

### 8.3 Experimentelle Psychologie

Die Auseinandersetzung darum, ob die Psychologie als Wissenschaft tendenziell eher Geistes- oder Naturwissenschaft ist, liegt in ihren Kernfragen. Die ‚Seele‘ war bis ins 19. Jahrhundert Territorium der Philosophie und Theologie, wie im Verlauf des Buches bereits deutlich wurde. Diese Differenz innerhalb der Psychologie ist bis in die Gegenwart hinein spürbar, wenn junge Menschen den Berufswunsch des Psychologen angeben und damit meist den des Psychotherapeuten meinen und im Studium der Psychologie überrascht sind, dass relativ viele mathematisch-naturwissenschaftliche Anteile enthalten sind, die zunächst nichts mit den allgemeinen Vorstellungen des (verstehenden) Therapeuten gemein haben. Auch innerhalb der späteren Therapierichtungen wird die Diskrepanz zwischen tendenziell eher geisteswissenschaftlicher Ausrichtung (Psychoanalyse) und naturwissenschaftlicher Ausrichtung (Verhaltenstherapie) sehr deutlich.

Die experimentelle Psychologie war historisch betrachtet eine der Strömungen innerhalb der Psychologie, die sie eher in die naturwissenschaftliche Richtung lenken wollte. Wilhelm Wundt errichtete bereits in den späten 1870er-Jahren eines der ersten Laboratorien für Experimentalpsychologie. Die Forschung der Sinne und der daraus erwachsenen Gefühle war ein Schwerpunkt der Forschung, aber auch Reaktionen auf Emotionen. Auch Reiz-Reaktion-Muster wurden untersucht (z.B.: Wie lange dauert es, einen Knopf zu drücken, oder was passiert, wenn mehrere Aufgaben gleichzeitig zu erledigen sind?) (vgl. Hunt 1993).

Besonders interessant waren jene Forschungen, denen sich zeitgleich der deutsche Psychologe Paul Menz zuwandte. Er wollte herausfinden, wie sich physiologische Aspekte auf den Menschen auswirkten, genauer gesagt auf Atmung und Herzschlag. Dabei gab er seinen Versuchsteilnehmern verschiedene Impulse: Einmal bekamen die Probanden Menthol zum Riechen, das nächste Mal ein Bild einer Blume oder ein Stück Zucker. Jeweils wurden Atmung und Herzschlag gemessen. Ziel war es, zu ermitteln, wie sich Emotion und Herzschlag zueinander verhielten (vgl. Schönpflug 2013).

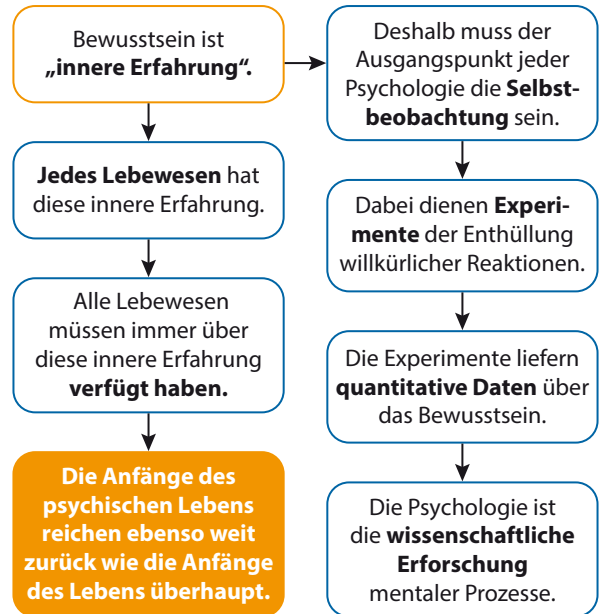


Abb. 5: Wundts experimentelle Psychologie (vgl. Collin 2012:34)

**Lernen nach Ebbinghaus** In Berlin forschte zur selben Zeit Hermann Ebbinghaus, der sich mit der Gedächtnisleistung befasste und durch Selbstbeobachtungen zu den bereits damals bekannten Ergebnissen gelangte:

- Je mehr Lernstoff zu lernen ist, desto mehr Zeit benötigt der Mensch dazu.
- Je mehr Zeit zwischen den Lerneinheiten liegt, desto mehr vergisst man wieder.
- Das Wiedererlernen bereits gelernten Wissens geschieht schneller, als wenn man einen neuen Gegenstand erlernen muss.

Damit konnte Ebbinghaus keine Anerkennung innerhalb der Wissenschaftsgemeinde erlangen, sehr wohl aber für seine präzise Darstellung dieser Erkenntnisse, indem er die **Lern- und Vergessenskurven** aufgrund seiner Beobachtungen entwickelte. Auch dafür, dass er aufzeigen konnte: Je sinnhafter der Lernstoff ist bzw. je mehr er an lebensweltliches Wissen anknüpfbar ist, desto leichter wird er sich einprägen lassen.

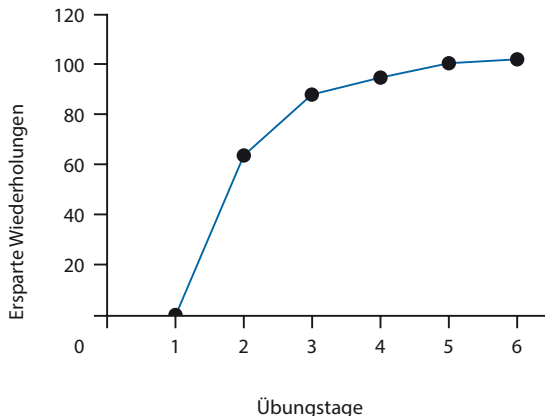
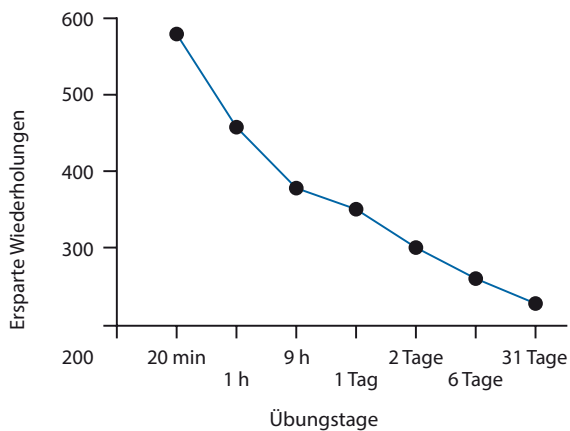


Abb. 6: Lernkurve/Vergessenskurve nach Ebbinghaus (Schönpflug 2013:273)



Mit der experimentellen Psychologie wurde in den folgenden Jahren für den Bereich des Lehrens und Lernens beachtliche Fortschritte gemacht. Zusammengefasst sehen Ebbinghaus Ergebnisse wie folgt aus:

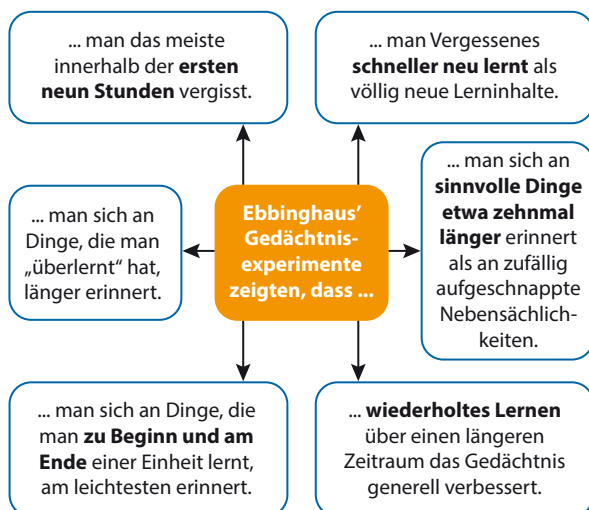


Abb. 7: Ebbinghaus' Gedächtnisforschungen (vgl. Collin 2012:48)

**Experimente** Innerhalb der experimentellen Psychologie wurde die Frage aufgeworfen, was eigentlich ein Experiment sei und welche Qualitätskriterien (Güte) es erfüllen müsse, damit es als Experiment anerkannt werden könne. Der ‚Vater der Experimentalpsychologie‘ Wilhelm Wundt formulierte dazu **drei zentrale Aspekte eines Experiments**:

1. genaue Bestimmung und Beschreibung der Versuchsbedingungen
2. genaue Erfassung der (Probanden-)Reaktion
3. Wiederholbarkeit des Experimentes unter gleichen Bedingungen mit gleichen Messergebnissen

Der Streit um die Experimente begann 1907 mit Experimenten zu Wahrnehmen und Denken in Würzburg. Wundt kritisierte, dass in den dortigen ‚Scheinxperimenten‘, wie er sie nannte, eine Wiederholbarkeit ausgeschlossen sei, da den Probanden Fragen zu ihren Denkvorgängen gestellt wurden, die so nicht wiederholbar seien: „Diese Methode ist so ungeheuer einfach. Man braucht nur zu fragen und jemanden zu haben, der sich fragen lässt, so kann man über die höchsten und über die tiefsten Probleme des Bewusstseins Aufschluss gewinnen, ohne sich mit komplizierten Instrumenten zu behelligen und ohne sich um seitabliegende Kontrollmittel zu bemühen. Angesichts dieser verlockenden Einfachheit, die sich gleichwohl mit dem stolzen Namen einer experimentellen, als exacten (...) Methode schmückt, halte ich es nicht für ausgeschlossen, dass das Ausfrageexperiment noch weitere Kreise zieht, (...) so gibt es (...) ihnen verwandte Verfahrensweisen, wie z. B. die (...) Sammlung von Selbstbeobachtungen mittels der Versendung von Fragebogen, (...). Welche Triumphe wird (...) diese Methode feiern, wenn sich die Pädagogik ihrer bewältigt, wenn die Schulbank gleichzeitig zur Experimentierbank wird“ (Wundt 1907:359f.). Bühler (1908) hielt dagegen, dass das Würzburger Frageverfahren nicht zwangsläufig zur Verfälschung von Ergebnissen führe. Die Aussagen der Probanden seien unter selben Bedingungen durchaus vergleichbar, damit sei auch die von Wundt geforderte Wiederholung gewährleistet (vgl. Bühler 1908).

