

# Neurosen

Neurosen sind – klinisch gesehen – Störungen der Erlebnis- und Konfliktverarbeitungen mit unterschiedlichem Erscheinungsbild (z.B. Verstimmung, Angst, Zwang, funktionelle Organbeschwerden).

Zu neurotischen Störungen kommt es, wenn das seelische Gleichgewicht gestört ist. Das seelische Gleichgewicht eines Menschen hängt von seiner Gesamtpersönlichkeit, seinen Umweltbeziehungen und den belastenden Ereignissen und Konflikten ab, die auf ihn zukommen und die er bewältigen muß. Die Persönlichkeit wird durch die bisherige Lebensgeschichte, besonders durch die Entwicklung in der frühen Kindheit, geprägt. Ob ein Erlebnis zum Konflikt wird, der das seelische Gleichgewicht so stark stört, daß daraus eine neurotische Symptomatik entsteht, hängt also im wesentlichen von der Persönlichkeit und ihrer Art und Weise ab, mit Belastungen und Konflikten umzugehen.

Kennzeichnend für neurotische Störungen sind besonders folgende Merkmale:

Der Kranke bleibt trotz seiner neurotischen Störung in vielen anderen Bereichen ungestört. Die Erfassung der Realität und der Realitätskontakt bleiben bis auf einen begrenzten Bereich intakt. Die Neurose wirkt sich am ehesten auf die zwischenmenschlichen Beziehungen, auf die Arbeits- Genuß- und Anpassungsfähigkeit aus. Der Neurotiker leidet selbst an seiner Störung und er leidet unter den zwischenmenschlichen Auswirkungen. Das subjektive Betroffensein, der Leidensdruck wird oft auch als wichtiges Charakteristikum der Neurose herausgestellt. Trotz dieses Leidensdruckes kann der Neurotiker seine Störung und Symptome aber nicht aufgeben. Beim Versuch sie zu unterdrücken kommt es zu innerer Spannung, Unruhe und Angst.

Von ihrer Entstehung her sind Neurosen mißglückte Konfliktlösungen oder mißlungene Verarbeitungsversuche von Erlebnissen. Wesentlich sind dabei folgende Merkmale:

1. Die neurotischen Konflikte sind innere Konflikte, oder sie werden nach innen verlagert (internalisiert). Diese Konflikte und ihre Verarbeitung sind unbewußt.
2. In der neurotischen Konfliktverarbeitung erfolgt ein Rückgriff auf frühkindliche Konflikte und Ängste, diese werden durch das auslösende Ereignis reaktualisiert.
3. Der Rückgriff auf frühkindliche Konflikte zeigt, daß sie früher ungelöst blieben, und daß der Neurotiker seinen infantilen Konflikten verhaftet geblieben ist: Fixierung. Die Vorgeschichte einer neurotischen Erkrankung reicht damit bis in die frühe Kindheitsentwicklung zurück.

## Konflikt:

Konflikte entstehen, wenn zwei Strebungen von wesentlicher Bedeutung widersprüchlich bzw. unvereinbar unter Entscheidungsdruck aufkommen. Die Konflikte entstehen zwischen Ich + Es, bzw. zwischen Über-Ich + Es. Es gibt Konflikte im Bereich von Haben und Besitzen, Nähe und Trennung. Autonomie und Abhängigkeit, Macht und Unterlegenheit, Aggressivität und Rivalität. Ein früher Konflikt ist z. B. die Versuchungssituation Naschen trotz Verbot, also dem Triebbedürfnis folgen gekoppelt mit Angst. Eine realistische Konfliktlösung wäre, zu warten bis die Schokolade gewährt wird.

Konflikte sind vielgestaltig, der Mensch kann sich etwas wünschen und gleichzeitig ablehnen z. B. Veränderungen seiner Lebensumstände bestimmter Vorteile wegen zu erstreben, sie aber gleichzeitig auch fürchten: *Appetenz-Aversions-Konflikt*

Konflikte die keine gegensätzlichen Strebungen haben, die an sich nicht widersprüchlich sind aber nicht gleichzeitig realisiert werden können, z. B. berufliches Leistungsstreben und familiäres Fürsorgebedürfnis nennt man *Appetenz-Appetenz-Konflikt*.

