

Wie erkenne ich, dass jemand psychisch krank ist?

Beiträge von Silke Schwedes, Heilpraktikerin eingeschränkt für Psychotherapie, für den Aufbaukurs Biographie und –Gesprächsarbeit, im November 2014

! Die Überblicke über die Elementarfunktionen und Krankheitsbilder sind stark vereinfacht dargestellt und es wird der Einfachheit halber auch die alte Struktur der Einteilung psychischer Störungen (exogen, endogen, psychogen) statt die ICD10 verwendet. Kinder- und Jugendpsychiatrie wird ganz ausgeklammert. Fachtermini werden soweit möglich vermieden sondern allgemein verständlich erklärt.

Inhalt

1. Begriffsklärung
2. Wie stellt sich abnormes Erleben, Verhalten und Empfinden dar?- die 10 Elementarfunktionen
3. Ausgewählte exogene, endogene und psychogene Krankheitsbilder
4. Zusammenfassung und wichtige Verhaltensregeln bei Feststellung einer psychischen Störung

1. Begriffsklärung

Psychologie = Seelenkunde

Psychische Störung oder Krankheit = Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen (Leidens- u. Beziehungsaspekt, Selbstregulation beeinträchtigt)

Psychotherapie = Behandlung seelischer Störungen mit seelischen Mitteln (v.a. Gespräch).
Beratung ≠ Psychotherapeutische Behandlung

Psychotische Störung = Keine Bewerkstelligung des Alltags mehr möglich. Probleme mit Realitätsbezug, Einsichtsfähigkeit, Ich-Funktion und Sinnen. Eine Psychotherapie greift nicht mehr. Eine medikamentöse Behandlung ist notwendig.

Psychiatrie = Behandlung, Forschung und Lehre von seelischen Krankheiten / psychischen Störungen

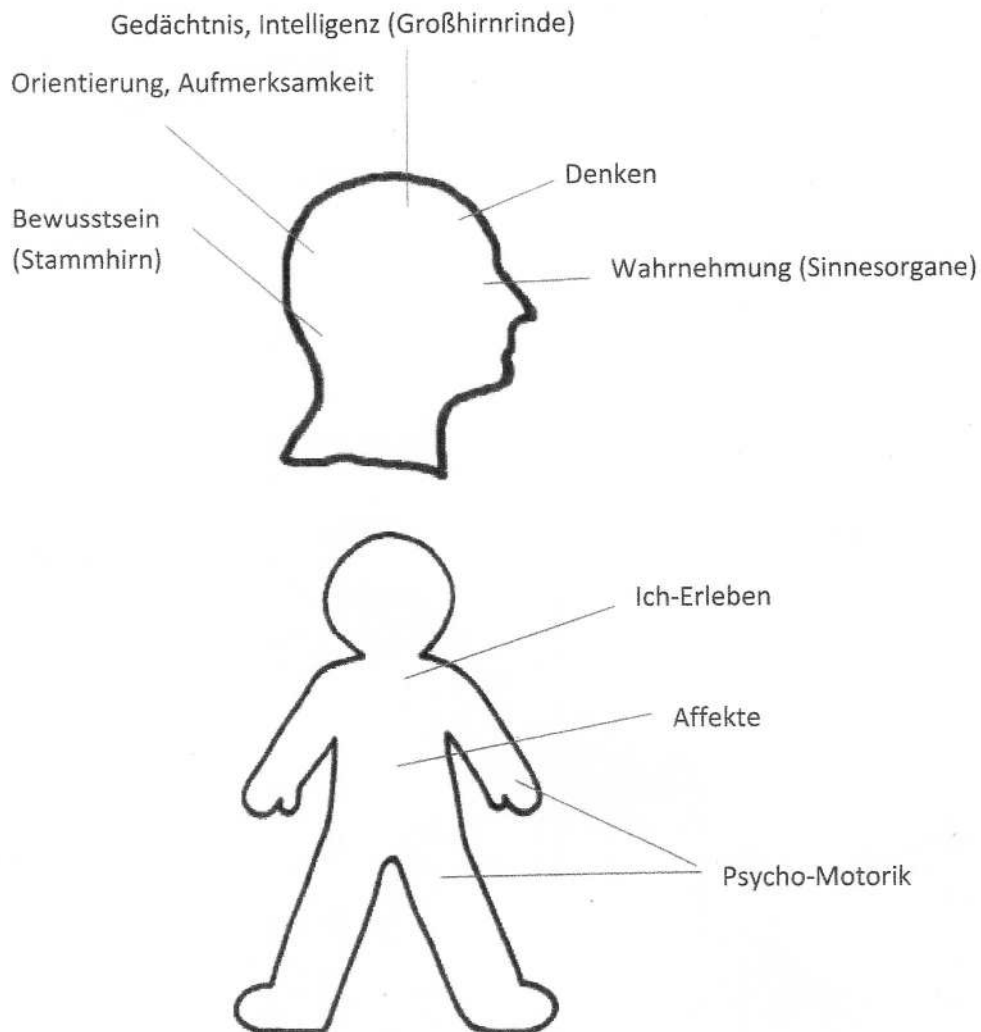
2. Wie stellt sich abnormes Erleben, Verhalten und Empfinden dar?

Man unterscheidet zwischen einzelnen Störungen (Symptomen), die sich zu Gruppen (Syndromen) und schließlich zu Krankheiten verdichten. Die Symptome werden anhand der folgenden zehn Elementarfunktionen des Erlebens und Empfindens diagnostiziert.

Es gibt 10 Elementarfunktionen des Erlebens und Empfindens:

- 1) Bewusstsein
- 2) Orientierung
- 3) Aufmerksamkeit / Konzentration
- 4) Gedächtnis
- 5) Intelligenz
- 6) Denken
- 7) Wahrnehmung
- 8) Ich-Erleben
- 9) Affekte / Gefühle
- 10) Motorik und Antrieb

Diese 10 Elementarfunktionen können wie folgt am Menschen lokalisiert werden (aufgrund organischer Zuordnung oder symbolisch):



1) Bewusstseinsstörungen („Wachheit“)

Bewusstseinsstörungen können quantitativer oder qualitativer Natur sein (beide Formen gehen oft einher). Sie haben meist organische Ursachen, kommen aber auch bei starken Affekten wie Angst oder Panik vor. Sie treten meist zusammen mit Orientierungsstörungen auf.

