

**Organisatorisches:**

Hausarbeit nach Ende WS: 3-5 Seiten + Zeugnis + Rückkuvert an untenstehende Adresse; bis 2.3.2000. Thema nach eigener Wahl aus Themenspektrum des WS.

Adresse: Univ.Prof. Dr. E. Gabriel

c/o PKB

Baumgartner Höhe 1

1140 Wien

Tel: 91060 - 20011

---

**Symptom** = Einzelmerkmal

**Syndrom** = mehrere Merkmale, die zusammen gehören (ähnlich einem Durchschnitt)

**Wissensstandserhebung -> Hypothese -> Ziele -> mit welchen Mitteln kann ich sie erreichen?**

Wichtig ist auch die **Beschreibung der Verlaufsgestalt**

(z.B. **akut** = zeitliche, dynamische Entwicklung und episodisches Abklingen;

**chronisch** = langdauernd, schleichender Beginn)

**MERKE:**

**Psychiatrie** = medizinische Disziplin, die mit psychischen Störungen zu tun hat; theoretische Aspekte umfassend (Krankheitslehre = Nosologie konzipieren)

**Psychopathologie** = eine Grundlage der Psychiatrie; Lehre von den psychischen Störungen.  
Gegenstand ist nicht Krankheitslehre, Ursprung einzelner Störungen und ihre Behandlung, bzw. ihr Auftreten. **Gegenstand ist das Zustandsbild der Störung selbst!**

-> Wie sind **Störungen** der Seele **zeitmäßig erforschbar?**  
(zweckmäßige Sprache entwickeln)

-> **Beziehungen zwischen den einzelnen Merkmalen** (z.B. statistische Beziehungen - treten immer gemeinsam auf; welche Muster zwischen diesem regelhaften Zusammengehen gibt es)

-> **Definition von Ansatzpunkten**, unter denen diese **Störungen untersucht** werden können.

## PSYCHISCHE STÖRUNG

- \* wird beeinflusst von **Krankheitsprozessen**;
- \* aber auch **betroffener Mensch** muß berücksichtigt werden (lebt in sozialen Systemen, nimmt Rollen wahr, Einfluß von zwischenmenschlichen Beziehungen, bestimmte Werthaltungen, usw.)

### Nachteile einer einseitigen Sichtweise:

(also psychische Störung ist nur von Krankheitsprozessen beeinflusst)

- \* Vernachlässigung von Aspekten, die mit Mensch zusammenhängen
- \* wird dem Menschen nicht gerecht (Person, Geschichte, Sozialbeziehungen, usw.)
- \* fatale Folgen sind die Konsequenz (Nicht-Reparierbares wird einfach vernichtet - vgl. Nazis)

**daher:** therapeutische Maßnahmen müssen sich nicht nur an Krankheit sondern auch an Person richten!

### MERKE:

**Strukturanalyse** entspricht **Psychopathologie**

**Bedingungsanalyse** entspricht **Psychiatrie**

**Beachte: DSM-IV und ICD-10 eignen sich nicht für Beschreibung von Psychopathologie!**

\* **ICD** = International Classification of Diseases (von WHO herausgegeben)

\* **DSM** = Diagnostic and Statistic Manual for Mental Diseases

**Beides = Instrumente der Nosologie**; sind aber **rein deskriptiv** und daher **nicht geeignet für Psychopathologie!**

Eher **geeignet für Syndrome** (beschreiben auf einer Achse die jeweiligen Symptome, ohne danach zu fragen, woher sie kommen)

## WAS IST EINE PSYCHISCHE STÖRUNG?

### a) subjektivistischer Ansatz:

Psychische Störung liegt vor, wenn **jemand für sich selbst definiert unter bestimmten Merkmalen zu leiden.**

BEISPIEL: Unglücklichsein - von den meisten Menschen nicht als Störung empfunden, obwohl beeinträchtigt. Manche fühlen sich aber so sehr beeinträchtigt, daß sie leiden.

#### \* *pragmatisches Krankheitsmodell:*

Ich fühle mich schlecht -> bin krank -> muß zum Arzt

\* *erlebnisreaktives Krankheitsmodell:* Erlebnis -> Reaktion darauf (Therapeut, Lebensberater, etc.)

**normal / abnormal = ?**

Grad des **subjektiven Leidens**

Grad der **Beeinträchtigung von Lebensbedingungen**

=> gemeinsam: beides = subjektiv vom Betroffenen vorgenommene Einschätzungen (subjektive Habitualnorm)

\* **subjektive Habitualnorm:** ist nur indirekt zugänglich; vgl. dazu:

\* **Durchschnittsnorm:** spielt Rolle zur GROBEN Orientierung, denn nicht jeder, der schief schaut, ist abnorm!

Subjektive Habitualnorm vergleicht Zustand zu bestimmtem Zeitpunkt mit durchschnittlichem Zustand.

