

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

PSYCHOPATHOLOGIE 3

● *Psychiatrische Krankheitslehre 3: Störungen der Affektivität (Gefühlsstörungen)*

Störungen der Affektivität gehören zu den Kernproblemen des Gefühlslebens. Sie sind weit umfangreicher, komplexer und damit auch störanfälliger als die meisten anderen psychopathologischen Bereiche der Seelenheilkunde. Allein die Übersicht zur subjektiven Befindlichkeit, der Gefühlswelt ohne wesentliche Beeinträchtigung im Alltag, beweist die große Brandbreite dieser emotionalen Dimension. Im Detail geht es von den jedermann bekannten Gefühlen wie Misstrauen, Selbstüberschätzung oder Minderwertigkeitsgefühle über Ambivalenz und Ambitendenz, was auf Dauer schon sehr viel mehr Kraft kosten kann bis zu den ausgeprägten Gemütsstörungen wie Parathymie, Affektverarmung, Gefühl der Gefühllosigkeit u. a., von weiteren, meist nur fachlich relevanten Differenzierungen der Affektivität ganz abgesehen.

Bedeutsam sind auch die einzelnen Affekt-Syndrome (also mehr oder weniger zusammenpassenden Beschwerdebilder) wie depressives, manisches und schizoaffektives Syndrom, ganz zu schweigen von dem immer häufiger werdenden Angst-Syndromen von der Generalisierten Angststörung bis zu den Phobien, von den häufig dramatischen Panik-Attacken ganz zu schweigen. Bedeutsam auch das dysphorische und hypochondrische Syndrom mit erheblichen psychosozialen Konsequenzen im Alltag. Und die so genannten Primitiv-Reaktionen, das Hostilitäts-Syndrom, vor allem aber die posttraumatischen Verstimmungen.

Erwähnte Fachbegriffe:

Affektivität – Gefühl – Gefühlsstörungen – Stimmung – Gestimmtheit – Affekt – affektive Resonanz – Primär-Affekte – Zustandsgefühle – Befindlichkeiten – Vitalgefühle – Selbstwert-Erleben – Erlebnisgefühle – Zumute-Sein – Körpergefühle – Leibgefühle – Minderwertigkeitsgefühle – Selbstvorwürfe – Schuld-

gefühle – interpersonelle Gefühle – Misstrauen – Beziehungsgefühle – Selbst-
 überschätzung – Fremdheitsgefühle – Ambivalenz – Ambitendenz – Gefühls-
 Ambivalenz – intentionale Ambivalenz – intentionale Ambitendenz – intellektu-
 elle Ambivalenz – Parathymie – affektive Inadäquatheit – Affektverarmung –
 Affektarmut – Affekt-Modulation – affektive Schwingungsfähigkeit – emotionale
 affektive Ansprechbarkeit – emotionale Indifferenz – affektives Mitschwingen –
 Gefühl der Gefühllosigkeit – Gefühlsleere – Gemütsleere – Gefühlsöde – Ge-
 mütsverödung – Absterben der Gefühle – Affektstarre – Affektsteife – Affekt-
 Tenazität – Affekthaften – Affektlabilität – schneller Stimmungswechsel – af-
 fektive Ablenkbarkeit – Rührseligkeit – Affektinkontinenz – mangelnde Af-
 fektsteuerung – mangelhaft kontrollierbare Affekte – pathologisches Lachen –
 pathologisches Weinen – Zwangslachen – Zwangsweinen – Alexithymie –
 Mangel an Einfühlungsvermögen – Empathie – Hyperthymie – Affektiertheit –
 Affektstau – Affektsperre – Affekt-Stupor – psychische Analgesie – Anhedonie
 – Parhedonie – Negativismus – depressives Syndrom – manisches Syndrom –
 submanisches Syndrom – hypomanisches Syndrom – schizophrener Affekt-
 syndrom – Angst-Syndrom – Furcht – Ängstlichkeit – krankhafte Angst –
 Angststörung – Generalisierte Angststörung – Panikattacken – Panikstörung –
 Phobien – Zwangsbefürchtungen – Sozialphobie – spezifische Phobien –
 Angst bei Zwangsstörungen – Angst bei posttraumatischen Belastungsstörun-
 gen – Dysphorie – dysphorisches Syndrom – Poriomanie – hypochondrisches
 Syndrom – Nosophobie – hypochondrischer Wahn – zirkumskripte Hypo-
 chondrie – Herzphobie – Herzangst – Herzneurose – Herz-Hypochondrie –
 Neurozirkulatorische Asthenie – sympathiko-vasale Anfälle – Herzangst-
 Neurose – Kardiophobie – Effort-Syndrom – vago-vasale Anfälle – Primitiv-
 Reaktionen – überpersönliche Affekt-Reaktionen – Raptus – Emotions-Stupor
 – dauerhafte posttraumatische Verstimmungen – posttraumatische Belas-
 tungsreaktion – posttraumatische Belastungsstörung – akute Krisenreaktion –
 traumatische Neurose – Extrembelastungen – Hostilitäts-Syndrom – Aggressi-
 ons-Formen – u.a.m.

STÖRUNGEN DER AFFEKTIVITÄT (GEFÜHLSTÖRUNGEN)

Gefühle sind subjektive Befindlichkeiten. Sie sind an allen seelischen Vorgän-
 gen beteiligt und beeinflussen Wahrnehmung, Antrieb, Willen, Denken, Ge-
 dächtnis, Entschlüsse, Handlungen, Vorsätze usw. Oft sind sie mit vegetativen
 Symptomen verbunden.

In der Psychiatrie (und in der Allgemeinheit ohnehin) werden die Begriffe Ge-
 fühl, Affekt (vom lat.: affectus = gestimmt), Emotion (vom lat.: emovere = auf-
 wühlen), Stimmung usw. weitgehend bedeutungsgleich benutzt.

Früher, gelegentlich auch heute noch, wurden/werden sie jedoch unterschieden in

- *Stimmung oder Gestimmtheit*: Gefühlszustand, der über längere Zeiträume hinweg anhält. Er entsteht aus verschiedenen Gefühlsbereichen sowie Triebregungen.
- *Affekt*: reaktives Gefühl bzw. intensives Gefühlserlebnis von nicht länger anhaltender Dauer wie z. B. Glück, Freude, Ekel, Schreck, Panik, Zorn u. a. Der einzelne Affekt tritt also rasch ein, wird besonders intensiv erlebt und geht häufig mit vegetativen Begleiterscheinungen einher (Pupillenweite, Herzfrequenz, Gefäßmotorik, Muskeltonus, Schweißsekretion u. a.).

Unter *affektiver Resonanz* (aus dem lat.: resonare = widerhallen) wird die gefühlsmäßige Ansprechbarkeit bezeichnet, aus der sich dann das emotionale Mitschwingen und das gefühlsmäßige Angeregt-werden ergibt.

Etwa 5 - 8 „Primär-Affekte“ scheinen biologisch determiniert. Dazu gehören beispielsweise Freude, Trauer, Angst, Wut, Interesse, Ekel, Scham, Mut u. a. Diese Gefühlszustände sind offensichtlich durch ein jeweils spezifisches, in allen Kulturen aber gleiches mimisches Innovationsmuster gekennzeichnet.

- *Gestimmtheit*: Fließend ist der Übergang zwischen Affekt und Gestimmtheit bzw. Stimmungslage als eher überdauernde Gefühlslage. Beispiele: Heiterkeit, Ängstlichkeit, Trauer, Kummer, aber auch Behagen u. a. Im alltäglichen (und inzwischen auch fachlichen) Sprachgebrauch wird allerdings meist nicht scharf zwischen Affekten, Gefühlen und Stimmungen unterschieden, zumal hier auch andere Aspekte mit einfließen (z. B. Motivation, Antrieb usw.).

Deshalb wird die **Einteilung der Affektivität**, also Emotionen, Gefühle, Stimmungen usw. durch eine fast unübersichtliche Vielfalt von terminologischen und klassifikatorischen Vorschlägen erschwert. Die nachfolgende Übersicht ist der Versuch einer praxis-relevanten und komprimierten Zusammenfassung, wobei mit immer neuen Vorschlägen, Änderungen, Streichungen, „Neuentdeckungen bzw. -Formulierungen“ zu rechnen ist. Im Einzelnen:

◆ Bei den **Zustandsgefühlen, Befindlichkeiten** oder **Gestimmtheiten** kann man unterteilen in

- *leibnah erfahrene Zustandsgefühle (Vitalgefühle)* wie Frische, Spannkraft, Schwung, Wohlbehagen, Leichtigkeit, Beschwingtheit u. a., aber auch Abgespanntheit, Erschöpfungsgefühl, Schwäche, Unrast usw.
- *Weniger leibnah erfahrene Zustandsgefühle* sind Freude, Frohmot, Beglücktheit, Jubel, Ruhe, Heiterkeit, Zufriedenheit, Zuversicht, aber auch Kummer, Gram, Furcht, Angst, Unbehagen, Unheimlichkeit, Verzagtheit, Hilflosigkeit

keit, Heimweh, Hoffnungslosigkeit, Zerrissenheit, Verzweiflung, Grauen, Schrecken, Leere, Gereiztheit, Ärger, Zorn, Wut, Neid, Eifersucht usw.

