

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

PSYCHOPATHOLOGIE 2

- **Psychiatrische Krankheitslehre 2: Störungen von Gedächtnis und Erinnerung – Störungen von Aufmerksamkeit und Konzentration – Störungen von Denken, Sprache und Sprechen: Denkstörungen, Aphasien, Sprechstörungen, Störungen des Redens, Unverständlichkeit der Sprache – Intelligenzstörungen**

Im 2. Teil der Psychiatrischen Krankheitslehre geht es um Störungen von Gedächtnis, Erinnerung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Denken, Sprache, Sprechen und Intelligenz. Kein Zweifel: Das sind entscheidende Funktionen im menschlichen Leben, deren Beeinträchtigung, aus welchem Grund und in welchem Ausmaß auch immer, zu erheblichen, oft lebens-entscheidenden Konsequenzen führen können. Für Diagnose und Therapie gilt es aber hier eine Vielzahl von Symptomen und Syndromen, d. h. Ausfällen, Defiziten und seelischen, geistigen, psychosozialen und sogar psychosomatisch interpretierbaren Folgen zu unterscheiden. Das war früher bedeutsam und wird heute noch viel wichtiger, weil die modernen technischen Diagnose- und Therapie-Möglichkeiten, die uns als medizinischer Fortschritt vergönnt sind, gerade diese psychopathologischen Erkenntnisse zur Grundlage haben (siehe Psycho- und Neurophysiologie bzw. -Pathologie in Zusammenarbeit mit bildgebenden diagnostischen Verfahren u. a.). Ein Hinweis mehr auf die alte Erkenntnis, dass man die Grundlagen aus Forschung und Lehre auch und vor allem im Rahmen neuer technischer Möglichkeiten nicht vernachlässigen sollte.

Erwähnte Fachbegriffe:

Gedächtnis – Erinnerung – mnestiche Funktionen – labiles Gedächtnis – stabiles Gedächtnis – kognitive Funktionen – Frischgedächtnis – Merkfähigkeit – Altgedächtnis – Langzeitgedächtnis – Gedächtnis-Mängel – Gedächtnis-Defizite – Gedächtnis-Fehler – diffuse Erinnerungsstörungen – Hypomnesie –

Gedächtnislücken – Gedächtnisschwund – akutes amnestisches Syndrom – Hirn-Abbau-Prozesse – Amnesie – zeitlich begrenzte Gedächtnislücken – anterograde Amnesie – retrograde Amnesie – Dysmnese – reversibles amnestisches (Korsakow-)Syndrom – Konfabulationen – „Leere im Kopf“ – depressive Pseudo-Demenz – Schädel-Hirn-Trauma – pathologischer Rausch – Gedächtnis-Negation – Hypermnesie – Kalender-Gedächtnis – eidetisches Gedächtnis – Asperger-Syndrom – Autismus – epileptische Aura – Paramnesien – Erinnerungsverfälschungen – Erinnerungstäuschungen – Derealisation – Wahn-Erinnerungen – Pseudologie – phantastisches Lügen – Geschichten erzählen – Konfabulationen – Pseudo-Erinnerung – vermeintliche Vertrautheit – vermeintliche Fremdheit – déjà vu – déjà entendu – déjà vécu – déjà éprouvé – déjà pensé – déjà raconté – jamais vu – jamais vécu – Schein-Bekanntheit – Fremd-Bekanntheit – Heautoskopie – Phantom-Spiegelbild – Trance – Hypnose – Aufmerksamkeits-Störungen – Konzentrations-Störungen – Unaufmerksamkeit – Aprozexie – höchstgradige Zerstreutheit – Verwirrungszustand – manische Ablenkbarkeit – hypnoide Halluzinationen – Pseudo-Halluzinationen – illusionäre Verkennungen – illusionäre Missdeutungen – Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) – Denk-Störungen – Sprach-Störungen – Sprech-Störungen – Schreib-Störungen – formale Denkstörungen – Inkohärenz – Verworrenheit – gehemmtes Denken – Denkhemmung – Sprechhemmung – Verstummen – Faden-Verlieren – Denkablauf-Verlangsamung – Antriebsarmut – Gedankenleere – Perseveration des Denkens – Gedankenkreisen – Grübeln – Sinnieren – stereotype Wiederholung – Verbigeration – Zwangsgedanken – Gedankensperrung – Denksperrung – Schreck-Erleben – Katastrophenreaktion – posttraumatische Belastungsstörung – Gedankenabreißen – stockendes Sprechen – Denkverlangsamung – verlangsamtes Denken – Verzögerung des Denkablaufs – beschleunigtes Denken – ideenflüchtiges Denken – Ideenflucht – Ideenflüchtigkeit – Denk-Telegrammstil – gesteigerter Rededrang – unkontrollierter Redefluss – Logorrhoe – eingegengtes Denken – umständliches Denken – Pedanterie – Anankasmus – unklares Denken – keine exakte Denkzielsetzung – paralogisches Denken – Entgleisung des Denkens – Gedankensprünge – Verschmelzen unterschiedlicher Sachverhalte – Kontamination – Zusammenziehen mehrerer Ideen und Bilder – Verdichtung – Substitution – Privatbedeutungen – verschrobenes Denken – inkohärentes Denken – zerfahreneres Denken – dissoziiertes Denken – Paragrammatismus – Parasyntax – sinnleeres Wortgemisch – unverständliches Silbengemisch – Wortsalat – Sprachzerfall – Schizophasie – Denkstörungen durch Ich-Erlebnisstörungen – Denkstörung durch Störung der Ich-Aktivität – Denkstörung durch Ich-Demarkation – Gedankenausbreitung – Gedankenlautwerden – Gedankenentzug – Gedankenenteignung – Gedankeneingebung – Gedankenlenkung – Gedankenbeeinflussung – expressive Aphasie – motorische Aphasie nach Broca – Verlautbarungs-Störung – literale Paraphasien – syllabäre Paraphasien – Sprachverständnis-Störungen – Wortverwechslungen – sensorische Aphasie nach Wernicke – Worttaubheit – verbale Paraphasie – Agrammatismus – Echolalie – Jargon-Aphasie – Alexie – Agraphie – Akalkulie – Apraxie – amnestische Aphasie – Sprechstörungen – Aphonie –

Dysphonie – Stimmlosigkeit – Heiserkeit – psychogene Aphonie – Dysarthrie – Phonations-Störung – Stottern – Stammeln – Dyslalie – Sigmatismus – Störungen des Lauterwerbs – Störungen des Lautgebrauchs – Logoklonie – spastische Silbenwiederholung – Lispeln – Störungen des Redens – Modulations-Veränderungen – verlangsamtes Reden – Bradyphrasie – stockendes Reden – abgerissenes Reden – beschleunigtes Reden – Tachyphrasie – Assonanzen – Klangassoziationen – Logorrhoe – zusammenhängende Logorrhoe – inkohärente Logorrhoe – Palilalie – Mutismus – Verstummen – depressiver Mutismus – katatoner Mutismus – katatoner Stupor – psychogener Mutismus – Glosso-lalie – gekünstelte Fremdsprache – unverständliche Lautgebilde – Unverständlichkeit der Sprache – Privatsymbolik – persönliche Symbolik – Privatmetaphorik – paralogisches Denken – paralogisches Sprechen – Parasyntax – Paragrammatismus – Wortgefasel – Silbengefasel – Wortsalat – Paraphrasie – Vorbeireden – Neologismen – Kontamination – Kryptolalie – Kryptographie – Intelligenzstörungen – Intelligenz-Beurteilung – Intelligenz-Gradeinteilung – Debilität – Imbezillität – Intelligenz-Tiefe – Intelligenz-Höhe – Intelligenz-Breite – geistige Behinderung – Oligophrenie – Demenz – intellektuelle Mangel-Ausbildung – Intelligenz-Störung bei gestörter Realitäts-Beziehung – Intelligenz-Störung bei Sinnes-Defekten – Intelligenz-Störung bei herabgesetzter Wachheit – Vigilanz – Intelligenz-Störung aus affektiven Gründen – gerontopsychiatrische Demenz-Diagnose – u.a.m.

STÖRUNGEN VON GEDÄCHTNIS UND ERINNERUNG

Die *mnestischen Funktionen* (vom griech.: *mnesis* = Gedächtnis), also Gedächtnis und Erinnerung, ermöglichen uns, Erfahrenes zu behalten und wieder zu vergegenwärtigen. Vereinfacht ausgedrückt könnte man sagen: Neutrales und Belangloses vergessen wir am raschesten. Eine mittlere Position nimmt ein, was uns zuwider ist, verletzt und kränkt (in störender oder gar krankmachender Form kann es aber auch ein ganzes Leben lang begleiten, formen oder gar belasten). Am längsten bleibt bestehen, was uns angenehm berührt hat (rückblickende Verschönerung, Erinnerungs-Optimismus).

Aktivität, Teilnahme, Interesse, Beteiligung, Freude erleichtern das Erinnern; Müdigkeit, Apathie, depressive Verstimmung erschweren es.

Bis zu etwa einer Stunde nach der Aufnahme einer Erfahrung bleibt das Gedächtnis daran labil und ist leicht löschar, z. B. durch neue Eindrücke, Stress usw. Das nennt man ein *labiles Gedächtnis*, Was nach einer Stunde noch da ist, kann Jahre, ja lebenslang bleiben. Das nennt man ein *stabiles Gedächtnis*.

Das Gedächtnis setzt sich aus einer Vielzahl von kognitiven Funktionen (vom lat.: cognoscere = erkennen) in Abhängigkeit von der Bewusstseinslage, der Einstellung, Aufmerksamkeit (Interesse) und der Ordnung des Materials zusammen. Anatomisch-physiologisch ist es keine lokalisierbare und umschriebene Hirnleistung, sondern eine vielschichtige Vernetzung, funktionell wie physiologisch-anatomisch.