Quantitativ:

- ▲ Überwachheit (Hypervigilanz)
- ▼ Benommenheit-Schläfrigkeit-starke Schläfrigkeit (Somnolenz)-tiefer Schlaf (Sopor)-Koma

Qualitativ:

- Trübung (Verwirrtheit)
- Einengung (traumhafte Verzerrungen, z.B. im Dämmerzustand)
- Verschiebung (erweitertes Bewusstsein, intensivierte Wahrnehmung, zum Beispiel bei Drogeneinnahme)

2) Orientierungsstörungen

Orientierungsstörungen treten meist in Verbindung mit Bewusstseinsstörungen auf, sie sind oft organisch bedingt, können aber auch bei Schockreaktionen (Angst, Panik) auftreten.

Sie können sich beziehen auf eine

- zeitliche
- örtliche
- situative und/oder
- zur Person bezogene

Orientierungsstörung.

Organische Ursachen können sein: Hirnorganische Störung, Schädel-Hirn-Trauma, Epilepsie, Allgemeinerkrankung, Intoxikation, Drogenentzug

3) Aufmerksamkeit und Konzentrationsschwierigkeiten

Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten sind in der Regel mit Merk- und Gedächtnisstörungen verbunden. Sie kennzeichnen sich dadurch, dass es dem Menschen schwer fällt, bei der Sache zu bleiben oder einem Gespräch zu folgen. Die Symptome sind über einen längeren Zeitraum zu beobachten.

Symptome können sein:

- Zerstreutheit, z.B. bei Überarbeitung oder bei Demenz
- Einengung der Aufmerksamkeit, z.B. bei starker Gemütsbewegung oder Angst
- Schwankungen der Aufmerksamkeit / Konzentration, z.B. bei Depressionen (gemindert) oder Manien (gesteigert)
- Gesteigerte Aufmerksamkeit in Verbindung mit Sinnestäuschung (z.B. bei Überdrehtheit, Übermüdung)

4) Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen

Merkfähigkeit ist die Erinnerungsleistung über einen Zeitraum von 10 min. Gedächtnis ist die Speicherung von Inhalten länger als 10 min. Gedächtnisstörungen sind Leitsymptom bei hirnorganischen Abbauprozessen (Demenzen).

Symptome können sein:

- Amnesie: Erinnerungslücken von vor oder nach einem Ereignis oder vom Ereignis selbst
- ✓ Hypomnesie: reduzierte Erinnerungsfähigkeit (z.B. Erschöpfung)
- ▲ Hypermnesie: Steigerung der Erinnerungsfähigkeit (z.B. bei Fieber)
- Paramnesie = Trugerinnerungen (déjà vu, jamais vu, Vergangenheit wird zu Gegenwart)
- Konfabulationen: Erinnerungslücken werden mit Einfällen ausgefüllt
- Transitorische, globale Amnesie: vorübergehender totaler Erinnerungsverlust
- Zeitgitterstörungen

5) Intelligenzstörungen (kognitive Leistungen)

Intelligenz bezeichnet die menschliche komplexe Fähigkeit, durch Denkleistungen sich in neuen Situationen zurechtzufinden und Sinn zu schaffen. Bei Störungen unterscheidet man zwischen angeborener oder erworbener Intelligenzminderung.

Angeborene Intelligenzminderung:

- Grenzdeбилität IQ 85-70;
- Дебилität IQ 70-50;
- Imbezillität IQ 50-20;
- Idiotie IQ unter 20

Davon abzugrenzen ist Pseudodeбилität (absichtlich oder unbewusst stimulierter Schwachsinn als Abwehrmechanismus).

Erworbene Intelligenzminderung:

- Demenz (durch Hirntrauma, Morbus Alzheimer, o.a.)

abzugrenzen ist Pseudodemenz (der scheinbare Verlust intellektueller Fähigkeiten in einer schweren depressiven Episode)

6) Denkstörungen

Es wird unterschieden zwischen formalen und inhaltlichen Denkstörungen. Beide können über das Sprechen der Person festgestellt werden, zum einen wie die Person spricht, zum anderen was sie spricht.

Formale Denkstörungen – „Wie“ eine Person spricht ist auffällig:

- ✓ zu wenig: umständlich/unklar, verlangsamt, grübelnd, gehemmt, an Gedanken haftend, eingeengt/fixiert
- ▲ zu viel: Rededrang, beschleunigtes Denken, Gedankendrängen, Ideenflucht
- bizarr: Zerfahrenheit (Inkohärenz), Vorbeireden
paralogisches/vergiftetes Denken: Begriffsverschiebung, Kontaminationen, Wortneubildungen, Privatsymbolik bzw. –sprache, Sprachstereotypen (sinnloses Wiederholen)
Denksperrung, Gedankenabreißen

Abzugrenzen davon sind Sprechstörungen!

Inhaltliche Denkstörungen – „WAS“ eine Person spricht ist auffällig:

- Wahnhafte Gedanken (Verfolgungswahn z.B., siehe auch Liste auf der nächsten Seite)
- Zwanghafte Gedanken (z.B. übermäßiger Zwang zur Kontrolle)
- Phobische Gedanken (Angst vor Objekten oder Situationen, z.B. Flugangst)
- überwertige Ideen (wahnähnlich mit realem Kern; die Idee bestimmt das Handeln des Menschen)

Wahn bezeichnet eine unkorrigierbare Privatwirklichkeit, es gibt zum Beispiel:

- Größenwahn
- **Verfolgungswahn**
- Querulatorischer Wahn (sich grundsätzlich benachteiligt fühlen)
- Schuld-/Versündigungswahn
- Verarmungswahn
- nihilistischer Wahn (nichts existiert, alles hoffnungslos)
- hypochondrischer Wahn (man, denkt, man sei unheilbar krank)
- Dermatozoenwahn (man denkt, man hat Kleintiere unter Haut)
- Beziehungswahn (alles wird auf die eigene Person bezogen)
- Symbiontischer Wahn (folie à deux; der Partner lässt sich durch die Wahnvorstellung anstecken)
- Eifersucht/Liebeswahn
- Doppelgängerwahn (überzeugt davon, dass ein Doppelgänger existiert)
- Capgras-Symptom (die Vorstellung, ein Bekannter sei durch Doppelgänger ersetzt worden)

7) Wahrnehmungsstörungen:

Die Wahrnehmung geschieht über die Sinne: schmecken, riechen, hören, sehen, fühlen. Auch hier gibt es die Unterscheidung zwischen quantitativer und qualitativer Wahrnehmungsstörung.