Aber: Mensch befindet sich in Entwicklung; dabei realisiert er Entwicklungspotential, relativiert bestimmte Entwicklungsziele (können normativen Charakter haben)

\* **subjektive Wertungsnorm:** wichtig dabei = Faktor Zeit; Mensch und seine Krankheit sind kein statisches Phänomen!

### b) Störung ist nicht Krankheit (kann eine anzeigen, muß aber nicht!)

Erlebnisreaktive Störung = z.B. die Neurose (aus pragmatischer Hinsicht aber eine Krankheit wegen der Schwere der Beeinträchtigung)

**Dimensionelle Modelle** = besser als kategoriale Modelle.

|                                        |                         |
|----------------------------------------|-------------------------|
| Mensch zu bestimmtem Zeitpunkt („ICH“) | -> körperlicher Zustand |
|                                        | -> psychischer Zustand  |
|                                        | -> sozialer Zustand     |

## PSYCHOPATHO I / 11. 11. 1999

### PATIENT MIT AFFEKTIVER STÖRUNG

ca. 26 Jahre, Jusstudent mit Nebenjob Immobilienmakler; kam vor 3 Wochen ins AKH -> sah auf abgeschaltetem Fernsehbildschirm miteinander raufende Engel und Teufel. Fuhr U-Bahn und schaute allen Leuten direkt ins Gesicht, erlebte dabei eine massive Steigerung seines Selbstbewußtseins. Bezeichnet seinen Zustand als Nervenzusammenbruch, weil er sich in der Arbeit übernommen hatte. Gibt an, sehr erfolgreich zu sein - hat 2 Wohnungen verkauft. Dann kommt heraus, daß er Nebenjob erst probeweise hatte. Gibt zuerst an, sehr erfolgreich im Studium zu sein, dann kommt heraus, daß er sich viel zu wenig anstrengt. Hat Schuldgefühle, weil er noch immer im ersten Abschnitt herumkrebst. Auf die Frage, wie er sich jetzt im Hörsaal fühle, meint er er sei stolz der Wissenschaft dienen zu dürfen.

#### Gabriel:

Patient hat **manisch-depressive Erkrankung**, vor Einweisung manische Phase, ob er schon wieder ganz herunter ist, weiß man nicht.

#### Unterschied zwischen Phase und Schub:

- \* **Phase:** von Habitualzustand in den Habitualzustand (restitutio ad integrum)
- \* **Schub:** keine Restitutio ad integrum, sondern Restzustand der Episode bleibt erhalten.
- Residualzustand** = „seelische Narbe“

#### 2 bedeutende Diagnose-/Prognosekriterien:

- \* **Akuität**
- \* **Affektivität**

Bei beiden: je mehr desto besser für restitutio ad integrum

**PATIENTIN MIT ANGST -> Auffälligkeiten = ?**

1. Wie geht sie mit ihrem Zustand um?
2. Zustand selbst und seine Merkmale
3. Geschichte des Zustandes

**ad 2) Zustand selbst und seine Merkmale**

Patientin bezeichnet ihren Zustand als „Bulimie, Depression, Angstzustände“  
Angstzustand in verschiedenen Situationen mit stark ausgeprägter Angst, regelhaft verbunden mit körperlichen Beschwerden (Herzklopfen, Schwindel, Veränderung der Temperaturempfindung, heftiges Zittern bis hin zur Ohnmacht -> bestimmte Körperhaltung ist notwendig, ist vereinbar mit Beruf. Fühlt diese Zustände kommen (ähnlich „Anfälle“); entspricht aber nicht dem Typus eines Angstanfalls.

Wann? Vor allem in neuen Situationen besteht eher Gefahr, daß Angst ausbricht.

-> nach Streit mit Mutter

-> nach Streit mit Freund

Dann reagiert sie jeweils mit heftigen Aggressionen, schlägt Mutter, drischt ihrem Freund einen Glastisch zusammen.

=> Ängste sind nicht eindeutig situativ gebunden

In Zuständen erleidet Patientin sie als etwas Unangenehmes, kann aber auch damit umgehen -  
> Umsetzung der Angst in Aggression (schlägt ihre Mutter; war „einziger Mensch, der gut zu mir war“) -> große Schuldgefühle (Patientin sperrt sich selbst wochenlang in Zimmer ein: einerseits Strafe, andererseits Vorbeugung - anschließendes Gespräch mit Mutter als sehr entlastend empfunden). Selbstaggression (Kratzen, Schneiden, etc.) -> Schmerz -> dieser übertönt die Angst.