Man unterscheidet ein

Frischgedächtnis (Merkfähigkeit): auch als kurzfristiges (Kurzzeitgedächtnis) bzw. mittelfristiges Gedächtnis bezeichnet. Das Frischgedächtnis umfasst die Zeitspanne von etwa 30 - 60 Minuten. Es ist labiler und stör anfälliger.

Altgedächtnis: auch als Langzeitgedächtnis bezeichnet. Erinnerung an länger zurückliegende Erfahrungen. Relativ stabil und weniger beeinflussbar.

Gedächtnis-Mängel, -Defizite oder -Fehler beeinträchtigen je nach Intensität (aber auch Persönlichkeitsstruktur, psychosozialer Situation u. a.) ganz erheblich. Im Extremfall kommt es zur Desorientierung, Verwirrtheit, schließlich nervös-gespannter Unruhe, Ängstlichkeit, Hilflosigkeit oder gar Aggressivität.

Störungen von Gedächtnis und Erinnerung differenziert man in:

Allgemeine (diffuse) Erinnerungsstörungen: Dazu gehören

- **Hypomnesie**: allgemeiner Gedächtnisschwund, allgemeines amnestisches Syndrom. Eingeschränkte, reduzierte Erinnerungsfähigkeit. Im Gegensatz zur umschriebenen Gedächtnislücke beginnt dieser allgemeine „Gedächtnisschwund“ eher allmählich mit nachlassender Merkfähigkeit, während frühere Lebensereignisse noch problemlos erinnert werden. Deshalb kommt es - vor allem zu Beginn - zu erheblicher Verunsicherung, Angst, Resignation und Niedergeschlagenheit. Auf jeden Fall ein Begriff, der gewöhnlich eher für zeitlich begrenzte Gedächtnisstörungen gebraucht wird.

Beispiele: beim *akuten* amnestischen Syndrom im Rahmen von Hirn-Abbauprozessen bzw. bei Demenz verschiedener Ursachen

- **Amnesie**: zeitlich begrenzte Gedächtnislücke, unterteilbar in anterograde, retrograde und andere Amnesie-Formen (s. diese). In der Erinnerungskette fehlen einzelne Glieder, wobei jedoch bis zum Anfang der Gedächtnislücke und bis zum Anschluss daran das Erinnerungsbild weitgehend erhalten ist.

Beispiele: nach qualitativer Bewusstseinsstörung (s. diese) nach Hirnschädigung (z. B. Kopfverletzung, Hirnentzündung, Vergiftung) und episodischen Gehirn-Durchblutungsstörungen. Bei starker Gemüts-Erregung (Prüfungs-

angst), im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung, als posthypnotische Amnesie u. a. kann es auch zu psychogenen Erinnerungs-Blockaden (volkstümlich: Blackout) kommen. Eine vorgetäuschte Gedächtnisschwäche findet sich bei der Simulation und im psychopathologischen Grenzgebiet beim so genannten Ganser-Syndrom (s. diese).

- **Dysmnese:** verschieden gebraucht, heute nur noch selten, am ehesten zur Bezeichnung des reversiblen amnestischen (Korsakow-)Syndroms. Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur.

Zusammenfassung: Allgemeine Erinnerungsstörungen finden sich also vor allem bei organischen oder amnestischen Psychosyndromen mit diffusen (das ganze Hirn betreffenden) Schädigungen verschiedener Art. Hier leidet zuerst das Frischgedächtnis, während das Altgedächtnis länger erhalten bleibt. Meist wird die Erinnerung immer ungenauer und geht schließlich verloren. Bisweilen durch Konfabulationen (s. dort) ersetzt.

Eine häufige Klage depressiv Erkrankter ist die „Gedächtnisschwäche“ („Leere im Kopf“). Sie geht einerseits auf die depressiven Insuffizienzgefühle zurück („ich bin nichts, kann nichts, weiß nichts“), doch fällt Depressiven in der Tat das erinnernde Sich-Besinnen durchaus schwer. Schwerer Depressive haben ihr intellektuelles Potential durchaus zeitlich begrenzt nicht mehr voll zur Verfügung (Fachbegriff: depressive Pseudo-Demenz), was sich aber wieder völlig zurückbildet.

- **Umschriebene Amnesien und Hypomnesien:** inhaltlich oder zeitlich begrenzte Erinnerungslücken (auch lakunäre oder insuläre Amnesien bzw. Erinnerungslücken genannt), total oder partiell. Unterscheidung nach
 - *einfache Amnesie:* für die Zeit rund um das zerebrale Ereignis (zumeist Unfall)
 - *retrograde Amnesie:* für die Zeit vor dem Unfall
 - *anterograde Amnesie:* für die Zeit nach dem Unfall

Beispiele: umschriebene Amnesien und Hypomnesien können sein:

- *Organisch:* Schädel-Hirn-Trauma, Intoxikation (z. B. pathologischer Rausch), bei allen Formen organischer Bewusstseinstörung.
- *Psychogen:* in affektiven Ausnahmezuständen wie schwerer Schreck, Angst, Panik, Wut, Verzweiflung. Dort meist psychogene Bewusstseins-Einengung und danach eine partielle Amnesie. Möglich auch durch Gedächtnis-Negation (d. h. „will“ sich nicht erinnern) aus affektiven Bedürfnissen heraus, wobei wichtige Aspekte oft verdrängt oder „abgespalten“ werden.

- **Hypermnesie:** Steigerung der Erinnerungsfähigkeit. Kann verschiedene Ursachen haben, wobei es keinen direkten Zusammenhang zur Intelligenz zu geben pflegt. In physiologischer Hinsicht aber mitunter erstaunliche Gedächtnisleistungen mit zahlreichen Details („Kalender-Gedächtnis“). Und bei eidetischer Begabung (griech.: eidos = Bild) mit der besonderen Fähigkeit optische Eindrücke zu speichern und bei Bedarf dann auch abrufen zu können, bisweilen verblüffende „Erinnerungsleistungen“. Möglich auch unter Hypnose und im Traum.

Beispiele: In pathologischer Hinsicht bei Fieberzuständen, drogen-induziert (vom Coffeinismus bis zu den Amphetaminen), beim Asperger-Syndrom im Rahmen des Autismus, bei Zwangsstörungen, manchmal bei Untergangserlebnissen (z. B. Absturz) und in der Aura epileptischer Anfälle.

- **Erinnerungsverfälschungen und Erinnerungstäuschungen (Paramnesien)** sind rückwirkende Verfälschungen des Erinnerungsgutes, gleichsam Trug-Erinnerungen. Hier lassen sich auch subsumieren:

- *Fälschung in Derealisation und Wahn:* so genannte Wahn-Erinnerungen = Umänderung des Gedächtnisgutes im Sinne des Wahns oder wenn im Wahn scheinbare Erinnerungen auftauchen, denen kein reales Erlebnis entspricht.

- *Pseudologie:* phantastisches Lügen, „Geschichtenerzählen“ aus affektivem Bedürfnis heraus, als Rechtfertigung (Ausrede), aus Angeberei, Sich-interessant- oder Großmachen u. a. Fließender Übergang zum offensichtlichen Lügen.

- *Konfabulationen:* Pseudo-Erinnerung, Produktion von angeblichen Erlebnissen, um Erinnerungslücken aufzufüllen. Werden vom Kranken für echte Erinnerungen gehalten.

- *Vermeintliche Vertrautheit oder Fremdheit:* falsches Wiedererkennen, irrige oder vermeintliche Vertrautheit (gelegentlich auch Fremdheit). Das sichere Gefühl, etwas schon einmal gesehen (déjà vu), gehört (déjà entendu), erlebt (déjà vécu), erfahren oder empfunden (déjà éprouvé), gedacht (déjà pensé) oder erzählt zu haben (déjà raconté). Natürlich auch das Gegenteil von allem: noch nie gesehen (jamais vu), noch nie erlebt haben (jamais vécu) usf.

Diese Schein-Bekanntheit aber auch -Fremdheit kann sich auf einen Gegenstand, einen Ort, eine Situation, sogar auf die eigene Person beziehen. Letzteres wäre die Illusion eines Phantom-Spiegelbildes (Fachbegriff: Heautoskopie).

Erinnerungstäuschungen sind bei phantasiereichen und vor allem suggestiblen (s. u.) Personen zu finden, aber auch im Erschöpfungszustand, bei traumähnlichen Erlebnissen, in Trance oder unter Hypnose. Problematisch werden solche Erinnerungsverfälschungen bei der scheinbar therapeutischen, in Wirklichkeit unprofessionell induzierten „Aufarbeitung verdrängter Trauma-Erlebnisse“ (z. B. sexueller Missbrauch, Gewalt-Erfahrung), was bei mangelhaft supervidierter Ausgangslage mitunter vorkommen kann.

Beispiele: In krankhafter Form sind Erinnerungstäuschungen mit vermeintlicher Vertrautheit oder Fremdheit möglich bei (Schläfenlappen-)Epilepsie, Intoxikation (vor allem Halluzinogene, Alkohol), endogenen Psychosen u. a.

UNTERSUCHUNGSGANG

Man prüft zuerst das *Altgedächtnis*, also die Fähigkeit, sich an lang zurückliegende Ereignisse, Begegnungen und Erlebnisse zu erinnern: Kindheit, Jugendzeit, d. h. Vorschul- und Schulalter, Mitschüler, Großeltern, Wohnverhältnisse. Je älter der Patient, desto eher kann man auch auf spätere Ereignisse (Abitur, Studium, Heirat, eigene Kinder, Tod der Eltern usw.) zurückgreifen. Dabei möglichst viele Bereiche berücksichtigen, da das Altgedächtnis erfahrungsgemäß von der emotionalen Wertigkeit (wichtig/unwichtig) abhängt, die sehr individuell ist. Falls möglich, sollten die Antworten auch überprüfbar sein (Fremdanamnese). Ansonsten ist es schwer, mögliche Konfabulationen auszuschließen, da diese ja vom Patienten für echte Erinnerungen gehalten werden.