- *Das Selbstwert-Erleben begleitende Gefühle* sind kaum davon zu trennen, seien sie bejahend (Kraft, Stolz, Überlegenheit, Triumph, Eitelkeit, Trotz) oder verneinend (Unfähigkeitsgefühle, Scham, Schuld, Reue, Verlegenheit).

◆ Zu den **Erlebnisgefühlen**, die sich auf andere, also den zwischenmenschlichen Kontakt beziehen, zählt man das bejahende und verneinende Zumute-Sein. Im Einzelnen:

- *Bejahendes Zumute-Sein* im Sinne von Liebe, Zuneigung, Vertrauen, Sympathie, Mitleid, Achtung, Interesse, Billigung, Dankbarkeit, Ehrfurcht, Bewunderung, Anbeten.

- *Verneinendes Zumute-Sein* als Hass, Abneigung, Misstrauen, Verachtung, Feindseligkeit, Spott, Missfallen, Entrüstung u. a.

Beispiele: *Leibnah* erfahrene Zustandsgefühle (*Vital-, Körper- oder Leibgefühle*) entstehen vorwiegend aus Wahrnehmungen des eigenen Körpers. Sie können entweder lokalisiert oder allgemein empfunden werden. Die negative Seite äußert sich in kraftlos, matt, schlapp, angespannt, erschöpft usw.

Vorkommen: meist bestimmte Persönlichkeitsstörungen, vor allem aber depressive und hypochondrische Syndrome.

- Häufig ist die so genannte *vitale Traurigkeit*. Ein diffuses oder umschrieben in die Herz- und Brustgegend lokalisiertes Leibgefühl („schwere Last“, „Druck auf der Brust“, „körperlich traurig“), das besonders bei der „endogenen“ Depression quält.

- Der Gegensatz zur Kraftlosigkeit im Rahmen der *leibnah* erfahrenen Zustandsgefühle ist die *innere Unruhe*: innerlich unruhig, gespannt, getrieben, was sich vor allem in einem leeren Bewegungs- oder Beschäftigungsdrang ausdrückt (agitiert).

Dies findet sich einerseits bei manischen Erregungszuständen, vor allem aber beim ängstlich-depressiven Syndrom und auch als Rest-Symptom oder Vorboten schizophrener bzw. dementieller Erkrankungen.

- *Angst-geprägte Vitalgefühle* irritieren besonders durch ihre körperlichen, meist vegetativen Begleiterscheinungen. Sie quälen vor allem bei „neurotischen Entwicklungen“ (Agoraphobie, Sozialphobie, spezifische Phobien, insbesondere Panikzustände), aber auch bei Persönlichkeitsstörungen, „endogenen“ und symptomatischen Psychosen, z. B. Epilepsie (Aura) usw.

- *Negative Erlebnisgefühle* äußern sich über einen längeren Zeitraum hinweg mit Unlust, Scham, Gedrücktheit, Freudlosigkeit, Interesselosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Trauer, Schwermut usw. Das ist typisch für das depressive Syndrom.
- Die *dysphorische Seite* ist charakterisiert durch die Symptome: mürrisch, gereizt, unzufrieden, misstrauisch, mit Neigung zu aggressiven Durchbrüchen. Sie kommt vor allem bei bestimmten organischen und Persönlichkeitsstörungen, aber auch Depressionen, Schizophrenien und bestimmten erlebnisreaktiven Störungen (z. B. posttraumatische Belastungsstörungen) vor.
- *Positiv empfundene leibnah erfahrene Zustandsgefühle* wie leistungsfähig, wohlauf, voller Energie, „gesund wie noch nie“ bzw. entsprechende Erlebnisgefühle über einen längeren Zeitraum hinweg (heiter, zuversichtlich, beglückt, lustbetont) sind durchaus im normalpsychologischen Bereich möglich (z. B. bei der Verliebtheit), in pathologischer Ausprägung aber vor allem für das manische Syndrom, zeitlich befristet für Rauschdrogen-Einfluss (z. B. Kokain, Ecstasy) typisch.

◆ Die **Gefühle, die das Selbstwert-Erleben begleiten** sind

- auf der positiven Seite z. B. Stolz, Überlegenheit, Eitelkeit usw. (z. B. manisches Syndrom, bestimmte Persönlichkeitsstörungen),
- auf der negativen folgende Störungen des Selbstwert-Erlebens:
- *Minderwertigkeitsgefühle*: unwürdig, wertlos, untüchtig, entschlossenlos, unterlegen usw.

Beispiele: bestimmte Persönlichkeitsstörungen, „neurotische“ Entwicklungen und vor allem depressive Zustände jeglicher Genese.

- *Selbstvorwürfe*: unbegründetes Gefühl, vor sich selbst oder anderen bzw. geltenden Normen gefehlt zu haben.

Beispiele: depressive Zustände, insbesondere „endogene“ Depression.

- *Schuldgefühle*: unbegründetes oder übertriebenes Gefühl, Schuld auf sich geladen zu haben. Ferner Nachlässigkeit oder Unterlassung in Tat oder Wort oder Gedanken gegenüber moralischen Instanzen (Gesetz, Gesellschaft), Familie, Vorgesetzten, beruflichen, sozialen, ethischen u. a. Anforderungen. Häufig verbunden mit Selbstvorwürfen, Selbstanklagen, ja Strafbedürfnis.

Beispiele: vor allem bei depressiven, insbesondere „endogen“-depressiven Zuständen.

◆ **Interpersonelle Gefühle** sind auf andere Personen gerichtet. Sie können bejahend (z. B. Liebe, Vertrauen, Mitleid, Dankbarkeit) oder verneinend sein (z. B. Hass, Misstrauen, Feindseligkeiten). Störungen dieser Art sind beispielsweise:

- *Misstrauen:* übertrieben misstrauisch, argwöhnisch usw.

Beispiele: bestimmte Persönlichkeitsstörungen, „neurotische“ Entwicklungen, auch symptomatische und „endogene“ Psychosen.

- *Beziehungsgefühle:* Gefühl, zurückgesetzt, benachteiligt, beeinträchtigt zu werden (ohne wahnhaften Charakter).

Beispiele: s. o.

- *Verneinende interpersonelle Gefühle generell:* übermäßig negativ, ablehnend, ja feindselig. Gefühle von Missgunst, Missfallen, Ablehnung, Hass, Neid und Widerwillen bis zur Verachtung.

Beispiele: s. o.

◆ Scheinbar **positive Gefühle, die das Selbstwert-Erleben begleiten**, die aber in Wirklichkeit die tragbare Grenze überschritten haben, sind beispielsweise

- *Selbstüberschätzung:* besonders befähigt, begabt, mächtig, reich, überlegen zu sein („Grandiositäts-Gefühle“). Ferner spezielle Fertigkeiten, Eigenschaften, überragende Gedanken, weitreichende Pläne und Möglichkeiten u. a. zu haben.

Beispiele: bestimmte (narzisstische) Persönlichkeitsstörungen, vor allem aber das manische Syndrom.

- *Übertrieben positive Fremdheitsgefühle:* übermäßig positiv, mitfühlend, mitleidend gegenüber Menschen, Tieren, Objekten. Übertriebene Dankbarkeit, Ehrfurcht, Bewunderung, Mitleid oder Unterwürfigkeit bis zur Selbst-Erniedrigung.

Beispiele: bestimmte Persönlichkeitsstörungen, „neurotische“ Entwicklungen, „endogene“ und symptomatische Psychose u. a.

WEITERE ASPEKTE ZUR PSYCHOPATHOLOGIE DER AFFEKTIVITÄT

Zur besseren Charakterisierung des komplexen Gebiets der Störungen der Affektivität oder des Gefühlslebens nachfolgend noch zwei erläuternde Kapitel:

1. Einzelbegriffe zur Psychopathologie der Affektivität
2. konkrete Affektsyndrome

Zuerst zu den wichtigsten *Einzelbegriffen zur Psychopathologie der Affektivität*. Dazu zählen:

◆ **Ambivalenz** (vom lat.: ambo = beide und valere = stark sein): gleichzeitiges Bestehen von oft gegenläufigen Vorstellungen und/oder Wünschen, Nebeneinander von positiven und negativen Gefühlen, Stimmungen oder Strebungen. Folge: Zwiespältigkeit, Ratlosigkeit, Unentschlossenheit, Entscheidungs- und Willensschwäche, ja innere Zerrissenheit.

