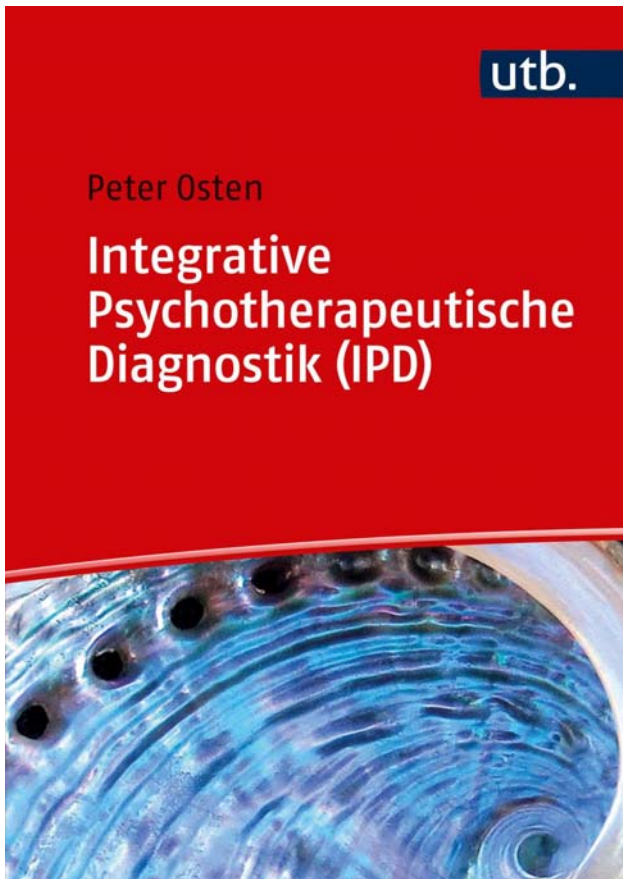


Peter Osten,
Integrative Psychotherapeutische Diagnostik (IPD)



Das allumfassende Lehrbuch zur Integrativen Psychotherapeutischen Diagnostik (IPD).

Integrationsbewegungen in der Psychotherapie legen seit langem eine Überschreitung schulenspezifischen Denkens nahe. Das Buch zur integrativen Psychotherapeutischen Diagnostik führt tiefenpsychologische, stresstheoretische, behavioristische und systemische Denkströmungen in einen Ansatz zur Diagnostik zusammen.

Es enthält alle notwendigen diagnostischen Instrumente - Erstinterview, Anamnese, Befunderhebung, Klassifikation und Behandlungsplanung – und zeigt Methoden auf, mit deren Hilfe die Genese von Dysfunktionalität präzise erfasst werden kann.

Die Zusatzmaterialien wurden vom Autor / der Autorin / den Autoren zur Verfügung gestellt und sind genau auf den Inhalt des Werkes abgestimmt.

Nutzung und Copyright

Die Nutzung der Materialien für eigene Studienzwecke ist kostenlos, das Copyright liegt bei den Autoren bzw. beim Verlag. Eine Weiterverbreitung gleich in welcher Form ist nur mit schriftlicher Genehmigung der utb GmbH Stuttgart gestattet.

Diese und viele weitere kostenlose Zusatzmaterialien finden Sie unter www.utb-shop.de

Kostenlose Tipps zum wissenschaftlichen Arbeiten für alle Fächer gibt's auf unserem Studi-Portal unter <http://studium.utb.de>

Checkliste 1

Das Erstinterview (Buch S. 264ff. und 284ff.)

Leib- und Bewegungspänomenologie

- *Leiblichkeit*: äußere, gestalthafte Erscheinung und Körpersprache, Tonus, Turgor, Hautfarbe, Haltung, Hände, Gestik, Mimik, Gebärden, Gestikulation, Körperpflege, Kleidung, Frisur ➔ Leibbewusstsein, gesundheitsaktives Verhalten, Verwahrlosung, somatische Störungen, Psychopathologie
- *Begrüßung*: Mimik, Blicksuche und -qualität und Händedruck bei der Begrüßung ➔ Kontaktverhalten, Scham, Grenzbewusstsein zwischen Nähe und Distanz, Macht-, Dominanz-, Territorialverhalten
- *Bewegung*: Dynamik der Haltung und der Bewegungsabläufe, Bezug der Bewegung zum Raum, zu den Gegenständen im Raum, Kongruenz mit den Gefühlen, Bezogenheit zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin ➔ Selbstsicherheit (z. B. scheu, kraftlos, aggressiv), Vitalität, Antrieb, Affekt
- *Periverbaler Ausdruck*: Choreografie des periverbalen Ausdrucks in Mimik, Blickverhalten, Gestik und Gebärden, Stimm- und Atemmuster ➔ Hinweise auf inhaltliche Kongruenzen oder Dissonanzen im narrativen Symbolisierungsprozess, implizite Bewertungen aus den subjektiven Bedeutungssystemen heraus
- *Genderperspektive*: leibliche Repräsentation der Geschlechtlichkeit, Ausstrahlung als Frau, Mann, X ➔ Geschlechtsidentität, Geschlechtsleiblichkeit

Narrative Phänomenologie

- *Fokus & Themen*: die sprachlich und nonverbal dargebotenen expliziten und impliziten Themen, Fragen, Probleme, Sachverhalte; Kohärenz und Konsistenz der Fokusbestimmung durch die Klientin bzw. den Klienten ➔ Anlass der Aufnahme; Einschätzung der Thematik und ihrer Schwere; Art, Tiefe und Gewahrsein der anstehenden Problematik; Fähigkeit zur Auffassung, Ausrichtung und Sammlung auf den Fokus
- *Sprache & Symbolik*: Qualitäten der Sprache, des Sprechens, Stimmelmelodie, Symbol-, Metaphern- und Wortgebrauch, Verwendung spezifischer symbolischer Bilder, entwicklungspsychologische Spezifität der Sprache und des Sprechens ➔ Artikulationsfähigkeit, sprachliche Differenziertheit, Semantik und Metaphorik in den Sprechakten, implizite Themen
- *Narrativer Aufbau*: Wiederholungen, Implikate und Homologien, Kongruenzen und Divergenzen, Kontinuitäten und Diskontinuitäten im Erzählverlauf ➔ Struktur der Thematik, Herstellen unbewusster Zusammenhänge, Grad der Bewusstheit der biografischen Karriere und ihrer Bewertung, narrative Meidungs- und Fehlerbereiche: Was vermeidet, vergisst, umgeht die Klientin? Was ist einem Klienten unangenehm? Was lässt eine Klientin einfach weg? (Inferenzdiagnostik, ätiologische Bedeutsamkeit, Widerstand, Übertragungsdynamik, Reaktanzen)
- *Kognition & Struktur*: Angemessenheit und Zielgerichtetheit des narrativen Aufbaues; Verbundenheit von Inhalten und Emotionen; Erinnerungspotenziale; affektologische Differenziertheit und Verarbeitung entlang der erzählten Inhalte; Reflexivität der eigenen Lebensgeschichte; Struktur und Angemessenheit der internalen Steuerung durch (Selbst- und Fremd-)Attributionen und Kontrollmeinungen ➔ Rückschluss auf Struktur und Aufbau der Persönlichkeit, der Identität; Konsistenz und Kohärenz; Gewahrsein von Sinn- und Erklärungsstrukturen, Exploration subjektiver Bedeutungssysteme
- *Affekt & Stimmung*: Stimmungsqualitäten, übergreifende Atmosphären, Tiefung und Involvierungen während des Erzählverlaufs, momentanes Lebensgefühl; Qualitäten: emotionale Bandbreite, Differenziertheit, Resonanzfähigkeit, Intensität/Regulationsfähigkeit, Flexibilität, Angemessenheit, emotionale Belastbarkeit ➔ Vitalitätsaffekt, Lebensmelodie, lebensbiografische Stimmungen
- *Kontakt & Bindung*: Kontaktbereitschaft und -fähigkeit, kommunikative Kompetenz und Performanz, interaktive Schemata in Biografie und aktuellem Kontext ➔ Kontaktregulation (Nähe/Distanz, Autonomie/Abhängigkeit etc.), Dauer und Qualität sozialer Beziehungen und Bindungen; Rolleninventar und -flexibilität
- *Persönlichkeit & Identität*: selbstbildbezogene Aussagen über den Bezug a) zum eigenen Körper/Leib, genderspezifische Selbst- und Fremdattributionen; b) zu Liebe, Erotik, Intimität, Sexualität, Bindungsverhalten, Freundschaften; c) zu Arbeit, Leistung, Berufsidentität; d) zu Besitz und materiellen Sicherheiten; e) zu Selbstbehauptung, Expressivität, Territorialverhalten; f) zur eigenen körperlich-emotionalen Angewiesenheit, Lebensgefühl; g) zu persönlichen Werten und eigenen Schattenseiten, Sozialethik, Glauben, obliga-

ten Themen (Freude, Glück, Vertrauen, Mitgefühl, Leiden, Schmerz, Trauer, Tod etc.; siehe Buch Kapitel II/2), Sinnanbindung, Selbstwertgefühl ➔ Selbst- und Weltbild; Säulen der Identität, Persönlichkeitsdiagnostik

- *Motivation & Volition*: Wünsche, Bedürfnisse, Motivationen, Willensausdruck, Struktur der impliziten und expliziten Volitionen, Wirklichkeitssinn, Niveau der Eigenverantwortung, volitionaler Stil, Zufälle, Fehlleistungen und Gedankenblitze ➔ Was „schleicht“ sich am Widerstand vorbei und will sich zeigen? Inszeniertes und Verdecktes; unbewusste, nicht explizierte Themen, Therapieziele

Intersubjektive Phänomenologie

- *Gegenübertragung & Resonanz*: Was lösen leibliche und narrative Phänomene bei der Therapeutin/dem Therapeuten aus? (Gefühle, Stimmungen, Atmosphären, leibliche Reaktionen, persönliche sowie entwicklungs- und rollenspezifische Assoziationen) An welche Personen, Situationen, Ereignisse, Lebensabschnitte von sich selbst ist die Therapeutin/der Therapeut erinnert? Wie viel Nähe kann/mag die Therapeutin/der Therapeut zu diesem Patienten/dieser Patientin zulassen? ➔ Resonanzanalyse; Übertragungstendenzen bei sich selbst und der Klientin/dem Klienten einschätzen; eigene Einstellung zum Klienten/zur Klientin als Mensch und zur gegebenen Problematik
- *Beziehungsdynamik*: Muss die Therapeutin/der Therapeut animieren, antreiben, katalysieren, bremsen, begrenzen? Wie viel Distanz kann der Klient/die Klientin zur Welt, zu anderen, zur Therapeutin/zum Therapeuten aufbauen? ➔ Eigenaktivität, Kontrolle, Antrieb und Motivation des Patienten/der Patientin, Angstniveau, Introversion vs. Extraversion); Nähe-Distanz-Regulation, Identitätsdistanz, Abhängigkeit vs. Souveränität, Bedürftigkeit
- *Übertragungsdynamik*: Dynamik des Entstehens von vertrauensvollen, vitalen wie auch konfliktreichen verbalen, interaktiven und leiblichen Dialogen: Interaktionsdynamik, Blick- und Bewegungsdialoge, Stimm- und Gebärdendialoge ➔ Aufbau einer entwicklungspsychologisch relevanten therapeutischen Übertragung
- *Struktur und Niveau der Intersubjektivität*: Können intersubjektive Deutungen der Thematik zustande kommen? Ist die Klientin/der Klient ansprechbar, auslenkbar? Kann dieser Begegnung wechselseitiges Vertrauen erwachsen? Kann der Klient, kann die Klientin von dieser Beziehung, diesem Verfahren profitieren? ➔ Niveau der Intersubjektivität, mutuellem Prozess, Proximität (Widerstand/Abwehr/Reaktanz), Arbeitsbündnis, Prognose
- *Therapieziele*: Können Therapeutin/Therapeut und Klient/Klientin sich auf Ziele und Behandlungswege einigen? ➔ Behandlungsplanung

Klinische Heuristik

- *Krisenscreening*: körperlich-organische, psychische, soziale, traumatische, suizidale, psychotische und delirante Krisen ➔ Checkliste 9
- *Stabilität*: Einschätzung der Stabilität und Gesundheit (Körper/Leib, Existenzsicherung, psychische Ressourcen, Netzwerksicherung), biografische Ressourcenpotenziale, Positivismen und Stärken, persönliche Souveränität, Gesundheits- und Stressbewältigungsverhalten ➔ Ressourcenanalyse
- *Somatischer Status*: Exploration und Bewertung des somatischen Status (Berücksichtigung bestehender Diagnosen, Behandlungsformen, Therapien etc.) ➔ Einschätzung der Behandelbarkeit durch Psychotherapie, Indikation
- *Psychopathologie*: Befunderhebung (allgemeine Psychopathologie) und klassifikatorische Hinweise (spezifische Psychopathologie), soweit möglich ➔ Befunderhebung, Achse I nach ICD, DSM
- *Ätiologie*: erste Hypothesenbildungen zwischen Symptomen, Auslöserdynamiken und biografischen Referenzthematiken gemäß den „Sechs ätiologischen Ebenen“ ➔ ätiologische Diagnostik, siehe Checkliste 4
- *Persönlichkeitsdiagnostik*: klinische Dispositionsanalyse hinsichtlich der folgenden sechs Dimensionen: (1) Feldfunktionen; (2) Gender; (3) Fähigkeiten; (4) Emotion; (5) Kognition; (6) Selbststeuerung ➔ Diagnostik der *healthy functioning personality*, siehe Checkliste 12; Diagnostik der Achse II nach ICD bzw. DSM; siehe Checkliste 6
- *Behandlungsplanung*: Indikation, Prognose, Realisierbarkeit von Therapiewünschen und -zielen; Interventionsplanung, Kontrakt

Checkliste 2

Die Psychosoziale Anamnese (Buch 2, 267ff.)

Psychosoziale Anamnese

- *Fokalthematik*: Anlass der Aufnahme; Einbettung und Bedeutung der aktuellen Probleme, Konflikte und Fragestellungen im Alltag; Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Verhaltensvariablen von Patient/Patientin und Umfeld im Fokus; motivationale Variablen (Wünsche, Ziele, Bedürfnisse); Notwendigkeiten aus der Sicht der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten (Krise?)
- *Leiblichkeit*: Verhältnis zur eigenen Leiblichkeit, eigenleibliches Spüren (Entfremdungserscheinungen?), Demarkation/Entgrenzung, Bezug und Selbstfürsorge, Liebe, Intimität und Sexualität, Gesundheitsverhalten
- *Leistung, Beruf und Arbeit*: Beruf und Tätigkeit, Tagesstruktur, Zufriedenheitsniveau, geschichtlicher Abriss der Schulabschlüsse und Ausbildungen, Zeit- und Bedürfnismanagement, Arbeitslosigkeit
- *Soziales Feld und Netzwerk*: aktuelle Lebensweise (Single, Partnerschaft, Wohngemeinschaft, örtliche Gebundenheit durch Partnerschaft oder Beruf, soziales Umfeld etc.); Qualität der Bindungen im System der Herkunftsfamilie und im Aktuellesystem; Beziehungen am Arbeitsplatz, in Freundeskreisen; Freizeitverhalten
- *Existenzsicherung*: Wohnsituation, finanzielle und materielle Sicherheiten, Sicherung von Ansprüchen gegen andere Personen, sozialrechtliche Ansprüche, administrative Fragen, juristische Probleme
- *Extension*: Ausdehnung der Aktivität der Person in soziale und ökologische Räume (Interessen, Fähigkeiten, Talente, Potenziale, Neigungen)
- *Kohärenz*: Wissen um das eigene Gewordensein, Kohärenz i.S. der Generierung eigener Orientierungen und Werthaltungen (Sinn, Werte, Glaube), attributionelle Muster in der Ereignisverarbeitung
- *Prospektion*: Entwurf eigener Persönlichkeits- und Lebensziele, Wünsche, Bedürfnisse, Pläne, Hoffnungen, Therapieziele, subjektive Theorien der Lösung der Fokalthematik, Befürchtungen
- *Somatischer Status*: Exploration von Krankheiten und kleineren, tolerierten Beschwerden („Zipperlein“), Abhängigkeitsstatus bei Suchterkrankungen; Psychosomatosen, somatoforme Störungen, chronische bzw. letale Krankheiten; Behinderungen; Einschätzung der Behandelbarkeit durch Psychotherapie (Indikation beachten)
- *Psychischer Status*: Psychopathologische Auffälligkeiten; Einschätzung der persönlichen Stabilität und Tragkraft: Lebensgefühl/Vitalität, Kontaktstruktur/Souveränität, Differenziertheit (kognitiv, emotional, behavioral, volitional), Geschlechtsidentität, Rollenflexibilität, Adäquanz des Stressbewältigungsverhaltens, Werteorientierung und Sinnanbindung im Leben

Checkliste 3

Der psychopathologische Befund (Buch S. 287ff.)

In den unten folgenden Tabellen finden sich (1) eine mögliche explorative Frage zu der jeweiligen Elementarfunktion, (2) eine Definition der Elementarfunktion, (3) mögliche Formen der Pathologie und deren Begrifflichkeit sowie (4) Hinweise zu Verständnis und Beobachtung der jeweiligen Störung. Als Quellen hierfür wurden herangezogen: Fähndrich et al. (2018), Payk (2015), Arolt, Reimer und Dilling (2011), Möller, Laux und Kapfhammer (2000), Scharfetter (1991), Peters (1990), die ICD-10 und das DSM-5.

Die Elementarfunktionen im Überblick:

1. Vigilanz	10. Affektivität
2. Bewusstsein	11. Befürchtungen und Zwänge
3. Orientierung	12. Ich-Erleben und Ich-Störungen
4. Aufmerksamkeit	13. Wahrnehmungs- und Sinnestäuschungen
5. Gedächtnis und Erinnerung	14. Inhaltliches Denken und Wahn
6. Formales Denken	15. Triebe und Impulse
7. Sprache und Sprechen	16. Sexualität
8. Antrieb und Intentionalität	17. Intelligenz
9. Psychomotorik	18. Vegetative, neurologische, somatoforme Störungen

Gemäß dem Interviewleitfaden von Fähndrich et al. (2018) werden der Exploration und Beurteilung von Pathologie Selbst- und Fremdeinschätzungen in je unterschiedlichen Gewichtungen zugrunde gelegt (F/f = Fremdbeurteilung durch die Diagnostikerin/den Diagnostiker; S/s = Selbstbeurteilung des Patienten/der Patientin). Für einige Störungsbereiche müssen unter Umständen fremdanamnestisch Daten erhoben werden.