Das *Frischgedächtnis* oder die *Merkfähigkeit* entspricht in etwa der Gedächtnisleistung nach einer halben bis ganzen Stunde. Natürlich kann man auch hier den Patienten Rechenaufgaben lösen, mehrstellige Zahlen oder bestimmte Wortpaare nach entsprechender Frist nachsprechen lassen. Es gibt aber nicht wenige Kranke, die solche „Kindereien“ als entwürdigend empfinden und gekränkt oder ungehalten bis aggressiv reagieren. Zur Aufrechterhaltung eines guten zwischenmenschlichen Verhältnisses empfiehlt es sich deshalb die Merkfähigkeitsprüfung unauffälliger durchzuführen, wozu sich jeder sein eigenes Rüstzeug zurechtlegen kann. Je besser man es im Laufe der Zeit beherrscht, desto weniger merkt der Patient, dass hier ein empfindlicher Punkt, nämlich seine „geistige Leistungsfähigkeit“ geprüft wird.

Bei den *Paramnesien*, den rückwirkenden Erinnerungsverfälschungen, geht es weniger um das Abfragen, mehr um Gespür, Aufmerksamkeit, Kombinationsgabe, Einfühlungsvermögen und das erwähnte gute Verhältnis zum Patienten, um Wahn-Erinnerungen, Pseudologie, Konfabulationen usw. zu registrieren.

STÖRUNGEN VON AUFMERKSAMKEIT UND KONZENTRATION

Aufmerksamkeit (althochdeutsch: merchen = kenntlich machen) meint die aktive/passive Ausrichtung des Bewusstseins auf einen physischen oder mentalen Gegenstand. *Konzentration* (lat.: con = mit, griech.: centron = Mitte) ist das versammelte Dabeibleiben. Aus didaktischen Gründen differenziert man in:

Unaufmerksamkeit und Konzentrationsstörung: Unfähigkeit, bei der Sache zu bleiben, seine Aufmerksamkeit ausdauernd auf etwas zu richten, bis hin zur starken Ablenkbarkeit oder gar Zerstreuung. Extremzustand: *Aprosexie* (höchstgradige Zerstreuung und völlige Unaufmerksamkeit, z. B. im Verwirrungszustand).

Einengung der Aufmerksamkeit: Konzentration der Aufmerksamkeit auf etwas Bestimmtes (normalpsychologisch, aber auch Wahn-Erleben, starke Gemütsbewegung, z. B. Depression, Kummer, Sorge, Schreck, Angst u. a.).

Schwankungen der Aufmerksamkeit und Konzentration: je nach Wachheit, Interesse, persönlicher Beteiligung, aber auch Symptomatik/Krankheit mit z. B. fluktuierender Aufmerksamkeit, rascher Ablenkbarkeit (z. B. Manie) und Konzentrationsschwäche.

Aufmerksamkeit und Sinnestäuschungen: Bei stark herabgesetzter Aufmerksamkeit, in Müdigkeit oder im Einschlafstadium gibt es auch Sinnestäuschungen (*hypnoide Halluzinationen*). Das Gleiche gilt bei erhöhter oder überspannter Aufmerksamkeit (Pseudo-Halluzinationen, vor allem illusionäre Verkennungen oder Missdeutungen: Kind im dunklen Wald).

Beispiele: Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen sind keine spezifischen oder auch nur typischen Symptome irgendeiner seelischen Störung. Sie haben auch kein pathognomonisches (für eine bestimmte Krankheit kennzeichnendes) Gewicht. Die Aufmerksamkeit ist beeinträchtigt bei mannigfachen Beeinträchtigungen, z. B. Verstimmungen, bei Sorgen, Gram, Ärger, vor allem auch in vielerlei Ängsten, ganz zu schweigen von alltäglichen Konfliktsituationen und neurotischen Störungen. Die Aufmerksamkeit wird auch gestört durch Ermüdung, dämpfende Pharmaka, Alkohol und Rauschdrogen.

Die passive Aufmerksamkeit (Faszination, Gebanntsein) steigern können Coffein sowie stimulierende Rauschdrogen (z. B. Psychostimulantien, Kokain), allerdings nur für kurze Zeit durch Aktivitätserhöhung. Bei diffusen Hirnschädigungen (z. B. organisches Psychosyndrom) ist die Aufmerksamkeit gestört. Bei akuten exogenen Störungen (exogener Reaktionstyp) sowie bei Bewusstseinsstrübung ist die Aufmerksamkeit herabgesetzt bis erloschen. Aber auch bei klarem Bewusstsein gibt es Störungen der Aufmerksamkeit, z. B. beim

speziell damit bezeichneten Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS), bei Oligophrenie, Demenz sowie bei starken Affektverschiebungen, Verstimmungen u. a. (Depression, Manie). Möglich auch als Neglect bei Hirnschädigung.

Bei den Schizophrenien, insbesondere bei akuten, heftig einsetzenden schizophrenen Episoden, ist häufig keine aktive Aufmerksamkeit und damit auch keine Zuwendung mehr möglich. Manche Patienten sind fixiert auf ihr inneres Erleben (Bannung, Faszination, z. B. durch Halluzinationen oder Wahn, oft durch Untergangsbedrohung). Bei der chronischen Schizophrenie ist die Aufmerksamkeit vielfach nicht offenkundig gestört, solange nicht Wahn-Themen berührt werden. Bei Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn wird die Umwelt als feindselig gegen den Kranken gerichtet erlebt. Dabei besteht eine erhöhte Aufmerksamkeit, ja ständige Alarmbereitschaft gegenüber der Umgebung.

UNTERSUCHUNGSGANG

Aufmerksamkeit und Konzentration werden durch Beobachtung des Verhaltens im verbalen und averbalen (nonverbalen) Bereich untersucht. Dabei kann man Stärke, Umfang, Ausdauer, Flexibilität bzw. Elastizität beschreiben. Bei Verdacht auf Intoxikation oder Hirnschädigung kommen noch weitere, relativ typische Befunde hinzu. Das Gleiche gilt für eine psychotische Symptomatik. Bei psychosozialer Belastung gilt es je nach Verdacht gezielt nachzufassen.

STÖRUNGEN VON DENKEN, SPRACHE, SPRECHEN

Denken heißt Überlegen, Entscheiden, Urteilen, Erklären, Abstrahieren, Verallgemeinern, Kombinieren, kurz: Ordnen der materiellen und immateriellen Gegebenheiten unserer Selbst und unserer Welt. Denken heißt Erfassen, Herstellen und Verbinden von *Bedeutungs-Zusammenhängen*. Denken beruht auf Verknüpfung einzelner Vorstellungen oder Begriffen und dient der Informations-Verarbeitung. Voraussetzungen für ungestörtes Denken sind in erster Linie Wachheit, Ich-Bewusstsein, Erinnern, Vergleichen und Schlussfolgern.

Das *Denken* kann mehr theoretisch oder auch praktisch ausgerichtet, reproduktiv oder kreativ-produktiv sein.

Die **Sprache** fasst das Denken in Zeichen (Symbole) und dient damit der Ordnungsfunktion des Denkens. Sprechen wird zum lauten Denken, wenn die Gedanken sprachlich ausformuliert werden.

Im **Sprechen (und Schreiben)** erfolgt die Mitteilung solcher Symbole als Sachmitteilung, als Ausdruck der jeweiligen Stimmung und Absicht.

Die Einteilungen der Denkstörungen ist nicht ohne Problematik. Früher unterschied man – vor allem aus praktischen Erwägungen – zwischen formalen und inhaltlichen Denkstörungen. Formale Denkstörungen (s. u.) beziehen sich – wie der Name sagt – auf Störungen des formalen Denkablaufs, also *wie* etwas (krankhaft) gedacht wird. Unter inhaltlichen Denkstörungen verstand man früher Störungen des Inhalts, also *was* (krankhaft) gedacht wird. Dazu zählte man traditionellerweise Zwangsphänomene, überwertige Ideen und den Wahn.

Schon bald wurde man sich allerdings darüber klar, dass gerade beim Wahn nicht nur eine Denkstörung, sondern auch andere psychische Bereiche tangiert sind, nämlich Wahrnehmung, Gefühl, Bewusstsein usw. Deshalb spricht man heute nur noch von formalen Denkstörungen und behandelt die früheren „inhaltlichen Denkstörungen“ gesondert, gesteht also dem Zwang, der Phobie, den überwertigen Ideen und dem Wahn eine eigenständige psychopathologische Bedeutung zu (siehe das spezielle Psychopathologie-Kapitel und die entsprechenden Beiträge in dieser Serie).

Wie lassen sich nun heute Störungen von Denken, Sprache und Sprechen unterteilen (wobei immer neue Vorschläge und Diskussionen aufkommen)?

DENKSTÖRUNGEN

Formale Denkstörungen beziehen sich auf Störungen des formalen Denk- oder Gedankenablaufs. Oder nochmals: wie etwas (krankhaft) gedacht wird. Sie lassen sich im Allgemeinen gut beschreiben. Dabei ist zu achten auf das Tempo (z. B. Verlangsamung oder Beschleunigung), die Art und Weise, wie das Denkziel erreicht werden soll (z. B. Einengung, Umständlichkeit, Perseveration, Weitschweifigkeit) sowie sonstige Besonderheiten (z. B. Inkohärenz, Verworrenheit). Im Einzelnen:

◆ **Gehemmttes Denken/Denkhemmung:** Denken (und damit Sprechen) wie gebremst, unregelmäßig, schleppend, mühsam, verlangsamt, einfallsarm, wie gegen Widerstände. Erschwerung des Denkablaufes hinsichtlich Tempo, Inhalt und Zielsetzung. Festhalten an bestimmten Denkinhalten, d. h. der Patient kommt von quälenden Gedanken oder einem bestimmten Thema nicht mehr los.