Mit dem Streit, wo sich die Psychologie als Fach zu verorten habe, zeigt sich zeitgleich, dass sie kurz vor der akademischen Implementierung stand (wenngleich die Diskussion, was die Psychologie letztlich sei, bis in die Gegenwart als ungeklärt gelten muss).

## 8.4 Die Stellung der Psychologie zum Ende des 19. Jahrhunderts

Mit der Implementierung von Forschungsrichtungen in den akademischen Kontext gehen gewisse Innovationen durchaus verloren. Die Akademisierung eines Wissenschaftszweiges unterwirft diesen auch gewissen Sachzwängen. Trotz der humboldtschen Idee des liberalen Wissenschaftsmodells werden an Universitäten Experten und Expertinnen für ihre jeweilige Zunft ausgebildet und müssen sich daher Prüfungen unterwerfen. Dieser Umstand führt dazu, dass sich Professorinnen und Professoren absprechen, welche Gebiete des jeweiligen Faches zu prüfen sind. Damit wird eine Festlegung über scheinbar ‚wichtigere‘ sowie tendenziell eher ‚unwichtigere‘ Aspekte getroffen.

**Institutionalisierung der Psychologie** Die Psychologie als akademisches Fach etablierte sich trotz der Grundproblematik, sich nicht eindeutig als Natur- oder Geisteswissenschaft verorten zu lassen. Das Problem wurde vor allem pragmatisch gelöst, indem an verschiedenen Hochschulen Institute gegründet wurden und die jeweiligen Lehrenden von ihrer durch Humboldt initiierten Lehrfreiheit die jeweiligen Schwerpunkte festlegten (Curricula). In vielen Ländern der Welt wurden darüber hinaus Institute und Fachzeitschriften gegründet. Die Forschenden waren in stetigen Kontakt. Auch der Umstand, dass an den meisten Universitäten den Studierenden die Möglichkeit geboten wurde, selbst zu forschen und sich damit für die Lehre zu qualifizieren, erhöhte die Überlebenschancen der Psychologie als eigenständiges Fach innerhalb der Universitäten. Stabilisiert wurde das Fach zusätzlich dadurch, dass die Gymnasiallehrer immer noch an Philosophischen Fakultäten ausgebildet wurden und ihre Prüfungsordnung vorsah, neben Pädagogik noch Psychologie zu belegen. Damit war

### ➔ Zusammenfassung Kapitel 8

- ➔ Das 19. Jahrhundert kann als eine Wachstumsepisode Europas verstanden werden, in deren Kontext auch die Wissenschaft an Bedeutung und Ausbau gewann, allen voran die Universitäten.
- ➔ Das Bewusstsein als zentrales Phänomen der Psychologie wurde vorrangig durch die ‚Phänomenologie‘ (Brentano) untersucht. Das Erkennen der einzelnen Persönlichkeiten und deren Verständnis wurde durch die ‚verstehende Psychologie‘ etabliert. Diese kann als Vorläufer der modernen Psychotherapie

es den Psychologen möglich, Forschungsgelder von den jeweiligen Universitäten zu verlangen (vgl. Grundlach 2004).

Ebenso die Etablierung **internationaler Vereinigungen** und Fachgesellschaften trug zur Identifikation der Psychologie als eigenständiges Fach bei, wie die folgenden Tabellen zeigen:

| Nationale psychologische Vereinigungen (Gründungsjahr) |             |   |
|--|-------------|---|
| 1892   | USA         | American Psychological Association          |
| 1896   | Deutschland | Gesellschaft für experimentelle Psychologie |
| 1901   | Frankreich  | Société de Psychologie                      |
| 1902   | England     | British Psychological Society               |
| 1910   | Italien     | Societa Italiana Psicologica                |

Abb. 8: Gründungsjahre der nationalen psychologischen Vereinigungen (Schönpflug 2013:280)

| Fachzeitschriften der Psychologie (Jahr der Erstausgabe) |   |
|--|---|
| 1881   | Philosophische Studien  |
| 1887   | American Journal of Psychology                                    |
| 1890   | Zeitschrift für Psychologie                                       |
| 1894   | Psychological Review  |
| 1894   | L'Année Psychologique   |
| 1903   | Archiv für die gesamte Psychologie                                |
| 1904   | British Journal of Psychology                                     |
| 1905   | Rivista die Psicologica Generale e Applicata Normale e Patologica |

Abb. 9: Erstausgabejahr der Fachzeitschriften für Psychologie (Schönpflug 2013:280)

verstanden werden, die u.a durch Dilthey installiert wurde.

- ➔ Fortschritte in den Naturwissenschaften führten dazu, dass die Psychologie sich die Frage stellen musste, ob sie nicht (auch) eine Naturwissenschaft sei. Vertreter der ‚experimentellen Psychologie‘ (Wundt) machten sich dafür stark und etablierten Laborexperimente als Methoden der Psychologie.
- ➔ Bis zum Jahre 1900 hatten weltweit rund 40 Universitäten einen Lehrstuhl für Psychologie. Darüber hinaus bildeten sich nach und nach internationale Gesellschaften und Zeitschriften zur Thematik.

**Merke:** Die Moderne lässt sich zwei einander entgegengesetzte Richtungen differenzieren: eine ökonomisch ausgerichtete und eine, die ästhetische Aspekte bei der Produktion und Verbreitung neuer Dienstleistungen betonte (vgl. Welsch 1991).

**Kritik** Die ökonomische Diskrepanz wurde von verschiedenen Wissenschaftlern früh kritisiert, so wurde die reine Ökonomisierung von Wissen wurde beispielsweise von Vertretern der ‚Frankfurter Schule‘ (Institut für Sozialforschung) abgelehnt. Das Institut wurde 1930 in Frankfurt durch Max Horkheimer (1895–1973) gegründet und unter der NS-Herrschaft nach Frankreich und später in die USA verlagert. Im Jahr 1950 wurde das Institut unter Horkheimer und **Theodor W. Adorno** (1903–1969) erneut in Frankfurt etabliert. Adorno und Horkheimer vertraten rückbeziehend auf Karl Marx eine ‚Kritische Theorie‘, die von der Entfremdung des Menschen von sich selbst in Wirtschaft und Verwaltung ausgeht: „Die Signatur des Zeitalters ist es, dass kein Mensch ohne alle Ausnahmen, sein Leben in einem einigermaßen durchsichtigen Sinn (...) mehr selbst bestimmen kann. Im Prinzip sind alle, noch die Mächtigsten, Objekte (...). Das objektive Ende der Humanität ist nur ein anderer Ausdruck fürs Gleiche. Es besagt, dass der Einzelne als Einzelner, wie er das Gattungswesen Mensch repräsentiert, die Autonomie verloren hat, durch die er die Gattung verwirklichen könnte“ (Adorno 1980:41). Als Symptome der Selbstentfremdung stellt Adorno den Umstand des Tauschhandels (Waren werden gegen Geld für den Haushalt gekauft) sowie die Verschmelzung von Arbeit und Privatem heraus.

## 9.2 Moderne Psychologie und ihre Paradigmen

Wenngleich der Streit zwischen natur- und geisteswissenschaftlicher Verortung der Psychologie bis in die Gegenwart hineinreicht, so sorgte die Moderne dafür, dass **drei zentrale Richtungen** innerhalb der Psychologie bis heute Bestand haben:

- Behaviorismus (Theorie des Verhaltens)
- Tiefenpsychologie (Theorie des Unbewussten)
- Kognitivismus (Theorie des Erkennens)

**Behaviorismus** Besonders der Behaviorismus hat sich zur Moderne bekannt – auch was die Effizienzsteigerung des Menschen betrifft. So versprach der Verhaltenspsychologe **Burrhus F. Skinner**: „Was wir brauchen, ist eine Technologie des Verhaltens. Wir wären imstande, unsere Probleme rasch genug zu lösen, wenn sich das Wachstum der Weltbevölkerung genauso exakt regulieren ließe, wie wir den Kurs eines Raumschiffs regulieren, oder wenn wir Landwirtschaft und Industrie mit der gleichen Sicherheit verbessern könnten, mit der wir zum Beispiel Elektronen beschleunigen, oder wenn wir einer friedlichen Welt in der Art des unablässigen Fortschritts entgegenstreben, mit dem die Physik dem absoluten Nullpunkt näher gekommen ist“ (Skinner 1973:11). Skinner war bekennender Sozialdarwinist und war der Meinung, dass der Mensch keine eigene Autonomie besitze, aus der heraus seine Würde zu begründen sei. Vielmehr ginge es darum, den Menschen im Sinne eines evolutionären Vorteils zu optimieren, damit dieser in einer ihn feindlich umgebenden Umwelt überleben könne.