- S Die Selbstbeurteilung ist allein heranzuziehen.
F Die Fremdbeurteilung ist allein heranzuziehen.
SF Selbst- und Fremdbeurteilung sind als gleichwertig zu betrachten.
sF Der Selbstbeurteilung wird eine geringere Bedeutung beigemessen als der Fremdbeurteilung.
Sf Der Selbstbeurteilung wird eine größere Bedeutung beigemessen als der Fremdbeurteilung.

1. Vigilanz

„Fühlen Sie sich im Moment oder im Vergleich zu sonst wach und bei klarem Bewusstsein?“

Definition: Vigilanz bezeichnet den quantitativen Grad des Bewusstseins, d. h. die Wachheit. Bei Vigilanzstörungen ist der Grad der Bewusstseinshelligkeit herabgesetzt, ohne dass dabei Halluzinationen oder andere psychotische Erscheinungen hinzukommen müssen.

Benommenheit (Vigilanzverminderung) (SF)	Verlangsamung von Auffassung und Denken, mangelnde Klarheit der Vergegenwärtigung (Merkfähigkeitsstörungen, Desorientierung)
Somnolenz (F)	Benommenheit/Schläfrigkeit, starke Verlangsamung, fehlende Spontanäußerungen
Sopor (F)	Betäubung, nur stärkere Reize lösen noch Reaktionen aus, nur für kurze Zeit weckbar
Koma (F)	Bewusstlosigkeit, nicht weckbar, fehlende Reflexe

2. Bewusstsein

„Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihre Bewusstseinsinhalte, Ihr Selbsterleben oder Ihr zielgerichtetes Handeln im Vergleich zu sonst verändert haben?“

Definition: Bewusstsein umfasst das qualitative Gesamt aller Bewusstseinsinhalte; das in klarer Vergegenwärtigung gegebene Wissen von Seinsinhalten (Spüren, Erinnern, Denken, Phantasie, Motivation, Intentionalität, Antizipation etc.), das begleitet wird von einem Wissen darüber, dass es das Subjekt selbst ist, das diese Inhalte erlebt.

Bewusstseinsbeeinträchtigung (F)	Herabsetzung der Fähigkeit, verschiedene Aspekte der eigenen Person und der Lebensumgebung zu verstehen und zu verbinden und sich dementsprechend sinnvoll mitzuteilen und zu handeln
Bewusstseinsengung (sF)	Einengung des Bewusstseins auf (meistens unangenehme) Denkinhalte, Vorstellungen, emotionale Erlebnisse, Handlungen und Willensvorstellungen; verminderte Ansprechbarkeit auf Außenreize
Bewusstseinsverschiebung (sF)	fast völlig im Subjektiven verbleibendes Gefühl der Intensitätssteigerung, ungewöhnliche Wachheit, Vergrößerung des Bewusstseinsraumes, gelegentlich mit innerer Unruhe

3. Orientierung

„Ich möchte Sie nun nach einigen ganz einfachen Dingen fragen, die Ihnen vielleicht banal vorkommen, würde Sie aber trotzdem um Ihre Mitarbeit/Mithilfe bitten.“

Definition: Orientierung meint das Bescheidwissen über die bzw. das Sicheinordnen in die bzw. das Sichzu-rechtfinden in den jeweiligen zeitlichen, örtlichen und situativen Gegebenheiten sowie im Bereich der eigenen Person, der Lebensbezüge und der Lebensgeschichte.

Zeit (sF)	Prüfung auf <i>Tageszeit, Wochentag, Jahreszeit, Monat, Jahr, Datum</i>
Ort (sF)	Patient/in weiß nicht oder kann nur schwer orten, <i>wo genau</i> er/sie sich befindet
Situation (sF)	Patient/in hat keinen kohärenten Überblick über die <i>Situation</i> , in der er/sie sich befindet
Person (sF)	Wissen über die eigene <i>Identität</i> (Name, Alter, Beruf, Lebensstand etc.) oder die <i>Lebensgeschichte</i> (wo geboren, aufgewachsen, wo lebt er/sie heute) ist beeinträchtigt

4. Aufmerksamkeit

„Ist Ihre Fähigkeit zu Aufmerksamkeit und Konzentration verändert?“ – „Können Sie mir bitte jeweils wiederholen, was ich Sie eben gefragt habe, bzw. mir erklären, was die Dinge, die ich Ihnen sage, bedeuten?“

Definition: *Aufmerksamkeit* (breiter) und *Konzentration* (fokussierter) sind die Ausrichtung der geistigen Aktivität auf einen Gegenstand. *Auffassung* ist die Fähigkeit zur Aufnahme von Wahrnehmungsmaterial und das Einreihen desselben in sinnvolle Bedeutungszusammenhänge. (Man fragt z. B.: „Was bedeutet das Sprichwort ‚Keine Rose ohne Dorn?‘“)

Auffassung (sF)	Situationsauffassung beeinträchtigt, Verständnis- und Urteilsstörungen, Fehlinterpretationen, Fixierung, Verschwimmen, Dispersion und Fragmentierung der Auffassung
Aufmerksamkeit/Konzentration (sF)	Ablenkbarkeit und Zerstreuung; verminderte Fähigkeit der Ausrichtung, Sammlung, Hinordnung auf einen Gegenstand

5. Gedächtnis und Erinnerung

„Erleben Sie irgendwelche Beeinträchtigungen im Bereich der Erinnerung, des Kurzzeit- oder des Langzeitgedächtnisses?“

Definition: Gedächtnis und Erinnerung sind komplexe Leistungen des gesamten Organismus (nicht nur des Gehirns) in seiner neuronalen, humoralen und synaptischen Vernetzung. Man unterscheidet implizites (nicht bewusstes oder passives) und explizites (aktiv memorierbares) Gedächtnis sowie Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis. Das Subjekt kann Inhalte reproduzieren und weiß, dass es sich bei seinen Erinnerungen um Nachwirkungen früherer Prozesse oder um bereits gehabte Eindrücke handelt. Ohne Gedächtnis und Erinnerung bzw. ohne die Konnektivierung von neuen (Sinnes-)Eindrücken mit vergangenen sind Erkenntnis- und Identitätsprozesse nicht möglich.

Merkfähigkeitsstörung (sF)	Herabsetzung bzw. Aufhebung der Fähigkeit, sich Inhalte über eine Zeit von 10 Min. zu merken (Reproduktionsaufgabe mit ca. 10 Min. testen)
Gedächtnisstörung (sF)	Herabsetzung bzw. Aufhebung der Fähigkeit, sich länger als 10 Min. zurückliegende Inhalte zu merken (Aufgabe mit ca. 1 Std.)

Hypomnesie (Sf)	unterdurchschnittliche Gedächtnisleistungen
Amnesie (sF)	Erinnerungslosigkeit, wird unterschieden in: <ul style="list-style-type: none"> • total: bezogen auf Krankheitsepisoden • retrograd: bezogen auf die Zeit <i>davor</i> • anterograd: bezogen auf die Zeit <i>danach</i>
Hypermnese (SF)	Steigerung der Erinnerungsfähigkeit
Zeitgitterstörung (SF)	mangelnde Zuordnung biografischer Ereignisse
Erinnerungsfälschungen (sF)	teilweise oder gänzliche Fälschungen von Erinnerungen, es wird unterschieden: <ul style="list-style-type: none"> • Konfabulation: Erinnerungslücken werden mit Einfällen gefüllt • Pseudologie: Geschichten werden erfunden • Paramnesie: Umänderung des Gedächtnisgutes im Sinne eines Wahns • Déjà-vu, Jamais-vu: kurzdauerndes Gefühl der Bekanntheit bzw. Fremdheit ohne Gedächtnisbeleg hierfür • Ekmnesie: Störung des Zeiterlebens

6. Formales Denken

„Wie erleben Sie im Moment Ihr Denken? Ist es so wie immer oder irgendwie verändert, z.B. schneller oder verlangsamt, umständlich oder kreisend?“

Definition: Denken (Kognitionen) ist das strukturgebende Erkennen, Einordnen und Verbinden von Wahrnehmungs- und Gedächtnisinhalten nach logischen, affektiven und motivationalen Kriterien. Es kann kreativ und dekonstruktiv sein und als ein verinnerlichtes Probehandeln verstanden werden. Denken kann sprachlich sein, muss es aber nicht (z. B. Phantasien, Bilder, szenische Vorstellungen). Im Bereich des formalen Denkens werden Art, Qualität, Tempo, Zielsetzung, Beweglichkeit und Verknüpfung des Denkens untersucht, nicht aber seine Inhalte an sich.

gehemmt (S)	Denken wird <i>subjektiv</i> als erschwert, gebremst oder blockiert erlebt
verlangsamt (F)	<i>objektiv</i> wahrnehmbare Verzögerungen des Denkablaufes, mühsam, gequält
umständlich (F)	Wesentliches und Nebensächliches werden nicht getrennt, Zielorientierung wird jedoch erhalten
eingeeengt (F)	Einschränkung des Denkkumfanges, Verhaftung oder Fixierung auf wenige Ziele
Ruminationen (S)	unablässiges Beschäftigtsein mit meist unangenehmen Themen und Inhalten
Perseveration (SF)	sinnzersetzendes Haftenbleiben an zuvor gebrauchten Worten oder Themen
Vorbeireden (sF)	trotz richtigen Verstehens der Frage <i>nicht beabsichtigtes</i> Vorbeiantworten
Gedankendrängen (S)	übermäßiger Druck vieler oder ununterbrochen wiederkehrender Gedanken
Gedankensperren oder -abreißen (SF)	plötzlicher Abbruch eines flüssigen Gedankenganges; sperren = subjektiv erlebt; abreißen = vom Interviewer beobachtet
Ideenflucht (F)	ständig neue Assoziationen und Einfälle verunmöglichen einen längeren Gedankengang
Zerfahrenheit/Inkohärenz (F)	zusammenhangloses, fragmentiertes, alogisches oder paralogisches Denken: <ul style="list-style-type: none"> • Begriffsverschiebung: Konkretismus, Symbolismus • Kontamination: unvereinbare Bedeutungen werden miteinander verquickt • Begriffszerfall: Begriffe verlieren ihre Abgrenzungen oder Bedeutungen

7. Sprache und Sprechen

„Hat sich an der Art und Weise Ihrer Sprache oder des Sprechens etwas verändert?“

Definition: Sprache ist ein Ausdrucks- und Verständigungsmedium neben unmittelbar leiblichen (Gestik, Mimik, Gebärden) und Handlungs- bzw. Kommunikationsformen. Das Sprechen ist die individuelle Ausformung der Sprache, durch die mentale, emotionale und motivationale Vorgänge dargestellt, nach außen abgebildet und kommuniziert werden.

formale Störung des Sprechens und der Sprache (SF)	Modulation, Brady-/Tachyphasie, Logorrhoe, Weitschweifigkeit, Stottern/Stammeln, Sprachzerfall, Echolalie, Mutismus, Aphasie, Dysarthrie, Dyslalie, Logoklonie etc.
inhaltliche Störung des Sprechens und der Sprache (sF)	Stereotypien, Neologismen (Wortneubildungen), Vorbeireden, Kryptolalie, Verbigeration (sinnloses Wiederholen von Wörtern)

8. Antrieb und Intentionalität

„Wie erleben Sie sich derzeit in Bezug auf Ihren Antrieb, Ihre Willenskraft und Ihre Vitalität?“

Definition: Der *Antrieb* stellt eine vom Willen unabhängige dynamische Kraft dar, die vom Subjekt als Lebendigkeit, Initiative und Reagibilität sowie als Intensität und Ausdauer erlebt wird. Diese Kraft ist ungerichtet und erhält ihren Impuls durch anlagebedingte wie erworbene Wünsche, Bedürfnisse und Motivationen. Unter *Intentionalität* versteht man das motivationale und volitive Ausgerichtetsein auf die lebensweltlichen Ziele des Subjekts.

antriebsarm (SF)	Trägheit, Aspontaneität, Gleichgültigkeit, Stumpfheit, mangelnde Initiative und Entschlussfähigkeit
antriebsgehemmt (S)	Eigeninitiative wird bei bestehender Intentionalität subjektiv als gebremst/blockiert erlebt
antriebsgesteigert (sF)	erhöhte Aktivität und Planung, unermüdliche Betriebsamkeit, starker Bewegungsdrang
motorisch unruhig (SF)	geht einher mit scheinbar gerichteten, aber sinnlosen Tätigkeiten, Beschäftigungsdrang
Störung der Intentionalität (SF oder sF)	Wahrnehmung/Artikulation des eigenen Willens beeinträchtigt; Entscheidungs- und Impulsambivalenz, aktiver Negativismus (Patient/in tut genau das Gegenteil von dem, was man erwarten würde), Befehlsautomatismus

9. Psychomotorik

„Erleben Sie im Bereich der körperlichen Bewegungen irgendwelche Beeinträchtigungen, etwa Unruhe oder Aspontaneität?“

Definition: Psychomotorik umfasst das durch psychische Vorgänge geprägte Gesamt aller leiblichen willkürlichen und unwillkürlichen Ausdrucksphänomene (Mimik, Gestik, Gebärden, Blickqualität, Haltung, Gang, Gesamtbewegung). Es werden durch die Psychomotorik aber nicht nur innere Vorgänge ausgedrückt, sondern auch die Spontanverarbeitung und -bewertung der vorfindlichen Situation. Organische Störungen können zur Verformung der Psychomotorik führen.

motorisch unruhig, Hyperkinesie (SF)	Bewegungsunruhe von impulsivem, ungerichtetem Charakter; Steigerung der Motorik
Hypokinesie/Akinesie (SF)	Mangel an Spontanbewegung bzw. Bewegungslosigkeit
Stupor (F)	relative Bewegungslosigkeit mit Einschränkung der Reizaufnahme und Reaktion
Manierismen (F)	sonderbares/verschrobenes Ausdruckverhalten: z. B. manieriert, bizarr, theatralisch, mutistisch
Parakinesien (F)	Haltungstereotypien (Muskeltonuserhöhung), wächserne Biegsamkeit, Haltungsverharren
Raptus (F)	plötzlicher, ungeordneter, paroxysmatischer Bewegungssturm oder Handlungsimpuls (Psychosen, Suizidalität)

10. Affektivität

„Können Sie mir erzählen, wie es Ihnen zurzeit mit Ihrer Stimmung, Ihrem Befinden geht?“ – „Wie würden Sie im Moment Ihr Lebensgefühl beschreiben?“

Definition: Affektivität bezeichnet in der Psychiatrie die Gesamtheit des emotionalen Geschehens (Gefühle, Affekte, Gemüt, Stimmungen etc.) und der Gefühlsansprechbarkeit bzw. Resonanzfähigkeit einer Person; hier vor allem die momentan vorfindliche, querschnittliche Gefühlslage. Unterschieden werden *lokalisierte Leibempfindungen* (Hunger, Schmerz), *allgemeine Leibwahrnehmungen* (kraftvoll, frisch, erschlagen) und *transformierte Zustandsge-*

fühle (Freude, Trauer, Ärger). In der Psychotherapie zu untersuchende Eigenschaften sind weiterhin: Aktivität/ Intensität, Stabilität, Flexibilität, Bewusstseinsnähe, Differenziertheit, Einschätzbarkeit, Ablenkbarkeit, Interaktion mit Kognitionen und leiblichem Spüren.

ratlos (sF)	Einschätzung der eigenen Motive, der Situation oder der Zukunft beeinträchtigt
ängstlich/panisch (Sf)	frei flottierende, unbestimmte und an Objekte gebundene Angst sowie Paniksymptome
deprimiert (sF)	Niedergeschlagenheit in Sorgen, Gram und Weinen; innere Qual bis zur Erstarrung
klagsam-jammrig (F)	Schmerz, Kummer und Ängstlichkeit werden in Worten, Mimik und Gesten ausgedrückt
hoffnungslos (Sf)	pessimistische Grundstimmung, fehlende und negativistische Zukunftsorientierung
Gefühl der Gefühllosigkeit (S)	subjektiv erlebte Reduktion oder Verlust affektiven Erlebens; innere Verödung und Leere
innerlich unruhig (S)	innere Aufgewühltheit und Anspannung; kann mit Depressivität oder Geiztheit einhergehen
dysphorisch (sF)	missmutige Verstimmtheit, Übellaunigkeit, Patient/in ist mürrisch, moros, nörgelnd, ärgerlich
gereizt (sF)	erhöhte Bereitschaft zu aggressiv getöntem Ausdruck, Reizbarkeit, innere Angespanntheit
affektlabil (sF)	schnelle Stimmungswechsel, spontan oder als Reaktion; affektive Ablenkbarkeit
affektstarr (F)	Verminderung der affektiven <i>Expressivität</i> , unabhängig von der äußeren Situation
affektarm/apathisch (F)	Reduzierung der <i>Anzahl</i> gezeigter Gefühle auf einige wenige, Fehlen wichtiger Affekte
Affektverflachung (sF)	mangelnde Ansprechbarkeit und Schwingungsfähigkeit der Gefühle (z. B. läppisch)
Affektinkontinenz (sF)	fehlende Beherrschung von Affektexpressivität, Gefühle überschießen oder überfordern
gehoben, euphorisch (sF)	Anhebung des Befindens/Behagens, der Heiterkeit und Zuversicht bis zur Übersteigerung
Selbstwertgefühl gesteigert (sF)	Steigerung des Gefühls des eigenen Wertes, der Kraft und Leistungsfähigkeit
Insuffizienzgefühle (S)	Vertrauen <i>in</i> oder Gefühl <i>der</i> Leistungsfähigkeit und des Wertes vermindert oder verloren
Parathymie (F)	Gefühlsausdruck und berichteter Inhalt nicht kongruent, sondern paradox oder inadäquat
Ambivalenz (Sf)	Gleichzeitigkeit widersprüchlicher Gefühle, an Intentionen oder Wünsche gebunden
Anhedonie (SF)	Erleben von Freude und Wohlgefühl bzw. Genussfähigkeit ist eingeschränkt oder fehlt
Torpidität (sF)	emotionale Stumpfheit, Nicht-Ansprechbarkeit, Faulheit; Vernachlässigung von Fähigkeiten, Sauberkeit und äußerer Erscheinung
Schuldgefühle (S)	reales, neurotisches oder wahnhaftes Gefühl, einen Wert bzw. eine Norm überschritten zu haben
Verarmungsgefühle (S)	reales, neurotisches oder wahnhaftes Gefühl des Fehlens der Mittel für den Lebensunterhalt
Störung d. Vitalitätsgefühle (Sf)	Herabsetzung des Gefühls von Kraft, Lebendigkeit, der psychischen und körperlichen Frische

11. Befürchtungen und Zwänge

„Erleben Sie zurzeit vermehrt Ängste und Befürchtungen oder mehr Misstrauen sich selbst, dem eigenen Körper oder anderen Menschen gegenüber?“

Definition: Unter *Befürchtungen* versteht man die verstärkte Akzentuierung einer ängstlich-verunsicherten Beziehung zum eigenen Körper und zur Umwelt, bei der natürliche Ängste oder Missempfindungen sehr intensiv erlebt und in einem zweiten Schritt überdeutet werden. Dies führt dazu, dass anderen eine feindselige Haltung unterstellt wird (Externalisierung) oder dass Befürchtungen, krank zu sein, angenommen werden (Internalisierung). Es können phobische Ängste entstehen, in dem Sinn, dass ursprüngliche/verdrängte Angsteffekte, die konflikthaft sind, auf harmlose Objekte verschoben werden. Unter *Zwängen* versteht man ritualisierte Abläufe, deren Widersinn für den Lebensvollzug zwar erkannt wird, die aber dennoch nicht unterbrochen werden können. Die hier genannten Störungen beinhalten keine Wahnbildung.