◆ **Ambitendenz** (vom lat.: ambo = beide und tendere = spannen): gleichzeitiges Wirksamwerden von Antrieb und Gegenantrieb. Beispiel: Beim Auftrag, die Augen zu öffnen oder die Hand zu geben, will der Patient dem nachkommen, wird aber gleichzeitig „innerlich“ daran gehindert. Folge: Ausbleiben oder ständiger Abbruch entsprechender Handlungen. Nach außen erkennbar an wechselnden Zuständen von Unruhe und Erstarrung.

Die Ambivalenz bezieht sich auf die Gefühle, die Ambientenz auf das Handeln.

Dabei kann man noch differenzieren in:

- *Gefühls-Ambivalenz*: Nebeneinander oder rasch fluktuierender Wechsel von einander widerstrebenden Gefühlen gegenüber dem gleichen Menschen oder Gegenstand, gegenüber Vorstellungen oder Erlebnis-Inhalten (und zwar ohne sich gegenseitig aufzuheben).
- *Intentionale Ambivalenz und Ambientenz*: Nebeneinander von Hin- und Widerstrebungen (z. B. essen und nicht essen wollen und dabei in stuporartigem Zustand mit dem Löffel auf halbem Wege erstarren).
- *Intellektuelle Ambivalenz*: Nebeneinander von Tatsachen und ihrem Gegenteil. Beispiel: Ich bin ein Mensch, ich bin kein Mensch.

Beispiele: in milder Form nicht selten auch im normal-psychologischen Bereich, vor allem bei emotionaler Instabilität mit Neigung zu rasch wechselnden Ideen, Impulsen, Stimmungen, Strebungen u. a. Beim Gesunden wird die

Ambivalenz jedoch durch Überlegung und Gefühl teilweise überwunden. Auch im religions-psychologischen Bereich des Numinosen (fundamentale Erfahrung, die allen Religionen gemeinsam ist) anzutreffen: gleichzeitig Furcht und Verehrung. Ansonsten vor allem beim krankhaften Grübeln und damit bei Ratlosigkeit und Entscheidungs-Schwierigkeiten des Depressiven. Auch bei Zwangskranken und gelegentlich manisch-depressiven Mischzuständen. Schwere Ambivalenz vor allem bei der schizophrenen Psychose (tiefe Zerrissenheit und Uneinheitlichkeit, Gespaltenheit, Inadäquatheit und dann auch vielfach Uneinfühlbarkeit der Gefühle). Ambivalenz kann auch in übertriebener Weise überwunden werden: Rausch, Ekstase, Panik, manisches „Überspielen“ u. a.

◆ **Parathymie** (vom griech.: para = neben, entlang und thymus = Gemüt). Affektive Inadäquatheit, d. h. die Betroffenen zeigen emotionale Reaktionen, die qualitativ (Färbung, Tönung) und quantitativ (Intensität) nicht in natürlicher Weise zum Inhalt der jeweiligen Gedanken und Vorstellungen bzw. des gegenwärtigen Erlebens passen. So stimmt auch das Ausdrucksverhalten (vor allem Mimik, aber auch Gestik und Gang) nicht mit dem unterstellten Affekt überein (was sich beispielsweise in einer Paramimie äußert – s. u.).

Beispiel: schizophrene Psychose (z. B. Lachen beim Bericht über schauerliche Folterungen im Wahn). Gelegentlich auch Simulation oder Dissimulation im Rahmen eines Zweck- und Tendenz-Verhaltens möglich.

◆ **Affektverarmung/Affektarmut:** Bei der Affektverarmung handelt es sich um einen Verlust affektiver Ansprechbarkeit, meist mit gestörter *Affekt-Modulation* (situations-angepasster Gefühlsäußerungen).

Wirkt der Patient affektarm, affektlahm, affektmatt, wenn nicht gar affektverödet (Mangel oder Verlust an affektiver Ansprechbarkeit und Schwingungsfähigkeit bis hin zur emotionalen Indifferenz, d. h. abgestumpft, teilnahmslos, ggf. auch läppisch), spricht man von *Affektarmut*. Es fehlt ein affektives Mitschwingen. Die Betreffenden erscheinen gemütskalt, gemütsarm, gemütslos, lieblos, gleichgültig, teilnahmslos, manchmal auch wurstig, brutal, kaltherzig. Wenn sich die Gefühlsarmut auch auf die Selbstwertgefühle erstreckt, sind solche Menschen unfähig, Schuldgefühle, Reue, Scham, aber auch Stolz u. ä. zu empfinden.

Beispiele: bei mancher „neurotischen“ Entwicklung oder konstitutionell auf der Grundlage einer Persönlichkeitsstörung. Ferner beim hirnorganischen Psychosyndrom (posttraumatisch oder alkoholisch), als sekundäre Entwicklung bei Abhängigen (z. B. Alkoholkrankheit, Rauschdrogensucht, insbesondere Beruhigungsmittel und schließlich Polytoxikomanie). Möglich auch bei der Demenz. Vor allem aber als affektive Verödung bzw. Restsymptom nach langdauernder schizophrener Erkrankung (so genannte Negativ- oder Minus-Symptomatik). Manchmal klagen auch die Patienten unter Neuroleptika und Lithiumsalzen über einen Mangel an affektiver Ansprechbarkeit und Gefühlsbewegung.

◆ **Gefühl der Gefühllosigkeit:** subjektiv empfundene Gefühlsleere, Gemütsleere, Gefühlsöde, Gemütsverödung, Absterben der Gefühle, kein affektives Mitschwingen mehr, wie abgestorben, nicht mehr erlebnisfähig. Deshalb auch die Unmöglichkeit, Interesse, Lust, Freude, Liebe oder Trauer zu empfinden, weinen zu können usw. Meist kombiniert mit stark herabgesetzten Vitalgefühlen (s. dort).

Beispiele: Vor allem bei der („endogenen“) Depression sowie gelegentlich bei „neurotischen“ und psychoreaktiven Depressiven (affektives Abschalten). Häufig bei der posttraumatischen Belastungsreaktion: Inzest, Ausbeutung, Missbrauch, Verfolgung, Kriegsfolgen, Folter, Konzentrationslager usw.

◆ **Affektstarre, Affektsteife:** Verlust der affektiven Modulationsfähigkeit. Zwar sind Affekte möglich, doch verharrt der Betroffene in seinen Stimmungen oder Affekten, unabhängig von der äußeren Situation oder vom Gesprächsgegenstand (z. B. kühl, unzugänglich, distanziert oder immer gleiche gereizte Gehässigkeit, misstrauische Ablehnung, unnahbare Gleichgültigkeit).

Beispiele: schizoide Persönlichkeitsstörung, Rauschdrogenkonsum, sedierende Arzneimittel, organisches Psychosyndrom, bisweilen bei der schizophrenen Psychose, gelegentlich auch bei chronischer gereizter Manie sowie bei manchen Depressiven (Persönlichkeitsstruktur, Leidensdauer).

◆ **Affekt-Tenazität (Affekthaften):** Ein einmal angestoßener Affekt (meist Wut, Missmut, Unmut, Gereiztheit) verharrt ungewöhnlich lange und bestimmt damit auch entsprechend lange die Stimmung.

Beispiele: gelegentlich bei Epileptikern oder auch bei viskösen (= zähflüssigen, haftenden, mangelhafte Umstellungsfähigkeit und Wendigkeit) bzw. torpiden (= trägen, langsamen, stumpfen, desinteressierten) Geistesschwachen. Manchmal bei verstimmbaren Persönlichkeitsstörungen.

◆ **Affektlabilität:** schneller Stimmungswechsel (stimmungslabil), verstärkte affektive Ablenkbarkeit (volkstümlich: Rührseligkeit). Die Affekte haben meist nur kurze Dauer, unterliegen vielfach Schwankungen oder wechseln in ihren Vorzeichen (z. B. wehmütig-heiter, in verstärkter Form „himmelhoch jauchzend oder zu Tode betrübt“). Irritierend ist vor allem das kurzfristige Umschlagen von z. B. freudiger Erregtheit bis zur Weinerlichkeit, und zwar schon bei geringem Anlass. Dadurch drängt sich auch der Eindruck gemütsmäßiger Oberflächlichkeit auf der Grundlage von emotionaler Unausgeglichenheit oder gar Infantilismus auf.

Beispiele: habituell bei Kindern und bei psycholabilen Menschen, ferner bei so genannten explosiven Persönlichkeitsstörungen (Labilität in Richtung Ex-

plosivität und Aggressivität), bei infantil Gebliebenen, bei Oligophrenen, bei manisch-depressiven Mischzuständen und vor allem beim organischen Psychosyndrom.