### **Konfliktverarbeitung:**

Konflikte und Frustrationen können situations- oder realitätsgerecht verarbeitet werden. Dann bleibt der Konflikt weitgehend bewußt und wird rational verarbeitet. Die widersprüchlichen Strebungen werden im Idealfall in das Gesamterleben integriert.

### **Frustration:**

Versagung vitaler Strebungen, Enttäuschung einer Erwartung durch äußere oder innere Bedingungen. Frustrationen pflegen Aggressionen gegen den Urheber auszulösen, z. B. gegen die Eltern, die durch Drohungen oder Bestrafungen die Wünsche des Kindes zurückweisen, was sich später durch Aggressionen gegen Vorgesetzte oder Instanzen wieder zeigen kann. Zur gesunden Entwicklung eines Menschen gehört, daß er Frustrationen ertragen bzw. bewältigen kann, eine Frustrationstoleranz auszubilden. Frustrationen können aber auch mit Resignation beantwortet werden, das begehrte Ziel wird aufgegeben. Zwischen Bewältigen und Aufgeben gibt es eine Menge kompromißhafte Verhaltensweisen.

### **Aggression:**

Aggression ist nicht nur Ausdruck des Machttriebes sondern i.w.S. Zeichen der Vitalität und das Strebens nach Eigenständigkeit und Selbstbehauptung im Zuge der Persönlichkeitentwicklung. Aggression hat verschiedene Wurzeln z.B. eine Möglichkeit wodurch Angst bewältigt werden kann. Aggression kann sich vielfältig äußern: offen, verdeckt, destruktiv, sublimiert, aktiv oder passiv. Frustrationen können nicht nur Aggressionen wecken, sondern auch Versuchungssituationen hervorrufen. Die Versuchung enthält den Anreiz ein Bedürfnis gegen innere Strebungen oder äußere Verbote zu befriedigen. Sie wird verstärkt, wenn eine Versagung vorausgegangen ist. Z.B. die kindliche sexuelle Betätigung stellt dann eine besonders starke Versuchung dar, wenn das Familienmilieu sie verbietet. Frühe Konflikte dieser Art können später in *Versuchungs-Versagungs-Situationen* reaktiviert werden.

## **Psychoanalytisches Phasenmodell**

### **Orale Phase: 1. – 2. Lebensjahr**

Libidinöse Erfahrung oral fokussiert. Vermittlung von Wärme, Geborgenheit, Sicherheit, „Urvertrauen“ in die Äußerung eigener Bedürfnisse.

Störungen während der oralen Phase:

- Selbstwertproblematik
- Störungen der Beziehungsfähigkeit

- Depressive Störungen
- Sucht
- Psychosomatische Störungen
- Sexualstörungen (Hingabestörung)

Entwicklung des Narzißmus:

Das Neugeborene ist ganz auf sich selbst bezogen, es nimmt sich selbst als Liebesobjekt wahr ( primärer Narzißmus ). Später haben die Eltern die gleiche emotionale Bedeutung, bei Zurückweisung kann die Zuwendung zu anderen Personen wieder zurückgenommen werden und dem eigenen Ich wieder zugeführt werden ( wenn andere mich nicht lieben, muß ich mich selbst lieben, sekundärer Narzißmus ). „Gesunder“ Narzißmus ist eine positive Einstellung zu sich selbst im Sinne eines stabilen Selbstwertgefühles. Pathologischer Narzißmus ist im Grunde Liebesunfähigkeit, kein Vertrauen in die eigene Kompetenz, Minderwertigkeitsgefühl, das Selbstwertgefühl wird von außen gesteuert.

### **Anale Phase: 2. – 3. Lebensjahr**

Libidinöse Erfahrung anal fokussiert. Autonomieentwicklung, Machterleben durch Hergeben oder Zurückhalten, Selbstbestimmung und Fremdbestimmung.