Quantitativ: lückenhafte, verminderte oder gesteigerte Wahrnehmung

Qualitativ:

- Halluzinationen (Wahrnehmungen ohne entsprechende Sinnesreize, aber mit „Realitätsgewissheit“)
 - optisch (Trugbilder, Trugszenen)
 - akustisch (Geräusche, Stimmen...)
 - olfaktorisch/gustatorisch (Geruchs-, Geschmackshalluzinationen)
 - Trugwahrnehmungen des Bewegungsgefühls
 - Trugwahrnehmungen auf der Haut
 - Sinnestäuschungen im Bereich der Körperwahrnehmung
- Pseudohalluzinationen (Trugcharakter wird erkannt)
- Illusionen (affektgetragene verfälschte Wahrnehmung – im Dunkeln wird der Busch zum bösen Mann) und in Tatsächliches wird illusionäres hineingesehen (nicht affektgetragen, eine Wolke wird zu etwas Bestimmten)
- Wiedererkennungstörungen
- veränderte Wahrnehmung von Gestalt, Farbe und Form
- veränderte Größenwahrnehmung

8) Störung des Ich-Erlebens

Bei Störungen des Ich-Erlebens wird die Ich – Nicht-Ich – Abgrenzung in Frage gestellt. Es gibt dabei psychotische Formen (mit Realitätsverlust) und nicht-psychotische Formen.

Psychotische Formen, die in der Regel mit Wahn und Halluzinationen einhergehen:

- Gedankenentzug (etwas vergessen wird als Entzug erlebt)
- Gedankeneingebung (äußere Eingebungen)
- Gedankenausbreitung (andere hören, was ich denke)
- Willensbeeinflussung (Fremdsteuerung)
- Leibliche Beeinflussungserlebnisse (von außen gemacht)

In der Regeln NICHT psychotisch sind dagegen:

- Depersonalisation/Derealisation: die eigene Person/Umwelt wird als fremd erlebt
- Multiple Persönlichkeit
- Wesensänderung, Persönlichkeitswandel (bei schwerer Krankheit, chronischen Schmerzen, Drogen, Alkohol, Demenz, o.ä.)

9) Störungen der Affektivität

Störungen der Affektivität betreffen die Emotionen, Gefühle und Stimmungen; sie beeinflussen das Selbstwertgefühl und den zwischenmenschlichen Kontakt. Man kann grob unterteilen zwischen „zu wenig“, „zu viel“ oder „bizarren“ Affekten.

✓ zu wenig (bei Depression etwa):

- Affektarmut
- Affektverflachung (Apathie)
- Affektstarre
- Depressivität
- Gefühl der Gefühllosigkeit
- Affekthaften
- Insuffizienzgefühle
- Störung der Vitalgefühle (keine Kraft..)

▲ zu viel (bei Manie etwa):

- Affektinkontinenz (verminderte Kontrolle)
- Affektlabilität (rasch wechselnde Gefühle)
- Euphorie (gehobene Stimmung) oder Dysphorie (missmutig bis gereizt)
- gesteigertes Selbstwertgefühl

➤ bizarr (bei Schizophrenie etwa):

- unpassende Affekte
- leere Heiterkeit, Distanzlosigkeit
- Ambivalenz (extrem zerrissen, gegensätzliche Gefühle gleichzeitig)

10) Störung des Antriebs und der Motorik (psychomotorische Störungen)

Der Antrieb wird erkennbar am Aktivitätsniveau und der Psychomotorik (Gang, Haltung, Stimme, Gestik und Mimik) eines Patienten. Auch hier äußern sich Störungen durch ein „zu wenig“, „zu viel“ oder „bizarrr“.

▼ zu wenig (bei Schock, Depression, Demenz etwa):

- Bewegungsarmut
- herabgesetzte oder fehlende Bewegung
- Stupor, Erstarrung
- Gangunsicherheiten, Störung des Gleichgewichts
- Sprachstörung
- Bewegungs-/Koordinationsstörung (Hand)
- Mutismus: Schweigen bei intakten Sprechorganen und -fähigkeit

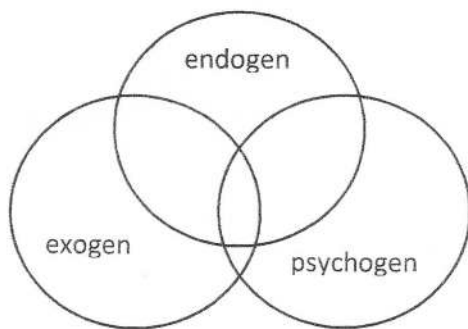
▲ zu viel (bei Manie, Demenz, Drogen, Panik etwa):

- impulsiver Bewegungsdrang
- Sitzunruhe, Bewegungsdrang
- Bewegungsturm
- Beschäftigungsdrang, Nesteln

➤ bizarr: Parkinesen (bei Schizophrenie):

- rhythmisches Zittern der Extremitäten
- Beibehaltung bizarrer Körperhaltungen
- wächsernde Biegsamkeit der kataleptisch fixierten Gliedmaßen
- Mimik und Affekt stimmen nicht miteinander überein
- Läppisches Verhalten (albern)
- Manieriert bizarres Verhalten, posenhafte Mimik, Gestik, Sprache
- Automatismen: Stereotypen, Tics, Nachsprechen/Nachmachen, (Befehlsautomatie, Negativismus (Erkrankter reagiert auf Aufforderung gegenteilig)
- gegensätzliche Willensimpulse

3. Ausgewählte exogene, endogene und psychogene Krankheitsbilder



Psychische Krankheitsbilder können unterteilt werden in:

- exogene Störungen (von außen, körperlich begründet),
- endogene Störungen (von innen, im Gehirn begründet), und
- psychogene Störungen (abnorme Variation des seelischen Wesens, psychisch begründet).

3.1 Exogene Störungen

Akute exogene Störungen

Folgende Krankheitsbilder kommen bei akuten exogenen Störungen vor und sind **IMMER FACHÄRZTLICH ZU BEHANDELN (Psychosen), ggf. sogar notärztlich:**

- **Delir: Bewusstseinstörung, optische Halluzinationen, vegetative Störungen** (Zittern, Schwitzen, Krämpfe, erhöhter Blutdruck, Herzrasen), gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus, Unruhe, Angst, Reflexausfälle, Augenzittern, Orientierungsstörung, Wahrnehmungsstörungen, Aufmerksamkeitsstörung, er ist leicht ablenkbar. Delire treten v.a. auf bei Drogenentzug, aber auch durch sehr hohes Fieber.
!!!! Erstickungsgefahr durch Krämpfe= ärztlicher Notfall!!!
- **Dämmerzustand:** aufgrund von Epilepsie, Alkoholunverträglichkeit, Schädel-Hirntrauma oder Schock. Leitsymptome=**eingesengtes Bewusstsein, trance-ähnlich, kein Bezug zum Denken, ängstlich, gereizt, Amnesie** (partiell oder ganz).
!!!! Fachärztlich abzuklären, bei Erregung notärztlich!!
- **Amnestisches Syndrom (akutes Korsakow-Syndrom): Extreme Gedächtnisstörung OHNE Bewusstseinstörung**, nach Schlaganfällen, Kohlenmonoxidvergiftung, bei einer hirnnorganischen Störung, durch andere schwerwiegende Krankheiten oder chronischen Alkoholkonsum (Vitamin B1-/Thiaminmangel) ausgelöst. Leitsymptome=**Kurzzeitgedächtnis gestört, Merkfähigkeit gestört**, Erinnerungslücken werden mit eigenen Einfällen ausgefüllt, Desorientiertheit.
- **Organische Halluzinose: akustische, optische, taktile (die Körperwahrnehmung betreffende) Halluzinationen, KEINE auffällige Bewusstseinsstörung.** Kann vorkommen nach Operationen, bei Tumoren, Hirntraumata, bei Epilepsie, bei Einnahmen von Psychostimulanzen oder bei Alkoholmissbrauch.