Nach außen zeigt sich das gehemmte Denken als Erschwerung der sprachlichen Mitteilung bis zum Ausbleiben (Verstummen). Bei der Denkhemmung finden wir also häufig leises, langsames, stockendes Sprechen, unmotivierte Sprechpausen sowie gelegentlichen Abbruch des Sprechens (den Faden verlieren, Gedanken nicht zu Ende verfolgen können). Oft müssen die Betroffene-

nen immer wieder angesprochen werden. Die Ordnung des Denkens ist jedoch erhalten. Das Denkziel kann aber nur schwer oder überhaupt nicht erreicht werden.

Differentialdiagnostisch sollte die einfache Verlangsamung des Denkablaufs (s. u.) von der Denkhemmung abgegrenzt werden.

Beispiele: allgemeine Antriebsarmut (unproduktiv, einfallslos, Gedankenleere), affektive Widerstände (z. B. „endogene“ Depression als Folge einer psychomotorischen Hemmung, in leichter Form auch bei anderen depressiven oder neurotischen Syndromen), real oder wahnhaft begründete Widerstände (Angst, Schuld) usw.

◆ **Perseveration des Denkens:** ständig der oder die gleichen Gedanken ohne Bearbeitungs- und Erledigungsmöglichkeit (vom lat.: persevaratio = Beharren, Ausdauer). Auch als Gedankenkreisen, Grübeln, „Studieren“, „Sinnieren“ geschildert. Stereotype Wiederholung ein und derselben Denkinhalte, ohne aber die Gedankengänge sinnvoll zu Ende führen oder neue Denkansätze finden zu können. Das Perseverieren sinnloser Wörter und Sätze wird *Verbigeration* genannt (vom lat.: verbigerare = schwatzen).

Beispiele: Einschlafstadium, während Schlaflosigkeit und sorgen-getrübter Zeit, bei Depressionen, beim organischen Psychosyndrom. Auch Zwangsgedanken sind meist perseverierend. Achtung: Eingeengtes Denken (s. später) ist nicht identisch mit perseverierendem Denken.

◆ **Gedankensperrung/Denksperrung:** plötzlicher Abbruch des zunächst flüssigen Gedankenganges ohne erkennbaren oder nachweisbaren Grund und trotz klarem Bewusstsein: Der Betroffene stockt mitten im Gespräch und schweigt, greift u. U. das Gespräch mit einem anderen Thema wieder auf. Die Gedankensperrung ereignet sich bei klarem Bewusstsein. Die Gesprächsstockung wird auf Nachfrage meist mit plötzlicher „Gedanken-Leere“ erklärt.

Beispiele: schizophrene Psychose. Bei den Schizophrenien gibt es auch ein „aktives“ Sperren aus Negativismus (das Gegenteil des Verlangten tun). – Eine Denksperrung ist auch möglich als Folge plötzlich einsetzender völliger Ratlosigkeit, im Schreckerleben (Katastrophenreaktion), im Gefühl innerer Leere usw.

Achtung: Gedankensperrung nicht mit der Unterbrechung des Gedankenflusses durch eine Absence verwechseln (d. h. plötzlich beginnende und nach Sekunden bis Minuten wieder endende Bewusstseinsstörung, meist mit nachträglicher Erinnerungslosigkeit).

◆ **Gedankenabreißen:** plötzliche Unterbrechung des Gedankengangs im Sinne von Wegnehmen, Abstoppen, z. B. durch „äußere Mächte“. Nach außen erkennbar durch plötzlich stockendes Sprechen (wie bei der Gedanken- oder Denksperre – s. o.).

Beispiele: schizophrene Psychose.

Achtung: Der plötzliche Abbruch oder das Abreißen des Gedankenablaufs ist differentialdiagnostisch zu unterscheiden von dem Fadenverlieren (z. B. bei Ermüdung), von plötzlichen kurzen Bewusstseinstrübungen bei zerebralen Anfallsleiden (z. B. Absence – s. o.) sowie gegenüber dem Gedankenentzug (s. dieser). Der Gedankenentzug ist eine Störung des Ich-Erlebens mit dem Charakter des „Von-außen-Gemachten“. Bei der Denksperre greifen die Patienten den Gesprächsfaden manchmal an anderer Stelle wieder auf.

◆ **Denkverlangsamung/verlangsamtes Denken:** kontinuierliche Verzögerung des Denkablaufs. Nach außen erkennbar an dem zähflüssigen, schleppenden, haftenden, schwerfälligen, monotonen Sprechen und stumpfen Reagieren mit teils einfallsarmem und dürftigem Inhalt. Auch gehemmtes Denken (s. o.) ist oft verlangsamt.

Beispiele: bei starker Müdigkeit und Erschöpfung, als allgemeiner Ausdruck von Antriebshemmung und Antriebsverarmung, unter dem Einfluss von Alkohol, Beruhigungsmitteln und Rauschdrogen. Ferner höheres Lebensalter, hirnorganisches Psychosyndrom, epileptische Wesensänderung, Demenz, Bewusstseinstrübung, Somnolenz, gehemmte Depression, bedrückte schizophrene Erkrankte u. a.

◆ **Beschleunigtes bis ideenflüchtiges Denken / Ideenflucht / Ideenflüchtigkeit:** Beschleunigung und Enthemmung der Denkabläufe mit einer Vielzahl von Einfällen, die dauernd dazwischenkommen und ablenken. Nach außen erkennbar durch häufigen Wechsel oder Verlust des Denkziels.

In milder Form sind die Patienten nur weitschweifig. Bei mittelstarker Ausprägung fallen rasch wechselnde bis sprunghafte sprachliche Mitteilungen auf, die immer wieder durch neue Einfälle unterbrochen werden, schließlich ziellos bis assoziativ gelockert. Bei stärkeren Störungen kommen sie vom Hundertsten ins Tausendste bis hin zur Verwirrenheit.

Die Folge: gesteigerter Rededrang bis unkontrollierter Redefluss (Logorrhoe); schließlich Unfähigkeit, einzelne Gedanken zu Ende zu führen, ständiges Aufgreifen neuer Anregungen (aus Untersucherfragen, Untersuchungssituation, Stationsbetrieb, aber auch eigenen Worten und Gedanken bis hin zu Klangassoziationen).

Beim beschleunigten und ideenflüchtigen Denken kann man den Betreffenden meist noch folgen (wenn auch anstrengend und unergiebig), selbst wenn es zum Schluss in eine Art Telegrammstil mündet. Dies unterscheidet das beschleunigte und ideenflüchtige Denken vom zerfahrenen, inkohärenten Denken (s. u.). Der Betroffene selbst kann die Ideenflucht auch als Gedanken drängen oder Gedankenflucht empfinden.

Beispiele: manisches/maniformes Syndrom, schizoaffektive und schizophrene Psychose, Intoxikation durch Alkohol und bestimmte Rauschdrogen (Weckmittel, aber auch Halluzinogene wie Haschisch, LSD u. a.); gelegentlich auch bei ängstlich-gehetzten Menschen oder als Ausdruck ekstatischer Erregtheit.

◆ **Eingeengtes Denken:** Einschränkung des inhaltlichen Denkkumfanges, Verarmung an Themen, Fixierung auf wenige Zielvorstellungen (Haften). Nach außen erkennbar durch verminderte „geistige Beweglichkeit“; fehlende Übersicht; mangelhaftes Einbeziehen verschiedener Gesichtspunkte; Mühe, von einem Thema auf das andere zu wechseln. Der Betroffene kann die Einingung als Gedankenkreisen und Grübeln empfinden. Das Umfeld kann ihn als „geistig behindert“ verkennen.

Beispiel: Depression (depressive Pseudo-Demenz).

◆ **Umständliches Denken:** weitschweifiges oder auch pedantisch-kleinräuberisches Sich-Verlieren in unwichtigen Nebensächlichkeiten, ohne straffe Zielvorstellung. Das Nebensächliche kann nicht weggelassen werden.

Beispiele: höheres Lebensalter, hirnorganisches Psychosyndrom, epileptische Wesensänderung. Umständliches Denken kann aber auch die Folge mangelnder Abstraktionsgabe oder des Unvermögens sein, Unwichtiges wegzulassen, auch wenn es intellektuell als nebensächlich erkannt wird (Pedanterie, Anankasmus).

◆ **Unklares Denken:** keine klare Akzentuierung des Denkens, d. h. keine exakte Denkzielsetzung angesichts verschiedener Aspekte, Haupt- und Nebensache usw. Flüchtig oder unklar wirkendes Denken, mangelnde Deutlichkeit.

Beispiel: ähnlich wie umständliches Denken (s. o.).

◆ **Paralogisches Denken:** Von der gängigen, logischen, semantischen, inhaltlichen Verknüpfung abweichendes Denken. Beispiel: Verlust des logischen Zusammenhanges. Abgleiten von Haupt- auf Nebengedanken (Entgleisung des Denkens). Gedankensprünge. Verschmelzen unterschiedlicher Sachver-

halte (*Kontamination*). Zusammenziehen mehrerer (nicht unbedingt widersprüchlicher) Ideen und Bilder (*Verdichtung*). Ersetzen von allgemein geläufigen Begriffen durch irgendwelche andere (*Substitution*, durch z. B. Privatbedeutungen). Gelegentlich auch merkwürdig steifes, starres, uneinfühlbare, u. U. verschrobene Denken.

Beispiel: vor allem schizophrene Psychose.

◆ **Inkohärentes (zerfahrenes) Denken:** Denken (und damit Sprechen) haben keinen logischen oder gefühlsmäßig verständlichen Zusammenhang mehr. Sie erscheinen zerrissen (inkohärent, vom lat.: *cohaerere* = zusammenhängen) bis in einzelne, scheinbar zufällig zusammengewürfelte Gedankenbruchstücke (*dissoziiertes Denken*). Veränderung der Denkgeschwindigkeit (verlangsamt, beschleunigt) möglich. Auch kann der Satzbau zerstört sein (*Paragrammatismus, Parasyntax*).

