

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

PSYCHOPATHOLOGIE 5

Psychiatrische Krankheitslehre 5: Wahn – Störungen des Antriebs – Störungen der Motorik

In der Psychopathologie 5 geht es um

- den *Wahn*, das wahrscheinlich komplexeste Phänomen der psychiatrischen Krankheitslehre mit einer Vielzahl von Erscheinungsformen, alle aus „gesunder Sicht“ so gut wie nicht nachvollziehbar und deshalb für den Betroffenen im Alltag erheblich belastend bis stigmatisierend.
- Da sind die *Störungen des Antriebs* mit den verschiedenen Antriebsverminderungen und -steigerungen besser nachvollziehbar, zumal bei den einzelnen Ursachen-Möglichkeiten doch konkreter erklärbar.
- Ähnliches gilt für *Störungen der Motorik*, allerdings hier wieder mitunter so ungewöhnlich bezüglich Mimik, Gestik, Haltung und entsprechender Bewegungsabläufe, dass auch dadurch wieder Aufsehen, Befremden und ggf. Stigmatisierung drohen.

Nachfolgend deshalb eine ausführlichere Darstellung dieser psychopathologischen Phänomene.

Erwähnte Fachbegriffe:

Wahn – Fehlbeurteilung der Realität – Wahnstimmung – Alarmstimmung – Wahneinfall – wahnhafte Überzeugung – wahnhafte Eingebung – wahnhafte Erleuchtung – Wahngedanken – Wahnwahrnehmung – Wahnarbeit – Wahn-erinnerungen – Wahnsystem – Wahnstruktur – Wahngewissheit – Wahn-dynamik – Affekt-Leere – Residual-Wahn – primäre Wahn – sekundärer Wahn

– Wahn-Charakter – Wahnwirklichkeit – Wahnrealität – doppelte Buchführung
 – Wahnbedeutung – verändertes Selbst-Sein – Schuldwahn – hypochondrischer Wahn – Krankheitswahn – Verarmungswahn – Verwandlungswahn – wahnhafte Metamorphose – Abstammungswahn – Prophetenwahn – messianischer Wahn – Weltschöpfungswahn – Omnipotenzwahn – Ich-Konsistenz – Ich-Demarkation – Ich-Aktivität – Derealisation – Depersonalisation – wahnhafte Bedeutungs-Gewissheit – wahnhafte Unfähigkeit zum Gesichtspunktwechsel – wahnhafte Privatwelt – wahnhafte Isolation – wahnhafter Autismus – Erscheinungsformen des Wahns – Beziehungswahn – Beeinträchtigungswahn – Verfolgungswahn – Liebeswahn – Eifersuchtwahn – wahnhafte Überwachungs-Manöver – Größenwahn – Megalomanie – politischer Wahn – Cäsarenwahn – Erfinderwahn – religiöser Wahn – Heilswahn – Kleinheitswahn – Nichtigkeitswahn – nihilistischer Wahn – Schuldwahn – Versündigungswahn – Verarmungswahn – hypochondrischer Wahn – Krankheitswahn – hypochondrische Leibgefühle – Schwangerschaftswahn – Scheinschwangerschaft – Querulantenwahn – Dermatozoenwahn – Zooanthropie – symbiontischer Wahn – konformer Wahn – Doppelgängerwahn – kollektive Wahnerlebnisse – Cotard-Syndrom – Dismorphophobie – körperdysmorphe Störung – Capgras-Syndrom – Fregoli-Syndrom – nosologische Wahn-Einordnung – wahn-motivierende Situation – wahn-motivierende Psychodynamik – Wahn-Untersuchung – Antriebs-Störungen – Motivations-Intention – Antriebsminderung – Antriebsverarmung – Antriebsarmut – Antriebsmangel – Antriebshemmung – Autismus – Stupor – Willensschwäche – Entscheidungsarmut – Willensarmut – Hypobulie – Willenlosigkeit – Abulie – Willensspaltung – Willenssperrung – Antriebssteigerung – Logorrhoe – Hyperbulie – Motorikstörung – Psychomotorik-Störungen – motorische Schablonen – Tics – Gilles de la Tourette-Syndrom – Kakolalie – Hypokinese – Akinese – Hypomimie – Amimie – Mutismus – Automutilation – Hyperkinese – katatone Erregung – Katatonie – Raptus – Grimassieren – Fratzenschneiden – Faxen-Syndrom – Puerilismus – Paramimie – Parathymie – Katalepsie – Haltungsverharren – Haltungstereotypie – Flexibilitas cerea – Negativismus – Ambitendenz – Verbigeration – Iteration – Kakolalie – Posen – Manierismen – Manieriertheit – Automatismen – Befehlsautomatie – Echo-Erscheinungen – Echolalie – Echopraxis – Echomimie – Echographie – Parakinesen – u.a.m.

WAHN

Der *Wahn* ist das wahrscheinlich komplexeste Phänomen der Psychopathologie. Obgleich er meist gut erkennbar und relativ sicher von anderen Syndromen unterscheidbar ist, gibt es keine allgemein anerkannte Definition.

Wahn ist die private, nur persönlich gültige, lebensbestimmende Überzeugung eines Menschen von sich selber und seiner Welt. Der Wahn-Kranke äußert Ansichten und Urteile, die für in evident sind, d. h. keines Beweises bedürfen.

Nicht der Inhalt ist das Krankhafte am Wahn, das kann unter anderen Bedingungen durchaus zutreffen, sondern pathologisch ist die aus der Gemeinsamkeit herausgerückte („verrückte“) Beziehung zu Mitmenschen und Mitwelt auf der Basis eines veränderten Selbst. Oder verkürzt, aber für den Alltag nachvollziehbar:

Wahn ist die krankhaft entstandene Fehlbeurteilung der Realität.

An dieser Fehlbeurteilung wird mit hoher subjektiver Gewissheit und unkorrigierbar festgehalten, selbst wenn sie im Widerspruch zur objektiven Wirklichkeit, zur eigenen Lebenserfahrung und zum Urteil gesunder Mitmenschen steht (häufigste Mahnung: „wo bleibt der gesunde Menschenverstand“?).

Doch der Wahn-Kranke will seine wahnhafte Überzeugung gar nicht zur Diskussion stellen oder gar korrigieren. Für ihn ist sie meist unerschütterlich und unanfechtbar: „Es ist so“. Das macht den Zugang zum Wahn-Kranken so schwer bzw. unmöglich.

In seinem übrigen Denken vermag er jedoch folgerichtig zu urteilen. Meist ist dies jedoch aufgrund zusätzlicher krankhafter Beeinträchtigungen dann doch nicht gegeben. Außerdem drohen in Abhängigkeit vom lebensbestimmenden Inhalt des Wahns begleitend Misstrauen, Verkennungen, Furcht, Depressivität, Reizbarkeit, Aggressivität und situationsbedingte Fehlhandlungen, die durch entsprechende Korrekturen, Vorhaltungen oder ausufernde Dispute nur noch verstärkt werden können (siehe später).

Wahn ist also nicht nur eine Störung des Denkens oder Urteilens. Wahn ist Ausdruck einer veränderten Beziehung von sich zur Umwelt aufgrund einer veränderten Ich-Zentriertheit des Erlebens und der Unfähigkeit, dieses subjektive Bezugssystem zu wechseln.

FORMEN DES WAHNERLEBENS

Das vielschichtige Phänomen des Wahns kann man wie folgt unterteilen:

◆ **Wahnstimmung:** Alarm-Stimmung durch den Eindruck des Unheimlichen, Bedrohlichen, Sonderbaren. „Es liegt etwas in der Luft“, ohne dass es näher bestimmt werden kann. Dazu kommen konkrete Veränderungen wie Depersonalisation und Derealisation (s. diese).

Konsequenzen: angstvolle Erwartung, Argwohn, Misstrauen, Verunsicherung, Ratlosigkeit, Bedrückung, Erschütterung, Schreck, Bedrohungsgefühle usw. Nur selten Gehobenheit, Beseligung. Zuversicht u. a.

Die Wahnstimmung kann diffus sein, es muss noch keine Thematisierung auf ein bestimmtes Phänomen, Problem oder eine verunsichernde Situation stattgefunden haben. In seltenen Fällen wird sie inhaltlich konkreter. Auf jeden Fall lautet die beunruhigende Grunderkenntnis: „Es ist etwas los“. Aber was?

Die Wahnstimmung verunsichert den Betroffenen meist im Vorfeld wahnhaften Erlebens.

◆ **Wahneinfall:** Plötzlich auftauchende, wahnhafte Überzeugung, „Eingebung“, „Erleuchtung“ usw., der sich der Kranke nicht entziehen und die er nicht näher begründen kann. Beispiele in negativer Sicht: Verfolgung, Beeinträchtigung; positiv: besondere Fähigkeiten, Berufung, Erhöhung usw.

◆ **Wahngedanken:** Der Betroffene ist gedanklich voll mit seinem Wahn befasst. Sein Leben ist davon bestimmt. Er grübelt und sinniert dem Wahn nach, konstruiert Erklärungen, Verknüpfungen usw.

◆ **Wahnwahrnehmung:** Reale Wahrnehmungen aus alltäglichen Vorkommnissen erhalten eine andere, für den Betroffenen wirklichkeitsgerecht erscheinende, für den gesunden Beobachter hingegen krankhafte Bedeutung.