**Tiefenpsychologie** Die Psychoanalytiker hingegen äußerten sich zu Fragen der Verhaltenskontrolle und zur Technologisierung kritischer. Sigmund Freud (Begründer der Psychoanalyse) merkte dazu an: „Was nützt uns die Einschränkung der Kindersterblichkeit, wenn gerade sie uns die äußerste Zurückhaltung in der Kinderzeugung aufnötigt, so dass wir im ganzen doch nicht mehr Kinder aufziehen, als in den Zeiten vor der Herrschaft der Hygiene, dabei aber unser Sexualeben in der Ehe unter schwierige Bedingungen gebracht und wahrscheinlich der wohlthätigen, natürlichen Auslese entgegengearbeitet haben“ (Freud 2015:241). Der technische Fortschritt, so Freud weiter, wäre nur ‚billiges Vergnügen‘, dass den Menschen nicht zu tieferen Einsichten in sich selbst verhelfen können. Hier könne die Psychoanalyse den Menschen behilflich sein. Für Freud stand fest, dass das menschliche Ich, welches er in seiner ‚Ich-Theorie‘ herleitet, immer in der schwierigen Situation sei, zwischen dem eigenen inneren Kern, der Außenwelt und den inneren Trieben, die jeder Mensch in sich trägt, vermitteln zu müssen (s. Teil III, Kap. 2.1). Die Psychologie konnte sich deshalb in die Moderne integrieren, da sie von Adorno und der Frankfurter Schule aufgegriffen wurde, um die Selbstentfremdung des Menschen in einer kapitalistischen Welt zu erklären. Damit war die Psychoanalyse auch in den Sozial- und Kultur-, und Gesellschaftswissenschaften verankert.

**Kognitivismus** Der Kognitivismus als Lehrmeinung kam in der Moderne an, da er sich vorrangig mit naturwissenschaftlichen Methoden auseinandersetzte und diese in den Labo-

ren verfeinerte. Aus gesellschaftspolitischen Diskussionen wurden die Theorien des Kognitivismus herausgehalten, im Gegensatz zu denen von Psychoanalyse bzw. Behaviorismus.

Was alle modernen Wissenschaften vereint, ist der Umstand der **Paradigmen**. Paradigmen können als Lehrmeinungen und Vorbilder verstanden werden. Wissenschaftstheoretiker Thomas Kuhn formulierte fünf Aspekte, die ein Paradigma haben muss, um als solches zu gelten:

1. eine theoretische Grundannahme
2. Forschungsmethode/-n
3. Darstellungsform/-en
4. Führende Persönlichkeit/-en (Gründungsväter/-mütter)
5. Eine Wissenschaftlergemeinschaft, die das Interesse bekundet, das jeweilige Paradigma gegenüber Dritten zu vertreten.

Am Beispiel der Psychoanalyse lassen sich die fünf Aspekte verdeutlichen:

1. Die **Grundannahme** in der Psychoanalyse ist, dass der Mensch ein Triebwesen ist, das im Laufe seines Lebens lernen muss, mit seinen Grundtrieben (Essen, Sexualität) umzugehen, welche zugleich sein Handeln beeinflussen.
2. Eine der zentralen **Forschungsmethoden** stellt in der Therapie die freie Assoziation dar, wobei der Patient frei erzählt und durch diesen freien Bericht zur Selbsterkenntnis gelangen kann.
3. Die zentrale **Darstellungsformen** in der Psychoanalyse waren Zeitschriften, Buchpublikationen sowie in

den Anfangsjahren Expertengesprächskreise (Wiener Mittwochsgesellschaft).

4. Die **führende Persönlichkeit** der Psychoanalyse war Sigmund Freud, ein jüdischer Arzt und Psychiater.
5. Bis in die Gegenwart bestehen international mehrere psychoanalytische Gesellschaften, die die freudsche Theorie verbreiten (z.B. Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft).

### ➔ Zusammenfassung Kapitel 9 Moderne

- ➔ Das 19./20. Jahrhundert ist von technischem und sozialem Wandel durchzogen, der durch die Bevölkerung sowohl kritisch als auch positiv begleitet wurde. Positiv gestimmte Vertreter schauten neidvoll in die USA, Fortschrittsgegner bezeichneten Neuerungen als ‚Amerikanismen‘.
- ➔ In den USA verbreitete sich der Behaviorismus als Lehre vom Verhalten an den Universitäten und prägt eine starke naturwissenschaftliche Betrachtungsweise des Faches. In Europa fanden sich sowohl behavioristische als auch psychodynamische Perspektiven in der Psychologie.
- ➔ Sigmund Freud als Begründer der Psychoanalyse betonte die Bedeutung des Unbewussten auf menschliche Entscheidungs- und Verhaltensweisen.

## 10 Praktische Psychologie in der Moderne – die Psychologie als Beruf

### In diesem Kapitel lernen Sie,

- wie sich das Wissensfeld der Psychologie erweiterte (z. B. pädagogische Psychologie und klinische Psychologie);
- wie die Psychologie zum eigenständigen akademischen Berufsfeld wurde;
- wie psychologische Tests Einfluss auf die Pädagogik nahmen welche Kritik es daran gab.

### 10.1 Die Moderne – Fortschritt, Zerstörung, Diktaturen und Aufbau

Die Moderne ist – wie schon andere Epochen zuvor – eine sehr wechselhafte Zeit. Im Zeitraum von 1900 bis 2000

wuchs die Weltbevölkerung von 1,7 auf über 6 Milliarden Menschen an. Der technische und medizinische Fortschritt verbesserte die Lebensqualität besonders in Europa und den USA, was mit einer steigenden Lebenserwartung einherging. Gesellschaftlich führte die 1968er-Bewegung

1. fürsorglich/nährend
2. kritisch (konstruktiv/destruktiv)

Damit wird deutlich, dass schon in den jeweiligen Ich-Zuständen eine komplexere Anlage steckt als die im Freud'schen Persönlichkeitsmodell.

### 2.5.3 Transaktionales Kommunikationsmodell

Grundsätzlich kann eine Transaktion im Transaktionsmodell als Botschaft zwischen zwei Menschen verstanden werden, die aus ihren jeweiligen Ich-Zuständen heraus ins Gespräch gehen. Dabei ist zu bedenken, dass Interaktionen zwischen zwei Individuen dauernd fortlaufende Erscheinungen sind im Sinne Aktion-Reaktion-Aktion-Reaktion(-usw.). Watzlawick nennt diesen Umstand auch ‚Interpunktion‘, die TA setzt demnach an einem beliebigen Punkt der Interaktion an (vgl. Watzlawick 2011).

Nun können die **Transaktionsmuster** mit folgender Formel berechnet werden. Aus den drei Ich-Zuständen

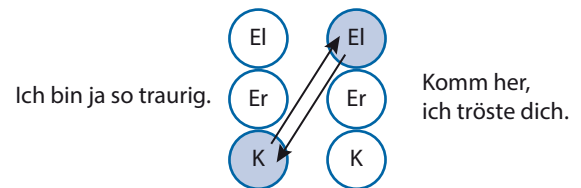
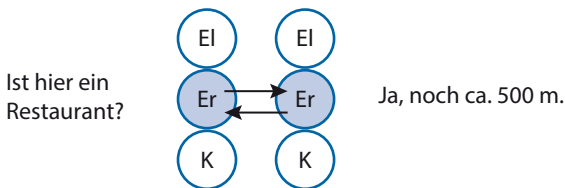
kann an die drei Ich-Zustände des Gegenübers gesendet werden, die wiederum dieselbe Zahl von Antworten produzieren können:  $9 \cdot 9 = 81$  Transaktionsmuster. Da darüber hinaus auch verdeckte Transaktionen stattfinden können, in denen zeitgleich zwei Ich-Zustände angesprochen werden und dies von beiden Interaktionspartnern ausgehen kann, ergibt sich folgende Rechnung:  $18 \cdot 9 + 9 \cdot 18 + 18 \cdot 18 = 729$  Transaktionsmuster, sofern zwei Personen miteinander interagieren (vgl. Kriz 2007).

Insgesamt jedoch lassen sich **drei Hauptformen** voneinander unterscheiden:

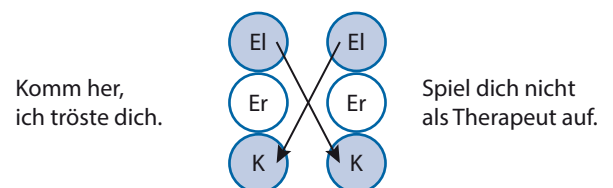
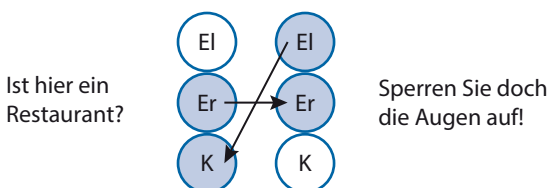
- Parallele/Komplementäre Transaktionen
- Gekreuzte Transaktionen
- Verdeckte Transaktionen

Bei den parallelen/komplementären Transaktionen wird von jenem Ich-Zustand aus reagiert, an den die Botschaft gesendet wurde. Bei den verdeckten Transaktionen wird neben dem Inhalt vor allem Beziehungsinteraktion betrieben, die zumeist über Gestik/Mimik oder Tonfall reguliert wird.

#### Parallele Transaktion



#### Gekreuzte Transaktion



#### Verdeckte Transaktion

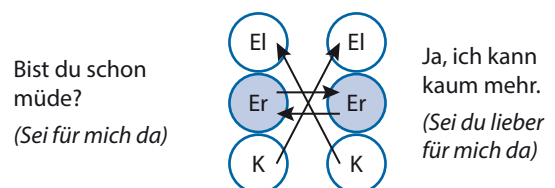
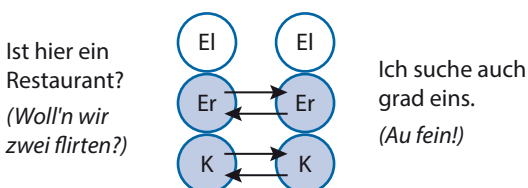


Abb. 34: Transaktionsabläufe im Modell (Kriz 2007:93)



**Merke:** Für die TA steht die Interaktion zwischen Individuen im Mittelpunkt ihrer Betrachtungsweise.

In der Abb. 34 werden die verschiedenen Transaktionsmomente dargestellt.

