Eine intermittierende explosible Störung nimmt man dann an, wenn die aggressiven Episoden nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden können. Beispiele: antisoziale (dissoziale) Persönlichkeitsstörung, Borderline-Syndrom, schizophrene oder manische Psychose, Störung des Sozialverhaltens, Hyperaktivitätsstörung, Alkoholismus (z. B. auch Delir), Rauschdrogen (z. B. Kokain, PCP), Medikamente (z. B. Barbiturate, Psychostimulanzien) bzw. weitere medizinische Krankheitsursachen wie Schädel-Hirn-Trauma, Demenz (z. B. Alzheimer'sche Erkrankung), bestimmte Hirntumore usw. Und vor allem: zweckgerichtetes Verhalten mit entsprechender Motivation und Nutzung aggressiver Folgen.

In forensischer Hinsicht können intermittierende explosible Störungen vorgetäuscht werden, um sich der Verantwortung zu entziehen.

Anhang: Amok

Amok als Extremfall einer intermittierenden explosiblen Störung ist ein akutes, ungezügelt gewalttätiges Verhalten mit aggressivem Bewegungsdrang, bei dem der „Amokläufer“ alles niederschlägt, niedersticht, niederschießt oder mit einem Fahrzeug niederwalzt, was sich ihm in den Weg stellt, bis er selber erschöpft zusammenbricht und überwältigt wird. Anschließend Amnesie (Erinnerungslosigkeit).

Kam als „kultur-spezifische Verhaltensweise“ mit bestimmten sozialen Auslösern vor allem in südostasiatischen Ländern vor. Von dort scheinbar übertragen in die westlichen Nationen (besonders in den USA mit ihrer problematischen Waffen-Liberalität und ggf. katastrophalen Folgen). Im Gegensatz zur intermittierenden explosiblen Störung tritt Amok allerdings eher als einzelne Episode und nicht als Muster aggressiven Verhaltens auf.

Einzelheiten unter Einbezug neuerer Erkenntnisse siehe das entsprechende Kapitel.

• SAMMELTRIEB

Der *Sammeltrieb (Kollektionismus)*, die Anhäufung von sinnlosen Gegenständen (z. B. Papierfetzen, Zigarettenstummel) ist nicht mehr in den neueren Klassifikationen unter Störungen der Impulskontrolle eingeordnet. Sie findet sich gelegentlich bei schlecht gepflegten chronisch Schizophrenen, bei Oligophrenen, bei Dementen und bei verschrobenen Sonderlingen.

Einzelheiten, insbesondere was differentialdiagnostische Aspekte anbelangt, siehe das ausführliche Kapitel über das Vermüllungs-Syndrom.

• PORIOMANIE

Die *Poriomanie*, auch *Dromomanie* oder *Fugue*, früher *periodischer Wandertrieb* oder *Wanderzustände* genannt, ist ein dranghaftes, unvermittelt imperativ auftretendes Weglaufen oder gar zielloses Herumirren.

Die Poriomanie kommt in den neueren Klassifikationen unter Störungen der Impulskontrolle nicht mehr vor. Poriomanes Verhalten ist aber nach wie vor möglich bei Verstimmungszuständen reaktiver Natur, früher nicht selten geschildert bei „hysterischer Bewusstseinstäubung und anschließender Amnesie“, ferner bei „endogenen“ Psychosen (Schizophrenie, schizoaffektive Psy-

chese, „endogene“ Depression, Manie), mitunter bei vor allem dissozialen Persönlichkeitsstörungen sowie bei der Epilepsie, insbesondere der Schläfenlappen-Epilepsie (komplex-fokale Epilepsie). In ausgeprägter und damit konkret nachweisbarer Form ist die Poriomanie aber offenbar selten. Etwas häufiger ggf. bei Kindern und Jugendlichen als Reaktion auf häusliche oder schulische Konflikte(?).

Wichtig: Auf den Bewusstseinszustand achten! Ist der umdämmert, tranceartig verändert, diagnostiziert man dissoziative Fugue-Zustände.