◆ **Affektinkontinenz:** mangelnde Affektsteuerung. Die mangelhaft kontrollierbaren Affekte springen übermäßig rasch an, entwickeln eine ungewöhnliche Intensität und können nicht adäquat beherrscht werden. Folge: intensive Gefühlsreaktionen, z. B. überschießendes Lachen oder heftiges Weinen bei auch nur geringfügigen Anlässen. Der Übergang zur Rührseligkeit, Larmoyanz, Reizbarkeit und Weinerlichkeit ist fließend.

Aber Achtung: zu unterscheiden vom *pathologischen Lachen* und *pathologischen Weinen* (frühere Bezeichnungen: *Zwangslachen*, *Zwangswainen*). Dabei kommt es nur zur Mimik des Lachens und Weinens, nicht zum begleitenden Affekt (Beispiel für pathologisches Lachen und Weinen: postenzephalitisches Parkinsonsyndrom).

Beispiele: so genannte hysterische, haltlose Persönlichkeiten, schizoide Persönlichkeitsstörung, unter dämpfenden Arzneimitteln und Rauschdrogen, bei chronischer Psychose und vor allem beim organischen Psychosyndrom.

◆ **Alexithymie** (vom griech.: a = nicht, lexis = das Sprechen und thymus = Gemüt): Unvermögen, die eigenen Gefühle wahrzunehmen und zu äußern sowie die Gefühle anderer nachzuempfinden. Durch die reduzierte affektive Resonanz-Fähigkeit resultiert ein Mangel an Einfühlungsvermögen, Empathie und gemütsmäßiger Ansprechbarkeit.

Beispiele: Persönlichkeitsabbau im Rahmen einer Demenz, narzisstische, schizoide oder depressive Persönlichkeitsstörungen.

◆ **Hyperthymie** (vom griech.: hyper = über im Sinne von darüber hinaus und thymus = Gemüt): anhaltende leicht euphorische und vor allem kritiklose Gestimmtheit. Folge: unbekümmert, oberflächlich, verflachte Affektivität, bisweilen verbunden mit (meist noch gezielter) Umtrieblichkeit bis zwanghaftem Beschäftigungsdrang.

Beispiele: Dauergestimmtheit überaktiver (hyperthymen) Personen, Rauschdrogen, paradoxe Medikamenten-Reaktion auf Beruhigungsmittel, hirnorganische Beeinträchtigung (z. B. Frontalhirn-Syndrom).

◆ **Weitere Fachbegriffe** zur Psychopathologie der Affekte und Emotionen:

- *Affektiertheit:* gekünstelt wirkendes, gezieltes Ausdrucksverhalten
- *Affektstau:* Aufstauung nicht geäußerter Affekte

- *Affektsperrre*: Blockade der Affekte
- *Affekt-Stupor*: Unfähigkeit, gemütsmäßig adäquat zu reagieren
- *Analgesie*: eigentlich Schmerz-Unempfindlichkeit, in dieser Hinsicht eine Kombination aus Gefühllosigkeit und Schmerz-Unempfindlichkeit
- *Anhedonie*: Unfähigkeit, sich zu freuen bzw. zu genießen
- *Parhedonie*: grundlose Heiterkeit
- *Negativismus*: allgemeine Verweigerungs-Haltung
- und eine Reihe weiterer, teils älterer, wieder in Gebrauch gekommener, teils neuerer Termini (Einzelheiten siehe entsprechende Fach-Literatur).

EINZELNE AFFEKT-SYNDROME

Neben den Einzelbegriffen der Affektivität gibt es noch konkrete *Affekt-Syndrome*, also charakteristische Symptom-Komplexe aus dem Gebiet der Affektstörungen. Dabei differenziert man beispielsweise in (Auswahl):

◆ **Depressives Syndrom** (vom lat.: depressus = niedergedrückt):

- Auf *seelischem Gebiet* affektive Aspekte (traurig, schwermütig, lustlos, freudlos u. a.), hypochondrische Aspekte (Befürchtung, Vermutung oder Verdacht, krank zu sein, mit sorgenvoll-ängstlicher Aufmerksamkeit bezüglich vegetativer Funktionen), mit charakteristischen Veränderungen von Denken (Gedankenkreisen, Problem-Grübeln, Gedankenleere bzw. Denk-Unfähigkeit bis hin zur „depressiven Pseudo-Demenz“) sowie Zeit-Erleben (die Zeit geht sehr langsam oder steht gar still). Ferner mit Depersonalisations- und Derealisationsphänomenen (s. diese), Panikattacken (mitunter depressives Vorposten-Symptom) sowie ggf. Wahn-Zuständen (Krankheit, Verfall, Schuld, Ver-sündigung, Verdammnis oder wirtschaftlicher Untergang, Verarmung u. a.). Im weiteren Wahrnehmungsstörungen (alles grau, öde, unlebendig), ggf. Halluzinationen (im Sinne so genannter Pseudo-Halluzinationen), am ehesten optische Halluzinationen (Schattengestalten von Tod, Teufel oder Skeletten) bzw. entsprechende Geruchs-Halluzinationen (Fäulnis, Eiter, Friedhof, Leichenhaus), selten akustische Halluzinationen (Schuldvorwürfe).

- Auf *körperlichem Gebiet* gehören zum depressiven Syndrom vor allem motorische Beeinträchtigungen (Verlangsamung, „Versteinerung“ bis hin zum Stupor mit Mutismus oder unruhig-jammerig, agitiert bis erregt) sowie leibliche Symptome (schwunglos, antriebslos, müde, kraftlos, Schlafstörungen, Appetitmangel, trockener Mund, Obstipation, Gewichtsverlust u. a.) bzw. Leibbeschwerden (Kopf-, Nacken-, Glieder- und Rückenschmerzen, Globusgefühl im Hals, Druck auf der Brust, Schmerzen in der Herzgegend, schwere Atmung, Völlegefühl u. a.). Dazu Verlust der Libido, Menstruationsstörungen;

vorgealtertes Aussehen: faltig, bleich, grau, struppiges Haar, vornübergebeugt, schleppender Schritt.

Das depressive Beschwerdebild erscheint oft diffus, vage, ggf. sogar wandernd, kann sich aber auch in konkreten Bereichen festsetzen (zirkumskriptes, d. h. umschriebenes Leidensbild).

Beispiele: nach alter Klassifikation vor allem „endogene“, psychogene und somatogene Depressionsformen, ferner schizo-depressives Syndrom bei der schizo-affektiven Psychose, bei posttraumatischen Belastungsstörungen, als Trauerreaktion bzw. bei depressiver Anpassungsstörung, als Begleiterscheinung endokriner Störungen bzw. bei Hirnabbau-Erkrankungen (z. B. Demenz) u. a.

◆ **Manisches Syndrom** (vom griech.: mania = Raserei):

- Auf *affektivem Gebiet* heiter-euphorische Grundstimmung (ansteckend!), Gefühl von Kraft, Schwung, Leistungsfähigkeit, Selbstvertrauen, Unternehmungsgeist, Zuversicht, Optimismus, aber auch leichtfertig (z. B. Kaufrausch), unrealistisch, ohne Krankheitseinsicht oder gar Krankheitsgefühl; manchmal auch gereizt-dysphorisch. Im Denken voller Pläne, überschäumender Ideen, Einfalls- und Assoziationsreichtum bis hin zur Ideenflucht.

- *Psychomotorisch* antriebsgesteigert durch ungewöhnliches Wohlbefinden, erhöhtes subjektives Leistungsgefühl, verminderter Ermüdbarkeit, herabgesetztem Schlafbedürfnis, gesteigerter Libido u. a. bis hin zur vermehrten Umtriebigkeit oder gar manischen Erregung bzw. Tobsucht.

Bisweilen gesteigerte Wahrnehmungs-Intensität (lebhafter, eindringlicher). Selten Wahn (manchmal expansiver Größenwahn, Abstammungs- und Sendungswahn, auf jeden Fall häufig Selbstüberheblichkeit; gelegentlich sekundärer Wahn des Beobachtet- oder Beraubtwerdens).

- Im *submanischen bzw. hypomanischen Bereich* mit weniger gesellschaftsproblematischen Auswüchsen bisweilen in der Tat hohe und vor allem gezielte Leistungsfähigkeit möglich. Bei der „*gereizten Manie*“ neben lästiger Umtriebigkeit vor allem missmutig-gereizte aggressive Grundstimmung (im Extremfall bis zur kurzfristigen „Tobsucht“). Bei der „*stillen Manie*“ eher eine heitergehobene Stimmungslage, freundlich-jovial-gönnnerhaft.