Zentral bei der TA ist letztlich, die wiederkehrenden Transaktionsmuster herauszuarbeiten, um diese als erlernte ‚Rollenspiele‘ zu erkennen.

### 2.5.4 Spielanalyse

Die sogenannte Spielanalyse spielt eine entscheidende Rolle innerhalb der TA. „Ein Spiel besteht aus einer fortlaufenden Folge verdeckter Komplementär-Transaktionen, die zu einem ganz bestimmten, voraussagbaren Ergebnis führen“ (Berne 1967). Gerade bei den Spielen geht es dem Spielenden (zumeist unbewusst) darum, ‚emotional zu gewinnen‘. Diese Spiele -so Berne- werden vor allem deshalb gespielt, um frühkindlich erlernte Eltern-Kind-Transaktionen, die verboten waren, im Erwachsenenalter auszuleben. So wird beispielsweise stark gejamert, dass es einem nicht gut geht, um durch Freunde, Verwandte oder Kollegen Mitleid zu bekommen. Das hinter dem Mitleid steckende Gefühl der Zuwendung/‚emotionales Streicheln‘ führt dazu, den ‚Hunger nach Zuwendung‘ im Erwachsenenleben zu stillen.

Neben dem Hunger nach Zuwendung sind auch die erworbenen **Glaubenssätze** entscheidende theoretische Überlegungen innerhalb der TA. Dabei handelt es sich um Vorstellungen, die während der Kindheit gelegt werden und sich im Individuum festsetzen. Klassische Glaubenssätze können dabei sein ‚Ich schaffe das sowieso nicht‘ oder ‚Ich muss den Mund halten, ich habe keine Ahnung‘. Diese Glaubenssätze werden in der Kindheit angelegt, aber auch durch den Erwachsenen selbst später reproduziert (zum großen Teil in inneren Dialogen) und so zum ‚Lebensskript‘ (vgl. Kriz 2007).

**Merke:** Glaubenssätze werden in der Kindheit angelegt und im Erwachsenenalter im inneren Dialog verfestigt. Diese prägen das Interaktions- und Spielverhalten des Menschen. Je nach Glaubenssatz werden spezifische Aspekte angesprochen oder negiert. So kann beispielsweise eine Person, die den Glaubenssatz ‚Ich kann das eh nicht‘ verinnerlicht hat, bei den simpelsten Aufgabenstellungen scheitern, nur aufgrund des verinnerlichteten Glaubenssatzes.

Ein zentrales Spielmoment, das von Berne beschrieben wird, ist das Spiel ‚Wenn du nicht wärst‘, was im folgenden Fall erläutert wird:

**Beispiel** *Matthias, Anfang 40, der durch seine Eltern zur Unselbstständigkeit erzogen wurde, hat seinen Mann Martin geheiratet, der sehr ehrgeizig ist und erwartungsgemäß recht rasch Karriere machte. Durch Martins antreibende Art hat auch Matthias sein Studium beendet und sogar eine Doktorarbeit verfasst. Im Laufe der Zeit beschwert sich Matthias aber immer häufiger bei Martin, dass die ganze Hausarbeit und die Kinderbetreuung auf seinen Schultern lasten würden. Letztlich lässt sich das Paar nach 12 gemeinsamen Jahren scheiden. Und obwohl Matthias sehr gute Bedingungen vorfand (die Kinder waren mittlerweile älter und selbstständiger und auch für die Kinderbetreuung war gesorgt) stellte Matthias fest, dass ihn sein Beruf überfordere, und gab trotz der guten Ausgangslage seinen Job auf.*

*Interpretation des Falls: Matthias hat (unbewusst) einen erfolgreichen und ehrgeizigen Partner gewählt, dessen hohe berufliche Zielsetzungen voraussehbar waren. Gemeinsam haben sie sich letztlich als Paar für Kinder entschieden. Nun hat Matthias die Möglichkeit bekommen, Martin sein Leid zu klagen, dass er so viel tun könnte ‚wenn er bzw. die Kinder nicht wären‘. In Wirklichkeit kaschiert Matthias hier den Umstand, dass er Angst vor den an ihn gestellten Aufgaben im Job hat. So lange Martin da ist, fällt dies auch nicht auf, dass alles ‚irgendwie‘ läuft, mit dem Wegbrechen von Martin wegen der Scheidung wird dann letztlich doch die Überforderung von Matthias deutlich.*

Das Kind-Ich hat in diesem Fall den passenden Partner gewählt. Durch die klagende Situation von Matthias hat er Martin im Alltag einiges abringen können, da er mit Schuldgefühlen gearbeitet / gespielt hat.

### 3 Angst- und Panikstörungen

Zur leichten Erfassung der einzelnen Störungsbilder wird im Folgenden generell eine allgemeine **Definition** vorgenommen, gefolgt von der **Epidemiologie** (Verteilung von Krankheiten in der Allgemeinbevölkerung) und der **Ätiologie** (Befassung mit den Ursachen für das Entstehen einer Krankheit).

Zu der in modernen Gesellschaften weit verbreiteten Krankheitsgruppen gehören die Angst- und Panikstörungen. Ursachen für diese Krankheitsbilder sind vor allem:

- hoher Leistungsdruck
- veränderte Altersstrukturen
- Isolierung und Vereinsamung (vor allem in Großstädten)
- Aufweichung familiärer Strukturen (aufgrund wachsender Flexibilität am Arbeitsmarkt)
- dauerhafte Berichterstattung von Katastrophen und Kriegen und die damit einhergehende Meinung, dass dreierlei Phänomene zugenommen hätten.
- unsichere Zukunftsszenarien

Unter dem Begriff der Angst- und Panikstörungen verbergen sich mehrere unterschiedliche Erscheinungsbilder. Zwei zentrale Störungsformen sind:

- generalisierte Angststörung
- Phobien/Panikstörungen

#### 3.1 Definition

Angst als zentral menschliches Gefühl ist allen Menschen bekannt und erscheint über den Lebenslauf hinweg immer wieder. Angst macht unter evolutionsbiologischen Aspekten Sinn, insofern der Mensch in der Steinzeit nicht überleben hätte können, ohne Angst zu haben. Angst setzt innerhalb des Organismus verschiedene Systeme frei, sodass der Mensch u.a. schneller weglaufen kann oder besondere Kräfte entwickelt. Aus der Entwicklungsgeschichte ist Angst als Gefühl und Auslöser verschiedener Stoffwechselfvorgänge für einen begrenzten Zeitraum daher sinnvoll. Problematisch wird Angst in modernen Gesellschaften, die in aller Regel nicht mehr damit rechnen müssen, dass sie ein Säbelzahn tiger angreift.

Bei pathologischer Angst besteht das vorrangige Problem darin, dass Angstgefühle zu schnell und ohne Bedrohungskontext ausgelöst werden. Für die meisten Betrof-

fenen ist zwar klar, dass keine reale Bedrohungssituation vorherrscht, dennoch erleben sie ein tiefes Angst- und Panikgefühl. Diese Gefühle haben zur Folge, dass geistige Prozesse völlig eingeschränkt sind und die Betroffenen stark handlungsunfähig werden. Für die Betroffenen entsteht daraus ein enormer Leidensdruck, da sie kaum noch in der Lage sind ein „normales Leben“ zu führen, da die Angst ihr Alltagshandeln beherrscht (vgl. Mery 2007).

Häufig verschlimmert sich die Situation, je mehr Angst-erfahrungen gesammelt werden, da sich nach und nach sich die Gedanken der Betroffenen um ihre Angst dreht, diese Gedanken steigern dann wiederum die Angst vor der Angst (Angstspirale). Häufig greifen die Betroffenen auf Verhaltensweisen zurück, die versuchen, der Angst zu entgehen. Diese **Spirale der Angst** (s. Abb. 1) kann wie folgt verstanden werden:

- Angstverursachende Aspekte werden gemieden, jedoch damit ist der Geist durchgängig mit der Vermeidung des angstauselösenden Umstandes befasst.
- Der ständige Gedanke an Gefahr löst im Körper Stressreaktionen aus, die zu körperlichen Veränderungen führen können, die wiederum in der Lage sind, körperliche Symptome auszulösen.

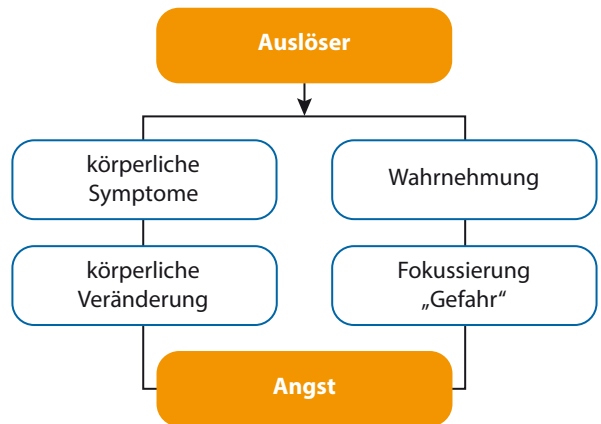


Abb. 1: Angstkreislauf nach Mery (Mery 2007:29)

Der abgebildete Angstkreis beschreibt die lerntheoretische Erklärung für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Angst. Dabei wird deutlich, dass Angstauselöser an jeder Stelle einsetzen können und dann den weiteren Kreislauf aufrechterhalten.