Chronische exogene Störungen

➤ Demenzen

Bei den chronischen exogenen Störungen stehen hirnorganische Psychosyndrome im Vordergrund, also **Abbauprozesse des Gehirns = Demenzen**.

Die häufigste Form der Demenz ist die Alzheimer Krankheit, Demenzen können aber auch durch andere Krankheiten bedingt werden (Erkrankungen des Kreislaufsystems, Intoxikationen, Infektionen, Hormonstörungen (Schilddrüsenunterfunktion), Stoffwechselerkrankungen, Fehlernährung, Elektrolytstörung, Alkoholismus). Krankheiten, die zu Demenz führen, sind u.a. Parkinson, Morbus Pick, Multiple Sklerose und HIV.

Leitsymptome der Demenz sind der **Verlust geistiger Leistungsfähigkeit und eine Persönlichkeitsveränderung**.

Bei der Demenz durch Morbus Alzheimer (50-60% der Demenzen) treten auf:

- Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen;
- Verlust von Alltagsfähigkeiten;
- Erkennensstörungen;
- Sprachstörungen;
- Reizbarkeit aber auch Apathie (Stimmungslabilität)

Eine Abgrenzung von depressiver Pseudodemenz ist notwendig!

Es gibt auch eine frühe Form der Alzheimer Krankheit (vor 65 Jahren), diese verläuft in der Regel besonders rasch

➤ Durch chronischen Alkoholkonsum bedingte Psychosen

- Alkoholhalluzinose (akustische Halluzinationen, keine Bewusstseinsstrübung)
- Amnestisches Syndrom=Korsakow: gestörte Merkfähigkeit, Orientierungsstörung, Konfabulationen
- Wernicke-Enzephalopathie=punktueller Blutungen der Gefäßwände, Bewusstseinsstrübung, Gangstörung, Augenmuskellähmung
- Alkoholischer Eifersuchtswahn, bei Männern meist verbunden mit Impotenz

3.2 Endogene Störungen

➤ Schizophrenie

Schizophrenie ist abnormes Erleben und Empfinden. Sie entsteht aufgrund ungefilterter Wahrnehmungen und Gefühle (normalerweise nimmt der Mensch nur einen geringen Teil seiner Wahrnehmungen und Gefühle wahr) und ist eine Ich-Störung. Das Ich ist dabei definiert als Körper, Wille und Gedanken.

Es ist die schwerste psychiatrische Krankheit.

Bei der Schizophrenie kommt sowohl eine Minus-, als auch eine Plus-Symptomatik vor. Sie verläuft meist schubweise.

Minus-Symptomatik:

Antriebsverlust, mangelnde Körperpflege, verarmte Sprache, verminderte Leistungsfähigkeit, sozialer Rückzug, psychomotorische Verlangsamung, Gefühlsverflachung

Plus-Symptomatik:

Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Erregung, Spannung, Ängste:

- **formale und inhaltliche Denkstörungen (bizarr, wahnhaft)**
- **Wahrnehmungsstörungen (akustische Halluzinationen!)**
- **Ich-Störung (Fremdbeeinflussungserlebnisse, De-realisation/de-personalisation)**
- **Affektive Störung (Ängste)**
- **Psychomotorische Störungen**

Heutzutage wird Schizophrenie nach den Kriterien von Schneider diagnostiziert, der sagte, es müsse mindestens eins der folgenden 1. Rang-Symptome oder mindestens zwei 2. Rang-Symptome auftreten, um von Schizophrenie zu sprechen.

1. Rangsymptome (mind. 1 muss deutlich vorhanden sein):

- **Akustische Halluzinationen** (Stimmen, Gedankenlautwerden...)
- **Ich-Störungen** (leibliche Beeinflussungen, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Willensbeeinflussung)
- **Wahnwahrnehmung**

2. Rangsymptome (statt einem 1.Rang müssen mind. 2 Zweitrangsymptome deutlich auftreten):

- **Sonstige akustische Halluzinationen**
- **Leibhalluzinationen, optische, gustatorische oder olfaktorische (riechen) Halluzinationen**
- **Wahneinfall**
- **Gefühlsverarmung**

Die Behandlung der Schizophrenie muss medikamentös erfolgen. Es besteht ein hohes Suizidrisiko!

➤ schizoaffektive Störung

Episodische Störung: sowohl schizophrene als auch affektive Symptome treten auf, gleichzeitig oder nur einige Tage versetzt. Keine eindeutige Diagnose „schizophrene oder affektive Störung“ möglich.

➤ Affektive Störungen

Affektive Störungen bezeichnen unmotivierete Stimmungsschwankungen-/veränderungen ohne äußeren Grund, episodenhaft

- unipolare Episode: manisch oder depressiv
- bipolare Episode: manisch-depressiv

Typische Symptome sind die **Veränderung des Denkens und der Motorik**. Die durchschnittliche Dauer der Krankheitsperioden betragen 4-12 Monate (unbehandelt). Das Suizidrisiko ist deutlich erhöht!!

Unipolar manische Episode

- Hochgefühl, Selbstüberschätzung, vermindertes Schlafbedürfnis, Gereiztheit, Distanzlosigkeit, Gedankensprünge, Ideenflucht, Sprunghaftigkeit im Handeln, Enthemmung (sexuell, Kaufrausch, etc.), keine Krankheitseinsicht.

Bipolar manisch-depressive Episode

- Wegen Kombination von gesteigerter Aktivität und Depression ist die Suizidgefahr besonders hoch!