Misstrauen (sF)	Wahrnehmungen werden ängstlich-unsicher auf die eigene Person bezogen, anderen wird vorschnell eine feindselige Haltung unterstellt, es kommt zu Handlungsantworten im Sinne der projektiven Identifizierung
Hypochondrie (SF)	ängstlich-misstrauisch getönte Beziehung zum eigenen Körper und seinen natürlichen Funktionen; gesteigerte Aufmerksamkeit; normalen Körpererlebnissen wird eine übermäßige Bedeutung zugemessen; unbegründete Befürchtungen, bereits krank zu sein
Phobien (Sf)	Angst vor meist klar umrissenen Situationen (auch sozialen), Gegenständen oder Lebewesen, die eine Vermeidungsreaktion nach sich zieht; wird meistens als unangemessen erkannt
Zwangsgedanken (S)	immer wieder gegen inneren Widerstand sich aufdrängende Gedanken und Vorstellungen, deren Inhalt nicht immer als unsinnig erlebt wird, aber meist deren Auftreten an sich
Zwangsimpulse (S)	immer wieder gegen inneren Widerstand sich aufdrängende Impulse, bestimmte Handlungen auszuführen, die abgelehnt, aber nicht unterbrochen werden können (Kontrollhandlungen, Schädigungen anderer, obszöne Worte etc.)
Zwangshandlungen (SF)	müssen gegen inneren Widerstand ausgeführt werden und lassen sich nicht unterbinden; Handlungen müssen meist in genau vorgeschriebener Form, Häufigkeit oder Ritualisierung erfolgen, z.T. nach einem definierten Auslöser (Berührung, Verschmutzungsidee)
Zwangsaffecte (SF)	Affecte, die in engem Zusammenhang mit dem Zwang stehen, z.B. Befürchtungen, aber auch Zwangslachen oder Zwangsweinen

12. Ich-Erleben und Ich-Störungen

„Haben Sie in letzter Zeit beobachtet, dass Sie selbst sich verändert haben oder sich in Ihrer Umgebung etwas verändert hat?“
– „Dass Sie Dinge unwirklich erleben oder als seien Sie von Ihrer Umgebung abgeschirmt?“

Definition: Unter dem Ich-Erleben versteht man das Einheitserleben einer Person, die sich kognitiv, emotional und in Bezug auf ihr Leibempfinden als ganz, konsistent und kohärent erfährt. Grenzen werden einesteils als durchlässig, andernteils als stabil erlebt. Das Individuum erfährt sich gleichermaßen zu seiner Umwelt zugehörig als auch von ihr unterschieden. Das Subjekt weiß somit um die „Mein-Haftigkeit“ seiner Erfahrung im aktuellen, historischen und prospektiven Kontext und bildet hierin ein Bewusstsein für eine eigene Identität aus. Diese kann in sieben Dimensionen umrissen werden: 1) Spüren und Erleben des eigenen Körpers, 2) dessen Demarkation; 3) Gewissheit der Urheberschaft; 4) Kontinuitätserleben; 5) Konsistenz und Kohärenz; 6) Selbstbild sowie das 7) Erleben von Vitalität und des eigenen Willens.

Depersonalisation (S)	abnormes Gefühl der Veränderung des eigenen Körpers oder von Körperteilen; Störung des Einheitserlebens, des Vorhandenseins der eigenen Person oder der Identität im Zeitverlauf (unlebendig, mechanisch, automatenhaft)
Derealisation (S)	abnormes Gefühl der Veränderung der Umgebung oder Umwelt, Fremdheits-erleben

Autismus (F)	Isolierung des Ichs; Rückzug in eine eigen innere Welt, teilweise in eine Phantasiewelt
Transitivismus (sF)	Projektion eigenen Krankseins auf andere
multiple Persönlichkeits- erleben (SF)	hintereinander auftretende Zustände unterschiedlichen Persönlichkeitsbewusstseins
Gedankenausbreitung (S)	Gedanken gehören nicht mehr der Person allein, sondern andere haben daran Anteil und wissen, was sie denkt (Gedankenlesen)
Gedankenentzug (S)	Gedanken werden von höherer Macht weggenommen, entrissen, gestohlen
Gedankeneingebung (S)	Gedanken und Vorstellungen werden als von außen her beeinflusst, gemacht, gelenkt oder aufgedrängt empfunden
andere Fremdbeeinflussungs- erlebnisse (S)	Fühlen, Streben oder Handeln werden als von außen gemacht erlebt (z. B. Körperhalluzinationen, Beeinflussung des Willens und Tuns)

13. Wahrnehmungs- und Sinnestäuschungen

„Erleben Sie in letzter Zeit Dinge, die Sie früher nicht gekannt haben, etwa, dass Sie etwas hören oder sehen, das andere nicht so wahrnehmen, oder Phänomene, die Sie beunruhigen und beeinträchtigen?“

Definition: Unter Wahrnehmung versteht man die sensorisch-mentale Kenntnisnahme von Gegebenheiten des eigenleiblichen Erlebens sowie der Umgebung. Grundlegend hierfür ist das uneingeschränkte Funktionieren der Sinnesmodule, der Interozeption, der Propriozeption im Zusammenhang mit den mnestischen Funktionen auf neuronaler und sensumotorischer Ebene. Man unterscheidet quantitative und qualitative Wahrnehmungsstörungen. Sie können übergehen in die Wahnbildung und stehen dann in engem Zusammenhang mit den inhaltlichen Denkstörungen.

quantitative Wahrnehmungs- störung (SF)	Ausweitung, Beschleunigung, Fragmentierung, Einengung und Fehlen der Wahrnehmung aufgrund von Aufmerksamkeits-, Auffassungs- und Konzentrationsstörungen, Wahnbildung, organischen Störungen oder Intoxikation (Drogen, Medikamente etc.)
Illusionen (S)	etwas wirklich gegenständlich Vorhandenes wird für etwas anderes gehalten, als es ist; <i>Affektillusion</i> : Verkennung infolge eines vorherrschenden Affektes
Halluzinationen (S)	

Beispiele für Halluzinationen:

	Wahrnehmungserlebnisse ohne objektiv gegebenen Wahrnehmungsgegenstand, die für wirkliche Sinneseindrücke gehalten werden; können auf allen Sinnesgebieten auftreten, im kinästhetischen Bereich (Bewegungsgefühl) und im Bereich der Temperaturwahrnehmung
akustische Halluzination (S)	Hören menschlicher Stimmen, ohne dass tatsächlich jemand spricht; die Stimmen können einzeln oder dialogisierend sein, neutral, kommentierend oder imperativ, geordnet oder sich widersprechend
Akoasmen (S)	akustische Halluzinationen, die nicht Stimmen entsprechen (Klopfen, Geräusche, Musik)
optische Halluzination (S)	Wahrnehmung von Gegenständen, Menschen, Mustern, Farben, Lichtern, Szenenabfolgen mit unterschiedlichen Inhalten/Bedeutungen
haptisch-taktile Halluzination (S)	Berührungswahrnehmungen im Bereich der Haut oder der Schleimhäute
Leibhalluzination (S)	intero- und exterozeptive Beeinflussungserlebnisse; werden als <i>von außen gemacht</i> erlebt (Strahlen, Druck, Ziehen etc.)
Zoenästhesien (S)	abstruse leibliche Empfindungen, Körpergefühlsstörungen <i>ohne den Eindruck des Gemachten bzw. von außen Kommenden</i> (Brennen, Ringgefühle, Verfaulen, Geschwulste)
olfaktorische und gustatorische Halluzination (S)	Wahrnehmungsstörungen, die sich auf das Riechen und Schmecken beziehen
Pseudohalluzination (SF)	entsprechen Halluzinationen, jedoch mit dem Unterschied, dass das Realitätsurteil erhalten ist; das Auftreten ist aber unabhängig vom Willen

14. Inhaltliches Denken und Wahn

„Erleben Sie in letzter Zeit Dinge, die Sie früher nicht gekannt haben, etwa, dass Sie etwas hören oder sehen, das andere nicht so wahrnehmen, oder Phänomene, die Sie beunruhigen und beeinträchtigen?“

Definition: Im Gegensatz zum formalen Denken, bei dem Art, Qualität, Tempo, Intentionalität, Beweglichkeit und Verknüpfung des Denkens untersucht werden, versteht man unter dem *inhaltlichen Denken* dessen konkrete Inhalte. Das sind sprachliche, bildhafte, szenische und sich auf Phantasien, Erinnerungen und Projektionen beziehende Denkinhalte. Störungen des inhaltlichen Denkens gehen fast immer mit der Störung des Realitätsurteils einher.

Unter *Wahn* versteht man eine aus krankhafter Ursache entstehende, erfahrungsunabhängige (apriorische) und aktuell nicht korrigierbare inhaltliche Überzeugung von unmittelbarer Gewissheit und persönlicher Evidenz. Obwohl im Widerspruch zur Realität, besteht kein Bedürfnis nach Begründung oder Überprüfung der Fehlbeurteilungen. Der Wahn kann aus einzelnen Einfällen bestehen und sich über eine affektive Beteiligung und wahnhaftige Beweissuche hin systematisieren.

Wahnstimmung (SF)	erlebte Atmosphäre des bedeutungsvollen Angemetutenseins, der Erwartungsspannung oder des Betroffenseins in einer verändert erlebten Welt oder dem verändert erlebten Ich bzw. Körper gegenüber; Unheimlichkeit, Bedrohtsein, Misstrauen, Argwohn, Angst, Ratlosigkeit, Erschütterung, aber auch Gehobenheit, Euphorie und übertriebene Zuversicht sowie Von-sich-ingenommen-Sein; noch ohne Wahnhalt
überwertige Idee (sF)	ein Komplex fest miteinander verbundener Gedanken und Vorstellungen (mit affektiver Besetzung, teils bezogen auf ein Ereignis), der die Person in Wahrnehmung, Erleben, Bewertung, Motivation, Intentionalität und Handeln beherrscht; darf nicht mit Wahn gleichgesetzt werden, obwohl es Übergänge gibt
Wahnwahrnehmung (Sf) (<i>abnormes Bedeutungserleben</i>)	Korrekte und reale <i>Sinneswahrnehmungen</i> erhalten eine abnorme Bedeutung und Fehlinterpretation i.S.d. Wahns.
Wahneinfall (SF)	plötzliches <i>gedankliches</i> Auftreten von wahnhaften Vorstellungen und Überzeugungen
Wahngedanken, -ideen, -vorstellungen (SF)	die „weitergesponnenen“ oder festgehaltenen Wahnwahrnehmungen oder Wahneinfälle
Wahnarbeit (sF)	Es werden Beweise für den Wahn aus der Umwelt oder dem eigenen Leiberleben gesucht.
systematisierter Wahn (sF)	logische und paralogische Verknüpfungen einzelner Wahnwahrnehmungen, -einfälle, -gedanken, -ideen und -vorstellungen, Sinnestäuschungen und Halluzinationen sowie Ich-Störungen und anderen Erlebnissen mit kausalem und/oder finalem Charakter, die als Beweis und Bestätigung angesehen werden
Wahndynamik (F)	affektive und psychomotorische Beteiligung am Wahn; die Kraft des Antriebes und der Impulsivität, die der Wahn mit sich bringt; Eigendynamik des Wahns
<u>Wahnmodalitäten:</u>	Wahnsymptome können in unterschiedlichen Thematiken erscheinen und sind zunächst nosologisch wie auch ätiologisch unspezifisch, d. h., sie lassen keine zwingenden Rückschlüsse auf Diagnosen zu.
<u>Beispiele:</u>	
Beziehungswahn (sF)	sieht sich im Mittelpunkt gezielter Aufmerksamkeit aus seiner Umgebung; bezieht aus unbedeutenden Ereignissen mit nicht auslenkbarer Gewissheit Signale, die ihn angehen
Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn („Querulantenwahn“) (SF)	erlebt sich als Ziel feindseliger Aktivitäten, fühlt sich bedroht, beleidigt, verhöhnt etc.; die Umwelt bzw. isolierte Institutionen trachten nach Besitz, Gesundheit oder dem Leben
Eifersuchtswahn (sF)	wahnhaftige Überzeugung, vom Lebenspartner/von der Lebenspartnerin betrogen oder hintergangen zu werden

Schuldwahn (sF)	wahnhafte Überzeugung, gegen ethisch-moralische Instanzen verstoßen und Schuld auf sich geladen zu haben; wähnt sich überzeugt von unverzeihlicher Schlechtigkeit
Verarmungswahn (sF)	wahnhafte Überzeugung, aller Besitz, Arbeit, Geld, Kleidung, Nahrung etc. gehe verloren; sieht sich und die Seinen verelenden
hypochondrischer Wahn (sF)	wahnhafte Überzeugung, an einer bestimmten, heftigen Erkrankung dahinzusiechen
Größenwahn (sF)	wahnhafte Selbstüberschätzung hinsichtlich der Begabung, der Fähigkeiten, der Kraft oder Rolle
andere Inhalte (sF)	wahnhafte Überzeugungen können in allen Lebensthemen erscheinen; maßgeblich sind Realitätsverlust und Nichtauslenkbarkeit

15. Triebe und Impulse

„Erleben Sie in letzter Zeit, dass Sie plötzlich, ohne es wirklich verhindern zu können, Verlangen nach etwas verspüren oder unkontrollierbar irgendwelchen Impulsen nachgehen müssen?“

Definition: Im Gegensatz zum psychoanalytischen Triebbegriff meint die psychiatrische Bezeichnung die Instinkte, Wünsche, Bedürfnisse, Motivationen sowie die Intentionalität und deren In-Erscheinung-Treten mit den entsprechenden Impulsen. Es geht dabei um das instinkthafte oder bewusste Streben nach einem bestimmten Gegenstand, seelischen Zustand oder einer Situation. Man unterscheidet *primäre Triebe*, die auf die Erbgutkoordination zurückgeführt werden und die Elementarbedürfnisse betreffen (Essen, Trinken, Schlafen, Körperpflege, soziale und seelische Bedürfnisse), und *sekundäre Triebe*, die durch Persönlichkeitsprägungen, Lernen und Konditionierungen erworben wurden bzw. psychodynamisch begründbar sind.

