# Persönlichkeitsstrukturtest

## PST

Hans Georg Fellecke

Manual

Diagnosen

## Vorwort

Der vorliegende Test ist als Eingangsdiagnostikum **a.** zur stationären Langzeitrehabilitation männlicher Alkoholkranker und **b.** zur ambulanten Psychotherapie männlicher und weiblicher Patienten bezüglich der verschiedenen psychologischen Diagnosen nach der ICD 10 konzipiert und eingesetzt worden. Der Test wurde jeweils zu Beginn der Behandlung bzw. während der probatorischen Sitzungen vorgelegt. Damit konnte der behandelnde Psychologe sich einen schnellen Überblick verschaffen, **a.** wie die Alkoholkranken ihr Trinkverhalten und -erleben entworfen haben und **b.** in welchen Persönlichkeitsstrukturen die verschiedenen psychischen Störungen der Patienten verankert waren.

Das Untersuchungsverfahren eignet sich sowohl nur für die Bestimmung der Persönlichkeitsstruktur als auch für Patienten mit den unterschiedlichen Suchtformen. Die Arbeit mit Alkoholkranken hat eine längere und intensivere Erfahrungszeit. Diese Erfahrungen können mutatis mutandis auf andere Suchterkrankungen übertragen werden.

Der psychologische Behandler erkennt in wenigen Minuten den Grundriss **a.** der Trinkstruktur wie sonstiger Suchtstrukturen und **b.** den der psychischen Störungen.

Da auch in der psychologischen Behandlung heute „Zeit ist Geld“ bedeutet, kommt einem grundlegenden „Schnelltest“ eine hohe Bedeutung zu, zeitökonomisch in Diagnostik und Therapie zu arbeiten und dennoch leistungsfähig zu sein.

Dieses Verfahren kann als Einzel- oder auch als Gruppentest eingesetzt werden. Bei einer Gruppe sollte der Testleiter darauf achten, dass die Probanden gegenseitig ihre Einzeichnungen vorenthalten.

## Psychologische Voraussetzungen

Die Testvorlage geht formal von der Feldab- und unabhängigkeit nach WITKIN und BERRY aus. Die Interpretation der Testergebnisse erfolgt jedoch formal nach den Persönlichkeitstypen FR. RIEMANNS. In dem vorliegenden Persönlichkeitsstrukturtest sind jedoch Persönlichkeitsstrukturen als in der

Gefühlswelt tief verwurzelt gedacht und bilden eine personenbezogenes Existenzmodell. Diese Strukturen konstituieren die gesamte Palette der Verhaltens- und Erlebensweisen (siehe dazu FELLECKE, Anobisität, Universalien Teil 2 Persönlichkeitseinstellungen; www.fellecke-ph-ps-th.de).

Die vier Persönlichkeitstypen Riemanns müssen um die fünfte Struktur Extroversion erweitert werden. Die Patienten mit dieser Struktur sind eher psychisch ausgeglichen und kommen deshalb in der Psychotherapie sehr selten vor. Deren psychischen Störung bzw. Alkoholabusus liegt eher in einem unten beschriebenen Persönlichkeitsteil vor.

Die vier Persönlichkeitstypen werden wie folgt schlagwortartig vorgestellt:

1. Introversion
   Die introvertierte Persönlichkeit befindet sich in einer manifesten Ich-Wendung, die zu einem Du eher blockiert ist.
2. Plaesionie (Plaesion – der Mitmensch, der Nächste, der Nachbar)
   Die Persönlichkeit in der Plaesionie ist vor einer starken Ich-Wendung in ihrer Ausrichtung auf ein Du zu offen.
3. Zwanghaftigkeit
   Der Zwanghafte scheut in seiner überdurchschnittlichen Selbstsicherheit, die zum Dogmatismus auch i.S. des Diktatorischen dem Du – aber auch sich selbst – gegenüber führt, die Gelassenheit.
4. Hysterie
   Der Hysteriker meint in seiner ausgeprägten Freiheit und Selbstdarstellung sich freuen können, übersieht jedoch die Möglichkeit einer selbstsicheren Konstanz.

Diese vier isolierten Grundtypen erscheinen in der Realität nur in unterschiedlicher Mischung; auch kombiniert mit der Extroversion.

## Testdarstellung

Auf zwei weissen DIN-A4-Blättern werden dem Probanden die Vorlagen gegeben. Beide Blätter sind formal folgendermassen vorbereitet:

Sie enthalten oberhalb des jeweiligen Blattes einen kleinen Kreis, in dem die Nummer der Folge eingetragen ist (1 bzw. 2). Rubriken zur Eintragung des Namens des Probanden und des Testdatums befinden sich unterhalb der Blätter. Am unteren Rand in der Mitte der Blätter ist ein Pfeil gezeichnet, der auf den Probanden zeigt.

Auf **Testblatt 1**, das im Querformat vorgelegt wird, ist ein Quader als gekippter Raum gezeichnet. Neben dem Raum befindet sich ein zum Blatt senkrecht gezeichneter Stuhl in Seitenansicht.

Auf **Testblatt 2**, das im Längsformat gegeben wird, ist ein gekipptes Quadrat gezeichnet.

Es empfiehlt sich, diese genannte Folge einzuhalten. Einfach strukturierte Probanden benötigen diese Folge „konkret“ (Testbogen 1) zu „abstrakt“ (Testbogen 2).

Im Gegensatz zu Witkin und Berry konnte festgestellt werden, dass es Mischtypen hinsichtlich Feldab- und –unabhängig gibt. Deshalb musste sowohl mit einem zweiten Testblatt das Verfahren erweitert als auch eine andere psychologische Interpretation zu deren sonst einfachen genialen Vorlage genommen werden.