Patientin weiß aber, daß dies kein guter Weg ist, um mit Aggressionen umzugehen -> daher in Therapie. Lehnt Schnittverletzung ab, weil Körperbild geändert wird („schaut nicht schön aus“)

=> Erlebnis und Umgang mit eigenem Körper könnte ein Problembereich sein (1. Auftreten am Anfang der Adoleszenz)

weitere Strategie: Patientin kann ihre Aufmerksamkeit fokussieren, blendet z.B. im Hörsaal vordere Reihen aus, hintere Reihen schrecken sie nicht; vermeidet Blickkontakt mit vorderen Reihen. Als Prof. Gabriel den Raum verläßt: Patientin senkt den Kopf, umklammert Mikrophon (= Substitut für Gabriel) -> kann so Umgebung ausgeblendet halten.

Bricht Angst am Arbeitsplatz aus -> Patientin geht weg; irgendwann kommt jemand, der sie hält -> Angst ist nicht weg, aber erträglich. Problem dabei: kann in ihrem Alltag niemanden nennen, der ihr am nächsten steht. Fühlt sich in dieser Situation als Kind; wußte, daß ihr Liebe und Freiheit helfen würde.

### ad 3) **Woraus entstanden?**

Fehlen jeglicher liebevoller Zuwendung (Trennung der Eltern; Mutter mußte Patientin den Großeltern überlassen, weil es nicht anders ging) -> Patientin verfügt über subjektive, individuell formulierte Theorie über ihre Zustände; gibt „Schuld“ nicht der Person der Großmutter, sondern dem Verhalten der Großmutter.

1. Zustände mit 13 Jahren (lebte damals bei den Großeltern), dann 1 Jahr Ruhe (Aufenthalt bei der Mutter; war Zeit des Wohlbefindens -> durfte daher nach Österreich [kommt aus Serbien]), dann wieder Zustände - heute 17 Jahre -> Klinik; aber wohl auch schon vorher immer wieder Zustände - diverse Interventionen (Pulver, Notarzt, usw.)  
=> vor Beginn der systematischen Therapie und Beginn des 1. Auftretens vergeht meist längere Zeit! (auch wenn klar ist, was die Zusammenhänge sind)

Gesamtverlauf: mit ca. 13 Jahren / Pubertät - Eintritt in schwierige Lebensphase -> Zeit bei Mutter / Ruhe -> allgemeiner Wechsel der Lebenssituation VOR Ende der Schulpflicht (konnte Situation nicht selbst bewältigen, war sich aber selbst überlassen in eigener Wohnung). Immer wieder versuchen andere Zustände der Patientin zu stoppen, indem sie eigene, überlegene Position ausspielen: Vater - schlägt, schreit; Großmutter detto; Freund wirft sie hinaus. Positiv war nur die Mutter (nachdem Patientin sie geschlagen hat, will sie trotzdem mit ihr reden); Freundin, die auch allein mit ihrer Mutter lebt (ohne Vater) = Modell bzw. ähnliche Geschichte

### **Perspektive = ?**

Patientin will ihre Situation verändern -> neue Wohnung in Heim (= Selbständigkeit, aber auch sicherer Hort!); Kontakte zu Vater und Stiefmutter sollen bleiben; gute Erfahrungen auf der Station (Es tut gut, mit Leuten zusammenzusein, die ähnliche Probleme haben)

Patientin sucht Therapie

Patientin möchte wieder arbeiten (ökonomisch auf eigenen Beinen stehen!)

Fazit: Sie schaut in die Zukunft, versinkt nicht in Symptomproduktion und Klagen darüber -> versucht selbst aus der Bredouille herauszukommen

### **Patientin hat Angststörung (Angst = dominantes Merkmal)**

\* Ähnlichkeiten mit **Panikattacken**, aber auch

\* **situationsabhängige Ängste** (samt vegetativen Korrelaten von Angst).

Situation ist nicht genau zu definieren (wie z.B. bei einer Agoraphobie); ist ähnlich einer generalisierten Angststörung = Mischung aus diversen Angstformen, müssen auf jeweilige Ebene des Auftretens bezogen werden -> Frage: „Wie gehen die Betroffenen damit um?“  
Entstehung: neue Situationen, die nicht bewältigt werden können -> Zustände.

In **Medizin** ausgehen von dem, was ein Patient sagt bzw. dem, was wir am Patienten feststellen

## 2 verschiedene Zugänge:

- 1) Beachten dessen, was Patient sagt
- 2) Beobachten des Patienten (Verhalten, Diktion, usw.)

Psychiatrie sollte hier für gesamte Medizin Vorbildcharakter haben.

**Medizin = soziale Handlungswissenschaft** (Naturwissenschaft -> hat zwar dazu wichtigen, aber trotzdem nur instrumentellen Charakter). Naturwissenschaftliches Instrumentarium spielt in Medizin eine große Rolle, aber: Nur naturwissenschaftlich/technisch orientierter Zugang ist nicht ausreichend (anders bei Klinischer Psychiatrie!) -> Mediziner, der sich nur darauf beschränkt, ist ein ganz schlechter Arzt! (Auftrag der Medizin = soziales Handeln!) Lösung ist nicht Forderung, daß Allrounder tätig sein müssen, sondern Arbeitsteilung und Teamarbeit!