Im ICD werden fünf Typen von spezifischen Phobien (Ängsten) benannt:



**Typische Merkmale für Angststörungen sind:**

- Bedrohungen von außen sind nicht oder in extrem geringem Umfang vorhanden.
- Das Unbehagen sitzt tief und tritt sehr häufig (ohne Grund) auf.
- Die Betroffenen haben einen sehr hohen Leidensdruck.
- Aus der Angststörung heraus resultieren gravierende soziale Folgen (Rückzug aus sozialen Beziehungen; Lebensbewältigung ist aufgrund der Angst nicht mehr möglich oder stark eingeschränkt).

**3.2 Epidemiologie**

Angststörungen sind relativ weit verbreitet in der Bevölkerung, zwischen 10–15 % der Menschen leiden unter Angststörungen (vgl. Jacobi et al. 2014). Wobei sich die Anzahl bezogen auf die verschiedenen Panikformen unterschiedlich auswirkt, sowohl in Bezug auf Geschlecht als auch in Bezug auf die Angststörungsform selbst.

Deutlich wird, dass prinzipiell mehr Frauen als Männer unter Angststörungen leiden. Hierbei sind besonders soziale Phobien und spezifische Phobien (Tierphobien, Phobien vor Naturereignissen, situationale Phobien, Blut-/Spritzen-/Verletzungsphobien) stark verbreitet. Soziale Phobien werden häufig schon im Jugendalter erworben (vgl. Mery 2007). Auffällig ist außerdem, dass Phobien häufig nicht einzeln erscheinen, sondern verschiedene Phobien entwickelt werden (Mehrfachphobie). Die Panikstörungen treten im Verhältnis zu den Phobien am wenigsten auf, sind aber jene Störung, die am meisten behandlungsbedürftig sind. Interessant ist hierbei, dass Jugendliche häufiger unter Angststörungen leiden als Erwachsene.

Die Erkrankungswahrscheinlichkeit an einer Angststörung sinkt rapide mit dem Vollenden des 45. Lebensjahres (vgl. Mery 2007).

Angsterkrankungen sind häufig schambesetzt, daher suchen die Betroffenen erst relativ spät eine Fachperson auf, dies ist bedauerlich, da Angststörungen gut zu behandeln und die Heilungschancen groß sind. Je früher die Behandlung ansetzt, desto schneller kann eine Angststörung unter Kontrolle gebracht werden.

**3.3 Stresssymptome und Stressreaktionen**

Da Angststörungen starke Rückkopplungen auf die Physiologie des Menschen haben, wird zunächst einmal dieser Umstand genauer betrachtet. Stress als physiologische Reaktion ist dann gegeben, wenn der Mensch mit einer aus seiner Perspektive Bedrohungssituation konfrontiert ist. Dabei sind Stressauslösefaktoren individuell stark verschieden. Ungeachtet, was als Stress empfunden wird, so sind die sogenannten **Stressoren** ausschlaggebend für **Stressreaktionen** im Individuum. Kommen Stressoren und Stressreaktionen zusammen, entsteht ein **Stresszustand**. Klassische Stressoren sind:

- Belastung in Beruf und Familie
- Straßenverkehr
- Familienzuwachs (vor allem die Babyjahre)
- besondere biografische Ereignisse (z. B. Hochzeit, Scheidung, Tod eines Angehörigen, Geburt eines Angehörigen, schulische / akademische (Abschluss-)Prüfungen)
- Unfälle

Wie sich die einzelnen Stressoren auf den Menschen auswirken, hängt stark von dessen biografischen Erfahrungen und vom individuellen Temperament des Menschen ab:

| Störung (ICD-10-Code)       | Anzahl Frauen in % | Anzahl Männer in % | Anzahl Betroffener in Mio. |
|-----------------------------|--------------------|--------------------|----------------------------|
| Angststörung (F40, F41)     | 21,4               | 9,3                | 9,8                        |
| Panikstörung                | 2,8                | 1,2                | 1,3                        |
| Agoraphobie                 | 5,6                | 2,3                | 2,6                        |
| Soziale Phobie              | 3,6                | 1,9                | 1,7                        |
| Generalisierte Angststörung | 3,0                | 1,5                | 1,4                        |
| Spezifische Phobie          | 15,4               | 5,1                | 6,6                        |

Abb. 3: Jacobi et al. (2014): Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH)

### 3.7 Panikstörungen

Panikstörungen äußern sich nicht nur auf psychischer Ebene, sondern auch auf physischer Ebene sehr deutlich und führen zur Verhaltensveränderung. Bei Panikstörungsbetroffenen stehen vor allem die körperlichen Symptome im Vordergrund. Die Betroffenen haben vor allem das Gefühl, dass die Kontrolle über ihr Verhalten verlieren, dass sie sterben oder gar verrückt werden würden. Die **zentralsten körperlichen Symptome** sind:

- Schwindel
- Ohnmachts- und Beklemmungsgefühle
- Herzrasen
- Atemnot
- Hitzewallungen und Zittern
- Manchmal gehen Depersonalisierungstendenzen mit diesem Störungsbild einher.

Die Abb. 7 zeigt, wie der gesamte Körper von Angst- und Panikstörungen betroffen ist. Insgesamt lassen sich drei Formen der Panikattacken voneinander unterscheiden:

- Spontane Panikattacke, diese schlägt ohne Vorwarnung und ohne ersichtlichen Grund zu.
- Panikattacken in Kombination mit Agoraphobie, hierbei ist die Erwartungsangst zentral.
- Situationsbedingte Panikattacke. Hier ist der Betroffene einer angstbesetzten Situation/ Objekt ausgesetzt.

Zentral für Panikattacken ist, dass diese ganz plötzlich auftaucht, sich steil steigert und ungefähr 10–30 Minuten anhält. Typischerweise entwickeln die meisten Panikattacken-Betroffenen eine Erwartungsangst (Phobophobie). Typische Symptome sind:

- Blutdruckanstieg
- Druck in der Brust
- Schwindel und Schweißausbrüche
- Häufig kann organisch nichts nachgewiesen werden.

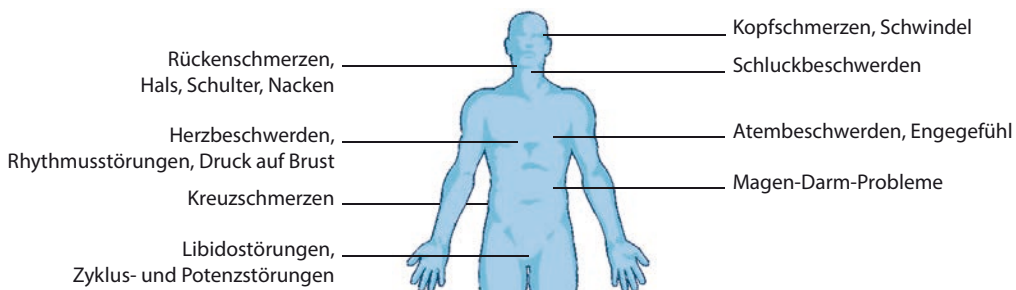


Abb. 7: Körperliche Beschwerden bei Angst- und Panikstörungen (vgl. Mery 2007)

### 3.8 Diagnose / Differenzialdiagnose

Die Diagnose der Angststörung ist insgesamt schwierig, da unterschieden werden muss zwischen neurotischer Angst und nicht neurotischer Angst. Dazu müssen vor allem soziale Belastungsfaktoren ausgeschlossen werden. Die Diagnostik erfolgt in diesem Bereich häufig über testpsychologische Verfahren in Form von Selbst- und Fremdbeurteilungs-Fragebögen. Einer der bekanntesten Fremdbeurteilungsfragebögen ist die ‚Hamilton Angstskaala‘. Die Abb. 8 zeigt den Unterschied zwischen Realangst und pathologischer Angst:

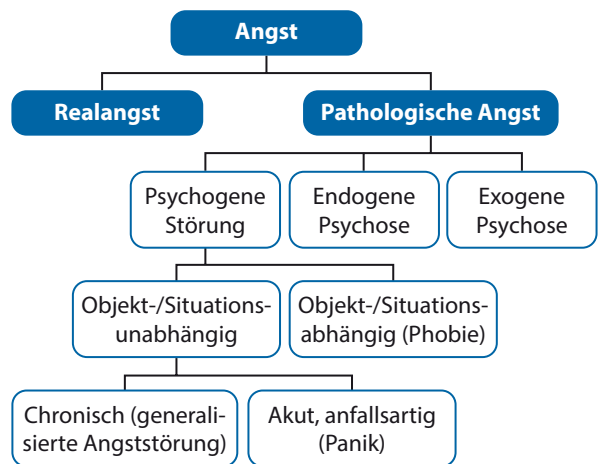


Abb. 8: Angstdifferenzierung (Mery 2007:49)

Bei der **Differenzialdiagnose** wird die neurotische Angst von anderen Störungsbildern abgegrenzt, dabei können vor allem folgende Angstsymptomatiken auftreten:

- organische Erkrankungen
- PTBL (Post-Traumatische-Belastungs-Störung)
- Persönlichkeitsstörungen
- Zwangserkrankungen
- Drogenmissbrauch
- depressive Störungen
- schizophrene Störungen

Bei diesen Störungen gilt es, organische Störungen durch einen Facharzt abklären zu lassen. Ängste kommen in Kombination bei **posttraumatischen Belastungsstörungen** vor. Bei den Betroffenen liegt eine traumatische Erfahrung (z.B. Kriegshandlungen) vor, die bei ihnen die Angststörung auslöst. Hier sind die Symptome vor allem Schlaflosigkeit, eine gesteigerte Vigilanz und übermäßige Schreckhaftigkeit. Bestimmte **Persönlichkeitsstörungen** (ängstliche, asthenische und anankastische Persönlichkeiten) beinhalten Angaspekte; bei ihnen handelt es sich allerdings um dauerhafte dominante Persönlichkeitsmerkmale, die schon seit der Kindheit vorhanden sind. Im Zusammenhang mit **Zwangserkrankungen** treten Ängste vor allem dann auf, wenn Zwangshandlungen nicht ausgeführt werden können. Bei **depressiven Störungen** sind häufig Angstkomponenten impliziert. Klienten/Patienten, die unter einer Angststörung leiden, haben häufig depressive Verstimmungen. Bei schizophrenen Störungen muss die Angst wahnhaft sein. Ein deutliches Zeichen für Wahnhaftigkeit der Angst ist, dass die Angst unkorrigierbar scheint (vgl. Mery 2007).