## Testanweisungen

Vor der Durchführung des eigentlichen Tests ist darauf zu achten, dass der Proband die Möglichkeit erhält, vor einer geraden Tischplatte (Ein runder Tisch ist zu vermeiden!) zu sitzen. Die Testbögen sind parallel zur Tischkante zu legen und mit dieser abzuschliessen, so dass die Pfeile an den unteren Seiten der Bögen auf die Bauchmitte des Probanden zeigen; d.h. Umbilicus und Testblätter müssen zueinander parallel geordnet sein.

Als Schreibmaterial kann der Proband einen Bleistift benützen. Bleistifte sind vorteilhaft, Druckstärke oder –schwäche feststellen zu können.

Der Testleiter muss beobachten, dass der Proband das Testblatt gemäss seiner Anweisungen liegen lässt.

Zur verbalen Testanweisung:

**Testblatt 1**

a. Richten Sie bitte den Testbogen so aus, dass die untere Kante des Bogens mit der Tischkante abschliesst und der Pfeil auf die Mitte Ihres Bauchs gerichtet ist. Das Blatt muss so liegen bleiben.
   **Oder:** Ich lege Ihnen den Testbogen so vor, dass er mit der Tischkannte abschliesst und auch so liegen bleiben muss. Der Pfeil zeigt auf Ihren Bauch / Bauchnabel.
b. Zeichnen Sie bitte in den geometrischen Raum den Stuhl ein, den Sie rechts neben dem Raum sehen. Sie haben zwei Grundmöglichkeiten, den Stuhl einzuzeichnen. Eine davon sollen Sie wählen.
   Bei einfach strukturierten Patienten kann der Testleiter folgendermassen beginnen: Der gezeichnete Raum auf dem Testblatt ist Ihr Wohnzimmer oder Ihre Küche zu Hause; danach Anweisung **b**.

**Testblatt 2**

a. Wiederholung der Anweisung vom Testblatt 1
b. Zeichnen Sie bitte in die geometrische Form (oder Quadrat) eine Gerade (gerade Linie) ein. Auch hier haben Sie zwei Grundmöglichkeiten, eine Gerade (gerade Linie) einzuzeichnen. Eine davon sollen Sie wählen.

## Testzeit

Die Testzeit ist bei beiden Blättern insgesamt auf maximal 4 bis 6 Minuten begrenzt.

Wenn der Proband allzu lange überlegt, soll er angehalten werden, sich für eine der beiden Grundmöglichkeiten zu entscheiden.

## Mögliche Testausschlüsse

1. Der Vorab-Ausschluss
   Es ist möglich, dass Bauzeichner und Probanden mit beruflichen Kenntnissen oder Interesse für technisches Zeichnen frei von der Spontanität ausgehen, sondern ihren Wissenstand bei der Einzeichnung leiten lassen. Diese Gruppe kann aus der Testdurchführung herausgenommen werden.
2. Der Nachher-Ausschluss
   Die Erfahrung hat gezeigt, dass auch die o.g. Gruppe durchaus in der Lage sein kann, die gewünschte Einzeichnung spontan vorzunehmen. In der Nachbesprechung („Was war Ihr Leitmotiv während der Einzeichnung?“) und bzw. oder während der Interpretation der Testergebnisse mit dem Probanden stellt sich das leitende Motiv heraus. Gegebenenfalls sind Testergebnisse diagnostisch wie therapeutisch verwertbar.

## Die zu erwartenden Testergebnisse

Prinzipiell durchläuft der Proband bei den Vorlagen der Testblätter zweimal den gleichen Test.

Die Erfahrung mit diesem Verfahren hat gezeigt, dass sie Wiederholung mit einem zweiten Testblatt einerseits die verschiedenen Aspekte der Persönlichkeitsstruktur oder in ihr einen einheitlichen Schwerpunkt erfasst, andererseits aber auch die psychische Entwicklung, die zu dem Krankheitsbild geführt hat, nachgezeichnet werden kann.

Anders bei Witkin und Berry: Sie stellen Feldab- und –unabhängigkeit einander gegenüber. Die verschiedenen Aspekte der Persönlichkeit werden damit von vornherein ausgeschlossen.

## Grundmöglichkeiten der Einzeichnungen

**Testblatt 1**

**Entweder wird**

der Stuhl dem gekippten Raum folgend entsprechend eingefügt = **A**

**oder**

aus der Sicht (Ausrichtung des Körpers zu dem Testblatt) des Probanden wie die Stuhlvorlage waagerecht (also vom Raum her gesehen gekippt) oder liegend eingezeichnet = **B**.

Auf dem **Testblatt 2** geschieht das Gleiche:

**Entweder** nimmt der Proband

eine Parallelverschiebung einer Seite des Quadrats vor = **A**

**oder**

er zeichnet zu sich selbst eine Senkrechte oder Waagegerechte ein = **B**.

## Abweichungen

Neben diesen beiden Grundmöglichkeiten (**A; B**) sind verschiedene abweichende Einzeichnungen möglich. Nach der Erfahrung mit diesem Test gibt es immer wieder aussergewöhnliche – einmalige – Deviationen.

Zum **Testbogen 1**

Der eingezeichnete Stuhl (oder Teile, z.B. die Lehne oder der Sitz) hat mehr als 30 Grad **entweder** eine Tendenz zu der Grundmöglichkeit A = **TA**

**oder**

zu der Grundmöglichkeit B = **TB**

Der Stuhl wird **entweder** um mehr als ein Drittel der Grösse seiner Vorlage vergrössert = **GA** oder **GB**

**oder**

um mehr als ein Drittel der Grösse seiner Vorlage verkleinert = **KA** bzw. **KB**;

gestrichelt gezeichnet = **SA** bzw. **SB**;

mit einem Doppelstrich (und zusätzlich zwischen den Doppelstrichen ausgemalt) gezeichnet = **DA** bzw. **DB**;

hinsichtlich der Druckstärke bzw. der Druckschwäche =

**StA** bzw. **StB**; **SchA** bzw. **SchB**.

Die Druckstärke lässt sich am besten von der Rückseite des Testblattes erkennen. In der Druckschwäche ist der Stift nur so „über das Papier geflogen".