Pathologie der Primärtriebe

alimentäre Impulsstörungen (sF)	Bulimie, Adipositas, Anorexie, Picae (Gelüste von Schwangeren, Psychotikern, Debilen), Essen von ungenießbaren Dingen (Kropophagie, Nekrophagie), artifizielles Erbrechen, andere Fresssüchte, Polydipsie
Suchttriebe und -impulse (sF)	alle Syndrome süchtigen Verhaltens i.e.S.; Medikamenten- und Substanzmissbrauch
Verwahrlosung (sF)	Vernachlässigung der Körperpflege, Anästhesierung des Körperempfindens, z. B. bei Psychotikern, Debilen, Behinderten etc.
soziale Impulsstörung (sF)	soziale Umtriebigkeit, sozialer Rückzug, Vernachlässigung sozialer Kontakte

Pathologie der Sekundärtriebe

Störungen der Impulskontrolle (sF)	pathologisches Glücksspiel, pathologisches Lügen (Pseudologie), Pyromanie, Kleptomanie, Trichotillomanie, Poriomanie (Fugue), Messie-Syndrom
artifizielle Störungen (sF)	Selbstbeschädigung, absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen körperlicher/psychischer Symptome, Münchhausen-by-proxy
Raptus (sF)	Aggressionsdurchbrüche, Panikattacken, Schimpfparoxysmen, Weinkrämpfe
Selbst- und Fremdgefährdung (sF)	Suizidalität und Parasuizidalität, Amokhandlungen, Vandalismus, Hooliganismus

16. Sexualität

„Wie erleben Sie sich in dem Verlangen, sich anderen anzunähern, um Liebe, Halt oder Wärme zu erfahren, bzw. in ihrem sexuellen Verlangen?“

Definition: Unter Sexualität wird das in den Geschlechtsunterschieden begründete Erleben und Verhalten wechselseitiger Anziehung (Attraktion) und ganzheitlicher psychophysischer (also nicht nur genitaler) Kontaktaufnahme verstanden, das – vor evolutionsbiologischem Hintergrund – zur menschlichen Reproduktion führt und – psychisch besehen – die motivationale Grundlage für die Suche nach anthropologisch begründbaren Bedürfnissen bildet (Liebe, Wärme, Halt, Sicherheit, Unterstützung etc.). Der Begriff umfasst im psychiatrischen Verständnis das Geschlechtsbewusstsein (Identität), das geschlechtliche Verlangen und das Geschlechtsverhalten.

sexuelle Entwicklungsstörung (sF)	Störung der kindlichen/juvenilen Geschlechtsidentität, psychosexuelle Entwicklungsstörung, sexuelle Reifungskrise
-----------------------------------	---

Abnormität der Triebstärke (SF)	Hyper- und Hyposexualität im Zusammenhang mit psychischen, psychosomatischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten
sexuelle Funktionsstörung (SF)	Appetenzverlust, erektile Impotenz, Frigidität, andere funktionelle Störungen
Störung der sexuellen Präferenz (sF)	Fetischismus, fetischistischer Transvestismus, Exhibitionismus, Voyeurismus, Pädophilie, Sadomasochismus, multiple Störung der sexuellen Präferenz
Störung der Geschlechtsidentität (SF)	ichdystone Sexualorientierung (Hetero-, Homo-, Bisexualität), Transsexualismus, Transvestismus, sexuelle Beziehungsstörung

17. Intelligenz

„Es könnte sein, dass wir, um Ihre Krankheit richtig zu verstehen, einige Testverfahren durchführen müssen, darunter auch ein Intelligenztest.“

Definition: Unter Intelligenz wird eine komplexe Funktion mit zahlreichen unterschiedlichen Einzelleistungen verstanden, die das Individuum in die Lage versetzt, die Aufgaben und Anforderungen des Eigenerlebens und der Umwelt auf dem Boden angelegter Muster durch Sammlung von Erfahrung und deren sinnvolle Anwendung zu bewältigen. Es wird zwischen praktischer Intelligenz (Wissen und Lösung von Aufgaben) und theoretischer Intelligenz (Begriffs- und Urteilsbildung) unterschieden. Die Messung erfolgt durch Testverfahren.

leichte Intelligenzminderung (F)	IQ-Bereich von 50–69; entspricht leichter geistiger Behinderung, Lebensvollzug unter leichten Einschränkungen möglich
mittelgradige Intelligenzminderung (F)	IQ-Bereich von 35–49; beträchtliche Entwicklungsprobleme, Lebensvollzug meist nur mit deutlicher Unterstützung möglich
schwere Intelligenzminderung (F)	IQ-Bereich von 20–34; schwere Einschränkungen, diese Personen brauchen kontinuierliche Hilfen und Unterstützung
schwerste Intelligenzminderung (F)	IQ-Bereich von unter 20; Selbstversorgung, Kommunikation, Mobilität nur marginal, meist Inkontinenz, ständige Betreuung nötig

18. Vegetative, neurologische und somatoforme Störungen

„Haben Sie außer den beschriebenen auch noch andere körperliche Beschwerden, die mit den anderen einhergehen oder auch gar nichts mit ihnen zu tun haben?“

Definition: Unter den vegetativen und neurologischen Störungen wird im psychiatrischen Sprachgebrauch der Bereich zwischen psychopathologischen und körperlichen Befunden verstanden, die eine große Nähe zu psychischen Störungen aufweisen bzw. Hinweise und Kriterien für die Diagnose geben (z.B. Schlafstörungen bei Depression, kardiorespiratorische Störungen bei Angst). Der Begriff „somatoforme Störung“ ist eine Sammelbezeichnung für alle Krankheitszustände, bei denen körperliche Zeichen oder subjektiv spürbare Veränderungen bestehen, für die aber körperliche Ursachen nicht (ausreichend) nachweisbar sind.

Schlaf- und Vigilanzstörungen (S)	Einschlafstörung, Durchschlafstörung, Verkürzung der Schlafdauer, Früh-Erwachen, Müdigkeit
Appetenzstörungen (S)	Appetit, Durst, Sexualität vermindert bzw. vermehrt
gastrointestinale Störungen (S)	Hypersalivation (vermehrter Speichelfluss), Mundtrockenheit, Übelkeit, Erbrechen, Magenbeschwerden, Obstipation, Diarrhoe
kardiorespiratorische Störungen (S)	Atembeschwerden, Schwindel, Herzklopfen, Herzdruck
urogenitale Störung (S)	Miktionsstörung (Blase), Menstruationsstörung, sexuelle Funktionsstörung
andere vegetative Störungen (S)	Akkommodationsstörung, Schwitzen vermehrt, Seborrhoe (Talgdrüsen), Kopfdruck, Rückenbeschwerden, Schweregefühl in den Beinen, Hitze- und Kälteempfindungen
neurologische Störungen (SF)	Rigor (Muskeltonuserhöhung: wächserner Widerstand, Zahnradphänomen), Muskeltonus erniedrigt, Tremor (Zittern, Kontraktionen), Dys- und Hypokinesien (Extrapyramidalmotorische Störungen/EPMS: neurologische Bahnungen der nicht willkürlichen Motorik), Akathisie (kann nicht ruhig sitzen), Ataxie (Störung des sensumotorischen Zusammenwirkens bei zielgerichteten

	Bewegungen), Nystagmus (unwillkürliche Augenbewegungen), Parästhesie (sensible Reizerscheinungen wie Kribbeln)
dissoziative Störungen (SF)	Amnesie, Fugue, Stupor, Trance, Besessenheitszustände, Bewegungsstörungen, Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, Krampfanfälle, multiple Persönlichkeitsstörung
somatoforme Störungen (SF)	Somatisierungsstörung (multiple, wiederholt auftretende, wechselnde körperliche Symptome), somatoforme (autonome) Funktionsstörung (bezieht sich auf Organe, die weitgehend oder ganz vegetativ innerviert und kontrolliert sind), hypochondrische Störung, somatoforme Schmerzstörung

Literatur:

- Arolt, V., Reimer, C., Dilling, H. (2011): Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer.
- Fähndrich, E., Stieglitz, R.-D., Haug, A., Kis, B., Kleinschmidt, S., Thiel, A. (2018): Das AMDP-Buchset. Bd. 1: Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation Psychiatrischer Befunde, Bd. 2: Leitfaden zur Erfassung des Psychopathologischen Befundes, Bd. 3: Praxisbuch AMDP. Göttingen: Hogrefe.
- Möller, H.-J., Laux, G., Kapfhammer, H.P. (2000): Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer.
- Payk, T.R. (2015): Psychopathologie. Vom Symptom zur Diagnose. Berlin: Springer.
- Peters, U.H. (1990): Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. München: Urban und Schwarzenberg.
- Scharfetter, Ch. (1991): Allgemeine Psychopathologie. Stuttgart: Thieme, 3. Aufl.

Checkliste 4

Die ätiologische Diagnostik (Buch S. 297ff.)

Exploration:

1. Akutsymptomatik und klinische Phänomenologie
2. Beginn und Auslöser
3. Verlauf, Phasen und Prozess
4. Akute Komorbidität
5. Longitudinale Akkumulation
6. Attribution und subjektive Krankheitstheorie
7. Abwehr (Widerstand, Reaktanz, Abwehrformen), Funktion (der Störung im Rahmen der dynamischen Regulation des Subjekts) und Bewältigung (Coping, Creating)
8. Einschränkungen im Lebensvollzug und Leidensdruck

Bericht/Diagnose:

1. Akutsymptome, Beginn, Auslöser, Dauer, Phasen, Verlauf, Prozesse
2. Attribution und subjektive Krankheitstheorie
3. Entwicklungspsychologisches Schädigungsniveau, geschädigte Entwicklungslinien
4. Spezifizierung der ätiologischen Ebenen („Sechs ätiologische Ebenen“)
5. Längsschnittliche Interferenz und biografische Akkumulation komorbider Prozesse
6. Korrelierende transgenerationale Weitergabe und Identifikation
7. Abwehr- und Bewältigungsformen, intra- und interpersonelle Funktionsanalyse
8. Projektive Tendenzen, Übertragungsdynamik, zyklisch maladaptive Schemata (CMP)
9. Einschränkungen im Lebensvollzug

Checkliste 5

Diagnostik der posttraumatischen Belastungsstörung (Buch S. 220ff., 253ff.)

1. Traumaexposition

- Erleben, Beobachten oder Konfrontiertsein mit einem Ereignis, das den tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen oder einer anderen Person beinhaltet
- Intensive Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen
- Intrusionen (wiederkehrende, eindringliche, belastende Wahrnehmungen, Erinnerungen und Träume)
- Autonome oder getriggerte Flashbacks, als ob das traumatische Ereignis oder Teile davon wiedererlebt würden, dissoziative Reaktion)
- Erhöhte Sensibilität gegenüber traumanahen Reizen, fehlende oder unzureichende Diskrimination von Auslöserreizen; schlecht angepasste (Kausal-)Attributionen
- Vegetative, emotionelle und körperliche Reaktionen; diffuses Körpererleben und Körperbild (dissoziative Reaktion, Flashback)

2. Vermeidung & Dissoziation

- Unbewusstes Vermeiden von Schlüsselreizen
- Unfähigkeit, sich an das Erlebnis oder Teile davon wiederzuerinnern
- Eingeschränkte Bandbreite des Affekts (*numbing*)
- Vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an lebensweltlichen Aktivitäten, Kompensationsverhalten
- Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung
- Gefühl der eingeschränkten Prospektion

3. Autonomes Hyperarousal

- Konzentrationsschwierigkeiten
- Tonuserhöhung (Bewegung, Blicke, Stimme)
- Übermäßige Wachsamkeit, Empfindsamkeit
- Reizbarkeit, „cholische Wutausbrüche“
- Erregungszustände, übermäßige Schreckreaktionen
- Ein- und Durchschlafstörungen
- Riskantes oder selbstgefährdendes Verhalten

4. Kontextuelle Störungen

- Beeinträchtigungen im allgemeinen Lebensvollzug
- Fähigkeit, Liebe und Nähe zuzulassen, ist eingeschränkt
- Negativismus, Hader, Verbitterung, Hilflosigkeit
- Berufliche Probleme, Leistungseinschränkungen
- Rückzug vom relevanten sozialen Netzwerk
- Störungen der Intentionalität (Wille, Lebensplanung)
- Einbrüche der Werte- und Sinnstrukturen

5. Appendix DSM

A. Störungen der Regulierung des affektiven Erregungsniveaus

- Chronische Affektdysregulation und -isolation
- Schwierigkeiten, Ärger zu modulieren
- Selbstdestruktives Verhalten
- Schwierigkeiten im Bereich des sexuellen Erlebens, vor allem der Hingabefähigkeit
- Impulsive und risikoreiche Verhaltensweisen

B. Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins

- Amnesie
- Dissoziation
- Bewusstseinsengungen (akut und chronisch)

C. Somatisierungsstörungen

D. Chronische Persönlichkeitsveränderungen

- Änderung der Selbstwahrnehmung; chronische Schuldgefühle
- Selbstvorwürfe; negative Kontrollerwartungen; Gefühle, fortgesetzt geschädigt zu werden
- Änderungen der Wahrnehmung des Schädigers: verzerrte Sichtweisen und Täterintrojekte
- Veränderung der Beziehung zu anderen Menschen (Unfähigkeit, zu vertrauen und Beziehungen mit anderen aufrechtzuerhalten; Tendenz, erneut Opferrollen aufzusuchen oder andere zum Opfer zu machen)

E. Veränderungen in Bedeutungssystemen

- Generalisierte Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit
- Verlust bisheriger Werte und Lebensüberzeugungen

Checkliste 6

Leitlinien zur Beurteilung der Persönlichkeitsstörungen (Buch S. 305ff.)

1. Clusterisierung der Persönlichkeitsstörungen

Cluster A „sonderbar, exzentrisch“

- F60.0 Paranoide Persönlichkeitsstörung
- F60.1 Schizoide Persönlichkeitsstörung
- F21 Schizotypische Persönlichkeitsstörung (DSM)

Cluster B „dramatisch, emotional, launisch“

- F60.2 Dissoziale/antisoziale Persönlichkeitsstörung
- F60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
 - .30 Impulsiver Typus
 - .31 Borderline-Typus
- F60.4 Histrionische Persönlichkeitsstörung
- F60.81 Narzisstische Persönlichkeitsstörung (DSM)

Cluster C „ängstlich, furchtsam, selbstunsicher“

- F60.5 Anankastische Persönlichkeitsstörung
- F60.6 Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung
- F60.7 Abhängige Persönlichkeitsstörung

2. Leitlinien zur Einschätzung der Persönlichkeitsstörungen

Die Beurteilung der Persönlichkeitszüge auf der Achse II (ICD) erzeugt zusammen mit der Akutdiagnose auf Achse I ein dynamisches Bild von der vorliegenden Problematik. Wenn die betreffende Person keine Persönlichkeitsstörung mit eigenem Krankheitswert ausweist, kann man *Züge* der Persönlichkeit mit den Begrifflichkeiten des Kapitels F6 beschreiben und zeigt durch die fehlende Kodierung an, dass die Charakterisierung keinen spezifischen Krankheitswert im Sinne des Vollbildes einer Persönlichkeitsstörung hat. In Zweifelsfällen sind die Manuale heranzuziehen.

- *F60.0 Paranoide Persönlichkeitsstörung*
Übertriebene Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisungen, Nachtragen von Kränkungen, nicht gerechtfertigtes Misstrauen, Zweifel an anderen Menschen und deren Motiven; sensitive Neigung, Börsartigkeit zu unterstellen und Erlebtes in diesem Sinne zu verdrehen (z.B. auch neutrale oder freundliche Handlungen anderer); Streitsüchtigkeit und beharrliches Bestehen auf eigenen Rechten, Selbstbezogenheit, Überheblichkeit, pathologische Eifersucht
- *F60.1 Schizoide und schizotypische Persönlichkeitsstörung*
Neigung zu Rückzug und sozialer Isolierung, Unerwünschtheit von Beziehungen, Distanziertheit, mitunter auch Desinteresse oder Ekel vor Nähe und Sexualität, Vermeidung oder Abflachung der Affektivität, emotionale Kühle, nur wenige Tätigkeiten bereiten Freude, Gleichgültigkeit gegenüber Lob und Kritik, Inanspruchnahme von Phantasien und Introvertiertheit. Die schizotypische Persönlichkeit ist psychotischem Erleben näher.
- *F60.2 Dissoziale/antisoziale Persönlichkeitsstörung*
Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen; Mangel an Gefühl und Empathie für andere, Verantwortungslosigkeit und herzloses Unbeteiligtsein; Unfähigkeit zur Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen, obwohl keine Schwierigkeit besteht, sie einzugehen; geringe Frustrationstoleranz, niedrige Schwelle für aggressives Verhalten und Beschuldigung anderer; Angabe vordergründiger Rationalisierungen als Rechtfertigung für das eigene Verhalten
- *F60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung*
F60.30 Impulsiver Typus: deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung von Konsequenzen zu handeln; Tendenz zu Streitereien; hohe Kränkbarkeit, vor allem wenn Impulsivität unterbunden werden soll; Neigung zu Wut und Gewaltausbrüchen, Unfähigkeit zur Kontrolle, unbeständige und unberechenbare Stimmungen und Affektlagen, Selbstverletzung

F60.31 Borderline-Typus: Störung des Selbstbildes, der eigenen Ziele und Präferenzen; intensive, aber inkonsistente Beziehungen mit der Folge von emotionalen Krisen; ausgeprägte Angst vor dem Verlassenwerden, hohe Kränkbarkeit, selbstdestruktives Verhalten (Selbstverletzung, Drogenkonsum, parasuizidale Handlungen und Suizidversuche), multiple und wechselnde psychogene Beschwerden

- *F60.81 Narzisstische Persönlichkeitsstörung (DSM-4, 301.81)*

Tiefgreifendes Muster der Selbsteinschätzung von Großartigkeit bzw. Druck, großartig sein zu müssen; Bedürfnis nach Bewunderung, Mangel an Empathie, grandioses Gefühl hinsichtlich der eigenen Wichtigkeit; Glauben, sehr besonders und einzigartig zu sein; hohes Anspruchsdenken an sich und die soziale Umgebung, hohe Kränkbarkeit, übertriebene Erwartung an bevorzugte Behandlung durch andere, in sozialen Beziehungen ausbeuterisch und überheblich, arrogant wirkende Haltungen und Verhaltensweisen; mitunter herbe depressive, selbstentwertende, selbstquälerische bis suizidale Dekompensationen, wenn das Abwehrmuster zusammenbricht

- *F60.4 Histrionische/sensitive Persönlichkeitsstörung*

Übermäßige oder oberflächliche, labile Affektivität; gesteigertes Verlangen nach Aufmerksamkeit und Bewunderung; Handlung und Interaktionen sind durch Selbstdramatisierungen, Suggestibilität, erhöhte Reagibilität und Egozentrik gekennzeichnet; Verhalten ist durch einen Mangel an Rücksichtnahme gekennzeichnet; erhöhte Kränkbarkeit und ein dauerndes Verlangen nach Anerkennung bzw. Außenreizen, aber auch provokant-manipulatives oder unangemessenes (auch sexuell) verführerisches Verhalten

- *F60.5 Anankastische Persönlichkeitsstörung*

Gefühle von Zweifel, starker Vorsicht, übertriebener Gewissenhaftigkeit und Perfektionismus, damit verbunden ständiges Kontrollieren (von Details, Regeln, Plänen etc.); Eigensinn, Halsstarrigkeit und Rigidität, Auftreten von beharrlichen und unerwünschten (Zwangs-)Gedanken und Handlungsimpulsen, Handlungen können dadurch nicht vollständig ausgeführt werden; Bestehen darauf, dass andere sich den eigenen Gewohnheiten unterordnen; Verzicht auf Vergnügungen

- *F60.6 Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung*

Ständige Gefühle von Anspannung, Unsicherheit und Besorgtheit; Vorstellung, sozial minderwertig, unattraktiv oder unterlegen zu sein; übertriebene Negativerwartung, von anderen kritisiert oder zurückgewiesen zu werden; Überempfindlichkeit diesbezüglich, andauernde Sehnsucht nach Zuneigung und Akzeptanz; eingeschränkte Beziehungsfähigkeit aufgrund des Unwillens, sich auf jemanden einzulassen, wenn man nicht sicher ist, gemocht zu werden; Vermeiden von Kontakt und beruflichen Möglichkeiten aus Furcht vor Kritik

- *F60.7 Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung*

Schwäche, Überempfindlichkeit und (emotionale oder intellektuelle) Kraftlosigkeit gegenüber Anforderungen des täglichen Lebens; Gefühle von Hilflosigkeit und Inkompetenz, passive Delegation von Entscheidungen an andere, Verschiebung von Verantwortung an andere, Unterordnung von eigenen Bedürfnissen unter die von anderen, übertriebene Suche nach Rat und Versicherung, Gefügigkeit und unverhältnismäßige Nachgiebigkeit bzgl. Wünschen anderer; Unwille, Forderungen, auch berechnete, an andere zu stellen; Furcht vor Verlassenwerden aus Angst, nicht allein für sich sorgen zu können

Checkliste 7

Die Anamnese des Alkoholkonsums (Buch S. 294f.)