• DIPSOMANIE

Die *Dipsomanie*, auch *periodische Trunksucht*, die Betroffenen früher auch „*episodische Trinker*“, „*Quartalssäufer*“ u. a. genannt, kommt in den neuen Klassifikationen unter Störungen der Impulskontrolle nicht mehr vor, da es inzwischen umstritten ist, ob es die Dipsomanie als eigenständiges Syndrom überhaupt gibt.

Gemeint war mit diesem Begriff eine periodisch auftretende, imperative Trunksucht bei Menschen, die sonst nicht chronisch alkoholkrank sind. Die Dipsomanie wird nach der bekannten Typologie des Alkoholismus nach Jellinek unter die Epsilon-Trinker subsumiert: periodische schwerste Alkoholexzesse mit entsprechenden Konsequenzen, meist auf sozialem Gebiet, abwechselnd mit längeren (oft wochenlangen) Phasen von Abstinenz oder sozial akzeptiertem Trinken. In fast regelmäßigen Abständen kommt es jedoch zu schweren seelisch-körperlichen Krisen mit Unruhe, depressiven Verstimmungen und zwanghaftem Denken an den Alkohol. Der Alkoholexzess mit Kontrollverlust dauert mehrere Tage.

Die meisten Menschen, so hieß es schon in früheren Lehrbüchern, die zu periodischen Trinkexzessen neigen, sind nicht dipsoman, sondern gelten als haltlos und willensschwach. Eine „echte“ Dipsomanie wurde dann angenommen, wenn so genannte endogene Verstimmungszustände zu einem dranghaft-süchtigen Verlangen nach Alkohol führten.

Zwanghaftes Trinken von Alkohol kommt hingegen öfter vor bei depressiven oder dysphorischen Verstimmungszuständen, und zwar entweder reaktiv oder bei verstimmbaren Persönlichkeitsstörungen. Ferner bei Epilepsie, im Rahmen eines endokrinen Psychosyndroms (besonders bei Akromegaloiden), bei gewissen Formen von Schädel-Hirn-Trauma und wohl nicht selten auch bei Affektpsychosen, also sowohl manischen als auch depressiven Phasen. Die Trinkexzesse am Zahltag rechnet man nicht dazu.

Das Krankheitsbild kann sich schon recht früh äußern. Der Verlauf wird in der Regel als ungünstig beurteilt.

• KAUFRAUSCH

Eines der charakteristischen Phänomene unserer Zeit scheint ein ungezügelltes, zumindest aber *unbesonnenes Kaufverhalten (Kaufsucht, Kaufwut)* zu sein, von dem man noch nicht genau weiß, wie man es einzuordnen hat. Der manische Kaufrausch ist in das manische Syndrom integriert und bleibt an manische Phasen gebunden. Eine Kauf-Sucht ist zwar wie die Putz-Sucht und anderes nicht-substantielles Suchtverhalten als Begriff in aller Munde, nosologisch und ätiopathogenetisch in Bezug auf süchtiges Fehlverhalten aber ungeklärt. Hier drängen sich eher die Vergleiche mit Stehlsucht, Spielsucht usw. auf, also mit Impuls- oder Dranghandlungen. Denn beim Kaufrausch, beim „zwanghaften Konsumverhalten“, beim Kaufzwang oder gar der „Kauforgie“, wie die Umschreibungen manchmal lauten, handelt es sich wahrscheinlich öfter um eine überwältigend durchschlagende, unbesonnene Handlung als Folge eines die Willensfreiheit einschränkenden imperativen Dranges als bisher angenommen.

Zwar gibt es bis heute in den Lehrbüchern bestenfalls marginale Hinweise, doch wird man sich mit diesem Phänomen in Zukunft wohl mehr als bisher auseinandersetzen müssen, gleichgültig, wie man es einzuordnen gedenkt.

Nachfolgend deshalb lediglich eine globale Übersicht über ein zunehmendes Phänomen in unserer Zeit, dessen psychopathologische Relevanz erst noch geklärt werden muss.

Epidemiologische Aspekte

Ein Kauf-Drang überkommt viele „klinisch gesunde“ Mitbürger beiderlei Geschlechts immer häufiger, in der Regel „fast anfallsweise“. Sie werden plötzlich unruhig und brechen zu wahren Einkaufsorgien auf. Manche überziehen dabei ihr Konto, andere verschulden sich sogar erheblich. Man schätzt, dass es jeden 20. Bundesbürger betrifft, also Millionen Menschen. Dabei handelt es sich nicht nur um eine „typisch weibliche Eigenheit“, immer mehr sind auch Männer betroffen.