Zum **Testbogen 2**

Die eingezeichnete Gerade hat mehr als 30 Grad eine Tendenz **entweder** zu der Grundmöglichkeit A = **TA**

**oder**

zu der Grundmöglichkeit B = **TB**.

Die Gerade wird

Mehr als um ein Drittel ihrer möglichen Länge gemäss dem vorgegebenen Quadrat verändert:

Verlängerung (über das Quadrat hinaus nach oben wie nach unten oder nur nach oben oder nur nach unten) = **LA** oder **LB**;

Verkürzung (auch in eine der vier Ecken gezeichnet) = **KA** oder **KB**;

gestrichelt gezeichnet: **SA** bzw. **SB**;

hinsichtlich der Druckstärke: **StA** bzw. **StB**

bzw. der Druckschwäche: **SchA** bzw. **SchB**.

## Andere Möglichkeiten der Einzeichnung

Die Einzeichnungen können sehr variabel gestaltet werden. Die Probanden können in erster Linie auf dem Testblatt 1 sehr erfinderisch sein. Im Lauf der Erfahrungsjahre mit diesem Test können einmalige Einzeichnungen vorkommen. Jedoch sind alle interpretierbar.

Der Stuhl wird ausserhalb des Raums gezeichnet, auch mit Rädern unter den Stuhlfüssen kombiniert mit einem Pfeil in Richtung Raum. Der Stuhl wird dreidimensional gezeichnet. Die Rückenlehne wird stark gebogen dargeboten.

Bei diesen vielfältigen Varianten kann jeder Testleiter bzw. –interpret Kürzel der Testniederschriften entwickeln.

Mehrere Kombinationen der Kürzel der Grundmöglichkeiten, der Abweichungen und individuellen Möglichkeiten können sich ergeben.

## Interpretationsvorschläge

Die Durchschaubarkeit des Untersuchungsverfahrens durch die Patienten war absolut ausgeschlossen. In einem Nachgespräch mit dem Patienten kann zunächst eine Grobabstimmung zur Persönlichkeitsstruktur exploriert werden. In wenigen Minuten kann diese erfasst werden.

Mit diesem Überblick kann eine Feinabstimmung hinsichtlich des differenzierten Krankheitsbildes und des Therapievorschlags vorgenommen werden.

Im Gesamtverlauf der Therapie ergeben sich weiterhin minutiöse Einzelheiten.

Die eingangs ermittelte Grobabstimmung hielt sich auch in der Feinabstimmung durch.

Da der Test im Laufe der Jahre zunächst in der Langzeitrehabilitation männlicher Alkoholkranker und anschliessend in der ambulanten Psychotherapie mit den verschiedenen Störungsbildern eingesetzt wurde, werden die Testinterpretationen entsprechend dieser Reihenfolge vorgestellt.

## Stationäre Rehabilitation männlicher Alkoholkranker

Liegen auf beiden Testblättern Ergebnisse **A** vor, hat der Patient ausschliesslich Alkohol gesellig getrunken, bei **B** liegt die Alkoholeinnahme ausschliesslich isoliert vor.

Die Testergebnisse **A und B** – egal in welcher Reihenfolge auf den Testblättern – weisen auf einen Mischtyp von geselligem und isoliertem Trinkverhalten hin.

Weitere Gruppen von Patienten gaben ausschliesslich geselliges oder isoliertes Trinkverhalten an, obwohl sie als Testergebnisse **A und B** zeigten.

Genaueres Diagnostizieren zeigte jedoch die Richtigkeit der Testergebnisse:

1. innere Isolation bei äusserer Geselligkeit (eher passive Gesprächsteilnahme, reaktive nur bei Ansprache oder kurzzeitig aktive zu den nahe sitzenden Tischnachbarn);
2. fast ausschliesslich isolierte Alkoholeinnahme, während Geselligkeit weitgehend alkoholisch (z.B. aus gesellschaftlichen oder beruflichen Gründen) frei sein konnte bzw. durfte;
3. geselliges Trinken war (aus Gründen s. Pkt. 2.) vorherrschend, isolierte Einnahme musste weitgehend zurückgestellt werden;

4. biografischer Aufriss: in der mittleren bis späteren Adoleszenz gesellige Einnahme, während der kritischen bis Anfang der chronischen Phase der Alkoholerkrankung beide Trinkarten nebeneinander, danach jedoch isoliertes Trinken. (Hier wird meistens angegeben, dass so nur zuletzt getrunken worden sei).

Weitere Hinweise:

Dem Persönlichkeitstyp 1 können folgende Kürzel der Testergebnisse zugeordnet werden:

**Testblatt 1** und **2**

**B**, **KB**, **SchB**; aber auch **TA**, bei der Tendenz A **KA**, **SchA**;

Dem Typ 2: **A**; aber auch **TB**, bei der Tendenz B **KB**, **SchB**;

Typ 3: **A** oder **B**; aber auch **GA** oder **GB**, **StA** oder **StB**; möglich auch **DA** oder **DB**;

Typ 4: **A** oder **B**; aber auch **GA** oder **GB**, **SA** oder **SB**, **DA** oder **DB**; möglich auch **StA** oder **StB**; auf **Testblatt 2 LA** oder **LB**.

Zu dem Typ 4 – Hysteriker – gehören eher die aussergewöhnlichen Einzeichnungen.