Störungen während der analen Phase:

- Zwanghafter Charakter, Pedanterie
- Machtwünsche
- Sparsamkeit, Geiz
- Rigidität
- Querulanz

### **Ödipale (phallische) Phase: 4. – 7. Lebensjahr**

Libidinöse Erfahrung genital fokussiert, Erleben der sexuellen Unterschiede, Lösung der ödipalen Konstellation, Identifizierung mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil, Relativierung der Liebe zum gegengeschlechtlichen Elternteil. Ambivalenz gegen die Eltern.

Störungen in der ödipalen Phase:

- Konversionssymptome
- Störungen der Geschlechtsidentität
- Phobien
- Ängste
- Sexualstörungen
- Ausgeprägtes Rivalisieren mit projektiven und verleugnenden Mechanismen

### **Latenzphase: 7. – 11. Lebensjahr**

Weiterentwicklung der Ich-Fähigkeiten, soziale Fertigkeiten, Wissenserwerb, Orientierung an Leitbildern. Störungsmöglichkeiten, besonders wenn schon die früheren Phasen konflikthaft durchlaufen wurden:

- Aggressivität
- Autoaggressives Verhalten
- Schulängste
- Konzentrationsmängel

### **Genitale Phase/Pubertät: 12. – 16. Lebensjahr**

Verstärktes Erleben des eigenen Selbst, der Triebwünsche, neue Idealbildungen, Autonomiebedürfnisse (Ablösung von den Eltern), Ausreifung der sexuellen Identität.

Störungsmöglichkeiten:

- Sexualängste
- Homosexualität
- Sado-masochistische Neigungen
- Schwere Selbstwertprobleme
- Anorexie
- Erste Suchtmanifestation

### **Instanzenlehre und Abwehrmechanismen**

3 Instanzen: „ ES, ICH, ÜBERICH „

ES                                   umfaßt die Gesamtheit der Triebe in nicht sozialisierter Form, Grundbedürfnisse (Lustprinzip)

ICH                                   koordinierende Funktion, hat eine Synthese in Form eines Kompromisses                   zwischen ES und ÜBERICH herzustellen (Realitätsprinzip)

ÜBERICH                           moralische und ethische Wertvorstellungen, sowie Idealbildungen (Gewissensinstanz)           gen

### **Abwehrmechanismen des ICH nach Anna Freud:**

1. Introjektion
2. Isolierung
3. Ungeschehen machen (oft mit Ritualen und Zwangshandlungen)
4. Wendung gegen die eigene Person
5. Reaktionsbildung
6. Verdrängung
7. Verleugnung
8. Projektion

## 9. Sublimierung

Die Abwehrmechanismen sind immer unbewußt.

# Krankheitsbilder

## **Depressive Neurose (neurotische Depression)**

Häufigste Neuroseform 5% - 8% der Bevölkerung.

Gekennzeichnet durch eine ängstliche und traurige Grundstimmung oft verbunden mit Antriebsmangel. Lustlosigkeit, Minderwertigkeitsgefühlen, Selbstvorwürfen und Suizidgedanken. Es kann zu Schlafstörungen, Appetitstörungen, Erschöpfung, Kopfdruck und anderen uncharakteristischen Körperbeschwerden kommen. Die differentialdiagnostische Abgrenzung gegenüber der endogenen Depression ist oft nicht leicht, allerdings fehlen meist die charakteristischen Vitalsymptome der endogenen Depression.

Tendenz zu wellenförmiger Chronifizierung

**Therapie:** verschiedene Formen der Psychotherapie, evtl. zeitweilig unterstützt durch Antidepressiva.

## **Angstneurose (generalisierte Angststörung)**

Bis zu 5% der Bevölkerung.

Vorherrschen der Angstsymptomatik (frei flottierende Ängste ggf. bis zur Panik gesteigert). Die Angst ist ungerichtet, d.h. nicht an eine bestimmte Situation oder Objekt gebunden. Es bestehen unrealistische Befürchtungen, motorische Spannung und vegetative Übererregbarkeit. Die Angst hält über einen längeren Zeitraum an und schwankt allenfalls in der Intensität. Die betroffene Person ist nicht in der Lage, sich länger als nur kurzfristig von den Ängsten abzulenken oder zu distanzieren.