In stärkster Ausprägung: unverständliches, sinnleeres Wort- oder Silbengemisch, auch als „Wortsalat“ bezeichnet (Sprachzerfall = *Schizophasie*). Es gibt aber auch eine Zerfahrenheit mit syntaktisch richtig gebildeten Sätzen, deren Inhalt aber nicht nachvollziehbar ist.

Beispiele: schizophrene oder symptomatische Psychose. Aber *Achtung:* Inkohärentes (zerfahrenes) Denken ist zu unterscheiden von Verworrenheit (inkohärentes Denken bei Bewusstseinsklarheit) und Verwirrtheit (Unklarheit und Zerrissenheit des Denkens mit Bewusstseinsstrübung und Gedächtnisstörungen = amentielles Syndrom - s. dort).

◆ **Denkstörungen im Zusammenhang mit Ich-Erlebnisstörungen:** Vorwiegend bei Störungen der Ich-Aktivität und Ich-Demarkation (s. dort) gibt es folgende Denkstörungen:

- **Gedankenausbreitung:** Die Gedanken gehören dem Kranken nicht mehr allein, weil sie sich unkontrolliert auf die Umgebung ausbreiten, von anderen daher mitgedacht, nachvollzogen, ja sogar gelesen werden können (Gedankenlesen).
- Glaubt der Betreffende gleichzeitig, dass seine - akustisch vernehmbaren - Gedanken von anderen wahrgenommen, weil mitgehört werden können, handelt es sich um ein **Gedankenlautwerden**.
- **Gedankenentzug, Gedankenenteignung:** Die Gedanken werden entzogen, weggenommen, abgezogen, enteignet, entschlüsselt, gelesen und damit anderen bzw. allgemein zugänglich gemacht.

- **Gedankeneingebung, Gedankenlenkung, Gedankenbeeinflussung:** Die Gedanken werden von anderen eingegeben, gelenkt, gesteuert, aufgedrängt, gemacht usw. Die eigenen Denkvorgänge werden also von anderen als aufgezwungen empfunden.

Beispiele für diese Art von Denkstörungen, die vielfach zusammen vorkommen: schizophrene Psychose.

UNTERSUCHUNGSGANG

Bei der Beurteilung der Denkstörungen sollte man möglichst wörtlich die Gedanken des Patienten wiedergeben, und zwar zu folgenden Gesichtspunkten: Was denkt der Patient? Sind seine Gedanken einfühlbar bzw. korrigierbar oder nicht? Welche Wertigkeit haben sie für ihn? Sind sie von zentraler oder peripherer Bedeutung? Inwieweit werden abnorme Gedankeninhalte als krankhaft, ungewöhnlich, nicht üblich oder normal erkannt?

Die Untersuchung geschieht im Gespräch und aus der Verhaltensbeobachtung. Wichtig: Auf „Wachheit, Bewusstseinsklarheit, Ich-Bewusstsein, Intelligenz, Gedächtnis und Affektivität achten, die für die Funktion von Denken, Sprache und Sprechen ausschlaggebend sind.

APHASIEN

Aphasien (vom griech.: *phasein* = sprechen) sind Sprachstörungen durch lokalisierte zerebrale Läsionen. Einzelheiten siehe die neurologische Fachliteratur. Nachfolgend eine Kurzfassung:

- ◆ **Expressive (so genannte motorische) Aphasie nach Broca:** Gesprochenes und Gelesenes verstehen, aber selber nicht sprechen können („Verlautbarungsstörung“). Nach außen erkennbar: stumm oder Verstümmelung von Worten (*literale* und *syllabäre Paraphasien*). Häufig gleichförmiges „Wiederholen von Silben. Auch leichtere Sprachverständnisstörungen und Wortverwechslungen möglich. Der Betroffene hat jedoch noch ein inneres Wortbild zur Verfügung, im Gegensatz zur sensorischen Aphasie (s. u.).

- ◆ **Sensorische Aphasie nach Wernicke:** Sprachverständnisstörung bis zur Worttaubheit. Die Worte können nicht gefunden werden. Sie stehen zur Benennung von Gegenständen nicht mehr zur Verfügung. Diese werden u. U. falsch (*verbale Paraphasie*) bezeichnet. Manchmal Wiederholung gleichartiger Worte ohne sinnvolle Verknüpfung (*Paragrammatismus, Agrammatismus*). Bisweilen Wiederholung vorgesprochener Wörter (*Echolalie*) sowie formel- und schablonenhafte Sprache, z. T. ohne Sinn (*Jargon-Aphasie*). Unmöglichkeit, richtig nachzusprechen, zu lesen (*Alexie*), spontan oder nach Diktat zu schrei-

ben (*Agraphie*). Umgang mit Zahlen erschwert (*Akalkulie*). Bei ausgedehnteren zerebralen Läsionen manchmal unmöglich, sich in festgelegten Gesten (z. B. Winken, Drohen) oder entsprechender Mimik auszudrücken (*Apraxie*).

◆ **Amnestische Aphasie:** wird meist separat neben motorischer und sensorischer Aphasie aufgeführt. Der Patient mit einer amnestischen Aphasie hat Mühe, vorhandene Worte abzurufen, erkennt aber die von außen angebotenen Worte sofort und kann sie auch richtig auswählen und zuordnen (bei einer sensorischen Aphasie nicht möglich).

Beispiele für motorische und sensorische Aphasie: Durchblutungsstörungen (Arteriosklerose, Apoplex), Hirnatrophie, Morbus Pick, Tumoren, andere zerebrale Störungen. Besteht eine zerebrale Allgemeinschädigung, kommt einpsychoorganisches Syndrom dazu.

SPRECHSTÖRUNGEN

Die sprachliche Mitteilung ist das einmalige Wunderwerk menschlicher Entwicklung. Grundlage ist das Ausdrücken und Verstehen mittels Lauten. Einzelheiten dazu siehe die entsprechende Fachliteratur mit jeweiligen Schwerpunkten. Beispiele: Semantik (Sinngehalt der Sprache), Syntax (Formulierung), Phoneme (Laute), Morpheme (Schriftzeichen), Prosodie (Sprachmelodie und -rhythmik u. a.).

Sprechstörungen sind unterteilbar in

◆ **Aphonie und Dysphonie** (vom griech.: phone = Stimme) heißt Stimmlosigkeit, Heiserkeit, Hauchen.

Beispiele: neben organischen Ursachen (Lähmung des 9. Hirnnerven, Stimmbänderkrankung durch Entzündung, Tumor u. a.) gibt es auch eine psychogene Aphonie („vor Schreck verstummen“).

◆ **Dysarthrie** (vom griech.: dys = abweichend und arthroein = gliedern) ist eine Störung der Artikulation bei Phonations-Störung durch entsprechende organische Leiden.

Beispiele: Störung der Phonation durch Atemstörungen (Chorea Huntington), Missbildungen oder Erkrankungen des Phonationsraumes (Rachenspalte, Zungenlähmung, Gesichtsmuskellähmung, Zahnlosigkeit, lockere Prothese, aber auch schwere allgemeine Schwäche und Austrocknung). Ferner zentrale motorische Läsionen (Bulbärparalyse, Pseudobulbärparalyse). Vor allem im Rausch, bei sonstiger Intoxikation und als Medikamenten-Nebenwirkung (z. B. Neuroleptika, Benzodiazepin-Tranquilizer u. a.).

- ◆ **Stottern:** stockende und krampfartige Wiederholung einzelner Laute und Silben und damit Störung des zusammenhängenden Redeflusses durch Verkrampfung im Sprechapparat einschließlich Atmungsregulation.

Beispiele: Fehlen der Sprechentwicklung bei Hirnschädigung, Schwerhörigkeit, aber auch psychogen durch neurotische Funktionsstörungen. In leichterer Form bei emotionaler Anspannung, Aufregung, Schüchternheit oder bei impulsiv-aggressiver Gehemmtheit.

- ◆ **Stammeln:** ein stockendes, unzusammenhängendes Sprechen durch fehlerhafte Lautformung mit Deformation eines Lautes (*Dyslalie*) oder Ersatz eines Lautes durch einen anderen (z. B. *Sigmatismus* = s statt sch).

Beispiele: Störungen des Lauterwerbs oder Lautgebrauchs durch psychische Belastungen, audiogene Beeinträchtigungen, zentrale Sprachstörungen, verzögerte Sprachentwicklung u. a. In milderer Form auch aus Unsicherheit, Verlegenheit oder Erregung.

- ◆ **Logoklonie** (vom griech.: logos = sprechen, klonein = zittern) heißt klebenbleiben an einer Silbe oder an einem Wort infolge stereotyper Wiederholung bzw. spastische Silbenwiederholung.

Beispiele: genetische, psychologische, neurologische (z. B. Parkinson-Syndrom) und andere Störungen wie Demenz u. a.

- ◆ **Lispeln:** fehlerhafte Artikulation der Zischlaute und ihrer Verbindungen.

Beispiele: Bei Verkrampfungen und Anspannung, aber auch Gebiss-Veränderungen (s. Sigmatismus)

STÖRUNGEN DES REDENS

Bei *Störungen des Redens* unterscheidet man:

- ◆ **Veränderung der Lautstärke:** Extreme von leise, kaum verständlich bis Brüllen.

Beispiele: Depressionen (leise), erregte Manie oder katatone Schizophrenie (lautstark).

- ◆ **Veränderung der Modulation:** von starker Bewegung in der Stimme (u. U. geziert-manieriertes Sprechen) oder pathetischem Tonfall bis zu monoton-einförmigem Sprechen.

Beispiele: Depression, Manie, Schizophrenie, hysterische Neurose u. a.