In **Psychopathologie** dürfen somit **keine einseitigen, NUR auf Störbilder hin orientierten Modelle** angewandt werden, sondern komplexe Modelle.

Notwendig = Durchblick auf **Gesamtsituation des Menschen** (auch seiner sozialen Umgebung)

-> Störbild selbst + wann, wo, in welchem Umfeld, etc. ist Mensch davon betroffen (wie schaut's in Zukunft aus, usw.)

=> vgl. **Modell vom kranken Menschen in seinen sozialen Bezügen im Ablauf der Zeit:**

\* **Zeitdimension** wird in den meisten Diagnoseschemata vernachlässigt -> WIE Störbild entstanden ist, ist ihnen wurscht

\* **betroffener Mensch** = die wichtigste Instanz (ER ist der Partner des Arztes, nicht die Krankheit!)

BEISPIEL: gebrochenes Bein: ist keine Krankheit; aber: Einschränkung der Mobilität  
-> gerade das bewirkt psychische Probleme [Autonomie der Person ist nicht beeinträchtigt!];

beachte: **unterschiedliche Menschen können ein- und dieselbe Krankheit ganz unterschiedlich erleben**; nimmt affektiv mehr oder weniger Stellung -> alle diese Teilprozesse können weitere Störung hervorrufen;  
z.B. Affektivität -> Depression; Kognitionen -> Wahnbildungen, etc.

**Fazit:** Notwendigkeit verschiedene Sprachen zur sprachlichen Erfassung der Störung/Krankheit. Behandelt kann nur etwas werden, das vorher beschrieben wurde!

**Bei Störbild = wichtig:**

- \* einzelne Komponenten in ihrem Verhalten zueinander
- \* Verhältnis zur Zeit
- \* Verhältnis zum kommunikativen Feld, in dem Störbild wahrgenommen wird (d.h. treten bestimmte Merkmale zu bestimmten Zeitpunkten auf oder nicht)

Auftreten von Störbildmerkmalen kann auch vom Setting abhängen (aber: Setting kann auch therapeutisch genutzt werden)

Bestimmte Umstände können für Störbildentstehung förderlich, für andere hinderlich sein.

**Beachte:** Unterschiedliche „Begutachter“ mit unterschiedlich weitem Blick betrachten ein- und dieselbe Störung als etwas ganz anderes.

- \* **Merkmalskataloge sind nicht gleich umfassend.**
- \* **Merkmalskataloge sagen nichts aus, wie Betroffener selbst seine Merkmale gewichtet.**

**Fazit:** Notwendigkeit eines offenen Gesprächs mit Patienten;  
Vielfältigkeit der Gesichtspunkte;  
grundlegend in Psychiatrie = soziales Handeln  
(Psychiatrie ist keine „Reparaturmedizin“!)

**PSYCHOPATHO I / 13.1.2000**

**PATIENT MIT PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG ÄHNLICH EINER AUS DEM SCHIZOPHRENEN FORMENKREIS**

Patient männlich, 28 Jahre, stationär. Vor Hospitalisierung: nachts ständig unterwegs, kein Schlaf, keine Müdigkeit, tagsüber auch nicht, weil ständig mit Freunden telefoniert; normalerweise 8-9 Stunden Schlaf, vor Einweisung nur 4-5 Stunden; 10 Minuten total erschöpft, dann wieder fit nach 10 Minuten Liegen. Ständiges Unterwegssein empfindet er als angenehm, aber er weiß, daß das nicht normal ist.

Vor drei Jahren ähnliche Phase -> Plan mit Moped nach Italien fahren; ging nicht, weil in Wiener Neustadt das Moped einging. Dort sah er rotes Wohnmobil, hielt dies für ein Geschenk an ihn, wollte damit wegfahren. Polizei nahm ihn fest und schickte ihn heim. Dort Anruf von Tankstelle bei Polizei -> bittet um Hubschrauber für Italienfahrt, die er später abzahlen will -> Psychologin kommt -> er muß auf Baumgartner Höhe. Patient bezeichnet seinen damaligen Zustand als „von Sinnen“ (ging z.B. nachts mit Taschenlampe zu Fuß auf der Autobahn herum) - erschrak manchmal vor sich selbst, was er sich alles zutraute. Kam ganz leicht mit Leuten ins Gespräch - hohes Selbstwertgefühl, andererseits Schrecken darüber.