1. Formen des Alkoholismus nach Jellinek (1960)

- α -Alkoholismus: psychische Abhängigkeit, familiäre und soziale Komplikationen
- β -Alkoholismus: Gelegenheits- und Verführungstrinken
- γ -Alkoholismus: Toleranzsteigerung, Stoffwechselstörungen, Kontrollverlust, Abstinenzsymptome, der „Alkoholismus“ im engeren Sinne
- δ -Alkoholismus: kein Kontrollverlust, aber doch die Unfähigkeit, zu verzichten; Patient/in trinkt täglich; selten ganz nüchtern
- ϵ -Alkoholismus: Dipsomanie: periodisch auftretende Trinkexzesse, werden mit „endogenen“ Verstimmungszuständen in Zusammenhang gebracht, dauern ein bis mehrere Tage

2. Verlauf des Alkoholismus nach Jellinek (1960)

- *Voralkoholische Phase*: Stadium des progredienten Erleichterungstrinkens, weiterhin sozial motiviert
- *Prodromalphase*: Toleranzsteigerung, Rausche mit Erinnerungslücken, heimliches Trinken, dauerndes Denken an Alkohol, gieriges Trinken der ersten Gläser, Schuldgefühle, Vermeiden von Anspielungen auf Alkohol oder diesbezügliche Reaktionsbildung
- *Kritische Phase*: Zwangstrinken, Kontrollverlust, Widerstand gegen Vorhaltungen, Unwille, großspuriges Verhalten/Zerknirschung, Abstinenz mit Niederlagen, sozialer Abbau, Interessenverlust, Probleme am Arbeitsplatz, Selbstmitleid, Verhalten wird auf Alkohol konzentriert (Vorratshaltung), Vernachlässigung der Ernährung, Abnahme der sexuellen Appetenz mit Eifersucht, morgendliches Trinken
- *Chronische Phase*: Toleranzverlust, verlängerte Rausche (tagelang), ethischer Abbau, Beeinträchtigung des Denkens, passagere alkoholische Psychosen, Zuflucht zu technischen Alkoholprodukten (Spiritus, Melissengeist), Angstzustände, Zittern, psychomotorische Hemmung

3. Folgen des Alkoholismus nach Jellinek (1960)

- *Organsystem*: Gastritis, Ulcusleiden, Leber- und Pankreasstörungen, Kardiomyopathie, Stoffwechselstörungen, endokrine Komplikationen, Karzinomrisiko (Lunge, Pankreas, Rektum). In der Abstinenz können sich Organschäden erstaunlich weit zurückbilden.
- *Neurologisches System*: diffuse, kortikale Hirnatrophie, Wernicke-Encephalopathie: Proliferation (vermehrte Produktion von Kapillaren, Venen, Astrozyten), spongiöse Gewebsauflockerung, periphere Polyneuropathie, Myopathie, epileptische Anfälle
- *Psychisches System*: organisches Psychosyndrom, alkoholische Wesensveränderung (Heiterkeit/Ausgeglichenheit gehen verloren, Stimmungs labilität, Egoismus), Verschwendungssucht, Lügen, Arbeitsscheu, Kriminalität; Freisetzung von aggressiven, sexuellen, masochistischen Zügen; psychische Leistungsminderung, Schlafstörungen
- *Soziales System*: Vernachlässigung familiärer/sozialer Bindungen, Scheidung, Krisen am Arbeitsplatz, Verkehrsdelikte, Invalidität, Kriminalität, amotivationales Syndrom
- *Alkoholembryopathie*: geistige Behinderung, perinataler Minderwuchs, Fehlbildungen, kraniofaziale Dysmorphie

Literatur:

Jellinek, E.M. (1960): The Disease Concept of Alcoholism. New Haven: Hillhouse Press.

Checkliste 8

Die Klassifikation nach ICD, Kapitel F (Buch S. 287f., 290)

- F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3 Affektive Störungen
- F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F7 Intelligenzminderung
- F8 Entwicklungsstörungen
- F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Checkliste 9

Das Krisenscreening (Buch S. 264ff., 286f.)

- *Körperlich-organische Krisen:* Unfälle, schwere Erkrankungen, chronische Schmerzen, letale Erkrankungen, traumatisierende Operationen, schwere Schlaflosigkeit, schweres oder anhaltendes körperliches Unwohlsein, organisch-kognitive Einbußen, dementielle Syndrome
- *Psychische Krisen:* Panikattacken, Ängste, Depressionen, schwere Zwänge, Dissoziationssyndrome, Verhaltensauffälligkeiten (Spielerei, Sexualstörungen, Essstörungen), Anpassungsstörungen, dekompensierende Persönlichkeitsstörungen
- *Soziale Krisen:* Arbeitsplatzverlust, Verlust von Vermögen und materiellen Gütern, Ehekrisen, krankheitsbedingtes Abgleiten der eigenen Kinder, Verlust von wichtigen Menschen (Elterntod, Krankheit etc.), Wegbrechen sozialer Netzwerke, große Umzüge, existenzielle administrative und juristische Probleme
- *Rückfall-Krisen:* Rückfälle bei Suchtmittel- und Drogenkonsum, bei pathologischem Spiel, bei Eifersuchtsdynamik, Essstörungen etc.
- *Krisen durch traumatischen Stress:* Akuttraumatisierungen (Viktimisierung, Vergewaltigung, Krieg, Folter, Unfälle etc.), Schockerfahrungen, Rezidivtraumatisierungen, posttraumatisches Stresssyndrom in seinen verschiedenen symptomalen Ausprägungen (Checkliste 5)
- *Suizidale Krisen: Erscheinungsformen des suizidalen Syndroms:* Bewusstseinsminderung, affektive Störungen, sozialer Rückzug, Entfremdung, Bilanzierung, Suizidgedanken, latente und passive Todeswünsche, Verweigerung der Prospektion, Aggressionsumkehr, riskantes und parasuizidales Verhalten, larvierte und agitierte Depressionen
- *Psychotische Krisen: präpsychotisch:* seltsam anmutende psychomotorische Unruhe (Augenbewegungen), innere Angespanntheit (Trema), Angststimmung, Denken assoziativ aufgelockert, Sprechen und Sprache verwaschen, Vorbeireden, abnormes Bedeutungserleben (*apophänes Syndrom*), Wahngedanken/-einfälle, Sinnestäuschungen, Illusionen, Halluzinationen, Depersonalisation/Derealisation
- *Delirante Krisen:* Wachheit beeinträchtigt (Abstufungen: Benommenheit, Stupor, Somnolenz, Sopor, Koma), Depersonalisation/Derealisation; Patient/in ist apathisch, stark verlangsamt, schläfrig, in leichteren Graden noch weck- und ansprechbar, das Denken ist zerfahren, die Sprache ist verwaschen; in leichten Stadien weckbar, in schwereren mit Mühe weckbar (Sopor), bei schwerer Verminderung der Wachheit/des Bewusstseins liegt ein Präkoma vor; wahnhaftes Erleben, bei Alkoholikern oft mit Weinerlichkeit verbunden

Checkliste 10

Formen der Abwehr (Buch S. 273ff., 302f.)

1. Archaische Modi

- *Regression*: Das Subjekt flüchtet sich mental, emotional, behavioral, volitiv und vom Aufforderungscharakter seiner Bedürftigkeit her in ein frühes Entwicklungsstadium, in dem die niedrigere Organisation im Sinne der Ressourcenelaboration noch funktioniert hat.
- *Konfluenz*: Das Subjekt flüchtet aus der Wahrnehmung von eigenen und fremden Demarkationsgrenzen, verliert sich im Anderen oder in Dingen, um unangenehme Inhalte nicht wahrnehmen zu müssen.
- *Introjektion*: Ebenfalls ein konfluenter Modus, der durch Einverleibung adversiven Einflüssen äußerer Wahrnehmungen aus dem Weg geht, z. B. beim Täterintrojekt. Bei defizitärer Entwicklung introjiziert das Kind die Mutter etc., auch bei Anschauungen und Normen.
- *Abspaltung*: Adversive Inhalte werden aus dem Bewusstsein geschoben, stärkerer Prozess als bei der Verdrängung, kommt der Dissoziation nah.
- *Retroflexion/Autoaggression*: Ein nach außen gerichteter Impuls, z. B. Aggression wird gegen das eigene Selbst gerichtet oder einfach nur unterdrückt und einbehalten.
- *Anästhesierung*: Adversive Erfahrungen werden vom Ich abgeblendet, aus dem Bereich eigenleiblichen Spürens verbannt.
- *Affektisolierung*: Spontan auftretende, unangenehme Gefühle und/oder Affekte ab einer bestimmten Intensität werden vom Bewusstsein abgetrennt.
- *Somatisierung*: Adversive Gefühle oder andere Bewusstseinsinhalte werden nicht mehr als solche wahrgenommen, sondern als körperlich-leibliche Empfindungen. Diese müssen nicht notwendig eine symbolische Beziehung zum unangenehmen Inhalt haben.
- *Externalisierung*: Adversive Affekte werden durch Passivität (passive Aggression) in das Resonanzgeschehen des Gegenübers transferiert, der Mechanismus ist unbewusst, aber hochmanipulativ.
- *Projektive Identifizierung*: Kombination von intrapsychischen und externalisierenden Vorgängen, bei denen das Gegenüber so beeinflusst wird, dass es unfreiwillig die Erwartungen des Projizierenden erfüllt. Inhalte werden erst abgespalten, dann projiziert, und wenn das Gegenüber auf die Projektion reagiert, ist die Externalisierung geglückt und das Gegenüber wird bestraft (kommt häufig bei Persönlichkeitsstörungen vor).

2. Reaktive Modi

- *Spaltung*: Gefühle der Ambiguität werden auf mehrere Personen verteilt (der eine ist gut, der andere schlecht), weil die Gleichzeitigkeit nicht ausgehalten werden kann.
- *Verdrängung*: Schützt das Ich vor vermeintlich bedrohlichen Einflüssen und Gefühlen (Schuld, Scham). Wahrnehmungen und Erinnerungen werden aber nicht gelöscht, die Hinwendung oder Erinnerung wird nur erschwert, die Inhalte können in Träumen, Fehlleistungen und Ersatzhandlungen wieder zutage treten.
- *Verleugnung*: Hier wird nicht ein innerer Inhalt aus dem Bewusstsein gedrängt, sondern eine äußere Wahrnehmung, adversiven Inhalten wird die Bedeutung abgesprochen.
- *Vermeidung*: Das Erleben unangenehmer Schlüsselreize wird weiträumig umgangen.
- *Projektion*: Unbewusst als unangenehm erlebte oder schambesetzte Inhalte (Gefühle, Intentionen, Handlungen) werden bei anderen Personen wahrgenommen und diesen zugeschrieben.
- *Verschiebung*: Kognitive Inhalte, Gefühle, Phantasien oder Handlungsimpulse werden von der Person, der sie gelten, auf eine andere oder auf Umstände und Situationen verschoben. So bleibt die Person geschützt, der Affekt kann kompromisshaft ausgedrückt werden (spielt bei Phobien eine große Rolle).
- *Reaktionsbildung*: Inhalte, Gefühle, Gedanken und Handlungsimpulse werden durch genau entgegengesetzte Impulse ausgedrückt und somit abgeblendet.
- *Verneinung*: Negierung eines äußeren Sachverhaltes oder einer Situation. Gefühle werden nicht ersetzt, sondern es wird deren Vorhandensein verneint.

- *Rationalisierung*: Als Beweggründe für das eigene Handeln werden allein rationale angegeben und vorgeschoben, der Gefühlsanteil wird ignoriert oder unterbewertet.
- *Intellektualisierung*: Durch Abstraktionsbildungen werden emotional aufgeladene Themen heruntergespielt, der Konfliktanteil wird aus dem Bewusstsein gedrängt.
- *Ungeschehen machen*: Unwirksame Handlungen, wie dreimaliges Klopfen auf Holz, wird eine symbolische Wirkung zugesprochen, um Ängste, Schuldgefühle oder Strafen abzuwenden.
- *Identifikation mit dem Aggressor*: Um Schmerz, Herabsetzung und Hilflosigkeit, etwa in gewalttätigen Situationen, nicht wahrnehmen zu müssen, werden Schuld und Verantwortung sich selbst zugeschrieben oder gar die Position des Aggressors eingenommen (Rückerlangung von Kontrolle).
- *Affektualisierung*: Ein unangenehmer Inhalt wird mit übertriebenen Affekten aufgeladen, um seine subjektiv wahre Bedeutung zu verschleiern.
- *Idealisierung*: Personen, Situationen, Gegenstände werden überhöht erlebt oder dargestellt, um sich selbst zu erhöhen oder adersive Gefühle und Sachverhalte nicht wahrnehmen zu müssen.
- *Konversion*: Ein adersiver Bewusstseinsinhalt wird auf funktionelle Symptome verlagert, die eine symbolische Beziehung zum belastenden Inhalt haben.
- *Isolierung*: Ein unerfüllbarer Wunsch oder verbotener Handlungsimpuls wird in entstellter Form ausgedrückt, so dass die Person sich nicht mit ihm zu identifizieren braucht (häufig bei Zwangsstörungen).
- *Neutralisierung*: Die eigene Person oder eine wichtige andere Person werden als unattraktiv oder unwichtig klassifiziert, um die Angst vor der Intensität des Selbst- oder Fremderlebens zu dämpfen.

3. Reife Modi

- *Sublimation*: Nicht erfüllbare Wünsche werden durch kulturell höherwertige Ersatzhandlungen ersetzt, sexuelle Wünsche etwa durch Kunst oder Genuss, Aggressionen durch Sport usw.
- *Antizipation*: Möglicherweise unangenehme Gefühle oder Impulse werden dadurch vermieden, dass die bevorstehenden Ausgänge einer Situation im Voraus innerlich durchgespielt werden.
- *Altruismus*: Adersive Gefühle und Situationen werden durch zuvorkommendes Verhalten von ihrer möglichen Schärfe befreit.
- *Progression*: Adersive Gefühle werden durch vorausseilende Entwicklungsmöglichkeiten abgepuffert (kommt häufig bei maligner Progression und Parentifizierungsprozessen vor).
- *Humor*: Die Scharfkantigkeit einer Situation oder eigener Gefühle wird durch die Konstruktion von Absurdität abgemildert.

Zusammenstellung aus:

Freud, A. (1984): Das Ich und die Abwehrmechanismen. Frankfurt a.M.: Fischer.

König, K. (2007): Abwehrmechanismen. Göttingen: V & R.

Mentzos, S. (2010): Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen. Göttingen: V & R.

Schauenburg, H., Grande, T. (2000): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – OPD. In: Laireiter (Hg.): Diagnostik in der Psychotherapie. Berlin: Springer, 55–74.

Checkliste 11

Entwicklung und Risiken in der Lebensspanne (Buch S. 175ff., 182ff., 257ff., 276ff.)

In dieser Übersicht wird ein grob gerasterter Überblick über die Entwicklung und Risiken in der Lebensspanne gegeben. Sie ist aufgeteilt in die strukturellen Lebensabschnitte, wie sie in der empirischen Literatur beforscht werden. Es werden in dieser Reihenfolge in jedem Entwicklungsabschnitt (1) die wesentlichen Umweltfaktoren, (2) die jeweiligen Reifungsschritte und Entwicklungsaufgaben sowie mögliche (3) Risikofaktoren hinzugefügt; (4) das Kriterium für den Übergang in den nächsten Altersabschnitt beendet den kurzen Abriss. Diese Übersicht ist nicht vollständig und sie ersetzt nicht ein eingehendes Studium der Klinischen Entwicklungs- und Persönlichkeitspsychologie, der Sozialisations- und Longitudinalforschung (für Erwachsenenpsychotherapie, Kinder- und Jugendlichentherapie und den Bereich der psychosozialen Beratung aufbereitet in Osten, 2000). Auswahl der zugrunde liegenden Literatur:

- *Allgemein und in longitudinaler Perspektive*: Schneider & Lindenberger (2012); Berk (2004); Oerter et al. (1999); Röper, von Hagen & Noam (2001); Herpertz-Dahlmann et al. (2004); Egle et al. (2015); Kegan (1994); Keller (1998); Oerter & Montada (1995); Petermann, Kusch & Niebank (1998); Zapotoczky & Fischhof (1996); Petermann, Niebank & Scheithauer (2004); Petermann, Kusch & Niebank (1998); Baltes (1979).
- *Säuglingsalter und frühe Kindheit*: Brisch et al. (2002); Papoušek, Schieche & Wurmser (2004); Brisch & Hellbrügge (2015); Goswami (2001); Stern (1992); Dornes (1993, 1997); Petzold (1993g, 1995); Bischof-Köhler (2000); Largo (1995); Zentner (1993).
- *Kindheit und Jugend*: Bischof-Köhler (2011); Flammer & Alsaker (2002); Fend (1999); Largo (2000); Largo & Beglinger (2009); Largo & Czernin (2013); Zimmermann (1994); Eisenberg & Mussen (1989); Osten (2002a, b).
- *Erwachsenenalter*: Faltermaier et al. (1992); Whitbourne & Weinstock (1982).
- *Alter und Senium*: Kruse (2017); Heuft, Kruse & Radebold (2000); Mietzel (1997).

Das Säuglingsalter (0–1½ Jahre)

Umgebung

Verlauf von Schwangerschaft und Geburt; Zeitgeist, kulturelle und sozioökonomische Situation der Herkunftsfamilie; Wohnort und Umgebung der Herkunftsfamilie; Familienthemen und -atmosphäre, familiensystemische Faktoren (Alter der Eltern, vorherige Partner, Stellung einzelner Familienmitglieder, Geheimnisse, Belastungen etc.)