Symptomatik – Ursachen – Verlauf

Der Ablauf scheint immer der gleiche und ähnelt durchaus manchen Impuls-handlungen (z. B. Kleptomanie, in diesem Fall allerdings mit Bezahlung): In

den Betroffenen wächst nach und nach das Gefühl eines unentrinnbaren inneren Zwangs. Nichts anderes kann sie mehr befriedigen. Schließlich muss man dem Zwang nachgeben, und zwar immer häufiger und exzessiver. Kann der Kaufsüchtige nicht mehr konsumieren, stellen sich regelrechte Entzugserscheinungen ein, die bis zu körperlichen Abstinenz-Symptomen gehen können; zumindest fühlt sich der Betroffene unwohl, wenn nicht gar „krank“.

Die *Hintergründe* sind noch wenig untersucht: Das Problem liegt vor allem darin, dass wegen eines Kaufzwangs in der Regel kein Hausarzt, noch seltener wohl ein Psychologe oder Psychiater aufgesucht wird. Offenbar tritt der Kaufrausch vor allem phasenweise auf. Viele bevorzugen jedoch - sofern sie sich noch steuern können - Zeiten, in denen ihr dranghaftes Verhalten nicht so auffällt: Schlussverkauf, Sonderverkauf, Vorweihnachtszeit usw. Andere können sich tatsächlich nicht mehr zurückhalten. Sie werden mitgerissen, wenn sich der Kaufrausch wieder meldet.

Die *Ursachen* scheinen mehrschichtig zu sein: Für viele hat der dranghafte Kaufimpuls offenbar eine „Ventil-Funktion“ für Probleme aller Art. Dem kommt nicht zuletzt unsere „moderne“ konsum-orientierte Weltanschauung entgegen, mit der ja bereits Kinder konfrontiert werden („Spielzeug statt Zuwendung, Geld statt Lob“). Die raffinierte Werbung tut das ihre. Nicht selten sind es partnerschaftliche, familiäre, nachbarschaftliche, berufliche und sonstige Probleme, die nicht gelöst, sondern durch einen Kaufrausch neutralisiert werden sollen („man gönnt sich ja sonst nichts“); Stichwort: „Frustr-Kauf“.

Dabei ist die Palette sehr breit: Vom unbewusst gesteuerten Kaufverhalten bis zur beabsichtigten Selbsttröstung oder -belohnung (ähnlich der Bulimie), von heiter vergnügt und unbelastet bis zu unzufrieden, resigniert, verbittert, deprimiert, von getrieben, aber noch im Griff bis zu nicht mehr steuerungs-fähig, ja „zwanghaft“, von leichteren, gerade noch vertretbaren „Dummheiten“ bis zur bedenklichen Verschuldung, ja zum sozialen Abstieg.

Therapeutische Möglichkeiten

Nicht wenige Kaufsüchtige zeigen auch eine verstärkte Anfälligkeit für depressive Verstimmungen. Zumindest sollen sie unter einem labilen Selbstwertgefühl leiden. In der *Therapie* hat man es nicht nur mit psycho- und soziotherapeutischen Maßnahmen, sondern auch mit Arzneimitteln versucht. Hier scheinen vor allem die modernen Antidepressiva vom Typ der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer erfolgreich zu sein, was für eine biologische Komponente spricht. Nach Absetzen der Medikation und einer Phase der Ruhe werden viele wieder rückfällig. Langfristig greift deshalb offenbar nur ein Gesamt-Behandlungsplan auf mehreren Ebenen.

Psychodynamisch gesehen scheinen sich auch manche Kauf-Süchtige die Zuneigung ihrer Familienmitglieder. Freunde, Kollegen und Vorgesetzten er-

kaufen zu wollen. Gekauft wird nämlich nicht nur für sich selber, sondern auch für andere, um ihnen eine Freude zu bereiten bzw. - nüchtern betrachtet - um sich die erwähnte Zuneigung zu sichern.