Patient hat keinen Beruf, keine angeschlossene Ausbildung (HAK - Matura versaut, tritt nicht mehr an, war immer schlechter Schüler), Gelegenheitsjobs. Unterstützt vom Sozialamt. Eltern geschieden, unterstützen ihn aber auch; 2 Jahre jüngerer Bruder (Maschinenschlosser in Fahrradwerkstätte). Eltern fordern von Patienten: Er soll einsehen, daß es ohne Arbeit nicht geht. Er selbst weiß nicht, was er will; will Monotonie eines Jobs („jeder wird so“) vermeiden; glaubt er sollte nicht mehr herumüberlegen, sondern endlich etwas ausprobieren.

Lebt in betreuter Wohngemeinschaft (Nachfolgeeinrichtung der Pension „Bettina“), 1mal pro Woche bei Psychiaterin; nimmt Medikamente seit erstem „Anfall“ vor drei Jahren.

Patient bezeichnet seinen Zustand als „zeitweilige Aussetzer“ (z.B. geht in Küche, um sich Tee zu machen - dort angekommen, weiß er nicht mehr, was er hier will) - machte sich aber angeblich keine Sorgen, kam ihm aber öfter als normal vor.

Patient meint er „halluzinierte ein wenig“ -> hört z.B. auf der Straße Stimme seines Bruders, versteht aber nicht, was dieser sagt. Als er sich umdrehte, war Phänomen weg, kommt ihm seltsam vor. Bezieht es auf sich -> mit ihm muß etwas nicht stimmen.

Jetzt: Bruder (= 26 Jahre) erwartet, daß Patient sein Vorbild sein soll. (Patient selbst hat diesen Anspruch nicht an sich selbst). Bruder macht ihm Vorwürfe. Patient nahm sich vor, „nie erwachsen zu werden“ (will nicht so werden wie sein Vater). Was ihm am Vater stört: Unzufriedenheit mit Arbeit, = eine Situation, die der Vater aber nicht ändern kann. Patient gibt an, Vater zu wenig zu kennen. Vater trinkt (Patient weiß das aber nicht, sondern schließt es nur -> Vater hat ihm mit seiner Betrunktheit „Weihnachten verdorben“, sperrte im Suff Familie (Mutter, Patient, Bruder) aus der Wohnung. Vater wurde vor kurzem vom Patienten darauf angesprochen, Vater wußte das aber gar nicht mehr. Patient hat keine positiven Erinnerungen an Weihnachten. Auch Bruder „versaute mir wieder einmal Weihnachten“ (als er schon im Spital war), weil er betrunken war. Bruder im Suff: Vorwürfe an andere Familienmitglieder, redet sich aus auf genetische Bedingungen und Kindheitstrauma. Reaktion des Patienten darauf = Enttäuschung. Gabriel: Was hätte sich Patient vom Bruder erwartet? Patient findet, dieser kann ihn nicht ernst nehmen, beide können das aber nicht ausreden; Patient würde Gespräch schon wollen, Gelegenheiten gäbe es auch, aber ihm fehlt der Mut (auch dem Vater gegenüber).

Zustand vor der Einweisung: Patient = gut gelaunt und das durchgehend  
Zustand jetzt: gedämpft; Patient = enttäuscht, daß Zustand verflogen ist; hatte viele Ideen, die er auch verwirklichte (z.B. Spiegel für sammelnden Freund organisieren)

Gabriel: „Wo sehen Sie in Ihrer gegenwärtigen Situation das Hauptproblem?“ - Patient: „Daß ich nicht einsehen will, daß es nur ums Geld geht im Leben.“ „Mir fehlt's an Disziplin.“  
Gabriel: „Wieso können Sie diese nicht aufbringen?“ Patient: läßt sich zu sehr gehen, sieht Notwendigkeit der Disziplin, es fehlt ihm aber an Durchhaltevermögen (Lustlosigkeit, keine Motivation, Ziellosigkeit); gibt an überhaupt keine Ziele zu haben. „Wenn es um mich geht, so ist mir das unangenehm.“

Patient über seinen Zustand jetzt: wundert sich, daß ihm im Spital noch niemand gesagt hat, was er eigentlich hat; alle haben nur herumgeredet. Es würde ihm aber auch nichts helfen, wenn er den Namen für seinen Zustand wüßte. Er selbst: „eine Art Ich-Störung“, „daß ich mit mir nicht zurechtkomme“.

Eigene persönliche Pläne des Patienten: hat in wenigen Tagen ein Gespräch bei der Berufsberatung; Wohngemeinschaft wird zusammenbrechen -> Patient wird von den Eltern seiner Mitbewohner als schlechter Einfluß gesehen (hat zu viele Freunde eingeladen); Patient wird in Gemeindewohnung ziehen, wäre aber lieber mit Freunden zusammen; Freundin hat ihn verlassen, sind aber noch gute Freunde.