Neigung zur Chronifizierung. Gefahr einer sekundären Suchtentwicklung zur Angstbekämpfung. Relativ häufig depressive Begleitver Stimmung.

**Therapie:** Verhaltenstherapie, Entspannungstraining (autogenes Training, progressive Muskelentspannung), analytische Psychotherapie.

## **Panikstörung**

2% -3% der Bevölkerung

Störungen mit wiederholten abgrenzbaren Panikattacken, die unerwartet und nicht situationsgebunden sind. Es entwickelt sich meist eine Erwartungsangst (Phobopobie). Die Störung ist regelmäßig mit intensiven vegetativen Symptomen verbunden. Die Panikstörung ist häufig kombiniert mit Agoraphobie. In fast allen Fällen kommt es zum Auftreten von Tachykardie, Hitzewallungen, Beklemmungsgefühlen, Atemnot und Zittern. Auch Ohnmachtsgefühle sind häufig. Die Dauer einer Panikattacke ist sehr unterschiedlich: 2-3 Min. bis einige Stunden.

**Therapie:** Verhaltenstherapie, analytische Psychotherapie, evtl. unterstützt durch pharmakologische Maßnahmen.

## **Phobische Neurose (phobische Störung)**

Bis zu 7% der Bevölkerung.

Die Angst ist ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte Situationen oder Objekte –außerhalb der betreffenden Person- gebunden, die gegenwärtig nicht gefährlich sind. In der Folge werden diese Situationen vermieden, Häufig bestehen gleichzeitig Depressionen. Beispiele: Agoraphobie, Klaustrophobie, Erytrophobie, Phobophobie, Zoophobie. Die phobischen Objekte können im Lauf der Zeit wechseln. In der letzten Zeit ist auch häufig eine AIDS-Phobie zu beobachten.

Die Herzphobie ist eine Sonderform, bei ihr steht die kardiale Symptomatik im Vordergrund begleitet von intensiver Angst. Die Störung ist von ausgeprägten vegetativen Symptomen (Blutdruckanstieg, Schweißausbruch, Schwindel, Druckgefühl im Thorax) begleitet. Auslösendes Moment ist häufig eine Herzerkrankung bei einer Person in der näheren Umgebung des Patienten.

Neben der Tendenz zur Chronifizierung sind auch Spontanremissionen möglich.

**Therapie:** Symptomorientierte Verhaltenstherapie (systematische Desensibilisierung), psychoanalytische Psychotherapie.

## **Soziale Phobie (Antropophobie)**

Ca. 3% - 5% der Bevölkerung.

Die Störung beginnt häufig schon im Jugendalter. Die phobischen Ängste zentrieren sich insbesondere auf Situationen, in denen sich der Patient der prüfenden Beobachtung durch andere Menschen ausgesetzt sieht. (z.B. Notwendigkeit in der Öffentlichkeit zu sprechen) Die Angst wird als unvernünftig empfunden und führt in der Regel zu ausgeprägtem Vermeidungsverhalten. Soziale Phobien sind häufig mit einem insgesamt niedrigem Selbstwertgefühl sowie Furcht vor jeglicher Kritik verbunden. Typische Symptome sind: Erröten, Vermeiden von Blickkontakt, Händezittern, Übelkeit und Drang zum Wasserlassen.

**Therapie:** supportive Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Entspannungsverfahren, psychoanalytische Therapie, auch gut in Gruppen geeignet.

## **Zwangsneurose**

Ca 1% - 2% der Bevölkerung.

Die Zwangsneurose wird geprägt durch Zwangsgedanken, Zwangsimpulse und Zwangshandlungen. Sie werden als unangemessen, unsinnig und ich-dyston erlebt. Beim Versuch sie zu unterlassen kommt es zu massiver Angst und innerer Spannung. Die Zwänge beanspruchen oft einen Großteil der Tageszeit. Man spricht auch von Anankasmus.

Zwangsneurose im Sinne der Reaktionsbildung als Abwehr einer frühen dissoziativen Störung oder Regressionsäquivalent (Abwehr einer späteren z.B. ödipalen Konstellation).