Alltäglichen Erscheinungen wie einem Blick, einer Bemerkung, einem Gespräch, einer Geste, einem Zeitungsartikel, einer Radio- oder Fernsehsendung usw. wird eine spezifische Bedeutung beigemessen. Diese gilt als Zeichen, Hinweis, Wink, Warnung, Aufforderung usw.

Mitunter geht einer Wahnwahrnehmung eine diffuse Wahnstimmung (s. o.) voraus, also ein Gefühl des Unheimlichen, Bedrohlichen, Sonderbaren, das nicht näher gedeutet werden kann.

◆ **Wahnarbeit:** Der Wahn kann durch weitere Einfälle, durch „bestätigende“ Halluzinationen und im Sinne des Wahnes interpretierte Beobachtungen (Wahnwahrnehmungen - s. o.), durch „Begründungen“, „Beweise“, Ableitungen und Verknüpfungen ausgestaltet, bearbeitet werden, ggf. bis zur Konstruktion eines ganzen Wahnsystems (s. u.).

◆ **Wahnerinnerungen:** Ein Ereignis oder eine Situation aus der Vergangenheit wird rückwirkend wahnhaft umgedeutet.

◆ **Wahnsystem:** Durch krankhafte Verbindungen und Verknüpfungen von Wahneinfällen, Wahnwahrnehmungen, Wahnerinnerungen u. a. (s. o.) kann es schließlich zu einer systematischen „Ordnung“ wahnhaften Erlebens kommen:

einem regelrechten Wahnsystem, also dem Ausbau einer zusammenhängenden, in sich geschlossenen Wahnstruktur. Jetzt stimmen alle Beobachtungen überein und bestätigen die (Wahn-)Gewissheit.

◆ **Wahndynamik:** Begriff, der die erlebnismäßige und handlungs-bestimmende Bewegtheit des Wahn-Kranken charakterisieren soll: zwischen stürmischer Produktivität und starkem affektivem Mitschwingen bis zur Affekt-Leere oder eingeschliffenen Verhaltensweisen eines alten (Residual-)Wahns.

Kurz: Wahndynamik ist die gemütsmäßige Anteilnahme am Wahn und damit ggf. ein Verstärker der krankhaft erlebten Verfremdungen oder gar Beeinflussungen.

◆ In der traditionellen Psychopathologie früherer Jahre wurde schließlich noch unterschieden zwischen primärem (echtem) und sekundärem („unechtem“) Wahn. Das hieß damals:

- Der **primäre Wahn** gilt als ein nicht weiter ableitbares, rückführbares Symptom, das weder erklärt noch verstanden werden kann.
- Der **sekundäre Wahn** lässt sich aus Sinnestäuschungen oder anderen psychopathologischen Phänomenen ableiten (z. B. Erklärungswahn für die Entstehung halluzinatorischer Erlebnisse).

CHARAKTER DES WAHNS

◆ **Wahnwirklichkeit und Realität:** Ein wichtiger Aspekt ist die Frage: Wie ist das Verhältnis zwischen der „Wirklichkeit“ des Wahns und der allseits gültigen Realität. Dabei gibt es folgende Möglichkeiten:

- *Wahnwirklichkeit als einzige Wirklichkeit:* Der Wahn tritt an die Stelle der mitmenschlich gemeinsamen Realität, die damit ungültig wird. Jetzt ist der Betroffene ganz in seiner Wahnwelt gefangen, der gemeinsamen Welt entrückt. Vor allem bei akut überwältigendem Wahnerleben.
- *Wahnwirklichkeit als beherrschende, aber nicht einzige Wirklichkeit:* Der Wahn kann die wichtigere, weil aufdringlichere Wirklichkeit für den Betroffenen sein, ohne dass die mitmenschliche gemeinsame Realität völlig ungültig wird.
- *Wahnwirklichkeit und Realität bestehen nebeneinander:* Der Wahn kann neben der vollen Auffassung der Realität bestehen. Mitmenschlich gemeinsame Realität und Wahnwirklichkeit stören sich nicht, ja treten überhaupt nicht in Beziehung. Beide Welten bestehen in „doppelter Buchführung“ (s. dort) nebeneinander.

- *Ineinanderfließen von Wahnwirklichkeit und Realität:* Mitmenschlich gemeinsame Realität und Wahnwirklichkeit können nicht richtig auseinander gehalten werden. Der Betroffene ringt quälend um sein Realitäts-Bewusstsein.

Mögliche Folgen: Angst, Ratlosigkeit, Denkverwirrung, Stupor. Verzweifelte Versuche, die Realität durch entsprechende Versuche zu erfahren, wie sie wirklich ist. Dadurch ggf. „schockierende“ Reaktionen wie z. B. Selbstverletzungen, um sich zu vergewissern: „Es blutet, also lebe ich noch“. Oder mit dem Kopf gegen die Wand: „Es schmerzt, also bin ich noch“ (d. h. ein normal empfindender Mensch).

◆ **Wahnbedeutung:** Im Wahn erhält die bisherige mitmenschlich gemeinsame Erfahrungswelt eine neue Bedeutung. Der Wahn-Kranke erlebt als ein Veränderter eine veränderte Welt. Die Wahnbedeutung kann ausschließlich oder vorwiegend den Kranken selbst betreffen (das Selbst-Sein), aber auch die Umwelt sowie das Verhältnis von Ich zur Welt. Im Einzelnen:

- *Veränderung des Selbst-Seins:* Dies kann in folgenden Bereichen zum Ausdruck kommen: 1. Gewissen (Schuldwahn). 2. Gesundheit (hypochondrischer Wahn, Krankheitswahn). 3. Vitalität (Wahn leiblichen Untergangs, von Verwesung und Tod). 4. Wirtschaftliche Lage (Wahn wirtschaftlichen Untergangs, Verarmungswahn). 5. Verwandlung des Selbst-Seins, der Ich-Identität (Verwandlungswahn, wahnhafte Metamorphose; Beispiele: Abstammungswahn, Rollenerhöhung wie Prophetenwahn, messianischer Wahn, Weltschöpfungswahn, Omnipotenzwahn, wahnhafte Verwandlung in einen anderen Menschen, in eine andere Gestalt, in ein Tier, in ein Monstrum oder in eine andere Physiognomie = Gesichtszüge, Nase, außerhalb des Gesichtes vor allem die Hände). 6. Ich-Konsistenz (Spaltung/Zersplitterung - s. dort). 7. Ich-Demarkation (Fremdbeeinflussung, Zerfließen, Ausdehnung - s. dort). 8. Ich-Aktivität (Fremdbeeinflussung - s. dort).

- *Veränderung der Umwelt:* Derealisation (s. dort), spezifische Umwelterfahrung (meist beängstigend, feindlich, bedrohlich, hindernd, zerstörend, vergiftend, bedrückend, belastend, nicht bewältigbar; selten schöner, glücklicher, freier usw.).

- *Veränderung von Ich und Welt:* Untrennbarkeit von Ich und Umwelt mit der selbstverständlichen Gewissheit, dass Selbstveränderung und Umweltveränderung zusammenhängen.

◆ **Weitere charakteristische Aspekte des Wahns** sind Bedeutungs-Gewissheit, Abstand/Widerstand von/gegen allgemeine Erfahrung und Gruppen-Überzeugung, Unfähigkeit zum Gesichtspunktwechsel sowie Isolationsgefahr. Im Einzelnen:

- *Bedeutungs-Gewissheit*: Der Kranke braucht keine Begründung für seine wahnhaftige Bedeutungs-Gewissheit: „Es ist so“.
- *Abstand/Widerstand von/gegen Allgemeinerfahrung und Gruppen-Überzeugung*: Die Wahnwirklichkeit gilt, auch wenn der Wahnhalt für die anderen noch so unwahrscheinlich und unglaubwürdig ist. Deshalb ist der Wahn auch resistent gegen logische Gegenargumente (die erst im Rückgang des Wahns zu greifen beginnen, aber nicht durch Gegenargumentationen erzwungen werden können). Auch kümmert sich der Betroffene nicht um bisher(!) akzeptierte Aspekte von Gesellschaft, Glauben usw. Was bisher für ihn und sein Umfeld diskussionslos übereinstimmend war, gilt nicht mehr. Folge: Rückzug und Isolation (s. u.).
- *Unfähigkeit zum Gesichtspunktwechsel*: keine Möglichkeit mehr, seine Erfahrungen mit der Umgebung zu teilen, zu vergleichen, ggf. zu korrigieren, sich „anzupassen“, flexibel zu sein. Von der wahnhaften Bedeutungs-Gewissheit überwältigt, von der Welt der anderen entrückt, in eine nur für ihn gültige Privatwelt „verrückt“.

Gefahr: Rückzug, Isolation, Autismus (in seiner eigenen Gedanken- und Vorstellungswelt und ohne Kontakt zu anderen gefangen) u. a.

- *Isolation*: Zwar nimmt der Wahn-Kranke seine Umgebung wahr, doch ist die Auffassung des Wahrgenommenen eigenartig, abgehoben, nicht einmal den engsten Verwandten vermittelbar. Folge: Isolationsgefahr. Der Wahn-Kranke ist allein.