### **Gabriels Äußerungen zu diesem Patienten:**

\* **manischer Zustand** (gehobene Stimmung, geringes Schlafbedürfnis, viele Ideen, keine Tagesmüdigkeit, episodischer Ablauf -> Patient hat diesen Zustand schon 2x erlebt.)

\* **Patient schildert Zustand als „Beschwerden“**

Führte lange Zeit **kein strukturiertes Leben** (nur bis zur Matura, bei der er durchfällt). Selbstunsicherheit; ist aber nicht dasselbe wie in der Umgangssprache (denn Patient hat ja keine Probleme, Leute kennenzulernen. Zustand ist aber trotzdem eine Variante von Selbstunsicherheit.

\* **Selbstunsicherheit**

-> in bezug auf Grundfragen des Lebens (in bezug auf seine Ziele -> „ich will nicht erwachsen werden“)

-> in bezug auf seine eigenen Fähigkeiten

Folge: **relativ unstrukturiertes Vorsichhinleben** (Strukturmangel)

**subjektive Zuschreibung des Patienten:** Zustand = „**eine Art Ich-Störung**“ (= eine Art Distanz zu sich selbst; beachte: Patient spricht von sich selbst in Ich-Sätzen nicht in Man-Sätzen.

In manischem Zustand wurde Hospitalisierung notwendig.

\* **„Halluzinationen“** -> Konsequenz: Patient Zuschreibung eines Erlebnisses an eigenen Zustand (Mit mir muß irgendetwas nicht stimmen).

Wiederholtes Auftreten von Erlebnissen, die er als Halluzinationen bezeichnet (-> hört Stimme des Bruders, wenn er sich aber umdreht, ist Bruder nicht da und Stimme weg -> rasche Korrektur über optische Kontrolle war offenbar nicht möglich (normale Konsequenz: man geht darüber hinweg)

Halluzinatorische Erlebnisse = Sinneseindrücke, denen in der Realität nichts entspricht -> hat er auditive Halluzinationen? Passierte immer, wenn er mit anderen Leuten zusammen war -> war möglicherweise eine **illusionäre Verkennung der Realität** und keine wirkliche Halluzination (Patient kann das nicht unterscheiden)

## Wie kommt es zu so etwas?

-> **negativ besetzte / ambivalent besetzte Beziehung zu Bruder.** Dieser ist für Patienten:

1. bedeutungsvolle Person
2. Bruder ist ihm wichtig und jemand, der Erwartungen an ihn hatte, die er aber nicht erfüllen konnte, aber gern erfüllt hätte / erfüllen würde.

Eigene Erwartungen des Patienten an den Bruder -> werden ebenfalls enttäuscht (siehe Suff); facettenreiche Beziehung voller Widersprüche, voll Ambivalenz.

-> **ähnlich wichtige Figur = Vater** (ebenfalls widersprüchliche Erwartungen sowohl an diesen, als auch an sich selbst -> hört Vaterstimme nicht, vielleicht weil mit diesem Kommunikation schlecht bzw. unmöglich sein könnte). Patient hat relativ endgültiges Bild vom Vater (= fertige Figur), bei Bruder wäre noch allerlei offen.  
„Halluzinationen“ werden vom Patienten nicht als Irrtum interpretiert, sondern als Symptom.

\* „**Aussetzer**“ vom Patienten als Symptom interpretiert, von seiner Freundin aber als etwas Alltägliches. Gründe für sowas: **Aufmerksamkeit war brüchig** (Müdigkeit, Substanzeinwirkung,...); aber: Patient nimmt Zuschreibung vor, indem er dieses Erlebnis als Symptom wertet. Er hat damit recht, aber: **Störung im Bereich des Denkens, der Abläufe, Kohärenz** (d.h. Gedanken schlüssig weiterverfolgen können)

**Psychische Störbilder mit Denkvollzugsstörungen** (müssen nicht massiv sein; oft diskret; verschiedene Modelle zur Erklärung)

Halluzinationen und Aussetzer = **zustandsbezogene Merkmale**

Bruder/Vater = **persönlichkeitsbezogene Merkmale**

anhaltendes Problem von nachhaltiger Bedeutung (10 Jahre Dauer bisher)

Patient: „Disziplinlosigkeit, kann bei keiner Sache bleiben“, aber: Er blieb bei der Therapie, in Pension Bettina, in betreuter Wohngemeinschaft von jungen Männern + Beschäftigungstherapie.

Basale Bedürfnisse des Patienten sind gesichert.

Aber: Patient braucht mehr Strukturen, mehr Lösungsstrategien für seine Persönlichkeitsproblematik.

Hat Persönlichkeitsstörung ähnlich einer aus dem schizophrenen Formenkreis (vgl. Anfang der Zustände mit 19 / Adoleszenz, Scheitern in der Schule).