### 3.9 Verlauf

Bei der **generalisierten Angststörung** handelt es sich über eine Erkrankungsform, die sich über Jahre hinwegzieht und häufig chronifiziert. Im Gegensatz zu anderen Angststörungen können jene Klienten/Patienten ihren (Arbeits-)Alltag weitestgehend bewerkstelligen. Bei **Phobien** besteht ebenfalls eine Tendenz zur Chronifizierung, wenn diese nicht therapeutisch behandelt wird. Sowohl die sozialen als die beruflichen Leistungsfähigkeiten der Klienten/Patienten sind stark eingeschränkt. In extremen Fällen kommt es zur sozialen Isolation. Bei der **Agoraphobie** kommt es zu einer Chronifizierung, wenn nicht zeitnah therapeutische Hilfe aufgesucht wird. Im schlimmsten Fall werden die Betroffenen durch ihre Krankheit ans eigene Haus gefesselt, soziale Kontakte sind dann nicht mehr möglich. Die **spezifischen Phobien** haben kein einheitliches Verlaufsbild. Bei diesen Störungsbildern kann es sowohl zur spontanen Rückbildung kommen als auch zur Erweiterung. Phobien, die im Kindesalter erworben wurden, tendieren eher dazu sich im Erwachsenenalter „auszuwachsen“ und zu verschwinden. Die **Panikattacken** treten häufig wiederholt auf und sind in ihrer Intensität stark unterschiedlich. Hier ist besonders die Erwartungs-

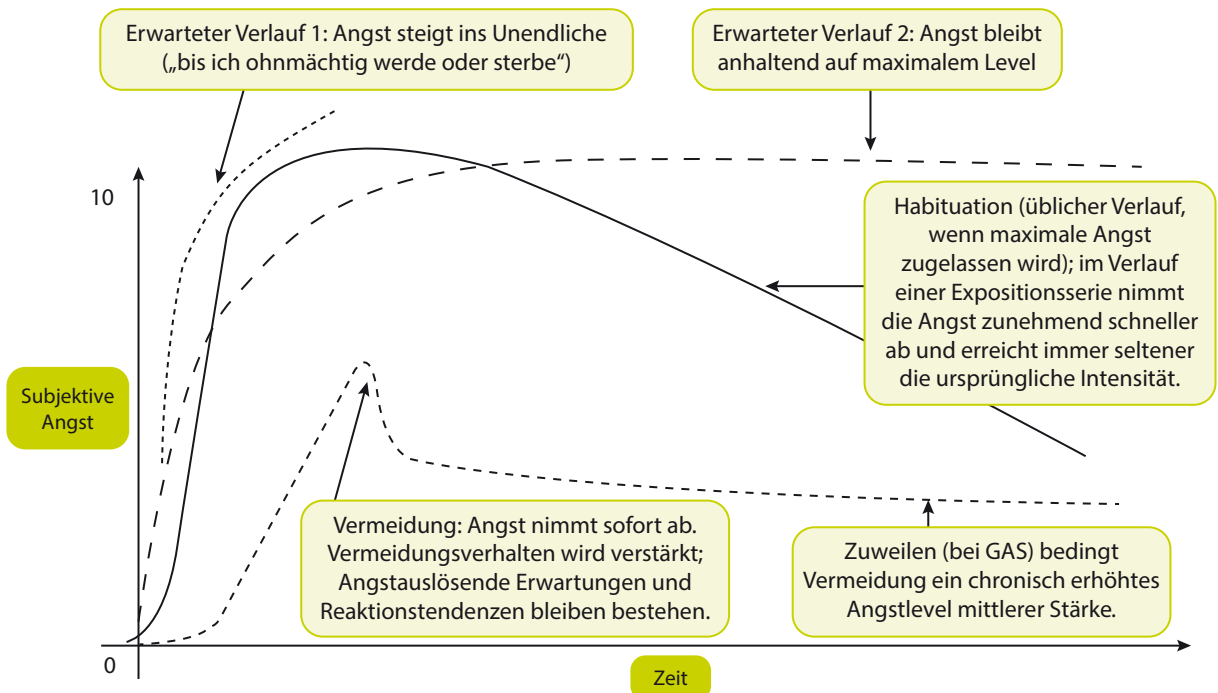


Abb. 9: Mögliche Verlaufskurve bei Flooding (vgl. Radkovsky 2012:26)

angst kennzeichnend und die daraus resultierenden Vermeidungsstrategien.

Prinzipiell haben Personen mit Angsterkrankungen einen Hang zur Suchtentwicklung, häufig mit dem Ziel, die Angst mithilfe von Suchtmitteln zu betäuben (vgl. Mery 2007).

### 3.10 Therapie

Die Behandlung von Angststörungen wird gegenwärtig aus einer Kombinationstherapie mithilfe von pharmakologischer Behandlung (Medikamentengabe) und psychotherapeutischer Intervention vorgenommen. Primäres Ziel der therapeutischen Behandlungen ist, dass die Klienten/Patienten zu ihrer Angsterkrankung stehen können und sich der Folgen ihrer Krankheit bewusst sind. Sowohl psychodynamische als auch verhaltenstherapeutische Therapiemethoden kommen zum Einsatz. Bei generalisierten Angststörungen werden häufig aufdeckende tiefenpsychologische Verfahren angewandt. Phobien hingegen werden sehr erfolgreich kognitiv-verhaltenstherapeutisch behandelt. Bei Panikstörungen werden häufig Psychopharmaka zur Stabilisierung des Klienten/Patienten eingesetzt.

Bei den **aufdeckenden tiefenpsychologischen Verfahren** wird der Angst zugrundeliegende Konflikt während der Therapiesitzungen herausgearbeitet. Dabei ist die Form der Therapie über mehrere Jahre hin angelegt. Mit den **kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen** wird gemeinsam mit dem Klienten/Patienten geklärt, welche Denkabläufe zur Angst führen und welche Gegenmaßnahmen eingeleitet werden könnten. Hierbei spielt die Psychoedukation eine zentrale Rolle, indem den Klientinnen/Patientinnen erklärt wird, wie sie mit verschiedenen Verfahren z. B. Entspannungsverfahren gegen die Angst an arbeiten können.

Bei phobischen Störungen setzt man in aller Regel auf **systematische Desensibilisierung** und **Reizüberflutung**. Zentrales Ziel hierbei ist, dass die Vermeidungsstrategien der Betroffenen durchbrochen werden. Hierzu entwickeln die Betroffenen gemeinsam mit dem Therapierende eine Angstskala, auf der sie ihre Angst visualisieren/verbalisieren können. Der Therapeut versucht nun schrittweise, die Angstsituation zu steigern und dem Klienten/Patienten zu zeigen, dass nichts passiert. In diesem Zusammenhang werden die erlernten Entspannungstechniken immer wieder angewandt. Meist wird erst rein imaginär gearbeitet,

später wird der Klient/Patient real an seine angesetzten Situationen herangeführt (Habituationstraining). Im selben Kontext steht die Technik der Reizüberflutung (Flooding-Therapie), hier wird sofort die höchste angstbesetzte Stufe durch den Therapierende hergestellt, um dem Betroffenen zu zeigen, dass selbst bei maximaler Angst nichts passiert, s. Abb. 9.

**Entspannungsverfahren** Die klassischen Entspannungsverfahren, die in diesem Zusammenhang häufig erlernt werden, sind:

- **Progressive Muskelentspannung nach Jacobson:** Hierbei erlernen die Klienten/Patienten spezifische Muskelgruppen gezielt anzuspannen und zu entspannen, mit diesem Vorgang wird ein Zustand der Entspannung hergestellt.
- **Autogenes Training:** Im Gegensatz zur Progressiven Muskelentspannung hat das Autogene Training einen meditativen Ansatz, indem die Klienten/Patienten durch gezieltes Atmen, innere Fokussierung und positive innere Bilder angeleitet werden, sich ihrer jeweiligen Angst zu stellen.
- **Applied Tension:** Sonderfall Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobien – hierbei wird die sogenannte Applied Tension empfohlen. Ziel ist (da die meisten Betroffenen in Ohnmacht fallen), den Blutdruck kurzzeitig zu steigern durch gezielte Anspannung der Skelettmuskulatur. Ursprünglich wurde dies Klienten/Patienten in fünf Sitzungen beigebracht: 1. Sitzung: Verhaltensanalyse und Erlernen der Anspannungstechnik (Psychoedukation) 2 und 3 Sitzung: Angstlösendes Bild und Tonmaterial wird gemeinsam mit dem Therapierenden gesichtet, um bei ersten Anzeichen von Ohnmacht zu intervenieren und das Gelernte aktiv anzuwenden. 4 Sitzung: Besuch einer Blutspendeinstitution, um einen realen Bezugsrahmen herzustellen (echte Nadeln, echtes Blut und echte Blutspende). 5 Sitzung: Beobachtung einer Operation (via Video) zur nochmaligen Anwendung der Anspannungstechnik (vgl. Öst et al. 1987).