ERSCHEINUNGSFORMEN DES WAHNS

Aus den zahlreichen Erscheinungsformen des Wahns seien nur die wichtigsten wiedergegeben:

Beeinträchtigungswahn, Verfolgungswahn, Bestehlungswahn, Beziehungswahn, Untergangswahn, Fremdbeeinflussungswahn, wahnhafter Identitätswandel, Heilswahn, Weltverbesserungs- bzw. Welterneuerungswahn, Omnipotenzwahn, Abstammungswahn, hypochondrischer Wahn, nihilistischer Wahn, Krankheitswahn, Verarmungswahn, Schuldwahn, Verdammungswahn, Größenwahn, Liebeswahn, Schwangerschafts- bzw. Mutterschaftswahn, Reichtumswahn, wahnhaftige Rollenerhöhung, Begnadigungswahn, Unschuldswahn, Querulantenwahn, Eifersuchtswahn, Bedrohungswahn, wahnhaftige Situationsdeutung u. a.

Beispiele häufiger Wahnformen bzw. -themen

Beziehungswahn: wahnhafte Eigenbeziehung, bei der Personen und Gegenstände in abnormen Bedeutungsbewusstsein auf den Wahn-Kranken bezogen werden. Paralogische Verknüpfungen („Fehlschluss“) von Ereignissen oder Handlungen mit der eigenen Person („Beziehungssetzung ohne Anlass“). Dabei ist der Kranke also der festen Überzeugung, dass bestimmte Ereignisse nur seiner Willen geschehen und für ihn eine besondere Bedeutung haben.

Beispiele: Ein Gespräch handelt von ihm, ein Blick, ein Lächeln, ein Stirnrunzeln, eine Geste gilt ihm, man schreibt über ihn in der Zeitung, spricht über ihn in Rundfunk und Fernsehen.

Der Beziehungswahn kann isoliert vorkommen, aber auch die Grundlage für andere Wahninhalte bilden. Dies besonders für den Verfolgungs- und Liebeswahn (s. u.).

Vorkommen: schizophrene Psychose.

Beeinträchtigungswahn: Alles, was um den Wahn-Kranken herum geschieht, ist gegen ihn gerichtet. Er wird gekränkt, beleidigt, verhöhnt, verspottet, bedroht, man trachtet nach seinem Besitz, seiner Gesundheit usw.

Vorkommen: z. B. schizophrene oder organische Psychose, insbesondere bei hirnrorganischen Veränderungen im höheren Lebensalter u. a.

Verfolgungswahn: Steigerung des Beeinträchtigungswahns (s. o.). Selbst harmlose Ereignisse werden als Bedrohung und Verfolgung erlebt: Verschwörung, Komplott, Mord, Folter, Vergiftungspläne u. a.

Angehörige, Nachbarn, Arbeitskollegen, Behörden, aber auch Pflegepersonal und Ärzte werden zu Verfolgern und Hintermännern, die sich auch technischer Hilfsmittel bedienen (Videokamera, Fernsehen, Laserstrahlen, undefinierbare Geräte usw.).

Vorkommen: z. B. schizophrene Psychose.

Liebeswahn: Erotischer Beziehungswahn (*Erotomanie*). Wahnhafte Überzeugung, von einer bestimmten Person verehrt oder geliebt zu werden, wird oft nur Gesten, Blicken oder bestimmten Verhaltensweisen entnommen, denen nur der Patient besondere Bedeutung beimisst. Bleibt es beim erotischen Beziehungswahn, sind die Folgen in der Regel weniger dramatisch, als wenn noch Verfolgungs- oder Beeinträchtigungsideen (z. B. sexuelle Belästigung) hinzukommen.

Vorkommen: z. B. schizophrene Psychose, sonstige wahnhaftige Störungen, ggf. manische Psychose. Frauen überwiegen.

Eifersuchtswahn: wahnhaftige, d. h. trotz aller Bemühungen unkorrigierbare Überzeugung, vom Partner betrogen und hintergangen zu werden. Männer sind häufiger betroffen, insbesondere verheiratete. Krankhafte Überzeugung von der Untreue des Partners, auch wenn keinerlei Beweise oder Indizien vorliegen. Grotteske Behauptungen, absurde Vorwürfe, unkorrigierbare Vorstellungen, misstrauische Überwachungs-Manöver und (handgreifliche) Auseinandersetzungen sind diagnostisch bedeutsamer als alles, was tatsächlich vorausgegangen ist.

Vorkommen: organische Psychosen, wahnhaftige Störungen, Alkoholpsychose (Alkoholismus), schizophrene Psychose, schizoaffektive Psychose, endogene Depression und Manie, (paranoide) Persönlichkeitsstörungen. Soll selten sein, wird aber wohl nur selten ärztlich erfasst und damit diagnostiziert.

Größenwahn (Megalomanie): Unbegründete Selbstüberschätzung bis zur abnormen Selbstüberhöhung (Kraft, Fähigkeit, Macht, Größe, Begabung, Besitz u. a.).

Je nach Zeit und Gesellschaft unterschiedliche Schwerpunkte bzw. Unterformen. Beispiele:

- *Politischer Wahn (Cäsarenwahn):* führender Politiker, Mitglied eines Herrscherhauses, zu politischen Missionen berufen.
- *Erfinderwahn:* nahe liegende oder skurrile Erfindungen, auf jeden Fall „sichere Gewissheit“, eine Erfindung von großer Tragweite gemacht zu haben. Oftmals aufgrund jahre-, wenn nicht jahrzehntelanger intensiver Beschäftigung mit dem konstruierten Objekt.
- *Religiöser Wahn (Heilswahn):* besondere spirituell-religiöse Erkenntnisse besitzen, von einer überirdischen Macht gesandt, mit speziellen Heilsaufträgen versehen usw.

Vorkommen: schizophrene und symptomatische Psychose, manisches Syndrom bei manisch-depressiver oder schizoaffektiver Psychose.

Kleinheitswahn (Nichtigkeitswahn): ohnmächtig, nichtig, verloren, unbedeutend sein, bis hin zum *nihilistischen Wahn* (lat.: nihil = nichts). Dabei meint der Kranke, er existiere nicht mehr, lebe nur zum Schein

Vorkommen: schizophrene oder schizoaffektive Psychose, vor allem aber „endogene“ Depression.

Schuldwahn- und Versündigungswahn: Gegen Gesetz und Moral gehandelt, das Vertrauen missbraucht, nicht krank, sondern schlecht, minderwertig, verdammungswürdig, verstoßen zu sein (Wunsch des Patienten: nicht behandeln, sondern bestrafen!).

Dabei vor allem zwei Möglichkeiten: 1. Wahneinfall (plötzlich auftauchende wahnhafte Überzeugung) und 2. eine aus pathologischen Schuldgefühlen herührende maßlose Überbewertung geringfügiger realer Vergehen oder Verfehlungen von jetzt oder früher.

Vorkommen: insbesondere „endogene“ Depression sowie schizoaffektive oder schizophrene Psychosen.

Wichtiges Unterscheidungsmerkmal: Bei der Depression weist der „Zeiger der Schuld“ vor allem auf sich selber, bei anderen Wahnzuständen eher auf die Umwelt. So fühlt sich der Depressive schuldig am eigenen Zustand, d. h. unverzeihliche Energielosigkeit, Gleichgültigkeit, Apathie, Leistungseinbruch u. a. oder gar an fremder Not, an früheren oder bevorstehenden Katastrophen.

Verarmungswahn: Arbeitsstelle, Besitz, Kleidung, Nahrung, Geld usw. verloren, verarmt, kurz vor dem Hungertod, insbesondere auch die Familie der Not aussetzen.

Vorkommen: schizophrene oder schizoaffektive Psychose, vor allem aber „endogene“ Depression (nichts vorweisen können, nichts haben, durch seine Krankheit nur Geld verbrauchen, Krankenkasse schädigen bis hin zu „stehe auf der Straße“).

Hypochondrischer Wahn (Krankheitswahn): z. B. hypochondrische Befürchtungen, d. h. Überschätzung vorhandener/oder nicht nachweisbarer seelischer, vor allem aber körperlicher Beschwerden mit z. T. durchaus abstruser Veränderung sowie ängstlich-überbesorgter Einstellung mit monotoner Klagsamkeit und unkorrigierbarer Fixierung auf entsprechende Symptome oder Erkrankungen. Aber auch als Wahn die unkorrigierbare(!) Überzeugung unheilbar krank, dem Siechtum oder Tod verfallen zu sein.

Entweder auf spezielle Krankheiten gerichtet (z. B. Krebs, Multiple Sklerose, AIDS usw.) oder mehr diffus an „Hirnschwund“ zu leiden, geisteskrank geworden zu sein u. a.

Dabei kann es zu hypochondrischen Leibgefühlen kommen: Diese sind von Leibgefühlen im Rahmen einer schizophrenen Psychose („von außen gemacht“) abzugrenzen.

Vorkommen: vor allem „endogene“ Depression sowie schizophrene oder schizoaffektive Psychosen, „neurotische“ Entwicklung, Persönlichkeitsstörungen u. a.