Reifungsschritte und Entwicklungsaufgaben

- Grundbedürfnisse: Nahrung, Körperpflege, körperliche Nähe und Wärme, adäquates elterliches Eingehen auf die sich zeigenden Bedürfnisse (Trost, Spaß, Vokal- und Berührungsspiele etc.) ➔ Erfüllung basaler Bedürfnisse
- Anregungen aus dem Umfeld: Sprechen, Blicke, Mimik und Gebärden der Eltern (*intuitive parenting, sensitive caregiving*), visualisierbare Anregungen (Mobiles etc.), motorische Unterstützung ➔ Aufbau einer kohärenten Eltern-Kind-Interaktion, sensumotorische Reifung, präkonzeptuelles Denken und gegen Ende der Phase symbolische Kompetenz
- Emotionsentwicklung: Ekel/Abscheu, Überraschung/Schreck, Neugier/Interesse, Freude/Vergnügen, Ärger/Trotz, Kummer/Trauer, Furcht/Angst ➔ Aufbau einer affektiven Welt
- Primäre (Affektabstimmung über leibliche Kommunikation) und sekundäre Intersubjektivität (Kommunikation über das Teilen gemeinsamer Zustände) ➔ Aufbau von Beziehung und Bindungsmustern
- Differenzierende, emotional getönte Resonanz auf Blickkontakte, Berührung, Lall- und Gutturallaute ➔ Vorbereitung zum Spracherwerb

Risikofaktoren

Frühgeburt, fehlende Förderung nach Frühgeburt, Geburtskomplikationen, Risikotemperament, familiäre Belastungen, frühe Trennung von den Eltern/Deprivation vonseiten der Eltern, Adoption, Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch, abnorme Erziehungspraktiken, schwere Krankheiten, lange Krankenhaus-Aufenthalte, fehlende Stimulierung/Resonanz aus dem Umfeld

Übergangskriterien zur „Frühen Kindheit“: mentale Repräsentationsfähigkeit, Reife der Sensumotorik, Beginn des symbolischen Spiels

Die frühe Kindheit (1–3 Jahre)

Umgebung

Für das Kind wirksame Evokation der Familienatmosphäre, Geschwisterfolge, Ambitionen und Motivationen im familiären Gefüge, (interaktive) Lernmodelle, Bindungsqualitäten mit verschiedenen Familienmitgliedern, Erziehungsstile zwischen Rigidität und Vernachlässigung, Strukturen der Kommunikation und Förderung

Reifungsschritte und Entwicklungsaufgaben

- Funktionieren der mentalen Repräsentationstätigkeit und des intentionalen Abrufs von Gedächtnisinhalten, Evokationsmöglichkeit innerer Bilder (Repräsentationen), Symbolerfahrung und Symbolproduktion → Schaffung eines persönlichen phantasmatischen Universums, Willensentwicklung
- Aufbau einer tragfähigen Bindung, Repräsentation von Bindungserfahrungen → Aufbau eines Grundvertrauens in die Verlässlichkeit
- Spiel- und Explorationsverhalten → Wissensaufbau über die Umwelt, Differenzierung des Weltverstehens, sensumotorische Differenzierung, Körperbild, eigenleibliches Spüren, Konfliktbewältigung, Erwerb einer autonomen Spannungsregulation
- Symbolische Interaktion → Vorbereitung des geistigen Weltverstehens neben der unmittelbaren Welterfahrung

Risikofaktoren

Wie im Säuglingsalter, maligne soziale Vergleichsprozesse, High Expressed Emotions, extreme Ängstlichkeit (verhindert als Antagonist der Neugier das Explorationsverhalten), Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen; Verlust eines Elternteils durch Tod, Scheidung etc.; elterliche Depression, familiärer Alkoholismus, emotionale Ausbeutung und Parentifizierung, Deprivation, persistierende Entwicklungsretardierungen auf allen Ebenen, körperliche Krankheiten, interaktive Regulationsstörungen mit dem Umfeld, Affekt- und Bindungsstörungen; anhaltende Trauerreaktionen, z. B. nach Trennungen; Sprech- und Sprachstörungen, Schlafstörungen

Übergangskriterien zum „Kleinkindalter“: Abschluss der motorischen Entwicklung, „Theory of Mind“, Entdeckung der Geschlechtsmerkmale, Sprachsensibilität, Rollensensibilität, Zeiterleben, Beginn der moralischen Entwicklung

Das Kleinkindalter (2½–6 Jahre)

Umgebung

Förderung der Entwicklung der motorischen, emotionalen, interaktiven, kognitiven, volitiven Funktionen; Sprachaufbau, moralische Entwicklung durch Spiele und soziale Reize (Kindergruppen, Rollenspiele), Leistungsförderung; beginnende geschlechtliche Selektion auf konzeptueller Ebene, dadurch veränderte Reaktionen/Erwartungen aus dem Umfeld; Werte und Ziele der Familie

Reifungsschritte und Entwicklungsaufgaben

- Aufbau motorischer Beherrschung, Handlungskontrolle, Leistungsbereitschaft, Sprachaufbau hochsensibel (bis zu 50 neue Wörter am Tag!) → Progression von Interaktivität, Intersubjektivität und Selbstwertgefühl durch Leistung
- Emotionsentwicklung: Scham- und Schuldgefühl als moralische Emotionen → moralisches Urteil auf transpersonalem Niveau
- Gedächtnisentwicklung → Bildung eines funktionstüchtigen, auf leibliche Auslöser gerichteten Langzeitgedächtnisses; symbolische Repräsentation voll ausgebildet
- Aufbau sozialer Kognitionen: Motivation, Volition, Mutualität und Empathie → *Theory of Mind*, Erkennen von sozialer Andersartigkeit und von Fremdperspektiven
- Geschlechtliche Selektion → Erkennen des eigenen Geschlechts, Anerkennen der Geschlechtskonstanz/-permanenz, Beginn der primären Internalisierung geschlechtstypisierender Merkmale (Attribution/Verhalten)
- Rollenübernahme → Intersubjektivität und Autonomieentwicklung, soziale Kompetenzen

Risikofaktoren

Sozialer Rückzug, mangelnde Impulskontrolle, Entwertung der geschlechtstypisierenden Rollenexperimente, oppositionell-dissoziales Verhalten, Aufmerksamkeitsstörungen, Überaktivität, Ängste, nächtliche Alpträume, Essstörungen; Störungen in denjenigen Feldern, in welchen das Kind nun außerhalb der Familie lebt (Kindergarten, Heimaufenthalte etc.); ansonsten wie Säuglingsalter und frühe Kindheit

Übergangskriterien zur „späten Kindheit“: Abschluss der emotionalen Entwicklung, Reife der geistigen Fähigkeiten zur sozialen Perspektivenübernahme, Willensentwicklung, Geschlechtskonstanz, Schuleintritt

Die späte Kindheit (5–11 Jahre)

Umgebung

Einstellung der Eltern/Familie zum Thema „Leistung“, Leistungsevokation im Vorfeld des Schuleintritts, Verarbeitung des Schuleintritts, Schule als Sozialisationsfeld (Lehrerinnen und Lehrer, Subgruppen), Förderung der Gedächtnis- und Sprachentwicklung, Freundschaften, Sozialstatus, Werte- und Moralentwicklung, Peergruppen

Reifungsschritte und Entwicklungsaufgaben

- Herauslösung vom Elternhaus/von der Familie in die gesellschaftliche Sozialisations- und Leistungsinstanz „Schule“ ➔ Leistungsentwicklung, Kulturtechniken (Lesen, Schreiben, Rechnen), Autonomieentwicklung
- Aufbau von gendersensiblen Werten, Normen und Moralvorstellungen; Wissensbildung ➔ Selbststeuerung
- Einbindung in Peergruppen, Bildung eines sozialen Status in Gruppen, Freundschaften, Konflikte und Auseinandersetzungen ➔ Konsolidierung von Interaktivität/Intersubjektivität und Selbstwertgefühl in sozialer Orientierung
- Geschlechtliche Selektion und Segregation, sukzessiver Aufbau geschlechtstypischer Verhaltens- und Attributionsrepertoires ➔ weitere Stabilisierung der Geschlechtsidentität
- Interiorisierung von Rollen und Regeln ➔ Entwicklung von Kontrollüberzeugungen, Zunahme der Selbstkontrolle, Stabilisierung des eigenen Willens und der sozialen Stellung im Umfeld/in verschiedenen Gruppierungen

Risikofaktoren

Persistierende Probleme aus den vorangegangenen Altersabschnitten, (Teil-)Leistungsschwächen, Ausweichen vor Leistungsaufgaben, Zurückstellung/Nichtversetzung in der Schule, problematische Lehrerpersönlichkeiten, temperamentäre Passungsrisiken von Kind und Umfeld (Familie, Peergruppe, Freundschaften), unzureichende Stimulierung und geringer Anregungsgehalt im Elternhaus, Vernachlässigung, entwertende Geschlechterstereotypen, rigide Erziehungsstile, unzureichende Unterstützung bei Problemen in der Schule und im Freundeskreis, ekklesiogene (durch übertriebene religiöse Haltungen verursachte) Störungen, Erkrankungen, Unfälle, Vernachlässigung, sexueller Missbrauch und Gewalt, Probleme mit der Gedächtnis- und Sprachentwicklung

Übergangskriterien zur „Pubertät“: Ende geschlechtersensibler Konsolidierungsprozesse, Beginn der biologischen Reifungsschritte der Pubertät (hormonelle Akzeleration)

Die Pubertät (10–15 Jahre)

Umgebung

Beginn der Akzeleration, eigenes Erleben und Verarbeitung davon („pubertäres Timing“), Reaktionen und Erwartungen der Umgebung verändern sich, beginnende geschlechtertypisierende Identitätsentwicklung, Veränderungen in der Leibwahrnehmung und in den sozialen Kontakten, Reaktion des Umfeldes auf die körperlichen Veränderungen in den verschiedenen sozialen Kontexten (Schule, Peergroup, Familie).

Reifungsschritte und Entwicklungsaufgaben

- Normativer Reifungsablauf primärer und sekundärer Geschlechtsmerkmale, Körperwachstum und Motorik ➔ Entwicklung der Reproduktionsfähigkeit

- Pubertäres Timing mit Verarbeitung in sozialen Kontexten, Einpassung des Körperbildes in die Identität → individuelle Ausgestaltung der Genderfaktoren, sozialer Vergleich und geschlechtstypisierende Selbstwertbildung, Ausbildung einer subjektiven Geschlechtsleiblichkeit
- Ausschleichen des kindlichen Begehrens an die Eltern/andere Familienmitglieder, sexuelle Reifung und Inzesttabu als Konflikt → Ablösung von der Familie als primäre Entwicklungszelle, Bildung persönlicher Intimräume
- Forcierte Entwicklung geschlechtstypisierenden Verhaltens und Verhaltenskodizes für Peergruppen → Geschlechtsidentitätsentwicklung, soziale Moral- und Werteentwicklung, Willensbildung
- Masturbation, Körperkontakte, Wege zum anderen Geschlecht → erste erotisch-sexuelle Erfahrungen

Risikofaktoren

Depersonalisation/Derealisation als dysfunktionale Verarbeitungsmodi der körperlichen Veränderungen, Selbstwertprobleme aufgrund der neuartigen Veränderungen, Geschlechtsidentitätsdiffusion (durch Entwertung aus dem Umfeld oder als Auswirkung akkumulierter früherer Erfahrungen, z.B. Missbrauch), Autonomieprobleme, Störungen im Aufbau der subjektiven Geschlechtsleiblichkeit, Essstörungen, Angst- und Panikreaktionen, Alkohol- und Drogenprobleme, Einsamkeit durch problematisches/dysfunktionales Kontaktverhalten

Übergangskriterien zur „Adoleszenz“: Abschluss der biologisch-sexuellen Reifungsprozesse, die Entdeckung des Selbst, Beginn der Aufarbeitung und Integration körperlicher Veränderungen in eine reife Geschlechtsidentität und -leiblichkeit

Die Adoleszenz (14–21 Jahre)

Umgebung

Entwicklungen der Loslösung in der Familie, Erwachsenwerden in der Schule, in den Peergruppen, Bewegungen auf dem Sektor des geschlechtstypisierenden Verhaltens, Suche nach gegengeschlechtlichen Kontakten/Bindungen (bzw. Coming-out bei Homosexualität und Geschlechtsdissidenz), Prägung von Weltanschauungen, Schulabschluss, berufliche Interessen am Übergang zur Ausbildung, Lösung vom Elternhaus

Reifungsschritte und Entwicklungsaufgaben

- Suche nach Persönlichkeits- und Identitätsstilen zwischen Widerspruch und Stimmigkeit → Entdeckung des Selbst und Bildung einer reifen genitalen Identität/Persönlichkeit
- Finden angemessenen Leistungs- und Freizeitverhaltens, Kontaktpflege und einem eigenen Lebensstil → Aufbau eines tragfähigen Leistungsverhaltens und eines sozialen Netzwerkes
- Lösung von infantilen Wünschen an die Eltern, die Familie, Geschwister → Autonomieentwicklung (Peer-groups)
- Suchbewegungen nach verlässlichen Bindungen und sozialen Werten → Partnerschaft und Sexualverhalten
- Einbezug gesellschaftlicher und globaler Themen in das eigene Denken, Finden einer eigenen Stellung in der Gesellschaft, Weltanschauung → Werte- und Moralentwicklung; Entwicklung zu einem reifen, verantwortungsbewussten Mitglied einer Gesellschaft als größerer Gruppierung
- Suchbewegungen nach beruflichen Motivationen → Entwicklung der Leistungsmotivation, Abstimmung von Wunsch und Wirklichkeit

Risikofaktoren

Akkumulierte Identitätsdiffusionen, Ich-Dystonität in der Geschlechterdifferenzierung; Misserfolge schulischer, persönlicher, familiärer Art; Missbrauchs- und Gewalterfahrungen, Alkohol- und Drogenprobleme, familiäre Probleme bei der Ablösung von den Eltern, sexuelle und partnerschaftliche Probleme, berufliche Probleme, internalisierende Probleme wie Depression/Rückzug, Ängste, psychosomatische Probleme, externalisierende Probleme wie Gewalttätigkeit, Delinquenz

Übergangskriterien zum „Erwachsenenalter“: Moralische Entwicklung kommt zum Abschluss, primäre Konsolidierung eines Berufswunsches, emotionale Lösung vom Elternhaus, Reife der Geschlechtsidentität mit entsprechendem Verhaltens- und Motivationsinventar

Das Erwachsenenalter

Das Erwachsenenalter wird unterteilt in ein *frühes* (19–40 Jahre), ein *mittleres* (35–55 Jahre) und ein *spätes* (50–70 Jahre), mit groben Überlappungen, die durch folgende Argumentation begründet sind: Das Erwachsenenalter zeichnet sich nicht durch normative Reifungsschritte ab, sondern durch universelle *Entwicklungsaufgaben* oder *Entwicklungschancen*, mit denen sich das Subjekt auf seine eigene individuelle Art auseinandersetzt: Dauer, Ausgang und Bewältigung fallen unterschiedlich aus.

Das bringt größere Heterogenität, Plastizität und Widersprüchlichkeiten sowie abwechselnde Vor- und Rückwärtsbewegungen in die Entwicklungsspanne. Dieses Prinzip gilt für die persönliche Reifung und auch für berufliche und familiäre Prozesse. Reifung besteht nicht mehr als biologisch begründete Vorwärtsbewegung, sondern wird vom Menschen selbst eher als *Veränderung* des Lebens, seiner Inhalte oder als *Akzentverschiebung* in Persönlichkeitsmerkmalen erlebt. Dies wird im Begriff der Individuation zusammengefasst.

In der Bewertung von Entwicklungen im Erwachsenenalter müssen sog. *Kohorteneffekte* berücksichtigt werden. Jede Generation entwickelt sich unter anderen zeitepochalen, kulturell-gesellschaftlichen Einflüssen, die das Geschehen tiefgreifend beeinflussen. Bei den Übergängen im Erwachsenenalter selbst handelt es sich dann nicht nur um individuell erlebte Übergänge, sondern vor allem um „generative Rollenübergänge“, die auch vom sozialen Kontext stets als identitätsbildend mitbestimmt/-bestätigt werden (von einem Single erwartet man ein anderes Verhaltensrepertoire als von werdenden Eltern; von einem 60-Jährigen erwartet man einen weiteren Horizont als von einem 25-Jährigen usw.). Bedeutsam werden damit folgende strukturelle Gesichtspunkte:

- Allgemeine Tendenzen und Entwicklungsthemen, normative Übergänge
- Entwicklung von Identität, subjektiver Geschlechtsleiblichkeit und Selbstwert
- Soziale Beziehungen, Netzwerkstabilität, sozialisative Faktoren
- Subjektive Lebensentwürfe und -ziele
- Individuelle Lebensereignisse und -krisen
- Körperliche und emotionale Veränderungen
- Reifung und Veränderungen in den Sinndimensionen des Lebens, der Wertewelt, der Moralvorstellungen

Themen des frühen Erwachsenenalters (19–40 Jahre)

- Entwicklungschancen in der beruflichen Bildung und im Aufbau des beruflichen Geschehens (Wahlkriterien, Geschlechtsunterschiede, Zufriedenheit, Misserfolg, Arbeitslosigkeit), materielle Unabhängigkeit von den Eltern
- Partnerwahl und Partnerschaft, Intimität, Sexualität, emotionale Trennung von den Eltern, Enttäuschungen in der Liebe
- Stellung zur Herkunftsfamilie bzw. zu einer Schwiegerfamilie differentiell gestalten
- Bildung eines tragfähigen sozialen Netzwerkes
- Frage der Familiengründung und des Kinderwunsches, Elternrollenübernahme (Risiken: Schwangerschaftsabbruch, frühe Elternschaft, ungewollte Kinderlosigkeit); Auseinandersetzung mit der eigenen Geschlechtsleiblichkeit und Geschlechterrolle im sozialen Umfeld
- Möglichkeiten, seine Kompetenzen und Fähigkeiten in verschiedensten Kontexten ausprobieren zu können und Resonanz zu erhalten (Bildung von Identität als ‚Feldphänomen‘)

Themen des mittleren Erwachsenenalters (35–55 Jahre)

- Überprüfung von Werten, Lebenszielen, beruflicher Leistungskraft, partnerschaftlichen Idealen (wiederkehrende Konflikte, Krisen, Trennungen, Misserfolge, Scheidung; vgl. „Midlife-Krise“)
- Chancen beruflicher Konsolidierung, Weiterbildungen, Umschulungen
- Entwicklungschance zu geistiger Reife durch Erfahrung, Spontanremission früherer reaktiver Störungen und Persönlichkeitsstörungen und verminderte Impulsivität
- Elternrolle wird konsolidiert, Erziehung von Kindern, Generationskonflikte
- Alterungsprozesse körperlicher und sexueller Art (Menopause bei Frauen, Rückgang der Geschlechtshormone bei Männern)
- Zuschreibung von Alter durch das Umfeld, soziale Forderung nach einem Rollenübergang
- Abschieds- und Trauerprozesse (Tod der Eltern, Freundinnen und Freunde etc.), Trennungen, Bildung von Stieffamilien
- Glaubensfragen, Werterhaltung, Sinnfragen
- Geistige Entwicklung und Urteilskraft wird höher bewertet als körperliche Kräfte

Themen des späten Erwachsenenalters (50–70 Jahre)

- Spätestens hier Auszug der eigenen Kinder (*empty nest situation*); Um- und Neuorientierung von Partnerschaften und Ehe, evtl. Trennungen
- Erhalt von Freundschaften und des sozialen Netzes
- Veränderungen in der beruflichen Laufbahn, Übergang in den Ruhestand
- Physiologische, neurobiologische und immunologische Veränderungen (beginnender Abbau)
- Chance zu Lebensoptimierung, Selektion von Tätigkeiten, Kompensation durch geistige Anregungen
- Umbewertung von Themen und Inhalten der Partnerschaft/Ehe; erotische Spannung, Geborgenheit und Sexualität im Alter
- Belastungen durch Pflege hochbetagter Eltern

Das Senium (65/70 Jahre) und hohes Senium (75 Jahre–Tod)

Themen des Seniums

- Wegfall der Bestätigung durch die berufliche Rolle
- Verarbeitung der sozialen Rollenzuschreibung des „alternden Menschen“
- Möglichkeit der Mentorenfunktion für Jüngere (Familienmitglieder, Enkel etc.), Gelassenheit, Weisheit
- Tendenz der Einengung des Erlebnisfeldes, Wichtigkeit des sozialen Netzwerkes
- Möglichkeit der Verminderung körperlichen Wohlbefindens, Beweglichkeitseinbußen, Neigung zu Depressionen
- Molekularbiologische und immunologische Veränderungen, höhere Anfälligkeit für psychopathologische Syndrome oder Rezidive aus traumatischen Erfahrungen (Schlafstörungen)
- Lebenslange psychopathologische Symptome können sich spontan mildern, bessere soziale Anpassung, bei schlechter Lebensbilanz, aber auch „Despotismus“
- Annahme des eigenen Lebensweges, Auseinandersetzung mit dem Tod, Sinnerfahrung durch Transzendenz

Literatur

Allgemein und in longitudinaler Perspektive:

Baltes, P.B. (1979): Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Stuttgart: Klett.