Beispiele: manisches Syndrom im Rahmen einer manisch-depressiven Erkrankung (früher Zykllothymie, heute Bipolare Störung genannt), bei schizo-manischem Syndrom einer schizo-affektiven Psychose. Ferner manisches Angetrieben-Sein bei „neurotischer“ Entwicklung (vorübergehend „überdreht“) sowie schizophrener Psychose, bei bestimmten Hirnkrankheiten (z. B. Hirntumore wie parasagittale Meningeome, diencephale Gliome, ferner frontobasal,

temporal usw.), Temporallappen-Verletzungen des Gehirns, Chorea Huntington, bei progressiver Paralyse, Multiplen Sklerose, Demenz, Enzephalitis/Meningitis. Im Weiteren endokrine und metabolische Ursachen wie frühe hepatische Enzephalopathie, Morbus Cushing, Morbus Addison, Morbus Wilson, Porphyrrie, Hyperthyreoidismus, Vitamin-B 12-Mangel, Hämodialyse u. a. Nicht selten, aber häufig verkannt nach Schädel-Hirn-Unfall. Außerdem möglich nach Rauschdrogen (z. B. Haschisch/Marihuana, LSD, Meskalin, Kokain, PCP, Designerdrogen) sowie Arzneimitteln (Psychostimulanzien, Appetitzügler, Schilddrüsenhormone, Glucocorticoide, Corticosteroide, ACTH, L-Dopa, Bromocriptin, Amantadin, Isoniacid, Methylphenidat, Cimetidin, Captopril, Ranitidin, MAO-Hemmer u. a.).

◆ **Schizophrenes Affektsyndrom:**

Vielfältig, uneinheitlich. Es gibt keine spezifische schizophrene Affektstörung! Letztlich breites Spektrum möglich: ratlos, unsicher, bekümmert, bedrückt, traurig, ängstlich, argwöhnisch, misstrauisch, missmutig (moros), gereizt (dysphorisch), feindselig (hostil), abweisend, unzugänglich, aggressiv.

Der Betroffene fühlt sich verloren, ausgesetzt, verzweifelt, ohnmächtig ausgeliefert, aber auch in Ekstase, fasziniert, entrückt, versunken in Halluzinationen, besonders in traumartigen (oneiroiden) Bewusstseinszuständen. Verzückung, Trauer, Verzweiflung, Clownerien, Abkapselung, maniriertes, gespieltes Gebärde (als „hysterisch“ verkannt), ambivalent usw.

Manche wirken (vor allem für den, der sich hier nicht auskennt) wie abgestumpft, gleichgültig, gefühllos, verödet, verflacht (so genannte Negativ-Symptome oder Apathie-Syndrom durch Hospitalismus). Selten, aber eindrücklich: *Parathymie* und *Paramimie* (s. diese). Auch unruhig-erregte und aggressive Zustände sind möglich (spürbare Angriffstendenz!).

Beispiel: schizophrene Psychose.

◆ **Angst-Syndrom** (vom lat.: angustus = eng):

Unangenehmer bis bedrohlicher Gefühlszustand bei Erwartung oder Realisierung tatsächlicher bzw. vermeintlicher Gefährdung. Stimmungsmäßig das Gefühl von Einengung, Unsicherheit, Beunruhigung, des Ausgesetzt-Seins, in die Enge-getrieben-Seins, Furcht und Sorge um Gesundheit, Existenz usw.

Vom Antrieb her gespannt, unruhig, erregt, in Panik oder psychomotorisch erstarrt. Besonnenheit, Übersicht, ruhiges Überlegen und Wahrnehmungsfeld sind eingeschränkt/eingeengt. Kaum mehr zugänglich für Trost, Beruhigungsversuche, Zuspruch.

An körperlichen (konkreter: psychosomatisch interpretierbaren) Leitsymptomen finden sich Kopfdruck, Herzklopfen, zugeschnürter Hals, Herzschmerzen (Dyskardien), Zittern, Schwindel (konkreter: schwindelige Benommenheit), Atemstörungen, Impotenz, Frigidität. Vegetativ auffällig sind Pupillenerweiterung, Puls- und Blutdruckanstieg, Mundtrockenheit, Schwitzen, erhöhter Muskeltonus. Es drohen Übelkeit, Erbrechen, Harndrang, Durchfall, „weiche Knie“, „wie auf Watte“ usw. Eine besonders intensive Form des Angstsyndroms ist die Panikattacke (s. u.)

Beispiele: nachvollziehbar während gefährlicher Situationen, Krankheiten, aber auch bei Zweifeln (philosophisch, religiös). Sonst vor allem „neurotische“ Ängste (phobische Ängste oder Zwangsbefürchtungen wie Agoraphobie, soziale Phobie, spezifische Phobien, ferner Generalisierte Angststörungen, Panikattacken usw.).

Nicht zu vergessen die Angst bei Zwangsstörungen und posttraumatischen Belastungsreaktionen/Belastungsstörungen sowie bei körperlichen Erkrankungen: endokrine, metabolische, epileptische und Herzangst-Zustände sowie Folgen von Schädel-Hirn-Trauma, Hirntumor, Meningitis/Enzephalitis, Intoxikation (Alkohol, Rauschdrogen, Medikamente) u.a.m.

Häufig kombiniert sind Angst- und depressive Zustände verschiedener Genese („endogen“, psychogen, körperlich begründbar) sowie die Angst bei schizophrenen, hirnorganischen oder sonstigen Psychosen.

Nosologisch lassen sich folgende Unterscheidungen treffen (ausführlicher in den entsprechenden Hinweisen in *Psychopathologie 7*):

- **Allgemeine Aspekte:** Angst wird oft als grundsätzlich negativ eingestuft. Das ist ein Irrtum. Angst ist ein Teil unseres Gefühlslebens und deshalb durchaus sinnvoll. Als Warn- und Alarmsignal - ähnlich wie der akute Schmerz - hilft die Angst auf Bedrohungen von außen und Störungen von innen aufmerksam zu machen. Damit ist die Angst ein lebensnotwendiger Anpassungs- und Lernvorgang. Im Grunde ist das erste, was die Natur zum Überleben verlangt, sich fürchten zu lernen. Das ist die Grundlage des Selbsterhaltungstriebes.

Früher differenzierte man deshalb auch in

- *Angst*: unbestimmt, gegenstandslos, anonym und unmotiviert, kurz: „Angst vor ich weiß nicht was“ sowie
- *Furcht*: bestimmt, auf einen bedrohlichen Gegenstand, eine gefährliche Person bzw. Situation gerichtet, deshalb benennbar, entsprechend begründet, kurz: „Furcht vor etwas Bestimmten“ und damit nachvollziehbar.

Neuere Klassifikationen empfehlen verschiedene Definitionen, nachfolgend deshalb nur eine praxis-relevante Übersicht:

- So wird Angst als ein unangenehmer emotionaler Zustand mit zumeist physiologischen Begleiterscheinungen definiert, hervorgegangen aus einem Gefühl der Bedrohung, das entweder konkret oder nicht objektivierbar ist.

Dabei unterscheidet man angemessene, notwendige Ängste (die frühere Furcht) vor unnötiger Ängstlichkeit oder gar krankhaften Angststörungen.

- Unter *Ängstlichkeit* wird ein weniger intensiver, jedoch ggf. anhaltender Zustand latenter Angst mit gesteigerter Angstbereitschaft verstanden. Teils konstitutionell (ängstlicher Mensch, „Angsthase“): Die Betroffenen sind ggf. unsicher, unruhig, angespannt, schreckhaft, freudlos, reizbar, ständig „absorbiert“ und damit um Aufmerksamkeit und Konzentration gebracht. Dazu kommen vegetative Reaktionen (Blutdruck, Kopfdruck, Magen-Darm-Beschwerden, Schlafstörungen u. a.). Dieses Beschwerdebild muss aber noch nicht das Ausmaß krankhafter Ängste erreichen, wenngleich es auf Dauer trotzdem seelisch zermürben, körperlich beeinträchtigen und die Leistungsfähigkeit zu untergraben vermag.

- *Krankhafte Angst*, also *Angststörungen* sind vor allem gekennzeichnet durch ungewöhnliche Ausprägung, längere Dauer und immer häufigeres Auftreten sowie Unangemessenheit, d. h. die zumindest erkennbaren Bedingungen stellen keine hinreichende Erklärung für diese Gemütsbelastung dar (Partnerschaft, Familie, Nachbarschaft, Beruf usw.). Ferner durch ein mehr oder weniger charakteristisches Beschwerdemuster oder plötzliches Auftreten sowie die Unfähigkeit, die Angstzustände auf Dauer durch eigene Bewältigungs-Strategien zu lösen oder auch nur zu mildern.