Weitere Wahnformen sind beispielsweise:

- *Schwangerschaftswahn*, d. h. die Gewissheit, schwanger zu sein bis hin mit sogar typischen körperlichen Zeichen einer Schein-Schwangerschaft.
- *Querulantenwahn*, d. h. wahnhafte Vorstellung für „Gerechtigkeit“ zu sorgen und zwar mit allen verfügbaren legalen und illegalen (nach krankhafter Meinung aber legalen) Mitteln. Ausgangspunkt ist ein oft selbst erlittenes Unrecht bis hin zu langwierigen gerichtlichen Auseinandersetzungen, schließlich aber wahnhaft entgleisend.
- *Dermatozoenwahn*, also Missempfindungen auf oder unter der Haut mit der wahnhaften Überzeugung, von Parasiten befallen zu sein (siehe diese).
- *Zoanthropie*: Wahnvorstellung, in ein Tier verwandelt zu sein oder zu werden.
- *Symbiontischer (konformer) Wahn*: Übernahme von Wahnideen einer anderen Person bis hin zur eigenen (wahnhaft induzierten) Überzeugung. Meist symbiontisch-fixierte Partnerschaft (siehe auch Folie à deux).
- *Doppelgängerwahn*: Wahnhafte Annahme, dass ein Doppelgänger existiert.
- *Kollektive Wahnerlebnisse* müssen differenzierter interpretiert werden. Meist Ausdruck massen-suggestiver Eingebungen, gebahnt und fixiert von charismatischen Persönlichkeiten, gelegentlich auch über eindrückliche, die Emotionen aufwühlende Berichte in den Medien.
- Als dem *Wahnerleben nahe stehend* werden folgende psychische Störungen diskutiert bzw. eingereicht:

Depersonalisation/Derealisation (siehe diese). Cotard-Syndrom (Gefühl der eigenen Nicht-Existenz, z. B. bei wahnhafter Depression als Form des nihilistischen Wahns). Dysmorphophobie/körperdysmorphie Störung (siehe diese). Capgras-Syndrom (Verkennung einer Person als gefälschter(?) Doppelgänger). Fregoli-Syndrom (eine unbekannte Person wird als bekannt eingestuft und behandelt). Auf katathymes Denken eingegrenzte Verhaltensweisen, d. h. wenn Überzeugung und Urteil durch bestimmte Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen so stark beeinflusst werden, dass sie über die Lebensgestaltung entscheiden, bis hin zur Unfähigkeit sinnvoller Alltagsbewältigung u. a.

Nosologische Einordnung / wahn-motivierende Situation / Psychodynamik

Wichtig für Erfassung und Beschreibung der Wahnphänomene sind einerseits die *nosologische Einordnung* (Krankheitslehre), andererseits die *wahn-motivierende Situation* bzw. *Psychodynamik*.

Beispiele:

- *Nosologische Einordnung*: schizophrene Psychose, organische Psychose, depressive Psychose (= „endogene“ Depression), manische Psychose (manische Episode einer manisch-depressiven Entwicklung, selten reine Manie), schizoaffektive Psychose (depressive, ggf. manische und schizophrene Syndrome gemischt bzw. kurz hintereinander), paranoide Entwicklung, sensitiver Beziehungswahn, Paranoia, paranoide Reaktion, Intoxikationspsychose usw.

Dabei die neuen Fachbegriffe von ICD-10 und DSM-IV berücksichtigen: Neben Schizophrenie auch schizotype Störung, anhaltende wahnhaftige Störungen, vorübergehende akute psychotische Störungen. Außerdem bestimmte Schizophrenie-Subtypen wie paranoider, desorganisierter, katatoner, undifferenzierter, residualer Typus, ferner schizophreniforme Störungen u. a.

- *Wahn-motivierende Situation/Psychodynamik*: Störungen des Ich-Bewusstseins (Ich-Vitalität, -Aktivität, -Identität, -Konsistenz usw.), kognitive und/oder mnestiche Altersschwäche, Störungen der Sinnesorgane (z. B. Schwerhörigkeit), herabgesetztes oder erhöhtes Vitalgefühl, Depressivität, Schuldgefühle, Sinnes-Isolation (vor allem Hören und Sehen), Rauschdrogenkonsum (z. B. Halluzinogene), sprach- und kulturfremde Umgebung, politische Verfolgung, Haft (besonders lebenslängliche und Einzelhaft, KZ-Haft), sexuelle Impotenz (Alkoholismus, dementielle Entwicklung), unerfüllter Kinderwunsch, Rechtskränkung (verlorener Prozess), Vereinsamung, erotische Unerfülltheit u. a.

UNTERSUCHUNGSGANG

Manche Patienten berichten mehr oder weniger frei von ihren wahnhaften Erlebnissen und Vorstellungen. Oft ist es ja auch der zentrale Punkt, der sie beschäftigt. Dann hat man es leichter. Doch die Regel ist es nicht. Deshalb gilt erst einmal: aufmerksam zuhören und lediglich bei Bedarf zu weiteren Schilderungen ermuntern.

Man darf jedoch nicht werten, kein Befremden erkennen lassen oder gar schroffe Ablehnung signalisieren. Vor allem darf man nicht lächerlich machen (auch nicht in Form eines abwertenden Schmunzelns). Wahn-Kranke mögen viel von ihrem „Alltags-Bezug“ verloren haben, gewonnen haben sie mitunter ein mitunter unfassbares Gespür für das, was der Gegenüber wirklich denkt.

Außerdem: Für den Betroffenen ist sein Wahn Realität, belastende, ängstigende, ggf. schreckliche Realität, aber Realität.

Die beste Einstellung ist deshalb das interessierte, neutrale Zuhören, das weder bestätigt noch in Abrede stellt. Mehr braucht es für die ersten Schritte von Diagnose und Differentialdiagnose auch nicht.

Diese neutrale Haltung heißt aber nicht, keine konkreten Zwischenfragen zu stellen. Das wird in der Regel sogar positiv vermerkt, zeigt es doch, dass man den Anderen ernst nimmt. Man kann sogar ggf. erstaunte, ja durchaus ungläubige Zwischenfragen (nicht Korrekturen oder gar Zurechtweisungen!) stellen, besonders wenn das Geschehen allzu absonderlich und in keiner Weise mehr nachvollziehbar ist. Das kann dann auch den beklagten Leidensdruck bestätigen helfen.

Manche Patienten deuten dies allerdings bereits als Misstrauen und werden dann einsilbiger, zurückhaltender, ggf. eingeschüchtert oder verärgert. Nicht, dass sie sich ihrer Erlebnisse nicht sicher sind, da werden oft keine Bedenken zugelassen. Zweifel bekommen sie höchstens an der Einstellung des Arztes, seiner neutralen und objektiven Wertung. Hier muss man rechtzeitig herauszuspüren versuchen, wie weit man gehen kann.

Einige Kranke können aber durchaus akzeptieren, dass ihre Schilderungen Erstaunen auslösen und geben offen auf die vorsichtige Frage Antwort, ob es sich nicht hier um Täuschungen, Missverständnisse, Irrtümer handeln könnte, ob nicht ganz natürliche Dinge und Vorgänge eine Rolle spielen, die lediglich falsch verstanden oder gesehen wurden. So etwas kann die Diskussion und damit den anamnestischen Fluss der Exploration sogar stimulieren, hat der Betroffene doch Gelegenheit, seine stichhaltigen Beweise zu verteidigen. Aber wie erwähnt: Sicher kann man nie sein, weshalb sich eine vorsichtige Sondierung grundsätzlich lohnt. Auch kann ein Wahn-Kranker relativ schnell von scheinbar verständnisvoller Nachsicht für die Irritation des Gegenübers in eine abrupte, ja feindselige Einstellung umschlagen.

So sollte man also auf jeden Fall vermeiden:

- Erstens die Frage, ob sich der Patient nicht etwa „krank fühle“. Krank im organischen Sinn ist kein Problem, im psychischen („psychiatrischen“) sehr wohl. Dort hat es eine ganz andere Dimension („irr“ – s. u.). Ein gebrochenes Bein macht sein Opfer nicht unglaubwürdig oder gar lächerlich, ein Wahn oder ein vergleichbares psychisches Syndrom aber zumeist doch (und wohl auch in Zukunft, trotz einer zunehmend aufklärungs-bereiten und toleranten Gesellschaft).
- So bedeutet „krank“ in psychiatrischer Hinsicht, besonders im Gespräch mit einem Arzt, insbesondere einem Psychiater, vor allem „geisteskrank“, also

die extremste Form seelischen Leids mit den negativsten psychosozialen Konsequenzen. Das weist jeder zurück, vor allem aber diejenigen, die es am ehesten betrifft. „Krank“ kann also rasch in die Sackgasse der kritischen Wertung, Stigmatisierung oder gar Diffamierung geraten, jedenfalls in den Augen des Patienten.

Wenn man übrigens glaubt, dass der folgenschwere Begriff „geisteskrank“ in der Allgemeinheit keine Rolle mehr spiele, dann täuscht man sich. Daran ändern auch neue Bezeichnungen nichts, die die alten, als diffamierend empfundenen Fachbegriffe auslöschen sollen. Zum einen sind sie mitunter noch unverständlicher als die alten, zum anderen fassen sie im allgemeinen Verständnis offenbar nicht Fuß und sorgen nur zusätzlich für Verwirrung, jedenfalls bisher.

- Zweitens soll man nie Partei ergreifen. Das ist um so folgerichtiger zu vermeiden, je mehr die Schilderungen Anlass zu begründetem Zweifel geben. Das gilt für den Eifersuchtswahn des alkoholkranken oder dementen („senilen“) Ehemanns, den Beeinträchtigungswahn bei organischen Psychosen im höheren Lebensalter, den Verfolgungswahn des Schizophrenen u. a.

Selbst eine „positive Parteinahme“ kann sich bei der Exploration als hinderlich für den Informationsfluss auswirken. Es ist zwar gut gemeint, die krankhaften Hintergründe eines depressiven Schuldwahns nicht als „abscheuliche, bestrafungswürdige Tat“ zu akzeptieren, die nicht zum Psychiater, sondern zur Polizei gehöre, wie der zerknirschte Schwermütige meint. Doch ist es erfahrungsgemäß ergiebiger, den Patienten nicht gleich „aufzurichten“ oder von seiner Unschuld überzeugen zu wollen, sondern erst einmal alle Hintergründe herauszufragen, bis man sich an die psychotherapeutische Stützung macht.