Es sind pro Testbogen vielfältige Kombinationen möglich. Da der Test im Grund zweimal gegeben wird, erhöhen sich zusätzlich die Kombinationsmöglichkeiten. Sowohl eine diagnostische Feinabstimmung der Persönlichkeitsstruktur wird sichtbar, sondern auch die Entwicklung der Alkoholerkrankung kann deutlich gemacht werden. Entweder bleibt die Trinkstruktur in **A** oder **B** verhaftet, d.h. sie hält sich von der prodomalen bis zur chronischen Phase der Alkoholerkrankung durch, oder der Patient trinkt zunächst in der mittleren und späten Phase der Adoleszenz gesellig **A**, während er in der Chronifizierung der Krankheit um das 40. Lebensjahr isoliert trinkt **B**.

(Auch hier können wir gegen Witkin und Berry die Beobachtung machen, dass zu mindestens bei dem männlichen Alkoholismus eine gegenläufige Tendenz vorliegt und sich keine Feldabhängigkeit um das 40. Lebensjahr auszuprägen beginnt.)

Die diagnostischen Kürzel mit der Unterschrift des Auswerters können auf der Vorder- oder Rückseite des Testblattes vermerkt werden.

**Ambulante Psychotherapie**

**- einige Diagnosen -**

**Erschöpfungssyndrom**

**- zugeordnet zu Neurasthenie**

Das Erschöpfungssyndrom ist eine häufige psychologische Diagnose in der industriellen Leistungsgesellschaft. Davon können sowohl Arbeitnehmer bzw. –geber als auch Familienmütter betroffen werden.

Dieses Syndrom muss von der Diagnose Burnout abgegrenzt werden. Die Symptomketten der Störungsbilder sind bis auf eines gleich. Im Burnout gibt der Patient seine Ablehnung bzw. seinen Hass auf den ausgeübten Beruf an. Beruf an sich und Bedingungen am Arbeitsplatz stehen ausserhalb des Vergleichs. Patienten können ihren Beruf innerlich akzeptieren und lieben, jedoch lehnen sie die aktuelle Gestaltung ihres Arbeitsalltages ab. Arbeitsüberlastung, Umgang im Personalbereich oder / bzw. und Mobbing überfremden die Berufsausübung.

Entweder führen a. Leistungswille bzw. –bereitschaft **(B)** oder b. Forderung der Leistung von aussen **(A)** mit der entsprechenden Leistungserfüllung zum Erschöpfungssyndrom. Oft sind jedoch beide Momente a. und b. in Kombination die Ursache **(A; B)**. Alle Persönlichkeitstypen – der Extrovertierte, der eher dosierend operiert und deshalb unterdurchschnittlich in dieser Klientel vertreten ist, - können dieser Störung ihr „Opfer bringen“.

Die Einzeichnungen des Hysterikers können folgende Kürzel haben: **GA, GB, SA, SB, DA, DB, LA, LB;**

die des Zwanghaften: **StA, StB.**

Die Genese dieser Störung kann schon bis in die Zeit des Kindergartens zurückverfolgt werden. Selbst – wie Fremdforderungen in der Schule setzen sich in der Berufsausbildung bzw. im Studium fort. Überdurchschnittliche Mitarbeit im Beruf inklusive Ausrichtung auf Aufstiegsmöglichkeiten, Familiengründung mit dem daraus sich ergebenden familiären Engagement und der ehelichen Problematik, Hausbau auch in Eigenleistung miterbracht, Mitarbeit in gesellschaftlichen Organisationen wie Vereinen, Parteien, Ehrenämtern bauen langsam und frei von

Selbstbeobachtung, weil Freude an Leistung leitend ist, die folgenden möglichen Symptome auf:

gesteigerte Ermüdung nach körperlicher oder geistiger Tätigkeit, Leistungseinschränkung mit schneller Ermüdung nach geringen Anstrengungen, Muskelschmerzen bzw. –beschwerden, Schwindelgefühle, Spannungskopfschmerzen, Schlafstörungen, ausserhalb der Fähigkeit, sich körperlich oder / und psychischen zu entspannen, Reizbarkeit, Reizmagen.

Vor dieser eigenständigen psychologischen Diagnose hiess dieses Syndrom Erschöpfungsdepression.

Das hatte eine gewisse Berechtigung, da zu der jetzt selbstständigen psychologischen Diagnose immer auch noch depressive Symptome hinzugerechnet werden können:

z.B. Verminderung der Konzentration, der Aufmerksamkeit, der Sexualität (besonders bei Männern), des Appetits, des Körpergewichts.

Der Patient ist Glied der industriellen Leistungsgesellschaft und zusätzlich durch familiäre Erziehung und gesellschaftliche Indoktrination (!) aufgebaut worden. Diesen Einfluss hat er involviert, so dass er sich über die sichtbare Eigenleistung definiert. Dieser inzwischen säkularisierte Bestand ist eine Frucht des Protestantismus, verstärkt in seiner reformierten Strömung.

Die Identität der Leistungserbringer ist zurzeit individuell und gesellschaftlich fragwürdig und störanfällig geworden.

Kritische Warnungen von aussen, o.g. Ideologiekritik und selbstkritische Einsicht können jedoch zu einem ausgewogenen Verhältnis von psychischem, geistigem und körperlichem Einsatz und Leistungsdosierung führen.

**Psychogene Schmerzen (B)**

**- Somatisierungsstörung -**

Der klassische psychogene Schmerz durchläuft fast den gesamten Körper, beginnend vom Halswirbel entweder über die rechte oder die linke Körperseite mit den Extremitäten und so auch wieder auf dem Wege der gegenüberliegenden Körperseite zum Ausgangspunkt zurück; die eher dreimalige Wiederholung eingeschlossen. Dieser Verlauf während der psychologischen Behandlung – Diagnostik und Therapie – nimmt mehrere Wochen in Anspruch. Der sich verlagernde und Schmerzkreislauf tritt in abschwächender Intensität auf.