Ein bereits vorgeschrittenes Stadium krankhafter Angst hat noch mit entsprechenden Folgestörungen zu ringen: zunehmendes Vermeidungs- und Rückzugsverhalten mit entsprechender Isolationsgefahr, entgleisungsgefährliche Selbstbehandlungs-Versuche mit Genussmitteln (Alkohol, Nikotin, auch Koffein), mit entsprechenden Medikamenten (insbesondere Beruhigungs-, Schmerz- und Schlafmittel) oder gar Rauschdrogen sowie Überkompensationsversuche auf zwischenmenschlichem (Partnerverhalten, Familie, Freundeskreis) und beruflichem Gebiet. Und sogar im sportlichen Bereich bis hin zum bewussten Gefahren-Tourismus oder Gefahren-Sport („wenn ich das aushalte, bin auch kein Angsthase“, obgleich es hier wesentliche Unterschiede gibt).

Zu den so genannten **primären Angststörungen** zählen:

- **Generalisierte Angststörungen** sind allgemeine Angstzustände, gekennzeichnet durch anhaltende, längerdauernde oder ausgeprägte Befürchtungen oder Sorgen um einen oder mehrere Lebensbereiche: z. B. Partnerschaft,

Familie, Arbeit, Finanzen. Gelegentlich auch keine konkret benennbare Ursache. Zusätzliche psychische und körperliche Beschwerden und – im Laufe der Zeit – entsprechende Konsequenzen.

Beschwerdebild: ständige Ängstlichkeit, Sorgenbereitschaft, Befürchtungen jeglicher Art ohne ausreichenden Grund; Merk- und Konzentrationsstörungen; Gefühl der Benommenheit; nervös, fahrig, „ständig auf dem Sprung, ungeduldig, reizbar, gelegentlich überwacht („überdreht“) und schreckhaft; rasch ablenkbar, unfähig sich zu entspannen, schnell aufgeregt; innerlich unruhig, zitternd, bebend, angespannt;

In körperlicher Hinsicht Schweißneigung, kalte und feuchte Hände oder diffuses Schwitzen; Mundtrockenheit; Kloß im Hals (Würgegefühl); rasches Erröten oder Blässe; Lidzucken; Hitzewallungen und Kälteschauer; Unbehagen in der Magengrube („wie Schmetterlinge im Bauch“), empfindlicher Magen, Durchfallneigung; Zittern; Muskelschmerzen; Herzrasen, Herzklopfen, schneller Puls; vermehrte und verstärkte Atemzüge; unklare Missempfindungen am ganzen Körper usw.

Verlauf: Langwierig und wechselnd. Bei ständiger Rezidivneigung droht schließlich Gefahr der Chronifizierung mit Neigung zu Rückzug und Isolation. Weitere Konsequenzen: s. u.

Beispiele: früher „Angstneurose“, heute konkrete Angststörung im Sinne einer Generalisierten Angststörung.

- **Panikattacken** (vom griech.: panikos = vom Hirtengott „Pan“ abgeleitet) sind plötzliche, schwere Angstanfälle ohne äußerlichen Anlass oder körperliche Ursache, also unerwartet, aber auch ggf. an bestimmte Situationen gebunden (z. B. Panikstörung mit Agoraphobie in Menschenansammlungen, Warteschlangen, Kino, Theater, Lift, öffentlichen Verkehrsmitteln, auf großen Plätzen usw.).

Beschwerdebild: intensive Angstanfälle; Gefühl der Unsicherheit und Ohnmachtnähe, einer existentiellen, ja tödlichen Bedrohung hilflos ausgeliefert zu sein; schwindelige Benommenheit, ggf. Bewusstseinsveränderung (alles so unwirklich, fremd, sonderbar).

Atemnot, Beklemmungs- und Erstickungsgefühle; Herzsensationen wie Herzklopfen, Herzrasen, Schmerzen in der Brust u. a.; inneres Zittern und Beben; Schwitzen, Hitzewallungen, Kälteschauer; Taubheits- oder Kribbelgefühle; Muskelverspannungen und Muskelschwäche (Kollapsgefühl); Übelkeit, Magen-Darm-Beschwerden; Furcht, etwas Unkontrolliertes zu tun, verrückt zu werden oder zu sterben u. a.

Verlauf mit Folgesymptomen: Ausgeprägte Erwartungsangst (Angst vor der Angst), Vermeiden bestimmter Situationen und Orte, an denen schon einmal

eine Panikattacke ausbrach; damit Neigung zu Rückzug und Isolation; Gefahr partnerschaftlicher, familiärer, beruflicher und anderer Konflikte bzw. Einbußen; depressive Verstimmungen, Resignation und Hoffnungslosigkeit, ggf. Selbsttötungsgefahr; Selbstbehandlungsversuche mit Alkohol, Schmerz- und Beruhigungsmitteln, Nikotin, Rauschdrogen u. a.

Wichtig: Panikattacken mit vegetativem Schwerpunkt (vor allem Herz) werden häufig und lange verkannt (endlose organische Abklärungsversuche), bis man schließlich auf die richtige Diagnose kommt.

Merke: Psychosomatisch oder somatoform interpretierbare körperliche Beschwerden ohne organischen Grund müssen grundsätzlich erst einmal organisch abgeklärt werden. Dann aber gilt es auch die psychiatrische oder neurosen-psychologische Diagnose zu akzeptieren. Ansonsten ist eine gezielte Therapie kaum möglich. Dafür droht ggf. eine Chronifizierung des Leidensbildes aufgrund „beharrlicher Selbsttäuschungs-Tendenzen“ („ich und psychisch...?“).

Beispiele: normal-psychologisch während gefährlicher Situationen, dann real und kurzfristig (Sturz, Verkehr, sonstige Schreck-“Sekunden“). Ferner im Rahmen posttraumatischer Belastungsstörungen. Als organische Ursache als Horrortrip unter Rauschdrogen, ggf. im Entzug von Alkohol oder Drogen bzw. im Delir. Unter psychogenem Aspekt bei psychotischen Reaktionen sowie (im Vorfeld) depressiver Zustände. Ansonsten vor allem als „neurotische“ Entwicklung im Sinne einer Angststörung, konkret: Panikattacken, Panikstörung, Panik-Syndrom u. ä.

- **Phobien** (vom griech.: phobos = Furcht) sind zwanghafte und stereotyp auftretende Befürchtungen, entweder objekt- und/oder situations-gebunden. Auf jeden Fall irrationale Befürchtungen, was auch vom Betroffenen selber als unsinnig erkannt wird, aber nicht gemildert oder gar gelöscht werden kann.

Die Vielzahl möglicher phobischer Ursachen in Abhängigkeit von Gegenstand oder Situation macht die „historische“ Tabelle in dem Kapitel *Psychopathologie 7* deutlich. Heute fasst man diese Ursachen in drei größeren Gruppierungen zusammen, nämlich Agoraphobie, Sozialphobie und spezifische Phobien.

- *Agoraphobie:* früher ausschließlich die Angst vor weiten Plätzen, Straßen u. a. („Platzangst“). Heute die krankhafte Furcht und damit das Vermeiden von Situationen, in denen es wahrscheinlich besonders unangenehm oder gefährlich sein könnte, einen Angstanfall zu bekommen. Auslöser sind deshalb vor allem entsprechende Situationen. Dazu kommt die Angst vor der Angst (Erwartungsangst) bzw. ihren Konsequenzen (Vermeidungstendenz und damit Rückzug und Isolationsgefahr). Mitunter kombiniert mit einem Panik-Syndrom (s. o.).

Quälendste Zwangsvorstellung: In einer solchen Situation – allein und ohne rasche Hilfsmöglichkeit – von einer Angstattacke überfallen und ihren Folgen hilflos ausgeliefert zu sein.

Beispiele: krankhafte Ängste vor weiten Plätzen, Alleen, Straßen, (leeren) Sälen und Räumen, Kino, Theater, Sportplatz (jeweils Bevorzugung „fluchtgesicherter Eckplätze“), aber auch engen Räumen generell, insbesondere Friseur, Autofahren, Tunnel, Tiefgarage, Fahrstühle, aber auch Menschenmengen in jeder Form, z. B. in Kaufhäusern, Supermärkten, öffentlichen Verkehrsmitteln, in jeder Warteschlange u.a.m.

- *Sozialphobie* oder soziale Phobie, früher als „Angst vor anderen Menschen“, als „Versagens-Angst“ oder gelegentlich „krankhaftes Lampenfieber“ bezeichnet. Heute als dauerhafte und unangemessene krankhafte Furcht vor anderen Menschen definiert. Auslöser sind meist zwischenmenschliche (soziale) Situationen, und zwar nicht nur öffentliches Auftreten und Sprechen, Feste, Veranstaltungen u. a., sondern auch persönliche Gespräche und damit alltägliche zwischenmenschliche Kontakte, Zusammenkünfte, Partys, sonstige Treffen, ja, alleine in einem Lokal essen u. a.