- ◆ **Verlangsamtes Reden** (*Bradyphrasie*, vom griech.: bradys = langsam und -phasia = Äußerung, Rede, Sprache): s. gehemmtes und verlangsamtes Denken.
- ◆ **Stockendes, abgerissenes Reden:** teils durch Gedankensperrung oder Gedankenabreißen (s. diese), teils durch plötzlich einschießende Einfälle, Wahnerlebnisse, Halluzinationen, aber auch organisch oder affektiv bedingte Ratlosigkeit möglich.

Beispiele: schizophrene Psychose, aber auch bei ratlosen Psychoorganikern und Depressiven.

- ◆ **Beschleunigtes Reden** (*Tachyphrasie*, vom griech.: tachys = schnell und -phasia = Äußerung, Rede, Sprache) **und Rededrang** (*Logorrhoe*, vom griech.: logos = sprechen und rhein = fließen): schnell und übermäßig viel Reden bis hin zum Rededrang. Im Extremfall wird das Gesagte nur noch nach dem „Wortklang verknüpft (*Assonanzen, Klangassoziationen*), gelegentlich auch nach dem Kontrast. Damit scheinbares Springen von Wort zu Wort. Beim Rededrang unterscheidet man noch eine
 - *zusammenhängende Logorrhoe*: man kann dem Gedankengang noch folgen
 - *inkohärente Logorrhoe*: man kann dem Gedankengang nicht mehr folgen

Beispiele: Sprechbeschleunigung/beschleunigtes Reden und Rededrang/Logorrhoe vor allem in der manischen Erregung. Damit versucht der Maniker seine übermäßig vielen Einfälle auszudrücken. Bisweilen auch bei erregten Schizophrenen, insbesondere autistischen, die sich nicht mehr um einen Gesprächspartner kümmern müssen und ihrem Redefluss freien Lauf lassen können. Gelegentlich auch auf organischer Grundlage bei Aphasikern (s. dort).

- ◆ **Verbigeration** (vom lat.: verbigerare = schwatzen): gleichförmige Wiederholung von Silben, Worten, Satzteilen und Sätzen. Form der so genannten verbalen Stereotypie, auch als *Palilalie* bezeichnet.

Beispiele: manche Aphasiker, die krampfhaft nach Worten suchen. Bei agitierten Depressiven gelegentlich stereotype Klagen. Bei (katatonen) Schizophrenen oft Selbstversicherung, manchmal auch gebetsartige Beschwörungen.

- ◆ **Echolalie** (vom griech.: echo = Schall und laleein = reden): echoartiges, sinnloses Wiederholen von vorgesprochenen Wörtern und kurzen Sätzen, ohne ihre Bedeutung zu beachten. Unter *Palilalie*, versteht man das zwanghafte Wiederholen eigener Worte.

Beispiele: schwere Ich-Aktivitätsstörungen (s. dort) bei Schizophrenen mit der Folge großer Ratlosigkeit. Gelegentlich auch bei Minderbegabung und Demenz.

◆ **Mutismus (Verstummen):** Beim Mutismus (vom lat.: mutus = stumm) spricht der Betroffene nicht oder fast nichts mehr (oft verbunden mit Stupor – s. dieser), obwohl seine Sprachfunktion intakt ist. Die Ursache ist ein Verlust des Sprech-Antriebs als Ausdruck einer Antriebs-Hemmung. Meist ein Überwältigtsein von Ratlosigkeit, Angst, Hoffnungslosigkeit usw. Neben dem depressiven und katatonen Mutismus (und Stupor) gibt es auch den so genannten psychogenen Mutismus (durch rein seelische oder psychosoziale Einflüsse ausgelöst und unterhalten – s. u.)

Beispiele: schwere Depression, in der durch Devitalisierung (Daniederliegen aller vitalen Kräfte) jeder Sprechtrieb verloren ging und keine Hoffnung mehr besteht auf Verständigung. Folge: depressiver Stupor (in stummer Qual erstarren). Beim schizophrenen (katatonen) Mutismus und Stupor liegt meist ein Überwältigtsein von Angst, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit vor (keine traumartige Umdämmerung!). Kann auch bei Tumor oder Hirnentzündung vorkommen (meist mit Stupor). Bisweilen findet sich Mutismus auch bei ekstatischen und Bannungs-Erlebnissen. Auch autistische Kinder sind mutistisch.

Psychogener Mutismus ist möglich nach seelischem Schock, als Schreckerelebnis oder bei Panik. Manchmal auch um bestimmte Absichten durchzusetzen (z. B. Häftlinge).

Das willentliche Nicht-Sprechen ist hingegen meist Ausdruck von Gekränktheit, ohnmächtiger Wut oder gehemmter Aggressivität.

◆ **Glossolie** (vom griech.: glossa = Zunge und laleein = reden): Sprechen mit gekünstelter Stimme (oder in einer scheinbaren Fremdsprache), auf jeden Fall aus unverständlichen Lautgebilden bestehend.

Beispiel: bei Psychosen, in massen-suggestiver Ekstase u. a.

UNVERSTÄNDLICHKEIT DER SPRACHE

Eine *Unverständlichkeit der Sprache* trotz sauberer Artikulation und nachfolgebarem Tempo ist aus verschiedenen Gründen möglich:

◆ **Privatsymbolik:** Worte werden nicht mehr im geläufigen Sinne, sondern in einer privaten, nur für den Betreffenden nachvollziehbaren Deutung einge-

setzt: *persönliche Symbolik, Privatmetaphorik, paralogisches Denken und Sprechen.*

Beispiel: schizophrene Psychose.

◆ **Parasyntax, Paragrammatismus** (aus dem griech.: para = daneben und syn = zusammen mit, taxis = Ordnung, gramma = Geschriebenes) sowie **Inkohärenz** (aus dem lat.: cohaerere = zusammenhängen): Die Sprache verliert ihren grammatikalischen, logischen und affektiv nachfühlbaren Zusammenhang. Die Rede wird zerfahren, dissoziiert, inkohärent, sprunghaft bis zur völligen Sprachverworrenheit. Extremfall: Wort- und Silbengefasel. Manchmal kann man in dem „Wortsalat“ (*Schizophasie*) Schizophrener noch einen Sinn erahnen, z. B. die Lebensrealität des Betroffenen.

Beispiele: schizophrene Psychose, Demenz, akuter exogener Reaktionstyp, selten bei ausgesprochen erregten Manikern sowie epileptischen Psychosen.

◆ **Paraphasie = Vorbeireden** (aus dem griech.: para = daneben und -phasia = Äußerung, Rede, Sprache). Der Kranke geht nicht auf die Frage ein, obwohl er sie richtig verstanden hat, und bringt inhaltlich etwas ganz anderes vor.

Beispiel: schizophrene Psychose, Autismus u. a.

◆ **Neologismen** (vom griech.: neos = neu, logos = Wort, Rede): Wortneubildungen, häufig durch Verknüpfung heterogener Dinge (*Kontamination*, meist Kombination von Silben mit unterschiedlicher Bedeutung).

Beispiel: schizophrene Psychose, aber auch im Traumgeschehen

◆ **Kryptolalie und Kryptographie** (vom griech.: kryptos = geheim und lalein = reden bzw. graphein = schreiben). Privatsprache, die völlig unverständlich sein kann (*Kryptolalie*) und gelegentlich in einer Privatschrift (*Kryptographie*) ausgedrückt wird (s. auch Privatsymbolik).

Beispiel: schizophrene Psychose.

UNTERSUCHUNGSGANG

Sprach- und Sprechstörungen, Störungen des Redens und Unverständlichkeit der Sprache sind relativ einfach zu erkennen. Man muss dem Patienten nur Gelegenheit geben bzw. ihn dazu anregen, sich zu äußern. Dazu gehört der schon mehrfach erwähnte gute Arzt-Patient-Kontakt, der wichtigste Einstieg in

eine ergiebige Diagnose. Denn psychologische Aspekte spielen selbst bei ausgeprägt biologisch wirkenden Phänomenen keine unerhebliche Rolle.

So geht die *Schizophasie* (s. dort) zwar meist auf eine Denk-Verwirrung zurück, weil die Betroffenen von Untergang, Zerfall, Zersplitterung, Katastrophen, Chaos, Angst und Panik sowie Ratlosigkeit überwältigt werden. Es kann sich aber auch um eine Abwehr des Schizophrenen handeln: Zersplittern reden, wenn die Sprache auf „wunde Stellen“ kommt. Auf jeden Fall muss man zersplittertes Reden ernst nehmen, um den Hintergrund des chaotischen Krankendaseins zu erspüren.

INTELLIGENZSTÖRUNGEN

Intelligenz ist ein komplexes Phänomen mit verschiedenen Definitionen, je nach Blickwinkel und wissenschaftlicher Disziplin.

Intelligenz ist ein Oberbegriff für eine große Zahl unterschiedlicher Teilfunktionen, die zu dieser vielschichtigen Leistung beitragen: Sinnesfunktion, Wachbewusstsein, Orientierung, Aufmerksamkeit, interessierte Zuwendung (in Abhängigkeit von Motivation, Antrieb und Affektlage). Ferner die Denkleistungen der Auffassung, Abstraktion, Kombination, des Urteilens und Schlussfolgerns. Und alles unter dem Einfluss der gegenwärtigen Stimmung und der gesamten Lebenserfahrung (Lernen). Schließlich die Besonnenheit der distanzierten Übersicht, der Bedeutungs-Bewertung sowie der gezielten Handlungsplanung und -ausführung.

In der klinischen Praxis wird beispielsweise gerne in theoretische, praktische und soziale Intelligenz unterteilt. Für den praktischen Alltag sind folgende Bereiche wichtig: Rechnen, Sprachverständnis, Ausdrucksfähigkeit, Spontaneität, Einfallsreichtum und Kombinationsfähigkeit, Produktivität, Beweglichkeit (Tempo und Flexibilität), formale Logik, Urteilsfähigkeit, Abstraktionsvermögen und Anschaulichkeit.