Depressive Episode/Störung

- Umfasst Wahrnehmung, Denken, Handeln, Psychomotorik. Hervorstechendes Merkmal: **erloschene Gefühlswelt**
- Formen: gehemmt (alles -), stuporös (erstarrt), Entfremnungsdepression, larviert (versteckt; wandernde Schmerzen), anankastisch/zwanghaft, agitiert (nervös, gereizt), wahnhaft
- Involutionen: wenn nach 45. Lebensjahr zuerst auftaucht, Altersdepression: nach 65
- Symptome: starke Antriebslosigkeit, Gefühl der Gefühllosigkeit, Durchschlafstörungen, Appetitlosigkeit, Mundtrockenheit, Verstopfung, Gewichtsabnahme, Haarausfall; 1/3 der Patienten hat auch Wahnvorstellungen (Verschuldungswahn z.B.)
- Symptome können eher die Gedankenwelt betreffen oder auch den Körper (somatisch)

! Diese Art von Depression ist abzugrenzen von einer leichteren chronischen Form, die psychogen bedingt ist und Dysthymia im Fachjargon heisst. Weiterhin gibt es reaktive Formen der Depression, die aufgrund belastender Lebensereignisse entstehen. Im Fachjargon spricht man von Anpassungsstörung.

Therapie bei affektiven Störungen

Manisch-depressive Patienten werden in den akuten Phasen mit Psychopharmaka behandelt. Bei schwerer stuporöser Depression auch mit Elektrokrampftherapie, Lichttherapie, etc. Zur Rückfallvorbeugung wird Lithium und das Anti-Epileptikum Carbamezipin (Phasenprophylaktika) gegeben. Stützende Psychotherapie.

3.3 Psychogene Störungen

- a. Reaktionen auf schwere Belastungen
- b. Neurosen
- c. Psychisch bedingte somatische Störungen
- d. Sonstige neurotische Störungen
- e. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (Eß-, Schlafstörungen-Sexualstörungen)
- f. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- g. Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle

a. Reaktionen auf schwere Belastungen:

- Akute Belastungssituation: äußerliche körperliche oder seelische Belastung (Tod eines Angehörigen, Arbeitsplatzverlust, etc.). Häufig ist die Reaktion zunächst eine Art Betäubung, danach ggf. ein sich Zurückziehen oder aber eine Unruhe folgt. Meist treten vegetative Zeichen von Angst auf. Dauer meist nur einige Tage
- Posttraumatische Belastungsstörung: Störungsbild geprägt durch sich aufdrängende, belastende Gedanken an das Trauma (flash backs) oder auch Erinnerungslücken. Oft erst Wochen/Monate nach Ereignis; Überregungssymptome (Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen); sozialer Rückzug. Hohe Neigung zu Chronifizierung. Es braucht eine spezielle Zusatzausbildung um dies behandeln zu können!
- Anpassungsstörung: subjektives Leiden und emotionale Beeinträchtigung mit Einschränkung der sozialen Funktionen nach entscheidenden Lebensveränderungen oder belastenden Ereignissen. Fängt meist 1 Monat nach Ereignis an und hält meist nicht länger als 6 Monate. Depressivität, Rückzug. Sonderfall: abnorme Trauerreaktion

b. Neurosen

Störungen der Erlebnis- und Konfliktverarbeitung. Entstehen aus dauerhaften Spannungen; äußere Konflikte werden nach innen gelagert. Sie sind chronifiziert (mehr als 2 Jahre andauernd) und sind durch biographische Auffälligkeit gekennzeichnet: treten in typischen Konfliktlagen auf. Neurotisches Erleben betrifft das Denken, Verhalten, das Körperschema und die Emotionen.

- Umschriebene Neurosen: Dysthymia (Depression), Angst, Zwang
- Tiefgreifende Neurosen: Organneurosen und Charakterneurosen (keine Einsicht)
- Dysthymia: langandauernde depressive Verstimmung, nicht ausgeprägt genug, um als unipolar oder bipolar klassifiziert zu werden. Bis zu 7% der Bevölkerung! Mehr Frauen als Männer. Trennungs- und Verlustängste resultieren aus Kindheit. Aggressive Impulse werden gegen sich selbst gerichtet (tiefenpsychologische Theorie). Verhaltenstherapeutisch: Seligman's Theorie der erlernten Hilflosigkeit und Beck'sche Triade: Negatives Selbstkonzept – Negative Interpretation der eigenen Erfahrung mit der Umwelt – Negative Interpretation der eigenen Erfahrung mit der Umwelt – Negative Zukunftsperspektive.

- Generalisierte Angststörung: nicht orts-oder objektgebunden. Angststörung 12% der Bevölkerung. Mehr Frauen als Männer. Neurotische Angst: Angst vor dem Verlust der psychischen Existenz (Trennungsangst). Auslöser oft Trennungssituationen. Sie entsteht als Folge ungelöster unbewusster Konflikte in Verbindung mit einer unzureichenden Ausbildung der Selbstkonstanz.
- Phobien: (7% der Bevölkerung). Abwehr gegen die Angst (innere Angst wird ersetzt durch etwas Äußeres...Flugangst zum Beispiel). An Situation oder Objekte gebunden
 - Agoraphobie: Angst vor öffentlichen Plätzen, vor dem Fehlen eines Fluchtweges. Häufig chronisch
 - Soziale Phobie: Angst vor Situationen in denen man im Mittelpunkt steht
- Panikstörung (5% der Bevölkerung): plötzliches Auftreten intensiver Angst. Nicht an Situationen oder Objekte gebunden. Ausgeprägte körperliche Symptomatik (Herzrasen, Hitze, Atemnot...)
- Zwangsstörung: Zwangsgedanken sind Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die den Patienten immer wieder stereotyp beschäftigen und ihn quälen. 1-2% der Bevölkerung. Der Patient sieht ein!! Die häufigsten Zwänge sind Kontroll- und Waschwänge. Symptome sind Zwangsgedanken- und handlungen sowie übersteigertes Verantwortungsgefühl. Laut Psychoanalyse aufgrund übertriebener Strenge und Ordentlichkeit in Erziehung. Der Zwang wirkt als Plombe gegen schwerwiegendere, etwa psychotische Störungen. Lerntheoretisch. Angst und Vermeidung erlernt worden. Zwangserkrankungen sind in der Regel chronisch. Erhöhte Suizidalität.

c. Psychisch bedingte somatische Störungen

Psychosomatische Störungen: mit oder ohne Organbefund körperliche Funktionsstörungen mit seelischen Ursachen:

- Dissoziative Störungen (schwer therapierbar): Umsetzung seelischer Konflikte in körperliche Störungen. Abgespaltene Gefühle oder Erinnerungen werden unbewusst ausagiert. Die Störung ist meist traumatisch bedingt. Häufig im Rahmen anderer psychischer Störungen (posttraumatische Belastung, Panik). Symptome: Kurzzeitige Unterbrechung der eigenen Bewusstheit. Plötzliches Beginn und Ende. Symbolische Umformung ungelöster Konflikte.
 - Dissoziative Amnesie
 - Dissoziative Fugue (weglaufen)
 - Dissoziativer Stupor
 - Dissoziative Trance oder Besessenheit
 - Dissoziative Bewegungsstörung und Krampfanfälle
 - Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen
- Somatoforme Störungen: körperliche Beschwerden ohne Symbolcharakter, mit Schmerzen, aber ohne Organbefund. Psychische Konflikte werden hier nicht ausagiert, sondern eher körperlich festgehalten.
 - Somatisierungsstörung: chronische multiple Körpersymptome , mind. 2 Jahre. Eher Frauen