Gelegentlich fühlt sich der Patient auch nicht negativ, sondern positiv „beeinträchtigt“, also erhoben, beglückt, auserwählt, mit besonderen Fähigkeiten, Kräften und Beziehungen ausgestattet. Auch hier soll man nicht glauben, durch eine schmunzelnde Aufklärung alles gleich klären zu können. Auch hier gilt es eher reden zu lassen als zu korrigieren, denn das verunsichert, kränkt, beleidigt, auf jeden Fall blockiert es die so wichtigen Informationen.

- Schließlich können sich Wahn und wahnähnliche Zustände auch von Sinnestäuschungen, illusionären Verkennungen usw. ableiten. Das erfährt man aber nur, wenn man den Patienten neutral und offen begegnet und ihn kontinuierlich zum Reden ermuntert.

- So ist ein Wahn-Syndrom in der Regel nicht schwer zu erkennen. Es gibt aber Ausnahmen. Das sind jene Grenzsituationen, die unter Umständen und ohne genaue Nachprüfungs-Möglichkeiten einfach nicht sicher auszuschließen sind. In eine solche Lage gerät man beispielsweise bei manchen Berufen, die der öffentlichen Einsichtnahme weithin entzogen sind: Spionage-Verdacht ei-

nes Diplom-Ingenieurs aus der Rüstungsindustrie, Versuch von Einflussnahme oder gar Druck in der Politik, Schutzgeld-Erpressungen bei ausländischen Gastwirten usw. Hier kommt man nur zu einigermaßen schlüssigen Überlegungen, wenn der Betreffende möglichst viel erzählen kann – und dabei vielleicht irgendwann einmal den Grenzbereich des Nachvollziehbaren überschreitet – selbst unter Berücksichtigung obiger Sonder-Bedingungen. Außerdem sind die technischen Überwachungs-Möglichkeiten heute derart entwickelt und raffiniert einsetzbar, dass man bei guter Fach-Kennntnis bisweilen selber ins Grübeln kommen könnte... Weiteres siehe unten.

- Problematisch ist auch manchmal die (unbewusste) Übernahme einer vorgefassten Meinung oder Verdachtsdiagnose durch den überweisenden oder einweisenden Hausarzt oder Spezialarzt, durch Gesundheitsamt, entsprechende Behörden usw. Dann kann man sich dabei ertappen, wie man im Grunde nur den (bequemen) Weg der Überführung zu wählen droht, als sich mühsam, aber um neutrale Objektivität bemüht erst einmal ein eigenes Bild zu machen.

- Auch hat man bisweilen in der Tat Mühe, nicht bloß neutral, sondern auch ernst zu bleiben (s. o.). Das ist jedoch weder ein Ausbildungs-, noch ein Charaktermangel, das kann auch dem erfahrenen Arzt widerfahren, wenn die Situation allzu bizarr oder grotesk wird. Hier erweist es sich als nützlich, einige vorgefasste Fragen oder Bemerkungen bereitzuhalten, die darüber hinweg täuschen, dass man gerade im Begriffe ist, die Fassung zu verlieren.

- Wenn es sich ergibt, kann man im Laufe des Gesprächs durchaus auch gezielte Fragen „in wahnhafter Richtung“ stellen: Ob man den Betreffenden beobachtet, über ihn redet, sich über ihn lustig macht, ihn zu schädigen, zu beeinflussen versucht, ihn verfolgt, quält, aus dem Wege räumen, an seine Erfindungen, sein Vermögen will. Bisweilen wird man überrascht sein, welche konkreten Antworten man auf konkrete Fragen bekommt, was der Betroffene verneinen oder offenlassen kann, vor allem was er bejaht oder zumindest befürchtet.

- Dabei können durchaus auch jene Methoden zur Sprache kommen, denen sich der Patient möglicherweise ausgesetzt fühlt: Zeichen, Blicke, Signale, verschlüsselte Sätze, Strahlen, Abhörgeräte, Videokameras, die Implantation von technischem Material oder gar kompletten Apparaten (im Schlaf, unter Narkose) in den Körper des Patienten (z. B. Kamera im Auge, Sensoren im Rückenmark u. a.).

Unter Umständen dann auch die Frage, wer dahinter stecken könnte: Angehörige, Nachbarn, Vorgesetzte. Untergebene, Behörden (ausländische) Geheim-Organisationen (z. B. Mafia, CIA, FBI, Terrororganisationen, früher der KGB usw.).

- Zuletzt der Grund: warum, weshalb jetzt, gerade er, wieso mit diesen Methoden, was will man erreichen, wo liegt der Sinn (nicht des Wahns, sondern dieser Ereignisse). Wenn es einem hier durchgehend gelingt, keine für den Patienten abträgliche Wertung erkennen lassen, dann lässt sich auch leichter die mitunter fließende Grenze zwischen „völlig abwegig“ über „übertrieben misstrauisch“ bis „krankhaft wahnhaft“ ausmachen.
- Gelegentlich können dann auch neutrale Zwischenfragen nicht nur den Informationsfluss am laufen halten, sondern dem Patienten die Schwierigkeit in Erinnerung rufen, dass nicht jedem Außenstehenden das problemlose Nachvollziehen dieses sonderbaren Geschehens gegeben ist. Deshalb muss sich halt auch der Patient anstrengen, den offensichtlich verwirrenden Ablauf umfassend zu schildern (was wieder einer möglichst kompletten Anamnese zugute kommt). Also: Wie kommt das, wie ist so etwas heute noch möglich, woran kann man das erkennen, wie erklärt man sich das, fällt so etwas nicht auf, ruft es nicht die Behörden auf den Plan usw. Auf jeden Fall müssen diese Fragen interessiert wirken und dürfen keine Verwunderung ausdrücken, die den Patienten und seinen Schicksalsschlag in Frage stellen. Bestenfalls Verwunderung über das inhaltliche Geschehen („was es alles gibt...“).
- Wenn sich das Gespräch gut entwickelt und man glaubt, ein solides Vertrauensverhältnis aufgebaut zu haben, kann man auch einige Reflektionen des Patienten über sich selber anregen: Hat sich aufgrund dieser „Machenschaften“ sein Verhalten gegenüber Angehörigen, Kollegen, Nachbarn usw. verändert? Ist es vielleicht schwer für die anderen geworden, die die Hintergründe nicht kennen, die Reaktionen des Opfers objektiv zu beurteilen? Ist es nicht nachvollziehbar, dass sich daraus unnötige (aber wie ist es auch anders denkbar) und konflikt-trächtige Spannungen, Auseinandersetzungen oder gar lautstarke Szenen entwickeln? Fühlt sich der Patient beim Arzt gut aufgehoben, kann er manchmal durch solche Fragen einsehen, dass seine Handlungen in diesem oder jenen Fall überzogen waren, was nachvollziehbare Verwirrung auslöste. Wer nicht die Hintergründe kennt, schaut zwangsläufig nur auf den äußeren Rahmen.

Das sich dabei langsam entwickelnde Verständnis für das Umfeld des Betroffenen ermöglicht es vielleicht, mit seiner Erlaubnis mit dieser oder jener Person Kontakt aufzunehmen, um damit die Fremd-Anamnese zu vervollständigen. Kann man den Patienten davon überzeugen, dass die Angehörigen, Nachbarn, Kollegen usw. in diesem ohnehin ungewöhnlichen Fall „völlig überfordert waren“, so lässt er vielleicht eher entsprechende Kontakte zu, um „endlich das ganze Geschehen rückhaltlos aufzuklären“. Hier muss man allerdings mit abrupten Reaktionen rechnen, was die Entscheidung anbelangt: heute ja, morgen nein, ggf. vielleicht sogar plötzlich misstrauisch-empört.

So bleibt das Kapitel „Fremd-Anamnese“ heikel – aus den bekannten psychopathologischen Gründen. Außerdem gilt es die ebenfalls alte Erfahrung zu re-

spektieren: Die verschiedenen Angehörigen sind zur Erfassung bestimmter Symptome in unterschiedlichem Maße geeignet. Deshalb ist die Befragung mehrerer Verwandter zu einem Krankheitsfall grundsätzlich ergiebiger für eine vollständige Anamnese, als die Schilderung eines einzelnen, und sei er noch so „nah dran“.

Fazit: Der Wahn ist zwar zahlenmäßig kein vorrangiges Thema. Er gehört aber mit zum schwierigsten, was Diagnose, Arzt-Patient-Verhältnis und damit konsequente Therapie anbelangt. Auch ist er keinesfalls auf schizophrene Psychosen beschränkt, sondern kann auch die verschiedensten Zustandsbilder betreffen, z. B. „endogen-depressive“, hirnorganisch bedingte Veränderungen durch höheres Lebensalter oder Intoxikation u. a. Das ist sogar der größere Teil. Deshalb ist es wichtig, sich mit diesem Thema ausführlich zu beschäftigen und viele Daten zu sammeln, bevor man sich zu einer Diagnose entschließt. Und man muss lernen, sich dieser mühseligen, mitunter sogar aufreibenden Aufgabe zu stellen.