Berk, L.E. (2004): Entwicklungspsychologie. München: Pearson Studium.

Egle, U.T. (2015): Gesundheitliche Langzeitfolgen psychisch traumatisierender und emotional deprivierender Entwicklungsbedingungen in Kindheit und Jugend. In: Egle et al. (Hg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. Stuttgart: Schattauer, 24–39.

Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (2004): Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart: Schattauer.

Kegan, R. (1994): Die Entwicklungsstufen des Selbst. Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben. München: Kindt.

Keller, H. (1998): Lehrbuch Entwicklungspsychologie. Bern: Huber.

Oerter, R., Hagen, C.v., Röper, G., Noam, G. (1999): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz.

Oerter, R., Montada, L. (1995): Entwicklungspsychologie. München: Psychologie Verlags Union, 3. Aufl.

Petermann, F., Kusch, M., Niebank, K. (1998): Entwicklungspsychopathologie. Weinheim: Beltz.

Petermann, F., Niebank, K., Scheithauer, H. (2004): Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie, Genetik, Neurophysiologie. Berlin: Springer.

Röper, G., Hagen, C.v., Noam, G. (2001): Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer klinischen Entwicklungspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.

Schneider, W., Lindenberger, U. (2012): Entwicklungspsychologie. Weinheim: Beltz.

Zapotoczky, H.G., Fischhof, P.K. (1996): Handbuch der Gerontopsychiatrie. Wien: Springer.

Säuglingsalter und frühe Kindheit:

- Bischof-Köhler, D. (2000): Kinder auf Zeitreise. Theory of Mind, Zeitverständnis und Handlungsorganisation. Bern: Huber.
- Brisch, K.-H., Grossmann, K.E., Grossmann, K., Köhler, L. (2002): Bindung und seelische Entwicklung. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K.-H., Hellbrügge, T. (2015): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dornes, M. (1993): Der kompetente Säugling. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Dornes, M. (1997): Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Goswami, U. (2001): So denken Kinder. Einführung in die Psychologie der kognitiven Entwicklung. Bern: Huber.
- Largo, R. (1995): Babyjahre. Die frühkindliche Entwicklung aus biologischer Sicht. München: Piper.
- Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (2004): Regulationsstörungen in der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern: Huber.
- Petzold, H.G. (1993g): Psychotherapie und Babyforschung. Bd. I: Frühe Schädigungen – späte Folgen? Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1995): Psychotherapie und Babyforschung, Bd. II: Die Kraft liebevoller Blicke. Säuglingsbeobachtungen revolutionieren die Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
- Stern, D.N. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Zentner, M.R. (1993): Die Wiederentdeckung des Temperaments. Die Entwicklung des Kindes im Licht moderner Temperamentforschung und ihrer Anwendung. Paderborn: Junfermann.

Kindheit und Jugend:

- Bischof-Köhler, D. (2011): Soziale Entwicklung in Kindheit und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer.
- Eisenberg, N., Mussen, P.H. (1989): The Roots of Prosocial Behavior in Children. Cambridge: Cambridge UP.
- Fend, H. (1999): Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Opladen. UTB-Leske & Budrich.
- Flammer, A., Alsaker, F. (2002): Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Die Erschließung innerer und äußerer Welten im Jugendalter. Bern: Huber.
- Largo, R. (2000): Kinderjahre. Die Individualität des Kindes als erzieherische Herausforderung. München: Piper.
- Largo, R., Beglinger, M. (2009): Schülerjahre. Wie Kinder besser lernen. München: Piper.
- Largo, R., Czernin, M. (2013): Jugendjahre. Kinder durch die Pubertät begleiten. München: Piper.
- Osten, P. (2002a): Pubertät und Adoleszenz aus der Sicht der Klinischen Entwicklungspsychologie. Empirische Grundlagen der Psychotherapie. Teil 1: Die Pubertät. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychother. Med. Klin. Psych. (CIP-Medien) 7/1, 50–65.
- Osten, P. (2002b): Pubertät und Adoleszenz aus der Sicht der Klinischen Entwicklungspsychologie. Empirische Grundlagen der Psychotherapie. Teil 2: Die Adoleszenz. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychother. Med. Klin. Psych. (CIP-Medien) 7/1, 66–87.
- Zimmermann, P. (1994): Bindung im Jugendalter. Entwicklung und Umgang mit aktuellen Anforderungen. Universität Regensburg: Dissertation.

Erwachsenenalter:

- Faltermaier, T., Mayring, P., Saup, W., Strehmel, P. (1992): Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters. Stuttgart: Kohlhammer.
- Whitbourne, S., Weinstock, C. (1982): Die mittlere Lebensspanne. Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters. München: Urban und Schwarzenberg.

Alter und Senium:

- Heuft, G., Kruse, A., Radebold, H. (2000): Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. München: Reinhardt (UTB).
- Kruse, A. (2017): Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife. Berlin: Springer.
- Mietzel, G. (1997): Wege in die Entwicklungspsychologie, Bd. 2: Erwachsenenalter und Lebensende. Weinheim: PVU.

Checkliste 12

Heuristik zur *healthy functioning personality* (Buch S. 305ff.)

1. Feldfunktionen

- Allgemeine Lebenszufriedenheit; Lebensfreude und Wohlbefinden
- *Social trigger functions*: Attraktivität, Auftreten, Sympathie-/Ressourcenelaboration
- *Social orientation, relations & effort*: Beziehungsmuster, Altruismus, soziales Engagement, Verträglichkeit, Partizipativität, Umgang mit Andersheit, Geben und Annehmen von Unterstützung (soziale Ressourcen), Muster des sozialen Vergleichs
- Einstellung zu Bildung, Arbeit, Beruf und Leistungsorientierung
- Orientierungen im Bereich „Materielles und Besitz“
- Interessen (Kunst, Literatur, Natur, Politik), Potenziale und Talentbereiche
- Regulation familiärer Beziehungen
- Positive und negative Gewohnheiten, Funktionalität narrativer Skripts, Muster
- Kultur- und ethniespezifische Identitätsmerkmale
- *Attitudes on Life*: Glück, Natur, Freundschaft, Liebe, Sexualität, Familie, Ästhetik, Gesellschaft, Werte, Religion, Glaube, Moral, Leiden, Tod

2. Geschlechtsidentität

- Bewusstheit im Umgang mit der eigenen Geschlechtsleiblichkeit, Attraktivität
- Geschlechtersensible Rollenidentifikation und geschlechtersensibles Verhalten (Ich-Syntonität)
- Orientierungen und Verhalten in Liebe, Partnerschaftlichkeit, Familie
- Sexuelle Orientierung und Lebenspraxis (Ich-Syntonität)

3. Fähigkeiten

- Prägnanz von Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Allgemeine Kontakt-, Beziehungs- und Bindungsfähigkeit
- Empathiefähigkeit, Responsivität und soziale Verbundenheit
- Assertivität, Selbstaktualisierung (*leiblich, emotional, kognitiv, volitional, behavioral*)
- Konfliktfähigkeit: Diskursivität und Permeabilität, Differenzierungs- und Abgrenzungsfähigkeit, Umgang mit Aggression, Anpassungsfähigkeit
- Irenische Orientierung: Genussfähigkeit, Liebe, Sexualität
- Generierung persönlicher Werte- und Sinnstrukturen
- Weitere Resilienzen, Ressourcen und Potenziale

4. Emotion

- Allgemeiner Vitalitätsaffekt
- Allgemeine Dynamik und Regulation relational bezogener Emotionen
- Wahrnehmung, Differenziertheit und Expression von Emotionen
- Schwellendynamik von Erregung und Hemmung (Reiz- und Beruhigbarkeit)
- Ambiguitätstoleranz (*emotional, kognitiv, volitional und behavioral*)

5. Kognition

- Allgemeine mentale Offenheit
- Allgemeine und soziale Intelligenz
- Charakteristik des Denkens, der Reflexivität und Konnektivierungsfähigkeit
- Vorstellungskraft, Phantasie, Antizipations- und Prospektionsfähigkeit
- Memorationsfähigkeit und die Möglichkeit, zeitübergreifende Sinnzusammenhänge zu bilden
- Ausrichtung und Klarheit von Motivation, Wille und Intentionalität
- Muster der Attribution (*valuation, appraisal*), Ereignisverarbeitung
- Schemata, Überzeugungen, Werte, Präokkupationen, Kontrollüberzeugungen

6. Selbststeuerung

- Allgemeine Selbstaufmerksamkeit, Selbstfürsorglichkeit, eigenleibliches Spüren
- Affekt- und Emotionssteuerung
- Handlungsimpuls-Steuerung, Dynamik zwischen Impression, Resonanz, Expression
- Selbstaktualisierung; Raum, Grenzen und Positionen bilden und vertreten
- Stabilität und Permeabilität von Selbst- und Fremdrepräsentationen („*bei sich sein können*“ vs. *Tendenzen zu Projektionen und Übertragungen*)
- Steuerung von Attribution, Kontrollerwartungen und Selbstwirksamkeit
- Muster der Stressbewältigung (*Belastungsattribution, dynamische Regulation i.e.S.*)
- Gewissenhaftigkeit und soziale Verlässlichkeit
- Muster der Selbstwertregulation
- Motivation und Entwurf persönlicher prozessualer und ausgreifender Lebensziele

Checkliste 13

Die Ressourcen- und Resilienzanalyse (Buch S. 307ff.)

- *Anlagefaktoren*: temperamentäre Eigenschaften und deren Passung in Kindheit und Jugend, Interessen, Neigungen, Begabungen; Gesamt der psychophysischen Verfassung; Gesundheit und Stabilität, Familienanamnese
- *Körperliche Gesundheit*: somatische Akutintervention, Drogenentzug bei Suchterkrankungen, medikamentöse antidepressive/antipsychotische Behandlung (bei Suizidalität, Psychosen), Information über die Krankheit und ihre Heilungschancen; Hinweise auf Spezifitäten der Erkrankung, damit Patientinnen und Patienten ihre Symptome einordnen lernen; Aufarbeitung krankheitsspezifischer Körperwahrnehmung, Förderung positiver Körperwahrnehmung (begleitende sportive oder manuelle Behandlungen)
- *Existenzsicherung*: Wohnen und Leben, Beruf und Arbeit, materielle Sicherheit, juristische Probleme, administrative Beratung (bei sozialrechtlichen Ansprüchen), Krisenintervention und Fehlersuche bei Krisen, Planung und Zielbestimmung bei krisenhaften Verläufen, Support bei der Restitution
- *Psychische Stabilität*: psychosoziale Krisenintervention, Information und Hinweise auf Spezifitäten der Krankheit, Support bei Stress- und Konfliktbewältigung vor jeder regressiven Arbeit, lösungsorientiertes Arbeiten, Förderung von Kreativität und Erlebnisorientierung (*empowerment, enrichment, enlargement*), Förderung von Individuation (u.U. durch gezielte Nachsozialisation), Restituierung sozialer Beziehungen
- *Entwicklung und Sozialisation*: Exploration biografischer Ressourcen, Durchlaufen der Reifungs- und Entwicklungsaufgaben, biografische Ressourcen in Form von protektiven Beziehungen und deren Generalisierung (z.B. als Wert oder sinnstiftende Einstellung), erfolgreiche Bewältigung von Krisen; Resilienzbildung
- *Netzwerksicherung*: Partnerbindung bzw. Aktualsystem, Bindungen am Arbeitsplatz, Freundeskreis und Freizeitverhalten, Tagesstruktur, Bindungen zur Herkunftsfamilie, Koordinierung des Helfernetzwerkes, Vermittlung von Adressen und anderen Möglichkeiten in der Infrastruktur für den Aufbau eines tragfähigen Netzwerkes (prozessbegleitend)
- *Umgang mit Globalfaktoren*: Bewusstsein über die eigene Kohorten- und ethnische Kulturzugehörigkeit, mit ihren spezifischen Welt- und Lebensereignissen und deren Bedeutung (z.B. Werthaltungen) in Bezug auf die eigene Biografie; Repräsentation der Gefahren der „Risikogesellschaft“; kreative Anpassungssuche

Checkliste 14

Transgenerationale Identifikation: Familienanamnese (Buch S. 234ff., 255ff.)

1. Lebenskontext der Familie

- *Mikrokontext*: Lebens-, Bildungs- und sozioökonomischer Status, Größe der Familie, Viertel/Wohnung
- *Mesokontext*: Stadt/Land, Norm- und Wertesysteme („Schicht“), Beruf/Arbeit, soziale Einbindung
- *Makrokontext*: global, zeitepochal, kulturell, gesellschaftlich

2. Interaktions- und Kommunikationsformen der Familie

- *Familienatmosphäre* als Ganzes, Qualität der Nähe, Emotionalität, Intimität
- *Paarbindung der Eltern*: Qualität, Modus der Paarfindung, genderbezogene Stile, Kollusionen
- *Erziehungsstil*: Ordnung, Hierarchie, Führung, Regeln, Kontrolle, Affektregulation
- *Geschwistersubsystem*: Bindungsqualität, Rivalität, Differenzierung, Flexibilität der Koalitionen
- *Kommunikationsstil*: Mutualität, Partizipativität, Abgrenzungen, Anerkennung von Andersheit
- *Identitätsbildung und Morphogenese* im Lebenskontinuum (Entwicklung, Wachstum, Gender)
- *Sinnattraktoren*: *bewusst*: Klarheit von Wert-, Moral- und Normvorstellungen; ungeschriebene Gesetze; *unbewusst*: abgewehrte Trauer, ungelöste Konflikte, Tabus (ausgegrenzte Systemmitglieder, schwere Schicksalsereignisse usw.)

3. Diagnostische Kriterien

- *Netzwerkperspektive*: Eingebundensein der Familie in die sozioökologische Umgebung
- *Binneninteraktion*: z. B. autoritativ, Doublebind, Expressed Emotions, emotionale Ausbeutung, Verstrickung
- *Systemstabilität*: Vulnerabilität, Kohäsion, Permeabilität, Adaptabilität (Stressbewältigung, Stabilisatoren und Abwehrformen) nach innen und außen
- *Identifizierungen*: Indexprobleme, Parentifizierung, Stellvertretung, Ausgleich
- *Dysfunktionalität*: ängstlich („wir müssen uns zusammenrotten und gut aufpassen“), depressiv („wir alle haben schwer zu tragen“), zwanghaft („man muss nur alles richtig machen“), hysterisch-sensitiv („alles ist Emotion“), paranoid („die Welt ist schlecht und feindlich gesinnt“), dissozial („die anderen sind Schweine und wir haben das Recht, uns alles zu nehmen“), schizoid („wir haben nichts miteinander zu tun“), ambivalent-desorganisiert-instabil („nichts ist sicher“), narzisstisch („wir sind großartig und leisten Unendliches“), abhängig-asthenisch („wir müssen uns den anderen anpassen und uns fest aneinanderhalten“)

Checkliste 15

Transgenerationale Identifikation: Genogrammerstellung (Buch S. 234ff., 255ff.)

1. Genogrammstruktur

- Wie viele Geschwister sind es in der eigenen Reihe? Gestorbene Geschwister? (Abgänge, Totgeburten, verunglückte oder durch Krankheit umgekommene Kinder, ungeklärte Todesfälle) Früher Verlust von Eltern?
- Wie viele Geschwister waren es bei der Mutter, beim Vater? Hier gestorbene Geschwister? Mehrlingsschwangerschaften?
- Vorherige Partner bei Vater oder Mutter vor der Ehe/Partnerschaft bzw. Partnerinnen/Partner während deren Ehe/Partnerschaft? Halb- und Stiefgeschwister, Trennung/Scheidung, Adoption?
- Geschwister und weitere Besonderheiten bei den Großeltern beider Herkunftsfamilien?
- Krankheiten, Alkoholismus, Psychosen, Depressionen, Suizide?
- Verleugnung und Ausgrenzung von Familienmitgliedern, Inzest, Missbrauch, Verwahrlosung, Deprivation?
- Berufe, Berufswünsche und Realkarrieren der Eltern und Großeltern? (Differenzen?)
- Jeweilige Geburtsorte der Familienmitglieder bzw. Motive für das Weggehen von diesen?