**WAHNPATIENT**

Patient redet ziemlich schnell, läßt sich wenig unterbrechen. Spricht über seinen Wahn (eine Art Astronomiewahn: 3 Welten, eine davon = HIDDEN -> Erklärung folgt später; Science-fiction-Wahn; voll ausgebildetes Wahngedäude)

Sätze: grammatikalisch richtig, aber sinnlos -> ohne Zusammenhang; Neologismen: z.B. das Niederkäuer'sche. Spricht über Gedankenmanipulation von außen. Wahrscheinlich einst drogensüchtig ? (gibt später auch zu, er habe Drogenerfahrung, spielt diese aber sehr herunter -> kennt aber ALLE Namen einschlägiger Drogen...). Ist überzeugt, Telepathie werde zum geistigen Mißbrauch seiner Person verwendet; hört Stimmen (eigene Begründung, warum er sich solche Gedanken macht: weil er Waagegeborener ist).

Gabriel fragt ihn, ob sein Denkgebäude schlüssig sei -> Patient keine Antwort.  
Ein Satz des Patienten: „Wenn ein Herzmuskel reißt, kann man keinen Betrug heben.“  
[whatever this may mean...]

Sein Wahn: ähnlich einem Science-fiction Film mit Raumschiffen; gespickt mit vielen Ausdrücken aus der Psychologie („Ich-Störung“, „psychosomatische Störung“,...) -> ohne aber um die wirkliche Bedeutung der verwendeten Begriffe zu wissen... Dabei: eine Art körperlicher Wahn mit Weltuntergangsvorstellungen garniert.

Schnelles Reden des Patienten [-> Gedankenbeschleunigung]

Telepathisches Sprechen von Galaxie zu Galaxie durch Schlupflöcher („wie in TV gesehen“); Patient kann außerirdische Botschaften verstehen (Hören mit inneren Ohren, hört dies wie Gesprochenes [-> Stimmenhören])

Patient liefert logisch schlüssiges Gebäude, warum das so geht; ist überzeugt, daß wir Menschen längst von Außerirdischen umgebaut wurden, bzw. ferngesteuert sind.

**Zur Biographie des Patienten:**

Geboren 1965. Schulbesuch sporadisch -> 1970 „Freistellung“ von Volksschule-Hauptschule. Auf die Frage, was so eine Freistellung sei -> „da braucht man die Schule nicht zu machen“. Besuch der Berufsschule / Elektroinstallateur ohne Abschlußprüfung. Gibt an sich damals schon damit (mit seinem Wahngedäude) beschäftigt zu haben -> Lehrer haben sich (angeblich) zustimmend geäußert [inwiefern stimmt's -> wenn ja, eventuell wahnverstärkend?]. 1 Jahr berufstätig. Lebensablauf ist sehr schwierig aus ihm herauszubekommen, weil er nicht wirklich auf Fragen antwortet, sondern sofort in seine Stories verfällt. Arbeitete auch im Gastgewerbe (Küchenaushilfe / Kellner) [Alkoholmißbrauch?]. Mußte das aber aufgeben wegen: „schwere Lähmungserscheinungen, Kreuzbruch, Schmerzen durch Knochenmarksschwund,“ usw. „Knochenknarren“ -> Versuch einer Querschnittslähmung von den Außerirdischen an ihm vorgenommen.. Jetzt im Notstand.

„Erfinderwahn“: Patient hat spezielle Glühbirne zum Energiesparen erfunden  
[Funktionsweise trotz Erklärung nicht nachvollziehbar...]

Derzeitiger Zustand des Patienten: Patient gibt an auch während des ablaufenden Gesprächs mit Prof. Gabriel Opfer „geistigen Mißbrauchs“ zu sein (Telepathie von Außerirdischen!). Patient kann nicht wirklich auf Fragen antworten, sondern beharrt stur auf seinem Wahn. Gabriel: „Fühlen Sie sich krank? Warum sind Sie hier im Spital?“ - Patient: damit er Infusionen bekommt, um seine Borreliose (nach Ansicht des Patienten „lose Nerven“) zu verbessern (Eigendiagnose...). Gibt an, erst seit gestern im Spital zu sein - ist selbst gekommen, weil in seltsamem Zustand.

Patient ist der erste, der in eine Weltarmee aufgenommen wurde, mit besonderer Waffe ausgerüstet, die niemand sonst bekommt [Omnipotenz-Wahn?]. Gibt hohes Selbstbewußtsein, unerschütterliches Selbstvertrauen an.

Gabriel fragt ihn, ob er so etwas wie Verzweiflung kennt. - Patient: Ja, weil die anderen nicht verstehen, was man ihnen z.B. über schwere Erkrankungen erklärt.