Denn es ist eine alte Erkenntnis, dass man vor allem Wahn-Syndromen konfliktvermeidend ausweicht, wo immer und mit welchen Ausreden es geht. Wahn-Phänomene irritieren, ängstigen und verheißen in vielen Fällen Ungemach, auch für Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Behörden-Vertreter usw.

Deshalb werden sie gerne ausgeblendet, bagatellisiert, weiterdelegiert, ggf. sogar verniedlicht, lächerlich gemacht, und so rasch wie möglich (und oft auch ausschließlich) neuroleptisch hoch-dosiert behandelt. Letzteres mag schließlich unerlässlich sein, aber erst, wenn man alles erfahren konnte, was für Diagnose und Ätiopathogenese unerlässlich ist. Sonst schließt sich ggf. vorzeitig der „Vorhang für eine ergiebige Kranken-Geschichte“.

STÖRUNGEN DES ANTRIEBS

Antrieb ist – allgemein ausgedrückt – die Grundaktivität eines Menschen, gleichsam der dynamische Anteil der Persönlichkeit, der über Aktivität und Initiative aller psychischen und damit letztlich psychosozialen und sogar körperlichen Vorgänge entscheidet. Deshalb bestehen enge Verbindungen mit Wachheit, Aufmerksamkeit, Reaktionsbereitschaft, Affekt, Emotionalität und Temperament.

In psychologischer, konkreter: psychodynamischer Hinsicht entspricht dem Antrieb die *Motivation* (vom lat.: *movere* = bewegen): Der Aktivierungs-Faktor zur Erreichung eines bestimmten Ziels durch Handlungsbereitschaft, wobei

der Antrieb in Handlung umgesetzt wird. Zahllos sind die Motive (Beweggründe), die Ursachen und Sinn der Handlung erklären. Dabei unterscheidet man psychologische Bedürfnisse (in entsprechender Vielfalt, je nach Person, Situation, Ort, Zeit und spezifischen Besonderheiten) und vitale Bedürfnisse (von Hunger und Durst bis zur Sexualität u. a.).

In diesem Zusammenhang fällt auch oft der Begriff *Intention* (vom lat.: intendere = eifrig mit etwas beschäftigt, auf etwas bedacht sein bzw. intentus = angestrengt, eifrig, rastlos, streng u. a.). Darunter versteht man die Absicht, das Handeln emotional und kognitiv auf ein Ziel auszurichten. Der *Wille* äußert sich in dem bewussten Entschluss (und der Fähigkeit), eine Handlung auch durchzuführen. Der mitunter zu hörende psychologische Begriff *Volition* (vom lat.: volo bzw. velle = wollen, verlangen, wünschen, aber auch bestimmen, beschließen, der Meinung sein u. a.) charakterisiert die Komplexität eines zielgerichteten Strebens.

So werden Antrieb, Motivation, Instinkt, Bedürfnis, Intention und Volition auch unter der Sammelbezeichnung „konative Funktionen“ (von lat.: conatus = Trieb) zusammengefasst.

Antriebs- und Willensstörungen sind oft mit Störungen des Gefühlslebens verbunden. Antriebsstörungen äußern sich entweder in einem psychomotorischen Zuwenig (von der leichten Hemmung bis zur völligen Reglosigkeit) oder Zuviel (von der Umtriebigkeit bis zum Erregungszustand). Man differenziert in:

◆ **Antriebsverminderung:** auch Antriebsverarmung, Antriebsarmut, Antriebsmangel, Antriebshemmung („ich möchte zwar, aber es geht nicht“ – s. u.) genannt. Mangel an Anregbarkeit, Eigeninitiative und Spontaneität, damit Gleichgültigkeit, Reaktionsverlangsamung, Passivität, Schwunglosigkeit, Teilnahmslosigkeit (Apathie, Adynamik). Häufig kombiniert mit einer Verarmung von Mimik und Bewegung sowie einförmiger, wenig modulierter Sprechweise.

Äußerlich erkennbares Krankheitsbild: verlangsamte Motorik, einsilbig, einfallsarm, interesselos, mangelhafte Aufmerksamkeit, schwunglose Redeweise, emotionale Indifferenz bis Indolenz (Stumpfheit), erschwerte allgemeine Anregbarkeit usw. Extremfall: stumm und reglos (Autismus und Stupor).

Bisweilen wird auch unterschieden zwischen Antriebsarmut und *Antriebshemmung*. Bei Letzterem wird der Mangel an Initiative und Spontaneität nicht als vermindert, sondern, als gebremst (gehemmt) erlebt. Die Unterscheidung ist jedoch häufig schwierig.

Antriebsverminderung oder Antriebshemmung kann auch kombiniert sein mit Entscheidungsarmut, Willensschwäche oder -armut bzw. Willenlosigkeit. Im Einzelnen:

- *Willensschwäche, Entscheidungs- und Willensarmut (Hypobulie, vom griech.: bule = Wille):* krankhafte Schwäche, sich für etwas zu entscheiden und zielgerichtet danach zu handeln. Kann bis zur Willenlosigkeit gehen.
- *Willenlosigkeit (Abulie):* krankhaftes Unvermögen, Entscheidungen zu treffen oder Entschlüsse zu fassen. Folge: Teilnahmslosigkeit, Gleichgültigkeit, Apathie bis zur Indolenz, sozialer Rückzug, bisweilen mit dissozialen Folgen (wenn noch Nachgiebigkeit oder erhöhte Suggestibilität hinzukommen).
- *Willenlosigkeit im Rahmen einer Störung des Ich-Erlebens (s. dort):* „Wille von außen entzogen“.
- *Willensspaltung* in einen ich-haften und ich-fremden Willen.
- *Willenssperrung:* Beeinflussung des Willens im Sinne einer Blockierung.

◆ **Antriebssteigerung:** lebhafter als sonst, mehr Schwung, Aktivität, Initiative, Einfallsreichtum. Unternehmungslust, dabei beweglicher, regsamer, gesteigerter Bewegungs- und Redefluss, rascheres Sprechen, aber ggf. auch unruhiger, fahriger, getriebener, gespannter, im Extremzustand Sprunghaftigkeit, Ideenflüchtigkeit, Logorrhoe, motorische Erregung bzw. allgemeiner Erregungszustand bis zur Tobsucht.

Nach außen zeigt sich dies meist in einer Enthemmung als distanzloses, übertrieben oder unerwartet exaltes Verhalten mit unkontrollierbaren Affekten und Impulsen. Hier sind dann auch anstößige, aggressive, ja strafwürdige Handlungen möglich.

Eine Antriebssteigerung ist oft kombiniert mit Hyperbulie.

- *Hyperbulie:* übersteigertes Wollen, jedoch schwieriger Begriff, am ehesten beschreibbar mit Zupacken, Initiative, aber auch Intoleranz, Starrsinn, Dominanz-Streben, Rücksichtslosigkeit, missionarischem Eifer, querulierender Verbissenheit, Fanatismus, überwertigen bzw. fixen Ideen u. ä.

Beispiele: Antriebsverminderung bzw. -steigerung bei „konstitutionell“ bzw. normal-psychologisch antriebsarmen, schwunglosen, lahmen, schwerblütigen, entscheidungsschwachen bzw. - dem Gegenpol - bei betriebsamen, tatkräftigen, wendigen, umtriebigen, aktiven, leistungsstarken Menschen. Ferner im Zustand ekstatischer oder meditativer Versenkung. Oder als „Totstell-Reflex“, „Bewegungs-Sturm“ oder kopfloses Handeln unter akuter Belastung (z. B. Panik). Klare Trennung zu entsprechenden Persönlichkeitsstörungen und „neurotischen“ Entwicklungen manchmal unmöglich.

Erworbene Antriebsverminderung bei schweren, „kräftezehrenden“ organischen Leiden: Infektionen, Krebs, Blutkrankheiten, Stoffwechselstörungen (z. B. Leberzirrhose, Nierenversagen) sowie Erkrankungen des endokrinen Systems (Hypophyseninsuffizienz, Hypothyreose, Morbus Addison, Hypogonadismus) bzw. dem Gegenteil in Ursache und Folgen – Hyperthyreose. Im Weiteren chronische diffuse Hirnschäden (organisches Psychosyndrom) bzw. lokalisierte Hirnschäden (hirnlokales Psychosyndrom: Tumoren, Blutungen, enzephalitische Herde von Temporallappen, Mittelhirn, Hypothalamus u. a.). Auch bei diffusen zerebralen Schädigungen im Kindesalter mit meist erethischem (dauernd erregtem) Schwachsinn. Im höheren Alter bei Demenz.

Ferner bei schizophrenen und Affektpsychosen: akinetisch-stuporöse bzw. hyperkinetische Form der Schizophrenie; psychomotorisch gehemmte bzw. unruhig-gespannte (agitierte) Depression sowie das umtriebige manische Syndrom.

Im Weiteren psychoreaktive und „neurotische“ Antriebsstörungen nach schwer traumatisierenden Extremlastungen (z. B. KZ, Folter, Verfolgung), bei „neurotischer“ Entwicklung (besonders „neurotischer“ Depression) sowie phobischen Angststörungen.

Nicht selten unter Alkohol- oder Rauschdrogen-Einfluss. In pharmakologischer Hinsicht Hypnotika (Schlafmittel), sedierende Neuroleptika und Antidepressiva, Tranquilizer, andere dämpfende Psychopharmaka mit psychotroper Wirkung sowie - als Gegenpol - die anregenden Genussmittel Coffein (Kaffee, Schwarztee) und Nikotin, die Psychostimulanzien (auch pharmakologisch verwandte Schlankheitsmittel) sowie aktivierende Antidepressiva und Neuroleptika.