Ob der „Kaufrausch“ eines Tages den Rang einer anerkannten Krankheit einnimmt oder eine „belächelte Marotte“ bleibt, wird sich noch zeigen. Entscheidend ist die Erkenntnis, dass es eine wachsende Zahl von Betroffenen gibt, die es zu erkennen und zu betreuen, ggf. sogar zu behandeln gilt, um ernstere Konsequenzen zu verhindern.

UNTERSUCHUNGSGANG

Bei der Untersuchung der Impulshandlung sind es vor allem zwei Aspekte, die den Arzt vor Probleme stellen: Zum einen eine moralische, zum anderen eine sogar „kriminalistische“ Komponente. Was heißt das?

Es macht keine Schwierigkeiten, einen von Selbstzweifeln und Schwermut niedergedrückten Depressiven, einen von grundlosen Befürchtungen und Panikattacken zermürbten Angstpatienten und selbst einen von Wahn und Halluzinationen gequälten Schizophrenen zu explorieren - und damit mit sich und seinen eigenen Gefühlen im Gleichgewicht zu bleiben. Aber es macht sehr wohl etwas aus, neutral und möglichst unbefangen jemanden zu untersuchen, der ständig, wenn auch kleine oder lächerliche Diebereien begeht, sein Vermögen verspielt und damit sich und seine Familie unnötig der Not aussetzt oder gar fremde Anwesen anzündet, und sei es „nur“ ein verfallener Schuppen.

Und am wenigsten kann man sich mit wiederholten aggressiven Impulsen abfinden, die nicht nur zur Zerstörung von (fremdem) Eigentum, sondern zu schwerer Gewalttätigkeit gegenüber Menschen und Tieren führen. Und selbst das wiederholte Ausreißen des eigenen Haares, die Anhäufung von sinnlosen Gegenständen, das dranghafte Weglaufen und das periodische Sich-Betrinken erfordern mehr Gelassenheit, Verständnis, Einfühlungsvermögen und Neutralität als so manche seelische (und körperliche) Leiden.

Einfühlungsvermögen und Verständnis

Vor allem Verständnis und Einfühlungsvermögen sind unerlässlich, um nicht einer wertenden, wenn nicht gar abwertenden oder verurteilenden Einstellung zu verfallen, die sich bei diesen Krankheitsbildern gelegentlich sehr schnell einstellen kann. Dabei gibt es so manche Parallelen zu den Störungen der Sexualität (s. Psychopathologie 9), insbesondere bezüglich ungewöhnlicher (abnormer) Sexualobjekte bzw. Sexualpraktiken.

Es müssen also mehrere Grundbedingungen erfüllt sein, damit man über die z. T. schwierigen differentialdiagnostischen Überlegungen zu einer zutreffenden Diagnose und damit rechtzeitigen Therapie kommen kann. Was gehört dazu?

Der Betroffene muss mit seinem Arzt oder Psychologen ungestört alleine reden können. Er muss spüren, dass er ernst genommen wird. Vor allem muss er sich in seiner eigenen Sprache äußern dürfen. Das Gespräch darf nicht unter Zeitdruck stehen. Man sollte nicht vergessen, dass diese Handlungen vielleicht schon Jahre laufen, in der Regel auch für den Betroffenen schwer oder gar nicht verständlich und vor allem nicht steuerbar sind - und nun soll das auf Antrieb treffend formuliert werden. Und das in einem ggf. moralisch wertendem Rahmen, was der Patient zumindest unterstellt, und zwar zu seinem Nachteil. Ist die Impulshandlung in eine andere Krankheit eingebettet, so wird er noch ratloser, ggf. gehemmter, beschämter, vielleicht aber auch reizbarer oder gar aggressiver sein.

Für den Therapeuten gilt, „dass ihm nichts fremd ist“. Dieser Satz bezieht sich nicht auf das Faktum als solches; hier fängt jeder junge Arzt und Psychologe auch erst einmal von vorne an und manche Krankheitsbilder kommen selbst im Laufe langer Berufsjahre irgendwann erstmals vor. Der Satz bezieht sich auf die Einstellung, auf das Verständnis, das Angebot zur Hilfe: von der psychotherapeutischen Behandlung über die soziotherapeutische Stützung bis zur Pharmakotherapie.