Außerdem unterscheidet man die

- Tiefe der Intelligenz: Erfassen von Wesen und Sinngehalt,
- Höhe der Intelligenz: abstraktes und logisches Niveau sowie
- Breite der Intelligenz: Vielfalt der in Erwägung gezogenen Gegebenheiten.

Dies alles ermöglicht eine gezielte, sinnvoll planende Wirksamkeit im Handeln, oder kurz: Problemlösen. Diese Begabung befähigt zur Bewältigung neuer Aufgaben und Situationen, zu innovativen Fragestellungen und Lösungen.

Daraus ergibt sich eine praxisbezogene Definition:

- ◆ Intelligenz ist die Fähigkeit, sein Leben zu leisten, sich zurechtzufinden und die Welt und ihre Aufgaben zu bewältigen.

Bei der *Beurteilung der Intelligenz* ist zuerst darauf zu achten, ob die intellektuellen Vorfeldfunktionen (Aufmerksamkeit und Orientierung, senso-motorische bzw. psycho-motorische Störungen, Konzentration und Belastbarkeit, Gedächtnis und Leistungsmotivation) beeinträchtigt sind. Auch darf man sich nicht nur isoliert dem Schweregrad der Intelligenzminderung zuwenden, sondern muss auch die individuelle soziale, insbesondere die Ausgangssituation berücksichtigen (s. später). Auch Störungen der Merk- und Erinnerungsfähigkeit, der Auffassung und in entsprechenden Fällen des Sprechens und des Sachverständnisses erschweren beispielsweise die Kommunikations- und Bildungsmöglichkeiten. Selbst das Sozialverhalten mit seinen Veränderungen von Antriebs- und Stimmungslage sowie charakterliche Eigenschaften sind von Bedeutung.

Intelligenzstörungen sind also – wie erwähnt – ein komplexer Bereich, der je nach wissenschaftlicher Blickrichtung unterschiedlich definiert und klassifiziert wird. Nachfolgend deshalb nur eine globale Übersichts-Auswahl:

Die *Gradeinteilung der Intelligenzminderung* zeigt im Alltag von Klinik und Praxis z. B. folgende Differenzierung, die sich an den Intelligenzquotienten (IQ) aus der Intelligenzdiagnostik anlehnt:

- **Debilität:** IQ von 50 bis 70. Hilfsschulfähigkeit, einfache Berufe, eigener Lebenserwerb sowie soziale Eingliederung möglich.
- **Imbezillität:** IQ von 20 bis 50. Elementare Kenntnisse und Fertigkeiten, jedoch geringer Begriffs- und Vorstellungsumfang. Selbständiges Denken und einsichtiges, zielgerichtetes Handeln werden kaum erreicht. Kombinationsfähigkeit fehlt fast gänzlich.
- **Idiotie:** IQ unter 20. Hochgradiger Intelligenztiefstand mit Fehlen sprachlicher, motorischer und sozialer Leistungen. Weitgehende Pflegebedürftigkeit.

Moderne Definitionen der geistigen Behinderung, insbesondere nach multiaxialen Klassifikationsschemata gehen beispielsweise von folgenden Einteilungen aus:

Geistige Behinderung bezieht sich auf eine signifikant unterdurchschnittliche intellektuelle Funktionsfähigkeit, die gleichzeitig mit deutlichen Mängeln im Anpassungsverhalten einhergeht und sich während der Entwicklungszeit mani-

festiert hat (American Association Mental Retardation). Dazu verschiedene Formen der Intelligenzminderung: Lernbehinderung (IQ < 80), geistige Behinderung im Sinne eines Grenzbereichs (IQ 68 - 80), leichte geistige Behinderung (debil: IQ 52 - 67), mäßige geistige Behinderung (imbezill: IQ 36 - 51), schwere geistige Behinderung (IQ 20 - 35) und schwerste geistige Behinderung (IQ < 19).

Ätiopathogenetisch werden zudem folgende Intelligenzdefekte definiert, also Beeinträchtigungen der anatomisch-somatisch-physiologischen Voraussetzungen für Intelligenz:

◆ **Oligophrenie:** angeboren oder früh (d. h. vor Abschluss der Hirnreifung) erworbener Intelligenztiefstand unterschiedlicher Ausprägung. Erwerb von Wissen und Fähigkeiten sind dadurch von vornherein beeinträchtigt. Die zugrunde liegende Hirnschädigung kann ererbt, intrauterin, perinatal oder postnatal eingetreten sein. Einteilungen in verschiedene Schweregrade, je nach Intelligenzquotient (s. o.). Einzelheiten siehe entsprechende Fachliteratur.

Beispiele: genetische Oligophrenie, früh erworbene Oligophrenie, z. B. intrauterin (Unfall der Mutter, Schock in der Schwangerschaft, Störung der Plazenta durch Blutung, ferner Infektionskrankheiten wie Röteln, Lues, Toxoplasmose sowie endogene Störungen wie Hypothyreose der Mutter), toxisch (Vergiftung mit verschiedenen Medikamenten, Urämie, z. B. durch Schwangerschaftstoxikose der Mutter, Rhesus-Inkompatibilität, Strahlenschäden u. a.), perinatal (Geburtsschäden, Blutung, Hypoxie usw.), postnatal (Ernährungsschäden, besonders Eiweiß- und Vitaminmangel, Infektionskrankheiten, Enzephalitis, Enzephalomeningitis, Keuchhusten, Pocken, dazu Traumen, Gifte u. a.).

◆ **Demenz:** Durch eine erhebliche Abnahme von Gedächtnis und Denkvermögen (verminderte Urteilsfähigkeit, Erkennen, Rechnen, Sprache) ist die Alltagsbewältigung behindert. Oft ist die Gefühlswelt und Motivation beeinträchtigt sowie das Sozialverhalten verändert. Die Ursache ist eine Gehirnerkrankung, der Verlauf ist progredient.

Beispiele: Degeneration, teils vererbt (Alzheimer-Krankheit – mit Abstand die häufigste Ursache, Morbus Pick, Chorea Huntington), Zirkulationsstörungen (diffus bei Bluthochdruck, Zuckerkrankheit oder Gefäßentzündung, Hirninfarkt, Gehirnvenenthrombose), erworben durch chronischen Alkoholmissbrauch, Strangulation, Trauma, Entzündung, Infektionen (unspezifisch bakteriell mit Meningitis, Abszess, Enzephalitis oder spezifisch bei z. B. Lues, Masern- oder Pockenenzephalitis, HIV u. a.). Ferner traumatisch (Contusio cerebri, Blutung), Tumoren (Neoplasmen), selten Parasiten, toxisch (exogen durch Blei, CO, endogen durch Urämie, Leberkoma usw.), metabolisch (z. B. Morbus Wilson, Hypothyreose), chronischer Hirndruck (Hydrocephalus u.a.m.).

WEITERE INTELLIGENZSTÖRUNGEN

◆ **Psychosoziale intellektuelle Mangelausbildung:** Fehlen der für die intellektuellen Leistungen notwendigen psychosozialen Grunderfahrungen. Beispiel: soziale Isolierung = unzulängliche Pflege mit mangelhafter Anregung und Fehlen von Geborgenheit, Verunsicherung und Furcht mit Einschränkung der Lernmöglichkeiten; länger anhaltende oder vollständige Ausschaltung aller Sinneseindrücke (sensorische Deprivation), auch weniger gravierende Isolierung durch Sinnesfehler usw.

Beispiele: Blindheit, Taubheit, soziale Isolierung u. a.

◆ **Intelligenzstörungen bei gestörter Realitätsbeziehung:** möglich bei Autismus (in der eigenen Gedanken- und Vorstellungswelt ohne Kontakt zu anderen verharrend).

Beispiele: Autismus im Kindesalter, ausgeprägt autistische Schizophrenie, aber auch jede andere schwere Psychose.

◆ **Intelligenzstörungen bei Sinnes-Defekten:** z. B. bei schwerer angeborener Sinnes-Beeinträchtigung (Sehen, Gehör, Fehlen adäquater kompensatorischer Lernmöglichkeiten, z. B. Blindenschule, Taubstummschule).

Beispiele: s. o.

◆ **Intelligenzstörungen bei herabgesetzter Wachheit (Vigilanz):** vorübergehende Minderleistung.

Beispiele: s. Wachheit (Vigilanz).

◆ **Intelligenzstörungen aus affektiven Gründen:** z. B. bei schwerer Depression im Sinne der „depressiven Pseudodemenz“. Aber auch in der Manie kann die intellektuelle Befähigung ungenügend eingesetzt werden (z. B. Kritiklosigkeit).

Beispiele: Depression, Manie.

UNTERSUCHUNGSGANG

Bei der Intelligenz handelt es sich – wie erwähnt – um eine komplexe Leistung. Umfang und Störungen unterschiedlicher Ausprägung können mit Hilfe psychologischer Tests erfasst werden. Der dazu erforderliche Aufwand ist je-

doch in der Praxis oftmals nicht realisierbar, auch nicht immer notwendig. Eine Ausnahme bilden spezielle Fragen, z. B. die Erstellung eines Gutachtens, wobei sich in der Regel die Zusammenarbeit mit einem testpsychologisch versierten klinischen Psychologen empfiehlt. Für die Routinediagnostik bieten sich einige orientierende Intelligenztests an. Ansonsten beschränkt man sich im Alltag von Klinik und Praxis auf seinen mehr oder weniger fundierten persönlichen Eindruck, der sich aus dem Arzt-Patient-Kontakt ergibt.