- Undifferenzierter Somatisierungsstörung: abgeschwächte Form (z.B. muskuläre Schwäche)
- Hypochondrische Störung: übermäßige Angst an einer Krankheit zu leiden
- Somatoforme autonome Funktionsstörung: Funktionen betreffend, die vom vegetativen Nervensystem (vegetativ kontrolliert und innerviert) gesteuert sind, z.B. Herzklopfen, Schwitzen, Zittern, Erröten, Husten, Durchfall.... Herzneurose
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung: quälender Schmerz, der in Verbindung mit emotionalen Konflikten und psychosozialen Problemen auftritt

➤ Organkrankheiten mit psychosozialen Komponenten:

Nachweisbare Organveränderungen werden auf psychische Ursachen zurückgeführt bei:

- Asthma Bronchiale
- Endogenes Ekzem (Neurodermitis)
- Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion)
- Ulcus Duodeni (Magengeschwüre, Zwölffingerfarm); Ursache aber wohl eher Bakterie
- Colitis Ulcerose (entzündliche Darmkrankheit)
- Rheumatische Arthritis
- Migräne

Psychosomatische Erkrankungen sind Folgezustände von chronisch-vegetativen Spannungen bei entsprechender Organdisposition. Entstehung hat multiple Faktoren (genetische Veranlagung, immunologische Prozesse, Ernährung, infektiöse Agenzien, psychische Faktoren...)

d. Sonstige neurotische Störungen

- Neurasthenie: körperlicher Schwächezustand, Konzentrationsschwäche, Erschöpfung. Schwindelgefühle, Reizbarkeit, leichte Depression, Angstzustände, Schlafstörung
- De-personalisation/De-realisationssyndrom: geistige Aktivität, Körper oder Umgebung werden als unwirklich, wie in weiter Ferne, erlebt. Häufig in Verbindung mit Depression, Intoxikation, Phobie, Zwangsstörungen oder bei Schizophrenie

e. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen

- Eßstörungen:
 - **Magersucht- Anorexie:** absichtliches Hungern. Body Mass Index <17,5 (BMI: Körpergewicht dividiert durch Quadrat der Körpergröße. Lebensbedrohung wenn nur noch 40% des Normalgewichts. In der Mehrzahl (90%) Frauen. Kommt meist zwischen 12-25 Jahre vor, Erkrankungsgipfel bei den 14-17jährigen. 1% der Frauen gesamt. Ursachen wahrscheinlich familiäre Muster der Konfliktvermeidung/Verweigerung der Geschlechtsidentität/innerer Konflikt mit Mutter. Symptome: fehlende Krankheitseinsicht, Körperschemastörung, Hormonstörungen; Einnahme von Abführmitteln und Appetitzüglern bzw. intensiver Sport. Körperliche Schäden: Absinken Stoffwechsel, Puls, Blutdruck; trockene Haut/Haare, Menstruation bleibt aus. 1/3 genesen spontan, 1/3 genesen nach Behandlung, 1/3 entwickelt chronische Krankheit. 10% sterben. Unbedingt medizinische Behandlung notwendig!!

- **Bulimie:** Eß-Brechsucht. 1-3% der 12-25jährigen, ca. 90% Frauen und 10% Männer. Erkrankungsgipfel bei den 18jährigen. Ursache wohl innerer Identitätskonflikt zwischen idealem Selbst und schwachem Selbst, der Konflikt wird auf Körper verschoben. Missbrauch von Abführmitteln, depressive Verstimmungen, soziale Isolation. Körperlich: Speiseröhreneinrisse- und verätzungen, Elektrolytentgleisungen, Zahnschmelzschäden, Nierenschäden, etc. Häufig Übergang zu affektiven Störungen und zu Zwangsstörungen
- Schlafstörungen
 - Insomnien: Einschlaf-, Durchschlaf und Aufwachstörungen
 - Hypersomnien: Tagesschläfrigkeit
 - Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus
 - Parasomnien: Schlafwandel, Sprechen im Schlaf, Zähneknirschen, Pavor nocturnus (schreckhaftes Aufwachen), Alpträume. Parasomnien meist bei Kindern
 - Narkolepsie- Schlafkrankheit: zwanghafte Schlafanfälle. In der Regel aufgrund neurologischer Erkrankung
- Sexualstörungen
 - Sexuelle Funktionsstörung (psychosomatisch), ca. 30% Frauen und 20% Männer
 - Frauen: Frigidität, Vaginismus-Orgasmusstörung und Scheidenverkrampfung, Dyspareunie-Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
 - Männer: Potenzprobleme- erektile Dysfunktion, vorzeitiger Samenerguss- Ejaculatio praecox) und verzögerter Samenerguss (Ejakulationshemmung)
- Störungen der Geschlechtsidentität: Transvestismus und Transsexualismus
- Störungen der Sexualpräferenz (F65): Fetischismus (Gummi, Plastik, Leder), Exhibitionismus, Pädophilie, Sadomasochismus

f. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Besonders ausgeprägte, unflexible Persönlichkeitszüge mit persönlichen und sozialen Beeinträchtigungen (Charakterneurose). Deutliche Abweichung im Wahrnehmen, Denken und Fühlen.

Im Gegensatz zur umschriebenen Neurose, die einen Teil der Person betreffen, umfassen Persönlichkeitsstörungen die ganze Person in ihrem Wesen. In der Regel keine Krankheitseinsicht.

- Persönlichkeitsstörungen:
 - Paranoide Persönlichkeitsstörung: übertrieben verletzbar (andere wollen mir Böses)
 - Schizoide Persönlichkeitsstörung: übertrieben kühl, wenig sensibel, distanziert
 - Dissoziale Persönlichkeitsstörung: übertrieben unsozial, rücksichtslos, gewalttätig, unbeteiligt
 - Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: übertrieben impulsiv
 - Histrionische Persönlichkeitsstörung: übertrieben dramatisch
 - Anankastische Persönlichkeitsstörung: übertrieben kontrolliert
 - Ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung: übertrieben ängstlich
 - Abhängige Persönlichkeitsstörung: übertrieben abhängig
 - Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen (exzentrisch, haltlos, narzistisch, etc.)