Ist eine sichere und „natürliche“ Einstellung nicht möglich, muss man so selbstkritisch sein, den Patienten einem erfahrenen Kollegen zu überlassen, der hier mit weniger Problemen zu ringen hat.

Intimsphäre und Würde des Patienten zu achten und zu wahren, sollte dem Therapeuten nicht schwer fallen. Das ist schließlich die emotional-humanitäre Basis seiner Arbeit. Viel schwieriger wird es, wenn es sich um eine skurrile oder gar „abscheuliche“ Tat handelt. Dann kann es schwierig werden, seine bestenfalls zwiespältigen Gefühle im Griff zu halten. Natürlich ist es auch dem Therapeuten nicht verboten, Gefühle zu haben. Sie können aber in die Irre führen, zumindest diagnostisch einiges verbauen. Denn die Betroffenen pflegen - so einfach strukturiert sie vielleicht wirken mögen - in diesem Punkt ein sicheres Gespür dafür zu entwickeln, ob man sie schon im Vorfeld nicht versteht oder gar aburteilt.

Einbezug von Partner und Familie?

Ein wichtiger Schritt, bei einigen Impulshandlungen mehr, bei anderen weniger, ist der Einbezug von Partner oder Familie in das diagnostische Gespräch. Damit muss der Betroffene natürlich einverstanden sein. Doch im Allgemeinen eröffnet die Fremd-Anamnese und später das gemeinsame Gespräch mit allen

Beteiligten ungeahnte Möglichkeiten diagnostischer, vor allem aber therapeutischer Art. Ein geradezu exemplarisches Beispiel dafür ist die Kleptomanie, wenn es sich um ein Stehlen als familienpolitische oder partnerschaftliche Waffe handelt. Dies betrifft einerseits chronische Partnerkonflikte und andererseits die Anorexia nervosa, vor allem mit Bulimie (s. später).

Hier gilt es auch einige psychodynamische Aspekte zu berücksichtigen. Beispiel: Während bei einer Ess-Störung schon der äußere Aspekt weiterhilft, ist dies bei reiner Partner-Problematik viel schwerer zu explorieren. Immerhin lohnt es sich, daran zu denken, nämlich: „Diebstahl als Waffe“, und damit als öffentliche Brüskierung des Partners. Das Risiko des Deliktes, vor allem des spektakulären Erwischt-werdens mit der Möglichkeit, den anderen zu demütigen, zu ärgern, zu schockieren, sich (mit)schuldig fühlen zu müssen. So gelagerte Diebstähle sind wie ein langwieriges außereheliches Verhältnis, das den Ehemann demütigen und provozieren soll, in der Hoffnung, er möge endlich „Vernunft“ annehmen.

So gesehen gilt es bei weiblichen Kleptomaneen nicht einfach von einem willenslosen Opfer dieser „Krankheit“ zu sprechen, sondern die Situation rechtzeitig zu erkennen und einen kompetenten Therapeuten zu finden, der diesen Partnerkonflikt mit kleptomaneen Folgen aufarbeitet. Es gilt, reifere Formen der partnerschaftlichen Auseinandersetzungen an die Stelle der (primitiven) Kleptomanie treten zu lassen. Das Freisprechen von aller Schuld wäre - nebenbei gesehen - in diesem Fall für einen Therapie-Erfolg geradezu kontraproduktiv, abgesehen davon, dass sich die Strafminderung bei Delikt-Wiederholungen schnell erschöpft.

Üblicherweise werden solche Partnerkonflikte in der Literatur zwar erwähnt, dann aber meist im Rahmen unerfüllter sexueller Trieb-Bedürfnisse interpretiert, die sich in der Kleptomanie manifestieren. Doch Partnerkonflikte erschöpfen sich nicht im reinen Intimkontakt, sondern können regelrecht kriegsähnliche Zustände sein, die viel mit Macht oder Ohnmacht, Sieg oder Niederlage zu tun haben („... da nehm' ich halt wieder was weg, das ist eine gewaltige Kränkung für ihn, wenn ich erneut eingesperrt werde“).

Ein ähnliches psychodynamisches Gefüge zeigt sich - wie erwähnt - bei Diebstählen ohne Bereicherungstendenz im Rahmen einer Anorexia nervosa, am häufigsten in Kombination mit Bulimie.