Ein erster Anhalt sind die Daten zur beruflichen und sozialen Entwicklung in der Anamnese, die Aufschluss über den vorhandenen bzw. früheren Intelligenzstand vermitteln. Bei der Beurteilung der schulischen Leistung älterer Patienten muss jedoch das weit weniger effiziente Schulsystem früherer Jahre sowie die vor allem durch die Not geprägte Einstellung gegenüber einer heute selbstverständlichen Schulbildung berücksichtigt werden (Kriegs- und Notzeiten, Vertreibung, Flucht, vorzeitiger Broterwerb, Unterschätzung der Schulbildung durch Eltern usw.).

Zwar mögen die Betroffenen dieser Generation langsam weniger werden, doch bietet sich das gleiche Problem durch Globalisierung bzw. Migrations-Bewegungen.

Im Allgemeinen kann man sich in der *psychiatrischen Exploration* mit Hilfe bestimmter Fragen einen ausreichenden orientierenden Überblick verschaffen. Dabei hat es sich als sinnvoll erwiesen, diesen Fragekatalog für sich selber stets beizubehalten, um seinen Eindruck zu schulen und eine gewisse Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Variationen ergeben sich von selber in Bezug auf Interessen oder Beruf des Patienten. Allerdings darf man sich nicht starr an seine Reihenfolge halten, um den Kranken nicht misstrauisch werden zu lassen oder zu kränken. Gerade so genannte „Intelligenzfragen“ geraten leicht in die störende Nähe der Taktlosigkeit. Das kann jedes Vertrauensverhältnis ruinieren. Hier den richtigen Mittelweg zu finden, ist nicht eine Frage der Ausbildung, sondern – so sentimental es sich anhört –, des Herzens, der Gemütswärme, des Respekts vor dem kranken Menschen, der einem anvertraut ist. Mag der Patient vieles eingebüßt haben, eines ist ihm oft geblieben: das Empfinden, ob er als Mitmensch angenommen oder als „Geisteskranker“ oder „Schwachsinniger“ abqualifiziert wird.

Die immer gleichen oder nur bedarfsweise variierten Fragen (Beruf, Interessenssphäre, Interessensbedingungen u. a.) ermöglichen im Laufe der Zeit auch bestimmte Normvorstellungen über Tempo, Präzision, Ablauf usw. der Antworten, die bei der subjektiven Einschätzung wieder wertvoll sind.

Grundsätzlich empfiehlt sich die Frage der subjektiven Intelligenzeinschätzung erst am Schluss für sich zu beantworten. Zum einen hat man dann durch die vorangegangenen Abklärungen einen orientierenden Überblick gewonnen. Zum anderen sind evtl. auch sonstige Störungen bereits deutlich geworden,

die den Intelligenzeindruck beeinflussen können. Dazu gehört z. B. die Aufmerksamkeitsstörung bei psychoorganischen Syndromen, die Antriebsminderung bei depressiven Störungen, aber auch nicht-krankhafte Faktoren wie landsmannschaftliche oder regional typische Denkgewohnheiten bzw. emotional gebundene Besonderheiten, vor allem aber sprachliche Gepflogenheiten. Dies spielte nach den Wirren der Kriegsjahre eine nicht unerhebliche Rolle und kann dem Anfänger auch heute noch zur Falle werden, wenn er z. B. zurückgekehrte Auslandsdeutsche beurteilen soll, von den erwähnten Migrations-Problemen einer globalisierten Welt ganz zu schweigen.

◆ Bei der **Oligophrenie** muss man zudem psychosozial oft begleitende affektiv-kognitive Aspekte berücksichtigen. Beispiele: Beeinträchtigung, Misstrauen, Argwohn, paranoide Missdeutung, Verstimmungszustände, besonders reizbar-dysphorische u. a. Auch ist die Intelligenz ein integrierender Bestandteil der Persönlichkeit.

So ist die Oligophrenie häufig mit Persönlichkeitsstörungen verbunden: mangelnde charakterliche Differenzierung, unzureichende Steuerung der Strebungen und Triebe, der Motorik (plump in Bewegung, Mimik, Gestik, Artikulation), ferner Störungen der Aufmerksamkeit, des sprachlichen und außersprachlichen Verstehens. Dazu Mangel an Anpassungsfähigkeit sowie Störungen der Denkfähigkeit, des Einfalls- und Ideenreichtums, der Interessen, der Auffassung, des Abstraktions-, Kombinations- und Urteilsvermögens, des sinngemäßen Wollens und Tuns.

Bisweilen findet sich zusätzlich eine Epilepsie mit entsprechenden Langzeitfolgen (Wesensänderung, Medikament-Nebenwirkungen).

◆ Noch schwieriger wird es bei der **Demenz**. Hier handelt es sich ja um eine im späteren Leben erworbene Intelligenzschwäche, die eine ursprünglich „intakte“, vielleicht sogar eindrucksvolle Persönlichkeit trifft, und zwar auf allen Ebenen: „Wesensänderung“, Gedächtnis, Intellekt, zuletzt vitale Funktionen wie Wachheit, Vegetativum u. a. Einzelheiten über das Beschwerdebild siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie sowie die Fachliteratur. Wichtig sind auf jeden Fall einige psychische/psychosoziale Auffälligkeiten und Verlaufskarakteristika, die lange irritieren, bevor man auf die richtige Diagnose stößt:

Je nach Persönlichkeitsstruktur bzw. Verlauf anfangs verzweifelter Versuch, das geistig-seelische Defizit zu überspielen und sich unverändert Aufmerksamkeit und Zuwendung zu sichern („liebenswürdige Verblödung“). Später zunehmend resigniert, niedergeschlagen, verzweifelt und depressiv (und damit ggf. suizidal!).

Oftmals der Versuch, alle Einbußen zu verleugnen, in Abrede zu stellen, ggf. anderen anzulasten (Abwehr, Fehlleistungen nicht realisiert, Scham). Schließ-

lich zunehmende Gleichgültigkeit. Zuletzt häufig (jedoch nicht grundsätzlich) kein Schuld- oder Schamgefühl mehr zu erwarten, eher Bagatellisierungs- und Vertuschungsversuche („missliche Umstände“, andere Personen schuld – kann bis zum Paranoid gehen).

Damit vermehrt Neigung zu Gedächtnislücken, die durch das Erzählen zufälliger Einfälle oder Geschichten überspielt werden (*Konfabulationen*). Anfangs um freundliche Atmosphäre bemüht, später zunehmend ungeduldig, reizbar, missgestimmt, wütend, rasch erregt, mitunter auch ironisch bis sarkastisch.

Bei allem eine sonderbare Atmosphäre der Unverbindlichkeit um sich verbreitend (Fehlurteil: Arroganz). Dann Stimmung weniger bedrückt bis gequält, eher gleichgültig bis frostig-wurstig. Teils (vor allem anfangs) Minderwertigkeitsgefühle bis Verzweiflungsausbrüche, teils (insbesondere im weiteren Verlauf) immer unkritischere Selbstüberschätzung, bisweilen sogar überhöhte Selbstanforderungen, manchmal groteske Kompensationsversuche. Aber auch plötzlich ausbrechende Angst- oder Panikzustände ohne Grund (Überforderung oder Unfähigkeit, zwischen realer Situation und subjektiver Scheinwelt zu unterscheiden) mit der Folge so genannter Katastrophenreaktionen. Im Weiteren bizarre Schusseligkeit, unfassbare Vergesslichkeitsszenen, zuletzt völlig verwirrt und desorientiert.

Aus gerontopsychiatrischer Sicht ergibt sich z. B. folgende praktische Einteilung für den Untersuchungsgang bei **Verdacht auf Demenz**:

- *Sehr geringer bis geringer Beeinträchtigungsgrad*: „störende“ Vergesslichkeit (Namen, Dinge), aber noch ohne Folgen; gelegentliche Wortfindungsstörungen; schließlich stärkeres Nachlassen der Merkfähigkeit (Lesen, Wiederfinden verlegter Gegenstände); Versagen bei beruflichen Anforderungen; verstärkte Probleme bei bekannten Situationen.
- *Mäßige Störung*: Zunahme obiger Einbußen, vor allem schlecht informiert über aktuelles Geschehen; Probleme beim Lösen schwieriger Aufgaben (Umgang mit Geld, Einkaufen, Verreisen usw.); Nachlassen der Aktivität; Vermeidung von Konkurrenzsituationen.
- *Mittelschwere Störung*: Beginn der eigentlichen Demenz: Unfähigkeit, sich an wichtige Dinge des öffentlichen Lebens zu erinnern (eigene Telefonnummer, Adressen, Namen von Verwandten); Probleme bei Auswahl passender Kleidungsstücke; Vernachlässigung der Körperpflege; auf die Hilfe Dritter angewiesen.
- *Schwere Störungen*: Schwierigkeiten, sich sogar an den Namen des Lebenspartners zu erinnern; keine bewusste Wahrnehmung der Umwelt mehr; vollständige Abhängigkeit von der Hilfe Dritter; Kontrollverlust für Blasenentleerung und Stuhlgang.

- *Sehr schwere Störungen*: extreme Verminderung des Wortschatzes mit weitgehendem Verlust der Sprachfähigkeit; Probleme beim Sitzen, schließlich Gehunfähigkeit. Häufig Kontrollverlust für Blasenentleerung und Stuhlgang (manchmal aber auch schon früher). Im Endstadium meist Kachexie („Auszeh- rung“), Muskel-Kontrakturen usw.

Psychopathologisch zusätzlich möglich sind Halluzinationen (optisch, taktil/ haptisch), Umgebungsverkennung, Personenverkennung, wahnhafte Interpre- tationen, Apathie bis zum Stupor sowie Unruhe- bzw. Erregungszustände bis zum Raptus. Weitere Einzelheiten siehe Fachliteratur sowie entsprechende Beiträge in dieser Serie.

LITERATUR

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

Grundlage vorliegender Ausführungen aber ist das Fachbuch:

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

Weitere Hinweise in den entsprechenden Kapiteln von

www.psychosoziale-gesundheit.net