➤ Borderline Störung

- Grenzlinie zwischen Psychose und Neurose
- Ausgeprägte Identitätsstörung mit starken Stimmungsschwankungen, chronischem Gefühl innerer Leere und instabilen Beziehungen; sehr impulsiv
- Mehrheitlich Frauen; insgesamt 1-2%
- Menschen haben in Kindheit nicht gelernt mit Emotionen umzugehen; sie spalten gegensätzliche Gefühle ab-gut/böse; kein Raum für Konfliktgestaltung in Beziehungen
- Haben Angst vor Verlassenwerden; instabiles Selbstbild; instabile zwischenmenschliche Beziehungen, chronisches Gefühl der Leere, selbstschädigendes Verhalten
- Schwierig therapierbar; Patient-Therapeuten-Beziehung zentral

➤ Andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung

- z.B. bei Folter, Katastrophen, langandauernden lebensbedrohlichen Situationen; Symptome dann: feindliche Haltung gegenüber der Welt, sozialer Rückzug, Gefühl der Leere, Nervosität, Bedrohtheit fühlen, Hoffnungslosigkeit, Entfremdung
- nach psychischer Krankheit: Stigmagefühle, Vernachlässigung von Interessen, ständiges Klagen, niedrigere soziale Funktionsfähigkeit

g. Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle

- Pathologisches Glücksspiel
- Pathologische Brandstiftung
- Pathologisches Stehlen
- Trichotillomanie (Haare ausreissen)

4. Zusammenfassung und wichtige Verhaltensregeln bei Feststellung einer psychischen Störung

Bewusstseinsstörungen und Orientierungsstörungen haben oft eine organische Ursache oder treten bei Schocks, Panik etc. auf. Eine Bewusstseinsstörung ist auch das Leitsymptom des Delirs.

→ Hier ist immer der Notarzt zu kontaktieren!

Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten können -bei entsprechender Ausprägung oder Dauer- Hinweise auf eine Depression, eine Manie oder auch eine Demenz sein; sie treten auch bei Ängsten auf.

Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen treten vor allem nach Schockerlebnissen auf oder aber bei akuten oder chronischen Alkoholproblemen (Gedächtnisstörungen sind das Leitsymptom von hirnorganischen Abbauprozessen (Demenzen); dabei kann es auch zu **Intelligenzstörungen** kommen, die ansonsten in der Regel angeboren sind).

Denkstörungen äußern sich im „WIE“ und im „WAS“ gedacht bzw. gesprochen wird. Sie können wenn sie ausgeprägt sind Hinweis sein auf eine Depression (Minussymptomatik) oder eine Manie (Plussymptomatik), oder je nach inhaltlicher Störung auf eine Schizophrenie (Wahn), eine Zwangsstörung (zwanghafte Gedanken) oder eine Phobie (phobische Gedanken).

→ Manisch-depressive Menschen oder Menschen mit Schizophrenie müssen psychiatrisch/ärztlich behandelt werden!

Qualitative **Wahrnehmungsstörungen**, insbesondere akustische Halluzinationen, können Hinweise auf eine Schizophrenie sein. Insbesondere optische Halluzinationen kommen bei Drogenmissbrauch und dem Delir vor.

Bei einer **Ich-Störung** ist zwischen psychotischer und nicht-psychotischer Ich-Störung zu unterscheiden. Psychotische Ich-Störungen gehen in der Regel mit Wahn und Halluzinationen einher und weisen daher auf eine Schizophrenie hin. Der Patient leidet unter Gedankenentzug-, eingebung-, ausbreitung-, Willensbeeinflussungen oder leiblichen Beeinflussungserlebnissen. Nicht-psychotische Störungen können im Rahmen von Depressionen, Alkohol und bei schweren Krankheiten auftreten (Depersonalisation, Wesensveränderungen, etc.)

Störungen der Affektivität können je nach Ausprägung auf leichte oder schwere Depressionen hinweisen (Minussymptomatik), aber auch auf Manien (Plussymptomatik). Stimmungslabilität ist auch ein typisches Symptom von Demenzkranken. Bizarre Affekte weisen auf eine Schizophrenie hin.

Störungen des Antriebs und der Motorik weisen bei Herabsetzung auf Schock, Depression oder Demenz hin (Sprachstörungen bei letzter), können aber auch durch chronischen Alkoholkonsum entstehen (Gangstörungen). Bei Heraufgesetztem Antrieb kann an eine Manie, aber auch an Demenz oder Drogenkonsum gedacht werden. Auch bei Panik entsteht diese Plussymptomatik kurzfristig. Bizarre Ausprägungen des Antriebs und der Motorik weisen meist auf eine Schizophrenie hin.

! Mit Menschen, die exogene bzw. endogene psychische Krankheiten aufweisen kann nicht im Rahmen einer Biographiearbeit gearbeitet werden, Ausnahme ggf. mit Demenzkranken, wenn die Demenz noch nicht weit fortgeschritten ist.

! Bei Menschen, die psychogene Krankheitsbilder aufweisen kann nicht gearbeitet werden mit:

- Menschen, die eine posttraumatische Belastungsstörung haben

! Auch sollte nicht gearbeitet werden mit:

- Menschen, die keinerlei Krankheitseinsicht haben (Magersuchtpatienten zum Beispiel, hier braucht es Spezialisten), mit Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen (die sehen auch nicht ein!!) oder borderline-Erkrankte (emotional völlig instabil)

Verhaltensregeln bei Suizidgefahr

Psychisch kranke Menschen haben ein erhöhtes Suizidrisiko, insbesondere Menschen mit Depressionen, Ängsten, Wahnvorstellungen oder Suchtkranke, aber auch manisch-depressive Menschen, Menschen mit schweren Krankheiten, Menschen in Trennungssituationen oder Menschen, die ihren Arbeitsplatz verloren haben.

→ Suizidgefahr thematisieren! (80% suchen vorher noch Rat bei therapeutischen Stellen!)

→ Psychiater kontaktieren (wenn der Mensch zustimmt), ansonsten Krankenwagen 112 anrufen!

Erkennungsmerkmale von Suizidalität:

- Situative Einengung
- Werteeinengung
- Dynamische Einengung (Gefühlswelt)
- Einengungen der Beziehungen (Rückzug; Menschen wirken oft abwesend)
- Erheblicher Gewichtsverlust
- Aggressionsstauungen
- Selbstmordphantasien

Bei akuter Suizidalität:

- Gesprächs- und Kontaktangebot
- Einbeziehung wichtiger Personen
- **Fachärztliche Betreuung sicherstellen (Psychiater)!**

Verhaltensregeln bei psychiatrischen Notfälle

- Quantitative und qualitative Bewusstseinsstörungen (Verminderung der Wachheit oder Verwirrtheit/Desorientiertheit/halluzinierend)
- Starke Erregungszustände, Panikattacken, Angst (Kontrollverlust)
- Autistische, stuporöse (Erstarrung), katatone Zustände (Störung des Antriebs und der Motorik), Raptus (Bewegungssturm)
- Alle akut psychotischen Formen (manisch-schwer depressiv, schizophren...): Wahn, Halluzination, Verwirrtheit, Eigen- und Fremdgefährdung
- Akute Suizidalität
- Drogen-Notfälle, Intoxikationssyndrome

→ Immer sofortige Notarztbehandlung sicherstellen 112

Falls ein psychisch kranker Mensch sich gegen die ärztliche Behandlung weigert, greift das „Unterbringungsgesetz“ (Eigen- oder Fremdgefährdung), dann ist Polizei und Ordnungsamt zu verständigen.