Gabriel: Wie reagiert die Umwelt auf den Patienten ? - Patient: Er stößt bei seiner Umwelt auf breite Zustimmung. Gibt private Schwierigkeiten an, will darüber aber nicht weiter sprechen. Gibt auch an, Kokain geschnupft zu haben, „aber nur GANZ wenig“; wohnt angeblich bei Bekannten (?)

Gabriel: „Können Sie auch über alltägliche Dinge reden? z.B. über Ihren Tagesablauf?“ - Patient: ist überzeugt, das zu können... [stimmt nicht!]  
Gabriel: „Sind Sie noch aufgeregt?“ - Patient: Nein, denn seine eigenen Erwartungen sind eingetreten.

Gabriel: „Wollen Sie noch ein paar Schlußworte zu den Studenten sprechen?“ - Patient: „Man kann alles heilen, Krebs, Alzheimer, usw., deswegen dauernd die Regierungsverhandlungen so lange, es kommt eine SPÖ-ÖVP-Koalition.“

### **Gabriels Äußerungen nach Auszug des Patienten:**

Was ist uns aufgefallen?

### **Sprache des Patienten:**

\* **extrem schnell** (schnelles Denken), zum Teil nicht nachvollziehbare Zusammenhänge (Inkohärenz). **Faseln** -> grammatikalische Struktur korrekt, aber unverständlich. Nicht nur die Sätze, auch einzelne Worte = zerbrochen (Patient kennt Begriffe nicht in deren wirklicher Bedeutung, sehr schlechte Artikulation)

\* diverse Worte = **Neologismen**: Beispiel HIDDEN (= eine der 3 Sonnensterne in seinem Wahngedäude): H = Heimat, I = Ich, D = doof (= etwas Lächerliches, Lustiges), D = doof als Verdoppelung und Kontrast, E = eigentlich(er), N = Nenner (eigentlicher Nenner = das Paradies). Bestimmte Worte in anderem Sinn verwendet (ohne zu wissen, was sie tatsächlich bedeuten [-> darauf angesprochen reagiert Patient sehr unwirsch: „Ich hab ja nicht studiert und kann daher kein Latein!“], z.B. Psychosomatik

\* Bestreben des Patienten, sich auf einem höheren sprachlichen Niveau zu bewegen, das nicht das seine ist. (Fühlt das selbst -> Begründung „Ich hab’s ja nicht studiert“). Möchte sich einer Sprache bedienen, die er eigentlich nicht beherrscht.  
-> zeitliches Gedränge -> Rede, Sätze, Wörter zerbrechen ihm, bruchstückhaft. Für ihn selbst aber: Schlüssigkeit der Rede = erhalten. Für ihn ist das Problem, daß die ANDEREN ihn nicht verstehen.

**Leitmotive seines Denkens / Redens** fügen sich zu **Geschichten**, stehen in unterschiedlichen Zusammenhängen, z.B. mit aktuellen Ereignissen (politische Lage), mit Telepathie, usw.

**Großes Bedürfnis nach Erklärung** (womit hängt alles Leben zusammen?) = sehr komplexe Idee; ihm selbst aber kommt’s theoretisch ganz einfach vor, nur der praktische Vollzug bereitet ihm noch Schwierigkeiten (Grund = „eigene Ungeschicklichkeit“), usw.

Frage: Ist DAS seine habituelle Verfassung? Woran könnte man erkennen, daß dieser Zustand von seinem Normalzustand abweicht? => geht selbst ins Spital (maximale Wirkung erhofft er sich [typisch für Normalbevölkerung] von Infusionen)

**Hat Erklärungsmodell für seinen Zustand** -> Zunahme des Drucks (= Stress), aber wahrscheinlich kein Konzept: „Ich bin psychisch krank“ (-> gibt körperliche Phänomene an). Er will vorbeugen, weil er sich VOR Krise fühlt.

#### **Inhaltliche Motive seiner Geschichten:**

\* Leben der Menschen in den Zusammenhängen körperlich, historisch, kosmisch, einschließlich der technischen Bewältigung des Kosmos => Patient versucht, das alles unter einen Hut zu bringen.

\* Körperliche Krankheit spielt in seinen Geschichten eine große Rolle, beschreibt sehr drastische körperliche Schäden (z.B. Herzriß) -> von hier Brücke zu anderen Dimensionen (z.B. Außerirdische)

Einwürfe nimmt er wahr, aber nicht auf, spielen für ihn keine Rolle -> **stures Verbleiben in seiner Haltung/Überzeugung.**

Großes Erklärungsbedürfnis des Patienten mit dem Ziel, alles was Mensch betrifft unter einen Hut zu bringen, in verschiedenen Bezügen und die Frage: Woher kommt Gewalt? (Motivkern: Vertreibung aus dem Paradies; Rachemotiv)

Worte = oft Anlaß, daß Geschichten ineinander überspringen. Wort ist mehr dem Klang nach Anlaß für Springen in andere Geschichte (klangassoziative Regeln)