Beispiele: dauerhafte krankhafte Furcht vor der Bewertung durch andere, d. h. Angst zu versagen, sich lächerlich zu machen oder durch ungeschicktes Verhalten gedemütigt zu werden. Dadurch ausgeprägte Erwartungs-Angst und nachfolgendes Vermeidungsverhalten mit Rückzugs- und Isolationsgefahr.

- *Spezifische Phobien* sind eine Art Rest-Kontingent, auf jeden Fall eine dauerhafte, unangemessene und exzessive Furcht vor bestimmten Situationen, Gegenständen, Lebewesen usw. Diese können zwar – objektiv gesehen – ggf. unangenehm, aber nicht unüberwindbar sein.

Beispiele: krankhafte Furcht, ausgelöst durch Türme, Brücken, Berge, Gewitter, Dunkelheit, Flugreisen, Tiere wie Spinnen, Schlangen, Hunde, Ratten, Pferde, Mäuse, Spinnen, sonstige Insekten u. a. Oder Furcht vor Wasserlassen (vor allem in öffentlichen Toiletten), vor Anblick von Blut, Spritzen, Verletzungen u.a.m. Oder quälende Zwangsbefürchtungen vor bestimmten Krankheiten wie Geschlechts- oder Strahlenkrankheiten, AIDS, schweren Unfallfolgen usw., die theoretisch möglich, statistisch aber überaus selten sind (was den Betroffenen aber nicht überzeugt).

In milder Form „normal-psychologisch“ nicht so selten vorkommen, aber - wichtig - ohne Krankheitswert: unangenehm, aber letztlich ertragbar oder überwindbar. Ausgeprägter bis schwer vor allem als „neurotische“ Entwicklung im Sinne einer phobischen Angststörung.

- *Anhang: Angst bei Zwangsstörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen* sind fast regelhaft zu explorieren, müssen aber meist gezielt erfragt werden, da die spezifischen Haupt-Symptome alles andere überlagern können (Einzelheiten siehe diese).

Beispiele: Angst in unterschiedlichster Intensität und Symptomatik im Rahmen von Zwangs- und posttraumatischen Belastungsstörungen.

♦ **Dysphorie, dysphorisches Syndrom** (vom griech.: dysphoria = Unbehaglichkeit):

Missmutig, mürrisch (= moros), gereizt, ärgerlich, „vergrämt“, „verbissen“, „verbohrte Wut“, manchmal misstrauisch-feindselig. Reizempfindlich (Lärm, Angesprochen-Werden usw.), pessimistisch, schwarz-seherisch. Schimpfend, aufbrausend, „giftig“, nörgelnd, kleinlich, kritisierend, anklagend, zuweilen polternd, drohend, angriffslustig, gewalttätig. Dumpf-brütender Rückzug oder Erregungszustände mit impulsivem Weglaufen (*Poriomanie*). Ferner Sich-Einsperren, Schimpfkanonaden, sinnlose Zerstörungswut.

Beispiele: Alltagsverstimmung bei Aufregung und Anspannung, Stress und Überforderung, prämenstruell, konstitutionell. Ferner morose Variante der depressiven Verstimmung, Persönlichkeitsstörung (Soziopathie, paranoide, schizoide, dissoziale, emotional instabile u. a. Persönlichkeitsstörung), Rauschdrogenkonsum, Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit, Polytoxikomanie (während des Konsums, besonders aber im Entzug). Außerdem bestimmte Arzneimittel (z. B. Amphetamine), bei diffusen oder lokalisierten Hirnkrankheiten (z. B. Arteriosklerose, Schädel-Hirn-Trauma, Hirntumor), bei Epilepsie, Oligophrenie, bei schizophrenen und anderen Psychosen u. a.

♦ **Hypochondrisches Syndrom** (vom griech.: hypocondrion = der weiche Teil des Leibes unter dem Brustkorb, in der antiken Medizin Sitz der Gemütskrankheiten):

„Objektiv“ unzureichend oder gar nicht begründete Vermutung, Besorgnis, Befürchtung oder der unkorrigierbare Verdacht, krank zu sein oder krank zu werden (*Nosophobie*). Ängstliche Verunsicherung, übermäßige Selbstbeobachtung und Bewertung körperlicher (seltener seelischer) Befindlichkeitsschwankungen oder -störungen, ja völlig normaler Funktionsabläufe. Jede Unpässlichkeit oder Missempfindung löst ein weites Spektrum von der mahnenden Besorgnis bis zur „Katastrophen-Reaktion“ aus. Ärztliche Versicherungen und nachweisbare unauffällige Befunde helfen nur kurzfristig oder überhaupt nicht bzw. bewirken das Gegenteil („nichts gefunden ist schlimmer als eine *erkannte* Krankheit“).

Das Informations-Bedürfnis zu Gesundheitsfragen ist groß. Berichte über „neue“ Krankheiten, noch ausgeprägter das Miterleben von Krankheitsfällen in

der näheren und selbst weiteren Umgebung verstärken Empfindlichkeit, Selbstbeobachtung und hypochondrische Befürchtungen. Dabei wird die Krankheits-Thematik nicht selten von den Medien und hier insbesondere von Life-style-Tendenzen bestimmt, zumindest gebahnt (z. B. Elektro-Smog, Amalgam-Intoxikation, Umweltverschmutzung, Sick-building-Syndrom, Chronic-Fatigue-Syndrom, Stress u. a.).

Man differenziert in

- *hypochondrischer Wahn*: wahnhaftige Überzeugung oder gar Wahngewissheit, schwer oder unheilbar krank bzw. dem Tod geweiht zu sein. Besonders häufige hypochondrische Inhalte: Krebs, Leukämie, Multiple Sklerose, Syphilis, Herzleiden, HIV, Vergiftungsfolgen usw. Manchmal auch hier umweltbedingt gebahnt (z. B. Krebserkrankung eines nahen Bekannten) oder Berichte über Umweltgifte u. a. Oder sogar gesellschaftlich geprägt (Erkrankung eines „Prominenten“, Medienberichte). Mitunter spielt auch die Angst eine Rolle, „geisteskrank“ zu werden (wobei es jedoch unklar bleibt, ob man dies zur Hypochondrie rechnen darf, weil hypochondrische Befürchtungen meist auf den Körper bezogen verstanden werden.)
- Bei der *zirkumskripten Hypochondrie* richten sich die krankhaften Befürchtungen vor allem auf einen bestimmten Körperteil (lat.: circum = drum, herum und scribere = schreiben), an dem sich die fehlgedeuteten Missempfindungen oder konkreten Symptome gleichsam festmachen.

Das bezieht sich in der Regel auf phobische Krankheits-Befürchtungen (s. o.), mit am häufigsten auf das Herz. Bei der Herzphobie (Synonyma: Herzingst-Syndrom, Herzneurose, Herz-Hypochondrie, Da Costa-Syndrom, neurozirkulatorische Asthenie, sympathiko-vasale Anfälle, Herzingst-Neurose, Kardio-phobie, Effort-Syndrom, vago-vasale Anfälle u. a.) kommt es zu panikartigen Anfällen von Todesangst, an einem plötzlichen Herzversagen zu sterben. Die Betroffenen vergewissern sich deshalb gerne der Nähe anderer Personen (die ihnen helfen könnten), tragen ständig die Notarzt-Telefonnummern bei sich und können auch einmal fluchtartig das nächste Krankenhaus aufsuchen. Oft hängen solche „Notfall-Situationen“ auch mit anderen Zwangsbefürchtungen zusammen, z. B. Agoraphobie. Auf jeden Fall können sie den Betreffenden regelrecht zermürben (wenn nicht gar „versklaven“ – Zitat).

Beispiele: grenzwertig bis krankhaft überbesorgte oder ängstlich-vermeidende Persönlichkeiten. Depressive Zustände, vor allem endogener Genese. Schizophrenie und chronische körperlich begründbare Psychosen. „Neurotische“ Entwicklung im Sinne einer Angststörung, besonders phobische Ängste und Zwangsstörungen (s. diese). Somatoforme Störungen. Gelegentlich auch zweckgerichtet (Krankheitsgewinn: beruflich, privat, Mitleid, Dominanz-Versuche u. a.).

WEITERE SYNDROME AUS DEM BEREICH DER AFFEKTSTÖRUNGEN

Abschließend noch einige Syndrome, die vor allem durch Intensität bzw. Dauer ihrer Affektstörungen auffallen, zudem nicht selten und dann therapeutisch schwer beherrschbar sind:

◆ **Primitiv-Reaktionen (überpersönliche Affekt-Reaktionen):**

Ältere Fachbegriffe für so genannte affektive Ausnahmezustände, Dämmerzustände, Verwirrtheiten, Bewusstseinsstörungen sowie explosive Wutreaktionen (*Raptus*) mit körperlichen (motorischen und vegetativen) Begleiterscheinungen.