Sowohl die Verlagerung als auch die abschwächende Intensität des Schmerzes sind eindeutige Zeichen einer psychischen Ursache.

Daneben können auch psychogene Schmerzen vorgetragen werden, die nur einen Körperteil befallen, z.B. den unteren Kopfbereich, fast zunächst gleichbleibend auf einer Stelle auftretend, kann er im Laufe der Therapie seine Stelle leicht verlagern, was ein gewisser therapeutischer Erfolg ist.

Von den reinen psychogenen Schmerzen sind die kompliziert zu diagnostizierenden Fälle abzusetzen, die eine organische und eine psychische Wurzel haben. Die Differenz zwischen beiden Ursachen präzise zu diagnostizieren, dauert bis zu mehreren Monaten.

Währenddessen kann die Therapie jedoch mit Einschränkung schon laufen. Diagnose und Therapieverlauf bleiben zunächst variabel. Die Erfahrung hat jedoch gezeigt, dass auf der Grundlage des „Persönlichkeitsstrukturtests - PST“ die Weiterarbeit stets frei von gravierenden Änderungen war.

Denn der Aufbau einer ausreichenden Strategie der Verteidigung gegen beleidigende, aggressive, unterdrückende Mitmenschen, die nahe stehend und längerfristig bis dauernd die Umwelt der Patienten mit bildeten und bestimmten, fehlt. Sie musste grundlegend aufgebaut werden.

## Zusatz Schmerzkalender

Das Führen eines Schmerzkalenders kann einfach ausgeführt werden. Eine selbstgefertigte Tabelle für jeden Tag (Datum) mit einer Skala von 1 (geringer Schmerz; schmerzlos) bis 10 (starker Schmerz) mit Notizen des Tageserlebens am Rande des Blattes. Ein solches Blatt sollte etwa den Zeitraum von 14 Tagen umfassen. Die Schmerzintensität wird am Schluss eines jeden Tages mit einem Punkt versehen. Das wäre eine Zusammenfassung des Schmerzerlebens.

Entbehrt eine solche grobe Tageszusammenfassung der Präzision, empfiehlt sich, den Tag in Tagesabschnitten (Vormittag; Nachmittag; Abend) aufzuteilen.

Die Punkte werden bei vollständiger Ausfüllung eines Blattes miteinander verbunden. Somit wird eine Schmerzkurve erstellt, die Auskunft über den wechselhaften Verlauf und Ursache (siehe Randnotizen) des Schmerzes geben kann. Die zunächst starke Zickzackkurve wird durch den aufbauenden Behandlungsverlauf in eine gleichbleiben werdende Kurve überführt.

## Panikstörung (B)

## und generalisierte Angststörung (A; A,B)

Die beiden Angsterkrankungen sind in ihren Symptomatiken bis auf ein Kriterium identisch. Während in der Panikstörung es ausschliesslich um die eigene Person geht, richtet sich die Angst in der generalisierten Angststörung zusätzlich oder ausschliesslich auf eine nahe stehende Person.

In beiden Angsterkrankungen dreht sich die psychische Reaktion um Existenzfragen, die sich ausserhalb der eigenen Klarheit und Lösung befinden.

Diese Existenzfragen weisen auf konstiuierende Lebensbereiche hin, die a. eine erhebliche Störung bilden und deshalb ausserhalb der Akzeptanz bleiben sollen und b. jedoch in einer Zukunft, die auch kurzfristig eintreten kann, vorkommen können:

Krankheit ausserhalb von erfolgreichen Behandlungsmöglichkeiten, Sterben und Tod, innere / äussere Dauerisolation, während gravierender Arbeitslosenzahl auch

drohende Arbeitslosigkeit. Der letztgenannte Auslöser tritt meist nur zeitumgrenzt auf. Jedoch können gesicherte Finanzen, in der Regel spr. sicherer Arbeitsplatz, in einer industriellen Leistungsgesellschaft zu den Existenzkonstituentes gezählt werden.

Die möglichen Störungen dieser Konstituentes können auch auf die nahe stehende Person projiziert werden. Der Patient mit einer generalisierten Angststörung möchte das Verhältnis zu dieser nahen stehenden Person zu seinen eigenen Gunsten (!) von dieser Störung der Konstituentes frei halten.

Folgende Symptome können aufgebaut werden:

spontanes Herzklopfen bzw. Herzschmerzen, Brustschmerzen, Erstickungsgefühle, eine der Schwindelarten, Selbstentfremdungsgefühle, Konzentrationsminderung, Angst vor Wiederholung einer Attacke. Eine aktuelle Störung kann von wenigen Minuten bis zu Tagen dauern. Eine tagelange Attacke ist allerdings sehr selten. Zwischen den Attacken müssen kürzere oder längere angstfreie Zeiten liegen.

Diese Störung kann durch eine Lösung der o.g. Existenzfragen behoben werden:

a. z.B. löst sich die innere oder äussere Isolation durch eine aufgenommene Partnerschaft auf

oder

b. Akzeptanz drohender Möglichkeiten, auch derer, die eingeschlossen werden müssen wie Sterben und Tod.

**Noch eines:**

Die Psyche arbeitet mit uns über die Angst sehr präzise. Sie „legt den Finger genau in die Wunde“, die sie geheilt haben will. Eine Antwort auf die Angst setzt Lösung und Erweiterung der Persönlichkeit in eins. Für diese Angst darf der Psyche Dank gesagt werden.