Meist handelt es sich dabei um das heimliche Entwenden von Nahrungsmitteln und kleinen Geldbeträgen von zu Hause oder im näheren Umfeld zur Beschaffung von Essenswaren, die sich schließlich auch auf Ladendiebstähle ausdehnen, zuletzt auf Kleidung, Bücher, Platten, Kosmetika usw. Für Patienten mit Ess-Störungen steht dissoziales Verhalten im Widerspruch zum Wertesystem ihrer Familie und auch zu ihrem eigenen hohen moralischen Anspruch mit Überkorrektheit. So muss bereits das heimliche Entwenden von Nahrungs-

mitteln und kleinen Beträgen im Bereich der Familie als abnorm und gegen die Integrität der Familie gerichtet empfunden werden. Diebstahl hat also auch hier vor allem Symbolcharakter: Stehlen als Ausdruck von Rache-Impulsen und Aggressionen, entweder gespeist aus entsprechenden Situationen oder gegen bestimmte Personen gerichtet, die bestraft werden sollen. Basis ist das diffuse Empfinden, ungerecht behandelt oder auch gekränkt und enttäuscht worden zu sein: Rache als ausgleichende Gerechtigkeit. Im Familienverbund wird dann schnell klar, gegen wen sich die Diebstähle richten.

Kaufhaus-Diebstähle dagegen sind dann eher eine Spielart anonymer Rache: „Immer wenn ich mich ungerecht behandelt fühlte, wenn es Streit gab und wenn mir mies zumute war, sind Diebstähle ein Mittel, das Gefühl der inneren Leere oder Unruhe, vor allem um Frustrationen und Kränkungen zu vertreiben. Wenn ich Süßigkeiten oder Kosmetika mitgehen ließ, konnte ich mich endlich spüren.“ Oder: „Ich stahl immer dann, wenn ich mich verletzt fühlte, wenn ich den Eindruck hatte, dass mir jemand etwas getan hat.“ Kurz: Stehlen aus Rache kann auch Ersatz sein für Liebe und Zuwendung bzw. die Rechnung dafür, wenn sie fehlen. So kann man sich endlich etwas Gutes tun, eine Art Ausgleich für den Frust und die Lieblosigkeit um einen herum.

Stehlen ist aber auch bei großer Selbstunsicherheit (unter der viele dieser Patienten leiden) die Möglichkeit, sich ein Gefühl der Überlegenheit, der Befriedigung, des „Sich-ins-Fäustchen-Lachen“, der vollen Bestätigung zu verschaffen. Man freut sich über seine Dreistigkeit, Frechheit: „Je cooler, desto besser. Klauen als totale Freiheit, nach all dem, was man mir angetan hat, also mein volles Recht.“

Diese Ausführungen mit spezifischem Schwerpunkt sollen deutlich machen, wie wichtig eine „moralisch unbelastete“, neutrale, ja sogar verständnisvolle und empathische Exploration ist, um vom „reinen Fehlverhalten“ zu seinen psychodynamischen Wurzeln zu finden. Natürlich decken diese Überlegungen nur einen Teil des Spektrums der Impulshandlungen ab. Möglicherweise aber den zahlenmäßig größeren. Und die Anforderungen an die vorurteilsfreie Reaktion des Therapeuten ist ohnehin für alle Leiden gleich, will man zu einer raschen Diagnose und effektiven Therapie kommen.

Auch gesellschaftlich nichtkonformes Verhalten muss der Therapeut sachgerecht analysieren (und als Sachverhalt respektieren), will er Zugang und schließlich Änderung, im besten Fall sogar „Heilung“ erreichen. Die Impulshandlungen sind dafür eine gutes (wenn auch therapeutisch mühseliges) Beispiel.

LITERATUR

Umfassendes Angebot an Fach-Literatur zu den erwähnten Störungen. Einzelheiten siehe diese. Ein ausführlicher Überblick in der letzten Ausgabe dieser Serie.

Grundlage vorliegender Ausführungen aus psychopathologischer Sicht ist das Fachbuch:

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

Bezüglich der neurosen-psychologischen, persönlichkeits-spezifischen, psychosozialen und psychodynamischen Aspekte siehe die entsprechenden Beiträge in

www.psychosoziale-gesundheit.net