**Medikamente** Auf pharmakologischer Ebene werden vor allem **Antidepressiva**, Benzodiazepine und Betablocker eingesetzt. Antidepressive werden in diesem Zusammenhang vor allem wegen ihrer stimmungsaufhellenden Wirkung eingesetzt. Der Nachteil der antidepressiven Therapie besteht darin, dass der Effekt in aller Regel erst nach 2–3 Wochen Medikamenteneinnahme einsetzt. Im Gegensatz dazu wirken **Benzodiazepine** weit schneller, haben

jedoch zeitgleich ein hohes Abhängigkeitspotenzial und lassen den Klienten/Patienten schläfrig werden. Darüber hinaus sind depressive Verstimmungen und aggressives Verhalten Folgen der Einnahme. Leider ist mit dem Absetzen des Medikamentes eine hohe Rückfallwahrscheinlichkeit gegeben. Für **phobische Störungen** werden meist Betablocker verabreicht, die für die Entkopplung physischer und psychischer Symptome sorgen. Hier besteht der Vorteil darin, dass wenig sedierende Wirkung<sup>4</sup> eintritt.



#### Fragen

1. Definieren Sie den Begriff Angststörung.
2. Welche Formen von Angst existieren?
3. Was ist eine generalisierte Angststörung?
4. Erklären Sie den Sozialphobie-Begriff.
5. Was sind die typischen körperlichen Symptome bei Panikstörungen?
6. Nennen Sie drei spezifische Phobien.

### ➔ Zusammenfassung Kapitel 3 Angst- und Panikstörungen

- ➔ Angststörungen gehören zu den verbreiteten Störungsbildern in westlichen Gesellschaften.
- ➔ Die Hauptbetroffenengruppe sind Frauen.
- ➔ Angststörungen sind sowohl psychodynamisch als auch verhaltenstherapeutisch und pharmakologisch gut zu behandeln.
- ➔ Je früher eine Behandlung erfolgt, desto schneller und besser sind die Heilungschancen.

### ➤ Zum Weiterlesen

- Informationsportal für psychische Erkrankungen  
<https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/erkrankungen/angsterkrankungen/was-sind-angsterkrankungen>
- Morschitzky, M., & Sator, S. (2005): Die zehn Gesichter der Angst: Ein Handbuch zur Selbsthilfe
- Heinrichs, N. (2007): Ratgeber Panikstörung und Agoraphobie. Informationen für Betroffene und Angehörige
- Hoyer, J., Beesdo, K., & Becker, E. S. (2007): Ratgeber Generalisierte Angststörung. Informationen für Betroffene und Angehörige
- Von Consbruch, K., & Stangier, U. (2010): Ratgeber Soziale Phobie. Informationen für Betroffene und Angehörige
- Morschitzky, M., & Hartl, T. (2011): Raus aus dem Schneckenhaus: Soziale Ängste überwinden

<sup>4</sup> sedierend: beruhigende Wirkung, im Sinne von Schläfrigkeit

➤ **Zum Weiterlesen**

- Kompetenznetz Schizophrenie <https://www.kns.kompetenznetz-schizophrenie.info/>
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie <https://www.dgsp-ev.de/startseite.html>
- Bäumel, J. (2008): Psychosen aus dem schizophränen Formenkreis: Ratgeber für Patienten und Angehörige, Leitfaden für professionelle Helfer

- Finsen, A. (2004): Schizophrenie – Die Krankheit verstehen
- Finsen, A. (2013): Schizophrenie: Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen
- Lincol, T. (2014): Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie: Ein individuenzentrierter Ansatz
- Mehl, S. (2014): Therapie-Tools Psychosen

# 14 Körperlich begründbare psychische Störungen

Die körperlich begründbaren psychischen Störungen werden innerhalb der Literatur auch wie folgt benannt: **organische Psychosen**, **exogene Psychosen**, symptomatische Psychosen oder funktionelle Psychosen. Gemeinsam ist allen Begriffen, dass sie darauf verwiesen, dass eine Schädigung mindestens eines Organs vorliegt. Organische Schäden können psychiatrische Krankheiten hervorrufen.

**Merke I:** Organische Psychosen gelten als unspezifisch, das bedeutet, dass aus der Art der Störung nur bedingt auf die Ursache geschlossen werden kann.

**Merke II:** Wird eine Persönlichkeitsveränderung durch körperlich begründbare Erkrankungen ausgelöst, spricht man von einer exogenen Psychose.

Es können zwei Klassifikationsformen voneinander unterschieden werden s. Abb. 1.

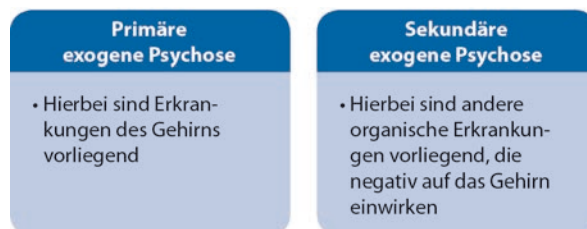


Abb. 1: Primäre vs. sekundäre exogene Psychose

Daneben lassen sich organische Psychosyndrome in akute und chronisch verlaufende unterteilen, wie Abb. 2 zeigt:

**Diagnosekriterien** Meist liegt eine exogene Psychose dann vor, wenn folgende Verhaltensweisen vorliegen, daher ist es notwendig, dass unbedingt ein Arzt konsultiert wird zur Diagnoseabklärung (meist mithilfe eines großen Blutbildes und Computer Tomographie):

- plötzliche Verhaltensabweichung (z. B. Wutausbrüche)
- verändertes emotionales Verhalten
- Nachlassen der Gedächtnisleistung
- Interessenlosigkeit
- Verlust kreativen Potenzials
- Gleichgültigkeit
- Unfähigkeit, alltägliche Aufgaben, die bisher bewältigt wurden, weiterhin selbst zu bewältigen

## 14.1 Akute organische Psychosen

Als akut organische (oder **exogene**) **Psychose** wird eine Psychose verstanden, die aufgrund schwerer Allgemeinerkrankungen oder organischen Hirnerkrankungen ausgelöst wird. Die meisten dieser Erkrankungen sind reversibel<sup>17</sup>. Zumeist sind die Grundleiden:

- Tumore
- Epilepsie
- Traumata
- Multiple Sklerose (MS)
- Leber- und Niereninsuffizienz
- Intoxikationen (meist Alkohol oder Drogen)
- schwere Infektionskrankheiten

<sup>17</sup> umkehrbar



| <b>Organisches Psychosyndrom</b>  |  |
|---|--|
| <b>Akute Verlaufsform</b>   | <b>Chronische Verlaufsform</b>   |
| Leitsymptom: Bewusstseintrübung   | Leitsymptom: Persönlichkeitsveränderung mit Störung des Antriebs, der Stimmung und der Kritikfähigkeit             |
| Delir,<br>Bewusstseintrübung, Desorientiertheit, vegetative Zeichen,<br>Lebensgefahr – Delir ist ein Notfall!               | Demenz,<br>Verwirrtheit,<br>Orientierungsstörungen   |
| Dämmerzustand (= eine Form des Durchgangssyndroms),<br>Handlungsfähigkeit erhalten, aber eingeschränkt<br>hinterher Amnesie | Korsakow-Psychose, bes. bei chronischem Alkoholismus,<br>Konfabulation, Merkfähigkeitsstörungen, Desorientiertheit |

Abb. 2: Organische Psychosyndrome (Mery 2009c:75)

Die meisten Menschen haben im Verlauf ihres Lebens mindestens einmal körperlich begründbare psychische Störungen. Meist werden diese aufgrund von z.B. sehr hohem Fieber oder Unfällen ausgelöst. Im erhöhten Alter treten diese gehäuft auf.

**Merke:** Das wichtigste Kriterium für dieses Störungsbild stellen die Bewusstseintrübungen dar.

Die Bewusstseintrübungen äußern sich wie folgt:

- Desorientiertheit
- Merk- und Anpassungsstörungen
- Aufmerksamkeitsstörungen
- Amnesie

Wichtig ist zu betonen, dass das Fehlen einer Bewusstseintrübung eine körperlich begründbare Psychose nicht ausschließt. Daher wird bei reversiblen organischen Psychoseformen solche mit und jene ohne Bewusstseintrübung nach Wieck als Durchgangssyndrom unterschiedet. Symptomatische Psychosen klingen rasch ab und hinterlassen keine Gehirnschädigungen, wenngleich die Gefahr besteht, dass diese in ein Durchgangssyndrom übergehen und dann sich chronifizieren. Die symptomatischen Psychosen gehen meist mit optischen Halluzinationen einher. Die bekannteste Form sind die ‚weißen Mäuse‘ die beim Alkohol-Delir auftreten. Das Delir stellt die häufigste Form exogener Psychosen dar.

**Merke:** Für die organischen Psychosen gilt die Drittel-Regel:

- 1/3 der Psychosen verheilt.
- 1/3 chronifiziert.
- 1/3 verläuft tödlich (letal).