**Selbstbeschädigung (Automutilation)**

**ausserhalb der Symptomatik der Borderlinestruktur**

**- ein exemplarischer Fall – (B)**

Dieser Text isoliert das Symptom Selbstbeschädigung von der Borderlinestörung, weil dieses Kennzeichen auch ausserhalb des genannten Störungsbildes diagnostiziert werden kann.

Die Automutilation kann somit als eine eigenständige Diagnose aufgefasst werden.

Jedenfalls kann die Selbstbeschädigung stufenweis von (fast) harmlosen Fingernägelkauen über Haarausraufen bis zum Suicid gesehen werden.

Die Mehrheit der Patienten mit Selbstbeschädigung geht gegen sich selbst schädigend einseitig vor, d.h. eher vom Erleben der Aggressionen, Überfremdung oder / und Zurückweisung der Aussenwelt. Der Aufbau einer notwendigen Gegenstruktur der Selbstbehauptung, der Verteidigung und / oder der Selbstachtung fehlt völlig. Diese Art von Selbstbeschädigung wird eher schmerzfrei und lustbetont erlebt; erst nach Behandlung der Wunde treten Schmerzen auf.

Selbstbeschädigung kann am Körper sichtbar, durch Kleidung verdeckt oder aber auch innerhalb des Körpers (körperinwendig: Abbeissen der Zungenspitze, Aufbeissen der Innenwände der Wangen, Zerstossen der Mittelhandknochen) nachweisbar sein. Auch kann sie vorgegebenermassen als sportliche Betätigung willentlich herbeigeführt werden. Ebenfalls kann eine sportliche Übung zunächst vorschriftsmässig ausgeführt werden, dann jedoch vorsätzlich eine Automutilation zur Folge haben (z.B. Liegestütze mit anschliessendem Aufschlagen der Stirn).
Kaschierung (Sportübungen; Kleidung) der vernarbten Körperstellen ist ein Symptom der Automutilation.

Die Selbstaggression zeigt eine reaktive Handlungsweise, die frei von adäquater und zielgerichteter Antwort gegen die Aggression, Überfremdung und / oder Zurückweisung der Aussenwelt ist.

**Dieser Text beschreibt folgenden exemplarischen Fall.**

Ein junger Patient hat sich mehr als 5 Jahre mit Glasscherben, Rasierklingen oder scharfen Trennmessern selbstbeschädigt. Jede Körperregion war entweder aufgeritzt oder aufgeschnitten. Seine Organisation konnte hoch eingestuft werden. Einen dieser genannten Gegenstände trug er stets bei sich, auch versteckt in einem seiner Turnschuhe. Sowohl einem aktuellen Erleben der Aussenwelt als auch einem präsentischen Nacherleben aus der Vergangenheit, das er emotional negativ einstufte, konnte er umgehend nach seiner routinemässigen Art begegnen.

Während dieser Automutilation war der Patient schmerzfrei und schaute lustbetont, ja orgastisch dem Blutablauf zu. Jedoch nach dieser Art der Selbstbeschädigung und Behandlung der Wunde traten stets Schmerzen auf. Die Wunden heilen relativ schnell.

Das Erleben der Aussenwelt, das er positiv einstufte, beantwortete er zunächst wie gewohnt. Aber jetzt traten gleich während der Selbstbeschädigung Schmerzen auf, die erst nach der Behandlung der Wunde langsam abklangen. Beim Blutverlust schaute er weg. Diese Reaktion war frei von der Lustbetonung (formal psychoanalytisch (sic!) ausgedrückt: unlustbetont).

Zusammengefasst heisst das, der Patient befand sich ausserhalb adäquater Reaktion sowohl bei negativem als auch bei positivem Erleben der Aussenwelt. Eine doppelseitige Reaktion ist seltener. Verteidigung wie Freude und Dankbarkeit gegenüber Mitmenschen waren ihm als adäquate Äusserungen fremd. Sein Verhältnis zur Aussenwelt war über das Niveau des technischen Alltagsablaufes hinaus massiv gestört.

Sein Selbstbeschädigungsverhalten hatte längst Suchtcharakter angenommen, denn dieses Verhalten hatte Folgen, die zum Symptomkreis jeder Suchtart gehören:

gescheiterte schulische und berufliche Ausbildungen, komplizierte familiäre Konstellation (im besagten Fall: Geburt eines Geschwisters im 12. Lebensjahr des Patienten und Erleben der Zurücksetzung, Beginn der Selbstbeschädigung), fehlender Aufbau eines Freundeskreises bzw. einer Partnerschaft. Weitere Merkmale dieses suchtartigen Störungsbildes folgten:

Diebstahl, Aufbrechen von Autos und Schwierigkeiten mit der Polizei.

Seine erfolgreichen kriminellen Taten und das Narren der Polizeibeamten, das er mit Freude berichtete, blieben von der Automutilation frei. Das war psychologisch gesehen folgerichtig, denn diese Taten drückten seine erfolgreiche Eigenständigkeit innerhalb dieses Handlungskreises aus. Hier fehlte ja ein direkter positiver oder negativer Einfluss von aussen auf ihn.

Die Einflussnahme von aussen, die über das Niveau des technischen Alltagsablaufes hinaus sowohl die negative als auch die positive Gefühlswelt erreichten, waren die Quellen der Störung für die selbstbeschädigende Reaktion.

In der psychischen Entwicklung dieses jungen Patienten fehlten die Aufbauten für adäquate Äusserungen auf negative wie positive Erlebnisse. Den Mitmenschen gegenüber Gegenwehr zeigen bzw. Freude oder Dankbarkeit äussern, waren ihm fremd geblieben. Die Erinnerung an derartige Reaktionen aus der Zeit vor der Geburt des Geschwisters war eine Tabula rasa.