Die Prognose ist im allgemeinen ungünstig, auch in Therapien, da aggressiv- ungeduldig bis drängendes Gegenübertragungsphänomen möglich. Tendenz zur Chronifizierung und Ausbreitung.

**Therapie:** Verhaltenstherapie, psychoanalytische Therapie, ansonsten stützende Psychotherapie.

## **Hypochondrische Neurose (Hypochondrie)**

Ca. 0,5 – 1 % der Bevölkerung

Die Hypochondrie ist geprägt durch ängstliche Selbstbeobachtung des eigenen Körpers, objektiv unbegründeten Krankheitsbefürchtungen, sowie Schonung und Vermeidung von Gefährdungen des eigenen Körpers. Durch die ständige Selbstbeobachtung kommt es zu negativen Beeinflussungen, die dann zu funktionellen Störungen führen können. Die sozialen Beziehungen, sowie die berufliche Leistungsfähigkeit ist eingeschränkt, da die Betroffenen fast ausschließlich mit ihren Beschwerden beschäftigt sind. Es kommt häufig zu Chronifizierungen.

**Therapie:** Zunächst ausreichende somatische Abklärung. Der psychotherapeutische Zugang ist oft erschwert, da eine Krankheitseinsicht fehlt. Supportive Psychotherapie, verhaltenstherapeutische Ansätze.

## **Konversionsneurose (hysterische Neurose)**

Ca. 2,5 % der Bevölkerung

Bei der Konversionsneurose finden psychogene Störungen bzw. Konflikte ihren Niederschlag in somatischen Beschwerden. Die psychische Spannung wird sofort und unmittelbar in das Körpersymptom umgesetzt. Es handelt sich hierbei um funktionelle Ausfälle im sensiblen, sensorischen und motorischen Bereich. Der Appellcharakter der Störung ist meist nicht zu übersehen, er fordert Beachtung und Aufmerksamkeit und beeindruckt durch seine Dramatik. Es kommt oft zu einem Symptomwechsel, häufig ungünstiger Verlauf.

**Therapie:** Psychoanalytische Psychotherapie. Bei auffällig und theatralisch geschilderten Symptomen ist sowohl gleichbleibendes Interesse, aber auch Distanzierungsvermögen wichtig, damit der ursprüngliche Konflikt gehört, verstanden und übersetzt werden kann.

## **Borderline (Emotional instabile Persönlichkeitsstörung)**

Die Borderline-Störung ist vorwiegend durch eine Instabilität des eigenen Selbstbildes und der inneren Ziele gekennzeichnet. Die Instabilität zeigt sich hauptsächlich im emotionalen und zwischenmenschlichen Bereich. Es finden sich häufig potentiell selbstschädigendes Verhalten, wie z.B. verschwenderisches Einkaufen und übertriebenes Geldausgeben. Mißbrauch von psychotropen Substanzen, wahlloser Geschlechtsverkehr, Ladendiebstahl und anfallsweise Eßstörungen. Die zwischenmenschlichen Beziehungen zeichnen sich meist durch einen raschen Wechsel zwischen den beiden Extremen einer Überidealisierung und Abwertung der anderen Person aus. Bei ausgeprägten Störungen kommt es wiederholt zu Suiziddrohungen und Suizidversuchen. Diesen extremen Verhaltensweisen steht innerseelisch oft ein chronisches Gefühl der Leere oder Langeweile gegenüber.

Entwicklung in der oralen Phase, vor Entstehung des Ich-Ideals, wenn Väter nicht zur Verfügung stehen, und damit gute bzw. böse Introjekte (mütterlich) nicht durch Identifizierung mit dem die Befriedigung verheißenden (illusionär) Vater möglich ist. Konsequenz: Das Splitting bleibt bestehen.

**Therapie:** Supportive Psychotherapie, psychoanalytische Psychotherapie, wichtig ist, zu versuchen eine stabile therapeutische Beziehung zu den Patienten aufzubauen, um so den Zugang zu den Emotionen und inneren Repräsentanzen der Patienten zu schaffen.

## **Neurotisches Depersonalisationssyndrom**

Sehr selten.