Manie

Ein Mann kommt regelrecht in Eure Praxis hereingestolpert. Er lacht und erzählt, er habe sich gerade einen neuen Porsche gekauft, würde heute noch eine Spritztour machen und wolle vorher mit ihnen seine Lebensgeschichte aufschreiben, weil er so eine wichtige Person sei. Sie erklären ihm, dass sie keine Biographien niederschreiben, sondern bearbeiten, fragen aber aus Neugier weiter nach. Der Mann hat nach eigenen Aussagen kaum geschlafen die letzten Nächte. Beim Reden springt er von einer Idee zur anderen, er wirkt enthemmt, seine Arme rudern, er ist aufgedreht und distanzlos.

Was hat der Mann? Was ist zu tun?

Affekte-Motorik-Denken (zu viel)-Aufmerksamkeit (zu viel) !! Achtung wegen Übergang in depressive Phase Suizidgefahr!

Depression

Eine Frau mittleren Alters kommt zu Dir in die Praxis. Sie erscheint ihnen vollkommen runtergefahren. Sie spricht leise und unsicher, meint gleich, sie sei hier nicht richtig. Wäre ja alles sinnlos. Sie erscheint ihnen sehr einsam, als sie fragen, ob sie Medikamente einnimmt bejaht sie das, aber es sei ja nicht mehr so wichtig. Und jetzt habe sie sich auch noch verschuldet, sie stockt beim Sprechen. Als sie sie wieder etwas fragen, scheint sie die Frage nicht zu hören. Sie wirkt unkonzentriert, überfordert. Was hat die Frau? Was ist zu tun?

Affekte-Motorik-Denken-Aufmerksamkeitsstörung

Post-traumatische Belastungsstörung

Ein Mann mittleren Alters kommt zu ihnen. Er berichtet Schlafstörungen zu haben, entkräftet zu sein, und Schwierigkeiten mit seiner Partnerin und den Kindern zu haben, auch weil er – wie es selbst zugibt- sich manchmal nicht mehr unter Kontrolle zu haben, grundlos wütend wird. Als sie etwas nachfragen, bekommen sie heraus, dass der Mann seine Lebensgeschichte aufarbeiten möchte weil er lange bei der Bundeswehr war und dabei auch Einsätze in den Kosovo geleistet hat, wo er Greuelataten an der Zivilbevölkerung miterlebt hat. Seine Schlafstörungen beruhen auf Alpträumen.

Was hat der Mann? Könntest Du mit ihm arbeiten?

Störung der Affekte

Agora-Phobie

Eine recht junge Frau kommt zu ihnen und wirkt nicht sehr selbstsicher. Sie erwähnt, sie habe Angst, U-Bahn zu fahren und an öffentliche Plätze zu gehen, manchmal lehnt sie auch Einladungen von Freunden ab, wenn viele Menschen zusammenkommen werden. Was hat die Frau? Affekte

Zwang

Eine Frau mittleren Alters kommt zu Dir in die Praxis und Dir fallen die geröteten Hände auf. Sie sagt, ja, das käme vom vielen Waschen, aber es gäbe ja überall Keime und sie müsse sie deshalb oft waschen. Sie berichtet, sie habe Schwierigkeiten auf der Arbeit, fühle sich ausgegrenzt. Als sie mehr nachfragen erwähnt sie unter anderem, immer alles sehr gründlich zu machen. Sie kommt ihnen irgendwie fast verkrampft vor, alles richtig machen zu müssen. Während der Sitzung geht sie sich mehrfach die Hände waschen. Was hat die Frau?

Affekte - Denken

Delir

Vor Deiner Praxis sitzt ein Mann am Boden, der stark zittert und schwitzt. Manchmal zuckt er krampfartig. Sein Bewusstsein scheint getrübt, er reagiert ängstlich und verwirrt, als Du ihn ansprichst und faselt etwas von Insekten überall. Dann ist er wieder „abwesend“, er erscheint vollkommen desorientiert.

Was könnte dieser Mann haben und was ist zu tun?

Bewusstseinsstörung-Orientierungsstörung-Psycho-Motorik-Affekte-Wahrnehmungsstörung (optisch)

Amnestisches Syndrom

Ein Mann kommt zu Euch in die Praxis, er ist bei vollem Bewusstsein, er erscheint Euch aber ein wenig desorientiert und unkonzentriert. Im Gespräch stellt ihr fest, dass er schon nach wenigen Minuten vergessen hat, worüber ihr vorher gesprochen hattet. Das erscheint ihm dann unangenehm zu sein und er erzählt zu diesen Gedächtnislücken ungereimtes, erfundenes Zeug. Der Mann berichtet Euch dann, dass er sehr lange alkoholkrank war.

Was hat dieser Mann?

Orientierungsstörung- Konzentrationsstörungen – Merkfähigkeits-/Gedächtnisstörung

Beginnende Demenz

Eine ältere Dame beginnt bei Euch eine Biographiearbeit. Bei jeder Sitzung ist sie unterschiedlich aufgelegt, manchmal sogar gereizt. An viele Dinge kann sie sich nur noch nach Zögern erinnern. Sie berichtet Euch, häufig Sachen zu verlegen und einige Male stellt sie Euch die gleiche Frage, die ihr schon mal beantwortet hattet.

Was hat die Dame?

Affektstörungen-Merkfähigkeits-/Gedächtnisstörungen

Schizophrenie

Eine Frau mittleren Alters erscheint bei Euch in der Praxis. Sie ist ungepflegt, zurückhaltend, beinahe schon abweisend. Sie beginnt zu berichten, dass sie Angst habe aufgrund der Männer, die nachts immer ihr Haus unter Strom setzen würden. Der Strom laufe dann immer durch ihren ganzen Körper. Die Geschichte erscheint Euch komplett merkwürdig. Als ihr nachhakt, sagt sie, dass seien die gleichen Männer, die immer mit ihr reden würden, sie könne ihre Stimmen hören und die Männer können ihre Gedanken lesen.

Was hat die Frau?

Ich-Störung-Denkstörung-Wahrnehmungsstörungen (Halluzinationen akustische)-Affektstörung