Im Gegensatz zu einer reifen Persönlichkeit, die bei Trauer trauern, bei Freude sich freuen bzw. Dankbarkeit zeigen kann, sucht die Psyche einer Persönlichkeit, bei der der Reifegrad eigentlich erreicht sein müsste, einen Ausweg. Wenn bei einer reifen Persönlichkeit die Trauerarbeit abgeschlossen und die Freude bzw. Dankbarkeit gezeigt werden konnte, tritt die Psyche in ihren Ausgleich zurück.

Die Psyche sucht bei einer verzögerten Persönlichkeitsreife spontan einen Ausweg. Die psychologische Gleichung ist einfach:

Die Gefühlswelt strebt einen Ausgleich an, der bei belastenden Situationen lustbetont und bei freudigen Ereignissen schmerzbetont sein muss.

Aber warum geschah die Selbstbeschädigung bei positivem Erleben mit geringerer Häufigkeit und Zeitversetzung?

Die vielen gegenseitigen Koppelungen negative Aussenwelt – negative Sichtweise des Patienten konnten sich spontan äussern; darauf war er eher eingestellt. Die positiven Erlebnisse waren selten und für ihn überraschend.

Folgende Sequenz ergab sich: freudiges Erlebnis – Danke sagen unterbleibt, jedoch Pause mit introvertierter Freudeäusserungen (niemand hörte ihm zu) – danach Selbstbeschädigung mit spontaner Schmerzempfindung.

Der psychotherapeutische Aufbau sah angemessenes Verhalten vor: Verteidigung, Dank sagen und Freude äussern können.

(Im Vergleich zur suchtmässigen Alkoholeinnahme konnte Gleiches beobachtet werden. Auch hier konnte in den Explorationen der Alkoholkranken festgestellt werden, dass nach belastenden Situationen der Alkoholkonsum einen für den Patienten hohen Stand und damit eine gewisse Zufriedenheit erreicht wurde. Bei Alkoholkranken, die Freude als eine Belastung erlebten, wurde Gleiches beobachtet: Ihre Alkoholmenge wurde etwas niedriger gehalten und eine gewisse Traurigkeit trat ein. In beiden Erlebnisformen wurde der psychische Ausgleich wieder hergestellt.)

**Neurodermitis (A;B)**

**Schuppenflächte (A; B)**

Die Haut ist ein exzellenter, sensibler und spontaner bzw. auch zeitversetzter Indikator der Psyche.

Bei den o.g. Hautstörungen psychogener Art gehe ich von sozio-emotionalen Konflikten aus.

Wie bei psychogenen Schmerzen wird der Störungsherd der psychogenen Hautstörungsbilder im sozialen Bereich gefunden. Allerdings wurzelt die Ursache bei den psychogenen Schmerzen in der Unterdrückung durch die mitmenschliche Aussenwelt. Der psychische Fokus der Neurodermitis und Schuppenflechte liegt dort, wo sich die Erfüllung sozio-emotionaler Erwartung sich höchstens nur untergradig erfüllt hat. Aus dieser Quelle entwickelt sich dann die sozio-emotionale Enttäuschung, die sich psychosomatisch entweder neurodermitisch oder psoriatisch äussert.

**Ein postnataler Fall**

1. Neurodermitis kann auch sofort nach der Abnabelung eines Neugeborenen im Kontakt zu der ablehnenden Mutter entstehen.
   Vor der Aufnahme der Psychotherapie des mittlerweile jungen Mannes wurden die Ersatzmütter in der Person der Grossmutter sowie in der der Freundin gesucht. Beide Frauen bemühten sich unter entsprechender Dankbarkeit des Patienten, ihm das (sic!) Fehlende zu ersetzen. Bei seinem Nachholverlangen lief der junge Mann buchstäblich hinter einer dieser beiden Frauen wechselseitig hinterher. Die Intensität seiner permanenten Hautstörung äusserte sich unterschiedlich stark. Während eines zufälligen Blickkontaktes mit seiner leiblichen Mutter reagierte der Patient stark neurodermitisch.

**Ein weiterer Fall aus der Kindheit**

2. Die Mutter droht dem Kind im Vorschulalter mit einem Daueraufenthalt im Kinderheim. Praktiziert wurde dann in Abmilderung ein Kinderferienlager; für das Vorschulkind kein Unterschied. Neurodermitis begann nachweislich im 6. Lebensjahr. Nach dem Studium unterblieben Kontakte zur Mutter. Aber als erwachsener und verheirateter Mann fürchtete er sich grundlos (so die Aussage seiner Gattin) permanent, dass seine Ehefrau ihn verlassen könnte. Während einer Fahrt auf der Autobahn in Höhe des Wohnortes seiner Mutter, der aber räumlich weit entfernt lag, trat eine verstärkte neurodermitische Reaktion auf.

**Während der Adoleszenz**

3. Die Mutter und die Grossmutter werteten Vorstellungen und Wünsche des vorpubertierenden Mädchens negativ ab und drückten ihre eigenen Vorstellungen und Wünsche als die exklusiv richtigen durch. Dieser sozio-emotionale Konflikt wurde am Arbeitsplatz sowohl mit den Kollegen als auch mit dem Abteilungsleiter wiederholt erlebt. Eine Kündigung des

Arbeitsverhältnisses und eine gewisse Selbstständigkeit brachten zwar eine sozio-emotionale Entlastung jedoch keine Heilung der Schuppenflechte.
Der auffallende Beginn der Schuppenflechte setzte in der frühen Adoleszens ein.