**Durchgangssyndrom** Als Durchgangssyndrom stellt eine systematische Bezeichnung für alle körperlich begründeten sich spontan ohne Therapie zurückbildende psychopathologischen Symptome. Diese Symptomatik darf jedoch nicht mit Bewusstseintrübung einhergehen. Zentral ist, dass das Durchgangssyndrom vorübergehend ist. In der Regel halten die Symptome maximal 14 Tage an. Meist zeigen sich (vgl. Mery 2009c):

- Orientierungs- und Gedächtnisstörungen
- Antriebsreduktion
- selten auch Wahneinfälle

Häufig tritt das Durchgangssyndrom bei folgenden Phänomenen auf:

- Fieber
- nach Narkosen
- Hormonschwankungen
- Leberkoma
- Erschöpfung
- Dehydratation

**Korsakow-Syndrom** Das Korsakow-Syndrom tritt meist im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch, Kohlenstoffdioxidvergiftung oder schweren Schädel-Hirn-Traumata auf.

vollziehbar, dass große Mengen Alkohol über einen langen Zeitraum hirnanorganische Veränderungen hervorrufen können, was bis hin zur Persönlichkeitsveränderung gehen kann. Auffällig sind vor allem die Stimmungs labilität und das reizbar-aggressive Verhalten, verbunden mit nachlassender Kritikfähigkeit und Interessenverlust. Bei stark fortgeschrittenem Alkoholismus können Einbuße von intellektuellen Fähigkeiten bis hin zur Alkoholdemenz auftreten (vgl. Mery 2009c).

**Wernicke-Enzephalopathie** Eines der bekanntesten Störungsbilder im Zusammenhang mit Alkoholismus stellt die Wernicke-Enzephalopathie dar. Dieses wird durch den Thiaminmangel (Vitamin B) ausgelöst, welcher lebensbedrohlich werden kann. In diesem Zusammenhang kommt es häufig zur sogenannten Symptomtrias:

- Bewusstseinsbeeinträchtigung
- Ataxie<sup>26</sup>
- Augenmuskellähmung

Insgesamt sind die Betroffenen desorientiert und der Grad der Wachheit ist gestört. Während dieses Zustandes kann es sein, dass die Betroffenen stark erregt sind.

**Korsakow-Syndrom** Das Korsakow-Syndrom hingegen tritt relativ selten auf und ist meist an ein Alkoholdelir gekoppelt oder beginnt mit der Wernicke-Enzephalopathie. Hier besteht die Symptomtrias aus:

- Merkfähigkeitsstörungen
- Desorientiertheit
- Konfabulationen

Dabei ist die Stimmung der Betroffenen flach euphorisch und das Verhalten eher passiv. Die Auffassung ist gestört, wobei das Kurzzeitgedächtnis die stärksten Schädigungen aufweist (vgl. Mery 2009c). Siehe dazu Kap. 14.1 Korsakow-Syndrom.

**Alkohol-Embryopathie** Besonders problematisch ist Alkoholismus bei schwangeren Frauen, da mit dem Alkoholkonsum das noch nicht geborene Kind einer dauerhaften Schädigung durch Vergiftungssituationen ausgesetzt ist. In Deutschland kommen jährlich ca. 2.200 Kinder mit einer Missbildung aufgrund von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft zur Welt. Die Kinder kommen meist mit kleinen Köpfen zur Welt, weisen geistige Behinderungen auf und haben oft Minderwuchs im Lauf des Lebens. Dieses Symptombild wird in der Literatur als Alkohol-Em-

bryopathie bezeichnet. Dabei ist nicht zu unterschätzen, dass bereits kleinste Mengen Alkohol massivste Schäden am Embryo hervorrufen können. Meist fallen diese Kinder im Kindergarten bzw. Grundschule auf, da sie einen übermäßigen Bewegungsdrang haben, der durch starke Ungeschicklichkeit gekennzeichnet ist. So haben die betroffenen Kinder oft ein problematisches Verhältnis zur Nähe-/Distanz-Regulation (vgl. Mery 2009c).

### 16.5.6 Co-Abhängigkeit

Die betroffenen Angehörigen – meist die Familien – leiden sehr stark unter der Suchterkrankung des Familienmitgliedes. Auffällig ist, dass gerade Kinder von Betroffenen sehr früh lernen müssen sehr viel Verantwortung zu übernehmen, weil das betroffenen Familienmitglied häufig seinen Verpflichtungen nicht gerecht werden kann aufgrund seiner Erkrankung. Im Alltag fallen diese Kinder häufig sehr positiv auf durch den Umstand, dass sie sich sehr vorbildlich fast schon Erwachsenen benehmen. Dies mag für den pädagogischen Alltag durchaus zunächst einen positiven Effekt haben, für die betroffenen Kinder ist dieses sehr frühe „Erwachsenwerden“ allerdings nicht günstig. Gerade jüngere Kinder berichten in Therapien, dass sie sich mitschuldig für den Zustand des betroffenen Familienmitgliedes fühlen und denken, dass wenn sie nicht da wären, es einfacher für den Betroffenen wäre.

Neben diesen allgemeinen Belastungen kommt noch die Problematik der ‚Co-Abhängigkeit‘. Suchtkranke Menschen sind Meister darin, ihr komplettes Umfeld in ihr Suchtsystem einzubinden. Durch ihre hilflose Art delegieren sie ihre eigenen Verantwortlichkeiten auf andere und lassen sich noch mehr gehen. Dies äußert sich bereits an Kleinigkeiten des Alltags. Wenn der alkoholranke Vater z.B. die Tochter von der weit entfernten Gesamtschule mehrmals nicht abgeholt hat, da er dazu zu betrunken war, übernimmt das zukünftig die Mutter, damit die Situation in der Schule nicht publik wird. Mit der Abholung durch die Mutter ist der Vater jetzt „entlastet“ und kann sich noch weiter seiner Problematik hingeben. Meist begründen die betroffenen Co-Abhängigen ihr Verhalten damit, dass sie die Aufgaben übernehmen, damit der Betroffene dann Zeit zur Regeneration hat.

26 Störungen der Bewegungskoordination

**Merke:** Von Co-Abhängigkeit können neben der Familie auch andere Personen aus dem sozialen Nahraum des Erkrankten betroffen sein. Therapierende und Pflegende sind ebenfalls nicht von Co-Abhängigkeiten frei.

Folgender Co-Abhängigkeitsfragebogen (Abb. 26) zeigt, wie stark jemand gefährdet ist, co-abhängig zu sein. Werden mehr als acht Punkte mit Ja beantwortet, besteht eine hohe Co-Abhängigkeitswahrscheinlichkeit.

| Sind Sie „Co-Alkoholiker“?   | Ja | Nein |
|--|----|------|
| 1. [Haben Sie schon häufiger mit Ihrem Partner mitgetrunken, damit er nicht in die Kneipe geht?          |    |      |
| 2. Fühlen Sie sich gestärkt, wenn der Abhängige sich schwach fühlt?                                      |    |      |
| 3. Werden Sie von Außenstehenden für Ihre Tapferkeit gelobt?   |    |      |
| 4. Erfinden Sie Notlügen oder decken Sie die Unpässlichkeiten Ihres Partners, um ihn nicht auszuliefern? |    |      |
| 5. Machen Sie Ihre Gefühle sehr stark von der Situation des Partners abhängig?                           |    |      |
| 6. Kümmern Sie sich um alles, weil Ihr Partner es nicht mehr kann?                                       |    |      |
| 7. Haben Sie Angst, mit Ihrem Partner über sein Alkoholproblem zu sprechen?                              |    |      |
| 8. Vermeiden Sie es, mit anderen Menschen über die Sucht Ihres Partners zu sprechen?                     |    |      |
| 9. Haben Sie Ihrem Partner aufgrund seines Alkoholkonsums schon einmal mit Scheidung gedroht?            |    |      |
| 10. Ärgert es Sie, dass Ihr Partner Ihre Drohung nicht ernst nimmt?                                      |    |      |
| 11. Wünschen Sie sich manchmal den Tod Ihres Partners?   |    |      |
| 12. Haben Sie das Gefühl, dass Sie machtlos sind?  |    |      |

| Sind Sie „Co-Alkoholiker“?  | Ja | Nein |
|---|----|------|
| 13. Haben Sie das Gefühl, dass der Alkohol in Ihrer Partnerschaft der Mittelpunkt ist?                                |    |      |
| 14. Nehmen Sie Ihrem Partner Aufgaben ab, die er selbst noch erledigen könnte?  |    |      |
| 15. Sind Sie in letzter Zeit deprimiert und verzweifelt, weil sich die Trinkgewohnheiten Ihres Partners nicht ändern? |    |      |
| 16. Sind Sie wegen psychosomatischer Beschwerden in Behandlung?   |    |      |
| 17. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Partner tiefer abrutscht, wenn Sie ihn verlassen?                                  |    |      |
| 18. Wissen Sie nicht mehr, wie es weitergehen soll, weil Sie so verzweifelt sind?                                     |    |      |

Abb. 26: Co-Abhängigkeitstest (Kolitzus 2004)

### 16.5.7 Diagnose und Differenzialdiagnose

Zur Diagnose von Alkoholismus sind vorrangig drei Aspekte zu berücksichtigen:

- Alkoholabhängigkeit
- abnormes Trinkverhalten sowohl bezogen auf die Menge als auch auf die Trinkfrequenz
- alkoholbedingte Folgen (somatisch, psychisch und sozial)

Zur erstmaligen Diagnose eignet sich der **CAGE-Test** zur Erfassung des Alkoholabusus:

- Hatten Sie jemals das Gefühl, dass Sie weniger trinken sollten (**C**ut down)?
- Hat es Sie belästigt oder gekränkt, wenn jemand Ihr Trinken kritisiert hat (**A**nnoyed)?
- Hatten Sie jemals Schuldgefühle wegen ihres Trinkens (**G**uilty)?
- Mussten Sie jemals morgens trinken, um sich zu beruhigen oder in Gang zu kommen (**E**ye-opener)? (Mery 2009c:56)

Werden zwei der Fragen mit Ja beantwortet, erhärtet sich der Hinweis auf einen Alkoholismus-Klienten. Mit jeder Frage mehr, die mit Ja beantwortet wird, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass ein Alkoholismus vorliegend ist.