Entfremdungserlebnisse, kein spezifisches Syndrom einer eigenen Neuroseform, sondern Begleitsyndrom bei bestimmten Neurosen (z.B. Angstneurose, Zwangsstörung). Oft auch im Zusammenhang mit epileptischen und schizophrenen Störungen.

**Therapie:** keine spezifische Psychotherapie, sondern Behandlung der Grunderkrankung.

## **Persönlichkeitsstörungen**

2 – 10 % der Bevölkerung

Personen mit einer extremen Ausprägung bestimmter Persönlichkeitsmerkmale, welche im Leben zu Störungen und Beeinträchtigungen führen. Es handelt sich dabei um überdauernde und situationsübergreifende Persönlichkeitseigenschaften. Die Persönlichkeitsstruktur ist unflexibel und wenig angepaßt. Bei weniger ausgeprägtem Störungsgrad spricht man von akzentuierten Persönlichkeitszügen.

### **Entstehung:**

Psychosoziale Bedingungen äußerst instabil und traumatisierend, so daß der Patient sich in eine rigid erscheinende Struktur rettet.

Genetische Faktoren werden diskutiert.

Erworbene Hirnschäden ( z.B. minimale cerebrale Dysfunktion).

Für den Verlauf und die Prognose gilt in etwa die Drittelregel (Toelle)

Ca. 1/3 ungünstiger Verlauf

Ca. 1/3 kompromißhafte Lebensbewältigung

Ca. 1/3 günstiger Verlauf

### **Therapie:**

Die Indikation zu den einzelnen Therapieverfahren ist von verschiedenen Kriterien abhängig, z.B. den situativen Gegebenheiten, dem Leidensdruck, Einsichtsfähigkeit und Motivation des Patienten. Überwiegend sollte sich der Therapeut anfänglich als Halt- bzw. Struktur vermittelnde Instanz verstehen um dem Patienten die Möglichkeit zur Aufgabe des Festhaltens seiner pathologischen Struktur zu geben, später dann „deutende“ Therapie. Die Prognose ist jedoch vorsichtiger zu sehen als bei Patienten mit Neurosen.

## **Erscheinungsbilder**

Querulatorische Persönlichkeit	Rechthaberei, unbelehrbar, überwertige Ideen
Depressive Persönlichkeit	gedrückte Grundstimmung, Antriebsarmut
Schizoide Persönlichkeit	Introvertiertheit, emotionale Kühle, distanziert

Paranoide Persönlichkeit	Mißtrauen, Argwohn, Kampf gegen verm. Unrecht
Asthenische Persönlichkeit	geringe Spannkraft, Gefühl von Schwäche
Hyperthyme Persönlichkeit	euphorische Grundstimmung, gesteigerte Aktivität
Sensitive Persönlichkeit	mangelndes Selbstvertrauen, starke Kränkbarkeit
Anankastische Persönlichkeit	Ordnungsliebe, Kontrollneigung, Gewissenhaftigkeit
Zyklothyme Persönlichkeit	Schwankungen zwischen hyperthym und depressiv
Hysterische Persönlichkeit	Geltungssucht, Labilität, unechtes Verhalten
Erregbare Persönlichkeit	explosive Ausbrüche von Ärger, Gewalttätigkeiten
Haltschwache Persönlichkeit	willensschwach, leicht verführbar
Gemütskalte Persönlichkeit	mangelndes Empfinden für Recht, Reue fehlt

Soziopathie muß davon unterschieden werden. Es liegen meist schwere Entwicklungs- und Sozialisationsdefizite vor, infolge schwer gestörter Umweltverhältnisse. Dissoziales Verhalten ist die verminderte Fähigkeit aus Fehlern zu lernen, kann bis zur schweren Kriminalität führen.

## **Abnorme Erlebnisreaktionen**

### **Akute Belastungsreaktion (Akute Krisenreaktion)**

Akute Belastungsreaktionen treten meist innerhalb von Minuten nach einem massiv traumatisierenden Ereignis (schwerer Unfall, Vergewaltigung, Naturkatastrophe u.ä.) auf.