**Im erwachsenen Alter**

4. Der 8-Jährige nimmt in der familiären Konstellation eine Randposition ein, die er durch sein kindliches Engagement verbessern möchte; der Erfolg blieb jedoch aus. Seine Schuppenflechte entwickelte sich erst in einer früh geschlossenen, jedoch enttäuschenden Ehe.
   Die Schuppenflechte wurde jahrelang ausschliesslich ambulant wie stationär hautärztlich versorgt. Bei sozio-emotionalen Konflikten trat sie jeweils verstärkt hervor. Eine Häufung und Kombination familiärer und beruflicher Zurückweisungen veranlasste den Patienten, eine Psychotherapie einzuleiten.

**Deutliche Spätfolge**

5. Neurodermitis entwickelt sich erst nach jahrelangem dauerhaften Stress bei hochgradigem und erfolgreichem Engagement im beruflichen Bereich mit einer gewünschten Anerkennung, die sich allerdings nur auf diesen sachlichen Einsatz bezog. Diese interaktive Sequenz entsprach der jahrzehntelangen Vorerfahrung exploriert vom Beginn der Schulzeit bis zur Aufnahme der Psychotherapie. Vorstellung und Wünsche, Erwartungen und Perspektiven für die künftige Berufslaufbahn verblieben streng verdeckt im isoliert-individuellen spielerischen Alltagsbereich.

**Therapeutischer Aufriss**

Reaktionen der Hautstörungen blieben aus, nachdem eine Besinnung auf sich selbst und eine Selbstbeheimatung (siehe www.fellecke-ph-ps-th.de unter „Zur Erweiterung der Feuerbachschen Projektion“) eingeleitet wurden.

Die Akzeptanz verborgener Wünsche und Vorstellungen, die entweder isoliert im Bewusstsein bzw. auch im Spiel „am Köcheln“ oder in einem akzeptierenden Umfeld gehalten wurden, konnten erstens in der Psychotherapie und zweitens in der nahen sozialen Umwelt verbalisiert, be- und geachtet bzw. auch angenommen werden.

# Testgruppen

## Zwei Testgruppen

In der **ersten Testgruppe** befanden sich von Juni 1994 bis Oktober 1997 411 männliche Alkoholkranke der Unter- und Mittelschicht zwischen dem 20. und 60. Lebensjahr (Durchschnittsalter 40; 3) in drei- bis sechsmonatlicher stationärer Rehabilitation und haben sich dem Test unterzogen. Davon konnten 378 Testpersonen der Kurzexploration voll zustimmen, während 33 Probanden nur eine Persönlichkeitsstruktur bestätigen wollten; rein rechnerisch waren es also 394,5 von 411 Patienten, die die Testergebnisse von ihrer Persönlichkeitsstruktur mit ihrem Trinkverhalten und -erleben und umgekehrt identifizieren konnten.

Die monatelangen Explorationen bestätigen ebenfalls diese Ergebnisse.

In der **zweiten Testgruppe** befanden sich aus der Unter- und Mittelschicht 426 Patienten – davon 178 männliche (41,8%) und 248 weibliche (58,2%) – in der ambulanten Psychotherapie nach deren Richtlinienverfahren der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie von Januar 1999 bis Dezember 2008. Das Durchschnittsalter betrug bei Therapieaufnahme insgesamt 40; 4 Jahre, bei den Männern 35; 7 und bei den Frauen 41; 7 Jahre. Die Altersspanne reichte bei den männlichen Patienten von 17; 2 Jahre bis 82; 5 Jahre, bei den weiblichen Patienten von 17; 6 Jahre bis 77; 11 Jahre (bei einer Wiederholung der Behandlung).

Die Störungsbilder dieser Klientel waren hinsichtlich der ICD 10 vielfältig; etwa: mittelgradige Depression, Erschöpfungssyndrom, Panikstörung – generalisierte Angststörung, Selbstbeschädigung im Rahmen der Borderlinestörung, Dysthymia, Agoraphobie, akute und posttraumatische Belastungsstörung, psychogene Schmerzen (Somatisierungsstörung), Essstörungen (Mager- und Fettsucht; Bulimie), Neurodermitis, Schuppenflechte, Alkoholsucht und Konsum illegaler Drogen.

In dieser Gruppe befanden sich auch Klienten, die im motorisierten Strassenverkehr den Führerschein verloren hatten und sich auf den Wiedererwerb (MPU) vorbereiten. Vorrangig lag Alkoholabusus in der kritischen bzw. chronischen Phase (nach JELINEK) vor. Die Klienten der chronischen Phase

unterzogen sich vor oder nach der Vorbereitung auf die MPU einer ambulanten Suchttherapie in derselben Praxis.

**Nachtrag:** Nicht nur das Trinkverhalten dieser Klientel sondern auch deren Fahrerpersönlichkeit konnte mit dem vorliegenden Test diagnostiziert werden.

Von den 426 getesteten Patienten konnten 394 dem Testergebnis voll zustimmen und 16 konnten nur eine Persönlichkeitsstruktur wiedererkennen; also 410.

In **beiden Gruppen** wurden im Laufe von 161 Monaten – 13; 4 Jahre – also insgesamt 837 Personen getestet.

**Validitäts-Quotient (VQ)**

1 Verfahren, 4 Persönlichkeitsstrukturen, 837 Probanden, 804,5 Probanden mit Zustimmung (1. Gruppe 394,5; 2. Gruppe 410)

$$1 - \frac{(837 \times 4) - (804{,}5 \times 4)}{837} = \mathrm{VQ}$$

$$1 - \frac{3348 - 3218}{837} = 0{,}85\ \mathrm{VQ}$$

Der untere VQ müsste bei 90% der Trefferquote liegen; also bei 753,3 Patienten.

$$1 - \frac{3348 - 3013{,}2}{837} = 0{,}60\ \mathrm{VQ}$$

Das Testergebnis mit 0,85 VQ liegt im mittleren validen Bereich.