UNTERSUCHUNGSGANG

Antriebsstruktur, Antriebslage und Störungen im Antriebsbereich werden am besten durch genaue Verhaltensbeobachtungen und eine eingehende Exploration mit gezielter Fragestellung erfasst. Da es sich hier nicht um einen statischen Zustand, sondern um einen Vorgang, ein Ablaufgeschehen handelt, reicht eine einmalige Querschnittsuntersuchung nicht aus, um sich ein umfassendes Bild zu machen. Auch müssen vor allem die spezielle Untersuchungssituation und die Bedeutung der Außenreize berücksichtigt werden.

Die Fragen, die neben der Beobachtung des Gesamtverhaltens und der Sprache weiterhelfen können, beziehen sich insbesondere auf das Gefühl eines langsameren oder rascheren Denkens und Bewegens sowie auf ein langsames oder schnelleres (dabei aber weniger sorgfältiges) Lösen der üblichen Alltagsaufgaben.

STÖRUNGEN DER MOTORIK

Motorik (vom lat.: movere, motus = Bewegung, Lauf, Aufbruch u. a.) ist Haltung und Bewegung des handelnden Menschen, ausgedrückt in Mimik, Gestik, Haltung, einzelnen und kombinierten Bewegungsabläufen. Die dem Ausdruck des Lebens dienende Motorik (Ausdrucksphänomene) ist eng mit dem Antrieb (s. dort) verbunden. Da Antrieb und Stimmung bei der Motorik eine große Rolle spielen, spricht man auch von *Psychomotorik*.

Störungen der Psychomotorik zeigen sich in den Bewegungsabläufen einschließlich sprachlicher Äußerungen. Dabei differenziert man in:

- gesteigerte Psychomotorik
- verminderte Psychomotorik
- qualitativ abnorme psychomotorische Abläufe

Im Einzelnen:

◆ **Motorische Schablonen:** Kauen, Schlucken, Schmatzen, Saugen, Greifen, Wischen, Kratzen, Strampeln, Kreisbewegungen u. a.

Beispiele: Hirnabbau-Erkrankungen verschiedener Ursache, aber auch psychomotorischer Anfall bei Schläfenlappen-(Temporallappen- oder komplex-fokaler) Epilepsie.

◆ **Tics:** meist gleichförmig (stereotyp) wiederholte Bewegungen in Mimik und Gestik, die zwangsartig ausgeführt, d. h. willentlich nicht unterdrückt werden können.

Beispiele: psychogene Störungen.

◆ **Gilles de la Tourette-Syndrom:** Tic-artige Bewegungsstörungen in der Mimik (auch mit Grimassen) und Gestik, ferner Schulterzucken, Arme werfen oder schleudern, unartikulierte Laute (Grunzen, Schmatzen u. a.), gelegentlich obszöne Worte (*Kakolalie*).

Beispiele: Hirnabbau-Erkrankungen, aber auch andere (z. B. psychogene) Psychosen.

◆ **Hypokinese, Akinese** (vom griech.: hypo = unter, a = un-, -los sowie kinein = bewegen): Hypo- und Akinesen sind eine quantitative Abweichung der Psychomotorik vom normalen Bewegungsablauf in Form einer Reduktion an Spontan- und Reaktivbewegungen. Diese verminderte Psychomotorik kann bis zum Stupor (s. u.) gehen. Im Einzelnen:

- *Hypokinese*: Die Bewegungen werden seltener bis zur Reglosigkeit.
- *Akinese*: extreme Bewegungsarmut bis zur Bewegungslosigkeit.
- *Hypomimie*: kaum mimische Bewegungen mehr.
- *Amimie*: keine mimischen Bewegungen mehr.
- *Mutismus* (vom lat.: mutus = stumm) ist das krankhafte Schweigen bis zur völligen Stummheit, trotz funktionstüchtiger Sprechorgane. Ursache ist der Verlust des Sprech-Antriebs als Ausdruck einer Antriebshemmung. Meist extreme Rat- und Hilflosigkeit, Angst oder konflikthafte Ambivalenz. Das *willentliche Nicht-sprechen-Wollen oder scheinbare Nicht-Können* ist hingegen meist Ausdruck von Gekränktheit oder gehemmter Aggressivität.

Beispiele: Hypo- und Akinesen bzw. Mutismus: als Schreckerlebnis, in Schock oder Panik, im Dämmerzustand, bei schwerer (meist „endogener“) Depression, die dann oft mit einem depressiven Stupor einhergeht sowie katatoner (schizophrener) Psychose. Auch bei Hirntumoren oder Enzephalitis (dann ebenfalls meist stuporös).

◆ **Stupor** (vom lat.: stupor = Erstarrung, Gefühllosigkeit, Betäubung, Stumpf-sinn): Zustand der Bewegungs- und Regungslosigkeit, bei jedoch klarem Bewusstsein. Keine Reaktionen mehr auf äußere Reize. Der Patient wirkt indifferent, ratlos, gedrückt, ängstlich, kommt keinen Aufforderungen mehr nach, isst und trinkt nicht, spricht nicht, ist vor allem „gespannt“, so als drohten Angriff oder Flucht. Manchmal Inkontinenz oder gar künstliche Ernährung notwendig. Dabei kann man noch zwei Formen unterscheiden:

- *schlaffer, passiver Stupor*: völliges Fehlen motorischer Antriebe
- *gespannter Stupor*: Sperrung aller Bewegungen, Gefahr plötzlicher Impulshandlungen (selbst- und fremdaggressive Durchbrüche)

Ein Stupor kann - je nach Ursache, Verlauf und vor allem therapeutischem Einsatz - Minuten bis Stunden andauern, früher (ohne die heutigen Möglichkeiten einer neuroleptisch-anxiolytischen Pharmakotherapie) sogar Tage bis Wochen.

Beispiele: Stupor-ähnliche Zustände sind auch beim Gesunden möglich: Panikreaktionen auf Katastrophen-Ereignisse, Schock, sonstige Schreck-, Bedrohungs- und Gefahren-Situationen, bei Überwältigung durch schlimme Nach-

richten (Tod eines Kindes, Verlassenwerden), ja sogar vor oder während des Examens (so genannter Examensstupor).

Ferner Zustände großer Angst und Ratlosigkeit (psychogener Stupor, vergleichbar dem Totstellreflex verfolgter Tiere).

Stupor bei der Schizophrenie (katatoner Stupor) als Erstarren in Angst und Schreck bei schwerster Bedrohung des Ich-Bewusstseins (s. dieses) bzw. bei Angst und Schrecken verbreitendem wahnhaft-halluzinatorischem Erleben. Stupor bei psychomotorisch schwer gehemmter endogener Depression (depressiver Stupor), ebenfalls durch Angst, Ratlosigkeit, Schuldgefühle, durch Entschlussunfähigkeit u. a. Schließlich Stupor bei Enzephalitis, Epilepsie, gelegentlich Intoxikationen („pharmakologischer Stupor“ bei hochdosierten Neuroleptika) usw.

◆ **Hyperkinese, katatone Erregung, Raptus:** quantitative Abweichung der Psychomotorik vom normalen Bewegungsablauf im Sinne einer gesteigerten Motorik, eines Überschusses an Spontan- und Reaktiv-Bewegungen.

Krankheitsbild: unruhig, fahrig, gespannt, Umherlaufen, Umhertrippeln, Aufspringen, Fingern, Nesteln, Händeringen, Kratzen (auch sich selber), lautes, inadäquates Gelächter, Seufzen, Schimpfen, Toben, Heulen, Schreien, gegen Wände und Türe anrennen usw.

Neigung zu Impulshandlungen und Gefahr fremd- und selbstaggressiver Durchbrüche, vom Zerreißen der Kleider über Tätlichkeiten gegenüber Mitpatienten und Personal bis hin zur Selbstverstümmelung (*Automutilation*) oder gar Selbsttötungsversuchen. Im Einzelnen:

- *Hyperkinese* (vom griech.: hyper = über, übermäßig und kinein = bewegen): gesteigerter Bewegungsablauf.
- *Katatone Erregung:* siehe Katatonie.
- *Raptus* (vom lat.: rapere = hin-, fortreißen, ergreifen, eilig vollbringen, in Hast zurücklegen, aus- und zerreißen, mit Gewalt fortreißen u.a.m. sowie als raptus = Ruck, Zuckung, Krampf, Raub usw.): extremer seelisch-körperlicher Erregungszustand mit Selbst- und Fremdgefährlichkeit.

Beispiele: selten psychoreaktiv, ggf. sogar bei Gesunden. In grenzwertiger bis krankhafter Form vielfältig, je nach Krankheitsbild bei Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen: Unter dem Einfluss von Alkohol, Rauschdrogen und bestimmten Arzneimitteln. Bei manischer Erregtheit. Möglich auch bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Störung - ADHS. Ferner unter Neuroleptika-Überdosierung (z. B. Parkinsonoid, Akathisie /Tasikinesie, Spätdyskinesien). Bei bestimmten neurologischen Erkrankungen extrapyramidaler Ursache

(Tremor, Athetosen, Dyskinesien und choreiforme Bewegungsstörungen). In extremer Form meist katatoner Erregungszustand bei schizophrener Psychose, weniger ausgeprägt auch bei agitierter Depression.