Zunächst kommt es zu einem Zustand der „Betäubung“ mit eingeeengtem Bewußtsein, anschließend zu Depression, Angst, Überaktivität und sozialem Rückzug. Die Symptome wechseln rasch, es treten auch vegetative Symptome auf, wie z.B. Tachykardie, Schwitzen und Erröten. Nach einigen Stunden (maximal drei Tagen) ist die Störung abgeklungen.

### **Posttraumatische Belastungsstörung**

Posttraumatische Belastungsstörungen können auf wirklich außergewöhnliche Bedrohungssituationen oder Veränderungen katastrophalen Ausmaßes erfolgen (schwere Naturkatastrophen, Kampfhandlungen, Terroranschläge etc.). Der Beginn der Störung ist nach Wochen bis Monaten.

Die Störung ist durch drei Symptomkomplexe gekennzeichnet:

- Wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen, Träumen oder Alpträumen.
- Emotionaler und sozialer Rückzug mit Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Anhedonie (Verlust der Lebensfreude) und ausgeprägtem Vermeidungsverhalten Situationen gegenüber, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten.
- Zustand vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, übermäßiger Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit.

Folgen einer solchen Störung können übermäßiger Alkoholkonsum, Drogeneinnahme und auch Suizidalität sein.

## **Anpassungsstörung**

Die Belastung kann in dem Verlust enger Bezugspersonen bestehen. Auch gravierende Veränderungen der sozialen Umgebung (Emigration, Flucht) können die Anpassungsstörung verursachen. Innerhalb eines Monats kommt es zu depressiver Verstimmung, Angst, andauernder Besorgnis, Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit, evtl. auch zu sozial destruktivem Verhalten.

## **Abnorme Trauerreaktion**

Reaktion auf Todesfälle.

Trauer- oder Trennungsarbeit kann nicht geleistet werden (z.B. ungelöste symbiotische Bindungen, ambivalente Einstellung), nicht bewältigte Schuldproblematik z.B. in früherer Kindheit, die durch das Trauma im Hier und Jetzt reaktiviert wird. Von abnormer Trauerreaktion spricht man, wenn die Störung länger als sechs Monate anhält. Die Patienten klagen über depressive Stimmungen kombiniert mit Angst und zum Teil vegetative Begleiterscheinungen.

## **Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung**

Nach lang andauernden extremen Belastungen (Konzentrationslager, Geiselhaft, Folter), kann es zu einer tiefgreifenden Veränderung der Persönlichkeitsstruktur kommen. Merkmale extremer Belastungen sind permanente Todesfurcht und absolute Entwürdigung der persönlichen Existenz. Die Persönlichkeitsänderung zeigt sich in einer vorher nicht bestehenden mißtrauischen oder gar feindlichen Haltung der Umgebung gegenüber, die meist zu einem sozialen Rückzug führt. Es kommt zu einem Gefühl von Leere oder Hoffnungslosigkeit sowie von Bedrohtsein und Entfremdung.

## **Primitivreaktion**

Einem auslösenden Erlebnis folgt ohne intrapsychische Verarbeitung die Reaktion. Es kommt unter starkem affektivem Druck zu Handlungen z.B. dranghaftem Fortlaufen (Fugue), Brandstiftung u.a. Meist Bewußtseinseingengung mit anschließender Amnesie.

**Therapie:** Sämtliche therapeutische Maßnahmen müssen auf der sorgfältigen Analyse des Einzelfalles unter besonderer Berücksichtigung aller Faktoren beruhen. psychotherapeutische Verfahren stehen im Vordergrund der Maßnahmen (Krisenintervention, supportive Therapie, meist Einzeltherapien). Ziel der psychotherapeutischen Intervention wird es in Regel sein, eine bessere Anpassungsfähigkeit zu erreichen. Bei posttraumatischen Belastungsstörungen kann eine Therapie evtl. über viele Jahre nötig sein. Soziotherapeutische Maßnahmen und suggestive Entspannungsverfahren können ebenfalls hilfreich sein. Bei akuten Erregungszuständen können Neuroleptika, bei schweren Depressionen Antidepressiva gegeben werden.