2. Familienmythen und -tabuisierungen

- Welche besonderen Schicksalsereignisse gab es in der eigenen oder den beiden Herkunftsfamilien von Vater und Mutter? (Erzählungen, Familienmythen und Tabus)
- Ungeklärte Todesfälle in der Familie als Ganzes: natürliche, durch Krankheit, durch Gewalt, Fahrlässigkeit, Katastrophen?
- Beteiligung von Familienmitgliedern im Nationalsozialismus? Welche Funktionen? Kriegsversehrtheit, NS-Verbrechen, Gefangenschaft, ethnische und politische Verfolgung, Verschleppung?
- Opfer im Zusammenhang mit Pogromen, Menschenversuchen, Euthanasieprogrammen, Folterungen, Verschleppung und Tötung?
- Weitere Schicksale von Krieg, Flucht und Vertreibung, Verlust von Heimat und Gütern, Folter, Vergewaltigung, Plünderung, Bombenkeller, Trümmerstädte?
- Besitzstandsfragen, materielle Überschuldung (besonders, wenn ungeklärt)? Verluste, Armut, Verletzungen im Zusammenhang mit Erbfolge und Erblassung, Verschuldung, Armut?
- Schwere Krankheiten, psychische Störungen, Behinderungen in der Familie?
- Inzest, Gewalterfahrung, Missbrauch, Verwahrlosung, frühe Deprivation?
- Suizide, Unfälle, fahrlässige Tötungen, Mord, kriminelle Deviation, Inhaftierung?
- Kulturethnische Fragen und Spannungen, Emigration, Immigration (wenn die Eltern unterschiedlicher ethnischer Herkunft sind bzw. ein Elternteil die Heimat verlassen hat)?
- Andere und aktuelle Besonderheiten?

Checkliste 16

Die Behandlungsplanung (Buch S. 310ff.)

1. Indikation

- Behandelbarkeit der Störung
- Eignung der Patientin/des Patienten
- Möglichkeiten, Risiken und Grenzen
- Festsetzung der Therapiemodalität

2. Therapieziele

- Sammlung
- Validierung
- Hierarchisierung
- Intersubjektive Festlegung
- Prozessuale Anpassungen

3. Prognose

- Schwere der Erkrankung und Ausmaß der Behinderung am Lebensvollzug
- Funktionsanalyse der Erkrankung
- Problembewusstsein, Erfassung von Sinnzusammenhängen, Introspektion
- Ausmaß der Stabilität, Ressourcen und Bewältigungspotenziale
- Zu erwartende Stützung/Hemmung aus dem sozialen Umfeld
- Lage der Therapiemotivation und Verlässlichkeit bei der Patientin/beim Patienten

4. Interventionsplanung

- Körper und Krankheit: Fokalthematik
- Modalitäten (Psycho-, Sozio-, Lauftherapie)
- Wiederherstellung des Lebensweltbezugs
- Biografiearbeit
- Prävention/Gesundheitsverhalten
- Persönlichkeitsentwicklung

5. Kontrakt

- Information über Therapieform, Methoden und Wirkweisen der Behandlung
- Risiken und Nebenwirkungen der Therapie
- Ziel- und Inhaltskontrakt: Wünsche, Erwartungen, Notwendigkeiten aus der Sicht der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten
- Voraussichtliche Dauer der Therapie
- Klärung von formalen Ablaufaspekten: Rhythmus der Sitzungen, Absagevereinbarungen, Regelung bei Abbruch bzw. Beendigung

Checkliste 17

Formen der Arbeit mit dem Widerstand (Buch S. 268ff., 302f.)

- *Analyse*: Wogegen richtet sich der Widerstand? Was genau geschieht an dieser Schwelle?
- *Identifikation*: Psychotherapeutin/Psychotherapeut versucht, den Standpunkt der Klientin/des Klienten einzunehmen und den Widerstand *von innen heraus* zu verstehen, mitfühlendes Verstehen
- *Dialog*: Psychotherapeutin/Psychotherapeut versucht, akzeptierend mit dem Widerstandsgeschehen in Kontakt zu treten, damit es bewusst, erlebbar, erfahrbar werden kann, u.U. der Sinn oder die schädigende Wirkung deutlich wird
- *Probatorische Deutung*: Psychotherapeutin/Psychotherapeut versucht, der Klientin/dem Klienten die eigene Sichtweise darzulegen, welche Funktion der Widerstand im psychischen Gleichgewicht einnimmt; sucht die Evidenz in der Bewertung durch die Klientin/den Klienten
- *Forcieren*: Psychotherapeutin/Psychotherapeut arbeitet dezidiert gegen den Widerstand, verstärkt ihn, mobilisiert die Abwehrkräfte der Klientin/des Klienten, um Reaktanzen bewusst werden zu lassen, um Einsicht in Dysfunktionalität zu generieren
- *Therapeutischer Streit*: Psychotherapeutin/Psychotherapeut versucht, in einem den Kräften der Klientin/des Klienten angemessenen Streitgespräch, Argumente auszutauschen, die für eine Aufgabe des Widerstandes sprechen oder die Dysfunktionalität des Widerstands aufzeigen; Widerstand als Wegweiser zum subjektiven Bedeutungssystem
- *Unterlaufen*: Psychotherapeutin/Psychotherapeut versucht mit Humor, geschickter Überzeugungsarbeit, guten Argumenten, Arbeits-, Denk- und Fühlaufgaben sowie gezielten Provokationen die Klientin/den Klienten auf ‚eine andere Idee‘ zu bringen, die das Voranschreiten fördert; ethische Implikationen müssen dabei beachtet werden
- *Expression*: Psychotherapeutin/Psychotherapeut bietet verschiedene Techniken und kreative Medien an, die es ermöglichen, den Widerstand auszudrücken, z. B. Malen, Tonerde, szenisches Spiel mit Stühlen, Puppen, Figuren, Leibarbeit, Kraft- und Aggressionsausdruck etc.

Checkliste 18

Textbeispiele für die Abfassung einer Integrativen Diagnose (Buch S. 313ff.)

18.1 Personendaten

Ich berichte Ihnen über die 38-jährige, seit 15 Jahren verheiratete, in Vollzeit arbeitende Heilerziehungspflegerin Frau Anneliese Roth, die am 23.9.2015 zum psychotherapeutischen Erstinterview in meiner Praxis erschien.

18.2 Anlass der Therapieaufnahme, Überweisungsmodus

Die Kl. berichtet mit subjektiv hohem Leidensdruck über depressive Beschwerden, die seit 3 Jahren andauern, seit einem halben Jahr über ein diffuses Schmerzsyndrom in den Beinen, ohne medizinischen Befund. Anlass der Aufnahme sind außerdem seit Jahren anhaltende Erschöpfungszustände im Arbeitsbereich sowie Partnerschaftskonflikte. Frau Roth berichtet weiter über ihren Kinderwunsch, der in ihrer Ehe bislang unerfüllt blieb. Sie kommt auf Anraten einer Ärztin aus der Psychosomatischen Klinik (Name), in der sie 10 Wochen in stationärer Behandlung war. Dortige Diagnose: mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom, keine somatischen o. neurologischen Korrelate (F32.11, ICD-10).

18.3 Klassifikation

Im Textbeispiel wird hier eine in Abhebung zur Klinikdiagnose veränderte Diagnose notiert, die die aktuelle Exploration ergeben hat.

Achse 1: Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1, ICD-10); Undifferenzierte Somatisierungsstörung (V) (F45.1, ICD-10)

Achse 2: Die Primärpersönlichkeit trägt misstrauische, abhängige und depressive Züge (o. Code, weil nicht explizit krankheitswertig)

18.4 Psychopathologischer Befund

Die Kl. ist wach und in allen Qualitäten orientiert. Es bestehen diskrete Bewusstseinsengungen auf die körperlichen Symptome und die Konflikte in Arbeit und Partnerschaft. Sie berichtet von Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen am Arbeitsplatz; keine Gedächtnis- oder Erinnerungsstörungen. Das Denken ist eingeeengt auf negative Inhalte, die Kl. berichtet von nächtlichen Ruminationen. Im Bereich des Sprechens besteht formal Weitschweifigkeit, es bestehen keine inhaltlichen Störungen des Sprechens und der Sprache. Vom Antrieb her beschreibt die Kl. sich als antriebsarm, ist dabei aber innerlich angespannt und psychomotorisch unruhig. Vom Affekt her beschreibt die Kl. sich ängstlich und deprimiert, sie kennt aber auch Phasen dysphorischer Gereiztheit. Es bestehen schnelle Stimmungswechsel. Das Erleben von Freude und Wohlbefinden ist im Sinne einer Anhedonie herabgesetzt. Die Kl. klagt über irrationale Schuldgefühle und Befürchtungen, dass sie kinderlos bleiben wird. Keine inhaltlichen Denkstörungen oder Ich-Störungen, Wahrnehmungs- oder Sinnestäuschungen. Die Kl. verneint Probleme der Selbst- oder Fremdgefährdung. Aufgrund sexueller Übergriffe besteht eine Störung der Geschlechtsidentität, die Kl. fühlt sich in erotischer Hinsicht hin und wieder ich-dyston zum gleichen Geschlecht hingezogen. Psychovegetativ klagt die Kl. über seit Jahren anhaltende Durchschlafstörungen mit Alpträumen. Sie spricht weiterhin über Veränderungen der Gesichtshaut i.S.v. Teleangiektasien, wegen derer sozialphobische Ängste bestehen (v. a. somatoforme Störung).

18.5 Lebens- und Realsituation

Die Kl. lebt trotz partnerschaftlicher Krisen in einer stabilen Beziehung zu ihrem Ehepartner. In gleichem Zuge vermeidet sie die Nähe wie die Bearbeitung der Konflikte. Zu ihrer Herkunftsfamilie pflegt sie intensive Kontakte, die zum Teil durch Nichtablösung von den elterlichen Beziehungen, vor allem zur Mutter, motiviert sind. Es besteht aber ein großer Freundeskreis im ländlichen Umfeld. Die Kl. klagt in beruflicher Hinsicht über Unterforderung und dass sie gerne studiert hätte, was ihr aus finanziellen Gründen untersagt blieb. Die Existenz ist dadurch aber nicht gefährdet, weil der Ehepartner für den Subsistenzerhalt sorgt (für die Kl. nicht konfliktfrei). Körperlich neben den Somatisierungsstörungen keine medizinischen Befunde, die psychische Stabilität und Verlässlichkeit ausreichend für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung. Außer ihrem Freundinnenkreis pflegt die Kl. keine extensiven Tätigkeiten und Interessen, die Prospektion ist eingeeengt auf die Beseitigung der depressiven und körperlichen Symptomatik. Im Sinne der Kohärenz praktiziert die Kl. den christlichen Glauben, der durch Krisenzeiten stabilisierend gewirkt hat.

18.6 Biografie, Entwicklung, Sozialisation

Die biografische Anamnese ergab bei körperlicher Normalentwicklung eine parentifizierte Bindung zur Mutter (depressive Störung) von Kindheit an sowie eine zwischen Idealisierung und Entwertung schwankende Bindung zum Vater. Eltern pflegten eine distanzierte Bindung mit unterdrückten Konflikten. Sexueller Missbrauch durch Vater (7.–8. Lj.) und weitere sexualisierte Übergriffserfahrungen aus dem sozialen Umfeld in der Pubertät. Abfall schulischer Leistungen nach der ersten Traumatisierung mit der Langzeitfolge eines unerfüllten Berufswunsches (wollte Sozialpädagogik studieren). Körperlich und psychisch normale Entwicklung in der Pubertät, allerdings schlechte Ablösung aus der mütterlichen Bindung (unbewusste Schuldgefühle). Es gibt zwei ältere Schwestern und einen jüngeren Bruder, die Schwestern zeigen beide psychische Auffälligkeiten. In der Familie herrschten starke leistungsorientierte Prägungen, die Kinder wurden stets getadelt und entwertet (HEE/high expressed emotions family). Traumatisierung in der Pubertät durch Suizid des Intimfreundes; mit 16 ungewollte Schwangerschaft mit Abbruch (damals ich-synton, gegenwärtig schuldhaftes Verarbeiten). Als biografische Ressource zeigte sich die stützende Bindung zur Großtante (prolongierter protektiver Faktor in der Kindheit) sowie eine starke religiöse Glaubensorientierung. Stabilisierung im Erwachsenenalter, hier keine weiteren Auffälligkeiten.

18.7 Ätiologie

Die Kl. berichtet von depressiven Symptomen seit 3 Jahren, von anhaltender Erschöpfung seit ca. 10 Jahren. Als Auslöser der akuten Symptomatik zeigen sich partnerschaftliche Konflikte mit nicht erfülltem Kinderwunsch, unter dem die Dynamik chronifizierter Traumafolgestörungen (Selbstwertkonflikte, Somatisierung, Erschöpfungszustände) dekompenzierte.

In ihrer subjektiven Krankheitstheorie attribuiert die Kl. biografische, psychosoziale Zusammenhänge hinsichtlich ihrer Diagnose. Es besteht ein unsicher-vermeidendes Bindungsmuster (mütterliche Depression, Parentifizierung). Daher eine longitudinale Störung von Geburt bis in die späte Kindheit (Ebene 1: Defizite; Ebene 4: prolongierte Überforderung). Die konfliktreiche Partnerschaftssituation (Vermeidung) mit ihren launischen Durchbrüchen (Entwertungen) lässt an ein Expressed-Emotions-Familienklima denken (Ebene 2: spannungsreiche Störung; Ebene 6: konfliktbelastetes Umfeld). Bis zum Beginn der späten Kindheit gute Kompensation durch familiäre Ressourcen (Großtante). Mit sexueller Traumatisierung (Ebene 5) Depersonalisierungserfahrungen, Scham, sozialer Rückzug, Abfall schulischer Leistungen, in der Selbstregulation jedoch gut kompensiert durch Freundinnen und familiäre Ressourcen.

Destabilisierung in der Pubertät durch Suizid des ersten Freundes (Ebene 5), hier rückblickend Erstmanifestation der depressiven Symptomatik (agitiert, mit somatischem Syndrom). Die Schmerzzustände in den Beinen attribuiert die Kl. als „weglaufen wollen, aber nicht können“. Kl. beschreibt sich als innerlich unruhig (Hyperarousal). Konsolidierung der Belastungsdynamik bis ins frühe Erwachsenenalter über den Rückzug in die Religiosität einer Bibelgruppe (Vermeidung). Bindung und Heirat mit dem Partner bringt über Jahre Konsolidierung der psychischen Situation, bis ein Kinderwunsch entsteht, dem der Partner nicht entsprechen will (Ebene 2: Konflikt im Erwachsenenalter).

Im reaktualisierten Autonomiekonflikt (Parentifizierung mit Mutter) liegt die Auslöserdynamik für die Aktualstörung. Kl. glaubt, sich nicht durchsetzen zu können, und gibt ihren Kinderwunsch auf (Ebenen 2, 3 und 5: väterliches Introjekt/Täterintrojekt). Gleichzeitig treten Intrusionen (Somatisierung, Alpträume, Schlafstörungen) aus Ohnmachtserfahrungen des sexuellen Missbrauchs auf, die die depressive Symptomatik verstärken.

Die Schmerzsymptomatik in der Pubertät kann als primäre Konversion eingestuft werden, Wut (Vater) und Autonomieregungen (Mutter, Parentifizierung) wurden viele Jahre im Sinne einer Reaktionsbildung (Aufopferung für andere) verleugnet. Dadurch emotionelle und leibliche Entfremdung. Im Sinne eines zyklisch maladaptiven Beziehungsmusters (CMP) bietet sich die Kl. immer wieder zur Ausbeutung durch andere an und erlebt diese dann als undankbar. Durch Vermeidung der partnerschaftlichen Konflikte werden passiv Aggressionen ausgedrückt (sexuelle Verweigerung), die Störungsdynamik wird dabei aufrechterhalten.

Die Exploration ergab in der Probatorik noch keine transgenerationalen Korrelationen im Sinne von Weitergabe oder Identifikation. Unterordnung und Unterdrückung der Frau spielen in den zugrunde liegenden und aufrechterhaltenden Faktoren aber mit Sicherheit eine Rolle.

18.8 Persönlichkeit, Ressourcen, Resilienz

Trotz deutlicher biografischer Belastungen besitzt die Kl. ein hohes Niveau der Feldfunktionen (Arbeit, soziales Engagement, positive Einstellung zu Bildung, Religiosität, künstlerisch tätig). Sie ist sozialkritisch in Belangen der Stellung der Frau, vor allem im Beruf. Im Bereich sozialer Fähigkeiten dominieren trotz ängstlich-misstrauischer Züge auch Empathie, soziale Offenheit und emotionelle Zuwendung zu anderen. Die Kl. verfolgt starke

christliche Werteorientierungen, die sie stabilisieren. Sie verfügt über Kreativität und künstlerische Ausdrucksmöglichkeiten. Im Bereich der Selbststeuerung hohe Kontrolle, inzwischen auch Selbstfürsorge. Sie verhält sich in ihrem sozialen Umfeld gewissenhaft und verlässlich.

18.9 Behandlungsplanung

Ein biografisch aufdeckendes Verfahren ist aufgrund des Störungsbildes und der Klientenvariablen (Veränderungsmotivation, Introspektionsfähigkeit, psychosoziale Attribution) indiziert; die Therapiemotivation ist hoch. Die Kl. konnte in der Probatorik schnell Vertrauen fassen und findet in einer sich aufbauenden positiven Vaterübertragung Sicherheit, um sich auch mit ihren sensiblen Lebensthemen öffnen zu können. Die Prognostik ist von daher, bei wöchentlicher Frequenz und ca. 150 Therapiestunden über etwa 3 bis 4 Jahre verteilt, gut.

Kurzfristiges Therapieziel ist die Bearbeitung der partnerschaftlichen Konflikte, von denen die Streitigkeit in der Familiengründungsfrage mit Sicherheit der vorerst schärfste, aber nicht der einzige ist. Behaviorale Interventionen werden hier – mittelfristig – auch zu biografischen Autonomie-, Ablösungs- und Souveränitätsthemen führen. Die Förderung von Abgrenzung, eigenleiblichem Spüren, kreativem Ausdruck wird dann – langfristig – auch zur Bearbeitung der traumatischen Erfahrungen und der Traumafolgestörungen führen. Möglichkeiten antidepressiver Behandlung zu Beginn der Psychotherapie werden derzeit erwogen.