◆ **Grimassen, Fratzenschneiden, Faxen-Syndrom, Paramimie:** inadäquate Mimik. Im Einzelnen:

- *Grimassieren:* groteske mimische Bewegungen ohne Beziehung zur aktuellen Situation.
- *Fratzenschneiden:* wie Grimassieren, jedoch noch ausgeprägter, grotesker, ggf. schauerlicher.
- *Faxen-Syndrom:* verspielt, clownhaft kindisch (= *Puerilismus*) mit faxenhafter Bewegungsunruhe.
- *Paramimie* (vom griech.: para = neben und mimetikos = nachahmend): Dissoziation (Auseinanderfallen) von Gefühl und mimischem Ausdruck. Beispiel: das Obergesicht ist angst- und schmerzverzerrt, die Mundpartie grinst.

Nicht selten bei *Parathymie* (siehe diese): z. B. lachend über schreckliche Schmerzen oder grauenhafte Körper-Missempfindungen berichtend.

Vorkommen: meist bei katatoner Schizophrenie (inzwischen aber eher selten zu sehen).

◆ **Katalepsie** (vom griech.: katalepsis = Angriff): Haltungsverharren, Haltungstereotypie, Bewegungsstarre. Äußert sich in

- *Haltungsverharren (starre Katalepsie), Haltungstereotypie:* Starres Beibehalten einer unnatürlichen, aktiv gesetzten oder zufällig eingenommenen Stellung eines Gliedes oder des ganzen Körpers über längere Zeit, auch wenn sie noch so unbequem oder unnatürlich ist.

Das kataleptische Verharren des Kopfes in angehobener Haltung beim liegenden Patienten nennt man „psychisches Kopfkissen“ (meist katatone Schizophrenie).

- *Flexibilitas cerea:* wächserne Biegsamkeit. Fortdauernde, automatenhafte Muskelspannung bei passiver Änderung von Körperhaltung oder Gliedmaßen wie bei den früheren Wachspuppen (heute Draht- oder Plastikpuppen). Behält der Patient diese Haltung bei, handelt es sich um ein Haltungsverharren (s. o.).

Vorkommen: meist katatone Schizophrenie.

◆ **Negativismus** (vom lat.: negativus = verneinend): Zustand der Sperrung, Verneinung, des Widerstrebens gegen äußere Einwirkungen und eigene Intentionen. Dadurch erscheint das Verhalten überkontrolliert bis erstarrt. Beispiel: Unterbrechung der Begrüßungsgeste (Hand zurückziehen), stereotype Beantwortung von Fragen durch Gegenfragen u. a. Man unterscheidet auch

- „*passiven Negativismus*“: Verweigern
- „*aktiven Negativismus*“: das Gegenteil des Verlangten tun

Vorkommen: meist (katatone) Schizophrenie.

◆ **Ambitendenz** (vom lat.: ambo = beide und tendere = spannen): Antrieb und Gegenantrieb bleiben nebeneinander bestehen. Beispiel: Die Hand ausstrecken und wieder zurückziehen, einige Schritte vor und dann aber wieder zurückgehen u. a.

Vorkommen: Schizophrenie.

◆ **Motorische Stereotypien** (vom griech.: stereos = starr und typos = Gepräge), auch Bewegungs-Stereotypien genannt: gleichförmig wiederholte Bewegungen verschiedener Art, mehr oder weniger sinnlos erscheinend, die nicht durch äußere Reize ausgelöst werden. Dabei unterscheidet man Handlungs- und Sprech-Stereotypien, und zwar

- *einfacher Natur*: Wischen, Kratzen, Schnäuzen, Stoßen, Reiben, Blinzeln, Grimassieren, Händereiben, rhythmisches Klopfen mit den Fingern, Schaukelbewegungen des Körpers u. a.
- *komplizierte Bewegungsabläufe*: gleichförmiges Hin- und Hergehen oder -trippeln, rauf und runter Steigen, Öffnen und Schließen von Schnallen und Knöpfen usw.
- *Sprech-Stereotypien*: leere Wiederholungen immer gleicher Silben, Wörter oder Sätze bzw. das Aneinanderreihen von Silben oder Bruchstücken von Worten (*Verbigeration, Iteration*).
- *Weitere Stereotypien*: im Schreiben, Zeichnen. Malen u. a.

Beispiele: bei (über-)lebhaften Kindern, auch als „Übersprungshandlung“, bei diffuser hirnorganischer Schädigung (z. B. nach Enzephalitis, bei schwerer Oligophrenie oder Demenz) als einfache motorische Stereotypien, als Sonderform beim Tourette-Syndrom, zumeist bei schizophrener Psychose, insbesondere Katatonie und chronischer schizophrener Erkrankung als komplexe Handlungs-, Handlungs- und Sprech-Stereotypien.

♦ **Bizarres und inadäquates Verhalten:** ungewöhnliches, der Situation nicht angepasstes Verhalten, das vom jeweiligen kulturellen und sozial bestimmten Standard abweicht. Beispiele: Spucken, Rülpsen, Flatus, aber auch ungewöhnliche Posen, Manierismen u. a. Im Einzelnen:

- *Kakolalie* (vom griech.: kakos = schlecht, übel, verwerflich und laleein = viel reden, schwatzen): ordinäres Reden, obszöne Worte, unflätiges Beschimpfen u. a.
- *Posen* (vom lat.: ponere = setzen, stellen, legen): Annehmen und Beibehalten von Körperhaltungen, die den landesüblichen Gepflogenheiten nicht entsprechen.
- *Manierismen/Manieriertheit* (vom lat.-franz.: Geziertheit, Künstelei, unnatürliches Ausdrucksverhalten): verschrobenes Ausdrucksverhalten mit unnatürlichen, bizarren, gezierten, stilisierten, gekünstelten Bewegungen, posenhaften Haltungen, hochtrabendem und wichtigtuierischem Verhalten bis hin zu komplizierten Zeremonien und symbolhaft-rituellen Handlungen, oft auch „süßliches Gehabe“ bzw. entsprechende Auffälligkeiten in Redestil, Schreiben, Zeichnen, Malen u. a.

Beispiele: meist schizophrene Psychose.

♦ **Automatismen** (vom griech.: autos = von selber): Automatisches, d. h. nicht-beabsichtigtes, aber auch willkürlich nicht zu unterdrückendes Ausführen von Bewegungen oder Handlungen, die der Patient als nicht von ihm selbst gewollt empfindet. Beispiele: ruckartige oder schleudernde, ausfahrende Bewegung der Gliedmaßen, im mimischen Bereich Kauen, Schmatzen, Schnalzen oder Pusten u.a.m. Dabei kann man differenzieren in:

- *Befehlsautomatie:* automatenhaftes Befolgen äußerer Befehle (z. B. aufgrund krankhafter Fremdbeeinflussung).
- *Echo-Erscheinungen* (vom griech.: echo = Wiederhall): Der Anreiz zu einer Handlung basiert lediglich auf einem Beispiel, das der Kranke nachahmt. Solche merkwürdigen Imitationsphänomene äußern sich beispielsweise in
- *Echolalie* (vom griech.: lalein = Reden): willenloses, echohaftes Nachreden vorgesagter oder zufällig wahrgenommener Worte oder Sätze.
- *Echopraxie* (vom griech.: prassein = Tun, Handeln): Nachahmung von *Bewegungen*.
- *Echomimie* (vom griech.: mimikos = komödiantisch): automatenhafte, sinnlose Nachahmung der Mimik anderer.
- *Echographie* (vom griech.: graphein = Schreiben): Nachahmen von Schreibbewegungen.

Beispiele: Mitunter psychogen bei ausgeprägten Schreck-, Bedrohungs- und Gefahren-Situationen, bei erhöhter Suggestibilität, Oligophrenie, neurologischen Systemerkrankungen, Enzephalitis, neuroleptischer Langzeitmedikation (Dyskinesie), psychomotorisch schwer gehemmten „endogenen“ Depressionen, Epilepsie, Intoxikation, ausgeprägt bei schizophrener (katatoner) Psychose.

◆ **Anhang:** Parakinesen sind der Oberbegriff für qualitativ abnorme psychomotorische Abläufe. Beispiele: Bewegungsstereotypien, Sprachstereotypien, Katalepsie usw. (s. dort).

UNTERSUCHUNGSGANG

Die Wertung der Psychomotorik basiert im Wesentlichen auf der Beobachtung von Haltung, Gang, Mimik, Gestik und Sprechweise. Die Unterscheidung quantitativer Veränderungen, also die Differenzierung zwischen gesteigerter und verminderter Motorik dürfte im Allgemeinen nicht schwer fallen. Qualitative Veränderungen (Parakinesen - s. o.) sind zwar schon schwieriger, aber ebenfalls durch ihren unharmonischen und sinnlosen Bewegungsablauf rasch erkennbar. Dies betrifft vor allem Grimassieren, Bewegungs- und Sprachstereotypien, aber auch das Haltungsverharren, die wächserne Biegsamkeit sowie die Manieriertheit.

Differentialdiagnostische Probleme wirft bisweilen die Unterscheidung zwischen katatonem und depressivem Stupor auf. Beim einen ist die Muskelspannung eher vermehrt, beim anderen vermindert. Außerdem erleichtert die übrige Psychopathologie die richtige Diagnose.

LITERATUR

Umfassendes Angebot an Fach-Literatur zu den erwähnten Störungen. 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 in den entsprechenden Kapiteln von
www.psychosoziale-gesundheit.net