Aber auch *Emotions-Stupor*: Abschalten in starkem Affekt, Wut, Trauer, in einer Katastrophenreaktion (Totstellreflex oder Bewegungsturm). Hier ist die affektive Überwältigung so stark, dass eine individuelle, persönlichkeitspezifische Prägung meist nicht mehr registriert werden kann (deshalb *überpersönliche* Affekt-Reaktion).

Beispiele: Persönlichkeitsstörungen, Extremsituationen u. a.

◆ **Dauerhafte posttraumatische Verstimmungen:**

Lang dauernde emotionale Veränderungen (Charakterveränderungen, abnorme reaktive Entwicklungen) unter lang anhaltendem emotionalem Druck. Symptomatik: Verbitterung, Misstrauen, Querulanz, chronische Unfähigkeitsgefühle, Ressentiments, Depressivität u. a.

Beispiele: nach Konzentrationslagerhaft, Folterung, Misshandlung, Inzest, aber auch nicht überwundenen Kränkungen (persönlicher oder beruflicher Bereich) u. a. Psychopathologischer Kern der „posttraumatic stress disorder“ bzw. der posttraumatischen Belastungsstörung.

Wegen der Zunahme dieses Beschwerdebildes nach Extrembelastung, vor allem aber wegen des erschwerten therapeutischen Zugangs, wenn sich das Syndrom einmal verfestigt hat, eine komprimierte Übersicht über die wichtigsten Fakten und ihre Folgen:

Posttraumatische Belastungsstörungen: entweder *akute Belastungsreaktion* (akute Krisenreaktion) oder *posttraumatische Belastungsstörung* (längerdauernd, früher als traumatische Neurose bezeichnet).

Ursachen: individuelle Gewalteinwirkung (sexueller Missbrauch, Vergewaltigung, Überfall, Entführung, Geiselnahme, Folterung, andere Gewalttaten, aber auch Augenzeuge von Gewaltverbrechen, schwerer Unfall u. a.). – Kollektive Gewalt (Krieg, Bürgerkrieg, Terrorismus, Vertreibung, Flucht usw.). – Natur-

katastrophen (Erdbeben (besonders stark verunsichernd!), Vulkanausbrüche, Großbrände, Blitzschlag, Dammbürche mit Überschwemmungen, Lawinen u. a.). – Technische Katastrophen (Verkehrsunfälle im Straßen-, Schiffs- und Bahnverkehr, Nuklear-, Chemie- und Elektrounfälle). – Schwere körperliche und seelische Belastungen (Verbrennungen, Herzinfarkt, Apoplex, Schock, schwerste Schmerzzustände u. a.).

Betroffen sind nicht nur die Opfer selber, sondern manchmal auch nahe Angehörige, ja Freunde oder gar Fremde, wenn sie das Ereignis oder seine Konsequenzen intensiv miterleben mussten.

Beschwerdebild: ständiges, fast zwanghaftes Wieder-Erinnern mit ängstlicher Erregung, Anspannung, Albträumen, starker Angst oder gar Panikanfällen. Bisweilen dramatische Ausbrüche von Angst oder Aggressionen, ausgelöst durch entsprechende Erinnerungen (Jahrestagreaktionen) oder ähnliche Situationen. Versuch, die eigenen Empfindungen gegenüber den Mitmenschen zu verbergen. In bestimmten Situationen allerdings heftige, anklagende, aber auch resignierte Reaktionen, dabei ggf. Selbsttötungsgedanken (z. B. durch Schuldgefühle als Überlebender).

Verlust an Lebensfreude, Interesse, Aktivität, Initiative und Kreativität. Zunahme von Resignation, unbestimmter Angst, Unlust, Gleichgültigkeit. Schwindende Anteilnahme an aktuellen Ereignissen bzw. an der Umwelt schlechthin, Unfähigkeit, Gefühle zu empfinden und zu äußern. Folge: Rückzugsneigung und Isolationsgefahr. Dadurch der subjektive (nach und nach objektivierbare) Eindruck der Ablösung oder Entfremdung von den anderen. Zuletzt Hoffnungslosigkeit bis zu dauernder Gefühlsabstumpfung. Meiden von Aktivitäten, Situationen und sogar entsprechenden Stichworten, Gedanken und Gefühlen, die an das erlittene Ereignis erinnern könnten. Trotzdem Unfähigkeit, sich von den Schrecknissen und Ängsten zu befreien.

Psycho-physische Übererregtheit mit übersteigerter Wachsamkeit, Anspannung, Nervosität, Fahrigkeit, vermehrter Schreckhaftigkeit, Einschlafstörungen u. a. Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Merk- und Konzentrationsstörungen, die fast organisch anmuten. Dadurch erheblicher Leistungseinbruch. Bisweilen eigentümliche psychische Phänomene nach plötzlicher Todeskonfrontation: "Todesnähe-Erfahrungen", Empfindung der "Außer-Körperlichkeit", "Rückblick- oder Panoramaerlebnisse" u. a.

Beispiele: Extrembelastungen. Einzelheiten s. o.

◆ **Hostilitäts-Syndrom**

Das *Hostilitäts-Syndrom* (vom lat.: *hostilis* = feindlich) gehört eigentlich in das ausführliche Kapitel über *Aggressionen* (s. dieses). Nachfolgend trotzdem eine kurze Einführung, da gerade hier die gestörte Affektivität besonders einflussreich ist.

- *Aggressivität* (vom lat.: *agressio* = Angriff) kann verschiedene Formen und Intensitäten aufweisen. Das geht von der latenten Aggressivität mit innerer Abneigung, Gehässigkeit, destruktiven Phantasien gegen bestimmte Personen oder Objekte bis zur verbalen Aggressivität; von der subtilen Schadenfreude, unangemessenen Kritik, Ironie bis zu Zynismus und Sarkasmus mit Beleidigungen, Beschimpfungen, Kränkungen. Und endet ggf. in Aggressionen, d. h. der beabsichtigten oder tatsächlichen Zufügung von Schaden, Schmerz oder Zerstörung, teils unkontrolliert-explosive Gewalttätigkeit in Form von „blinden“ Wutausbrüchen, teils in Form geplanter und überlegter Sachbeschädigung, körperlicher und/oder psychosozialer Schikane bzw. gezielter Zerstörung.

Spezifische Aggressions-Aspekte bieten die Stichwörter Herabsetzung der Aggressions-Impulse (von vorwurfsvollem Schweigen bis zur stillen Wut), das weite Kapitel der Auto-Aggressivität (von der Kasteiung über das Flagellanten-tum und rituelle Selbstverstümmelungen bis zum Suizid), Sadismus und Folter, Amoklauf und artifizielle Störungen (Münchhausen-Syndrom). Einzelheiten dazu siehe die jeweiligen Kapitel in dieser Serie www.psychosoziale.gesundheit.net.

Beispiele: siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Internet-Serie.

Weitere Hinweise aus dem Bereich der Affektstörungen, die gerade in letzter Zeit besonders intensiv diskutiert werden, sind die Syndrome, Störungen bzw. Themen-Bereiche Suizidgefahr, Hysterie, Amok, artifizielle Störung (Münchhausen-Syndrom), Burnout, Innere Kündigung u. a. Sie werden in einem eigenen Folge-Kapitel besprochen: *Psychopathologie 3 – Anhang: Spezifische Aspekte gestörter Affektivität*.

UNTERSUCHUNGSGANG

Bei der Prüfung des affektiven Zustands, also der Gefühlssphäre, genügen die Informationen aus der Verhaltensbeobachtung und dem Gespräch. Dabei muss vor allem die vorherrschende Stimmungslage berücksichtigt werden. Aber auch die affektive Ansprechbarkeit, also Art, Tiefe, Echtheit, Steuerbarkeit, Verarbeitungsweise usw. sind bedeutsam. Nicht zu vergessen die Antriebskomponente (s. diese), die Situations-Abhängigkeit, sogar die Tageszeit (z. B. Morgentief oder "Morgengrauen" beim depressiven Syndrom). Schließlich ist zu prüfen: Sind die affektiven Reaktionen adäquat, z. B. der jeweiligen Situation angemessen. Danach ist nach den verschiedenen Gefühlsstörungen zu differenzieren.

Bedeutsam ist auch die affektive Beziehung zwischen Patient und Arzt, also Nähe/Distanz, Echtheit/Unechtheit, Stabilität/Instabilität usw. Sie alle müssen in die Wertung mit einbezogen werden. Einzelheiten siehe auch die ent-

sprechenden Kapitel zur Therapeut-Patient-Beziehung in der Internet-Serie www.psychosoziale-gesundheit.net.

Stimmung und Gefühle spiegeln sich häufig auch im *Äußeren des Patienten* wider. Dabei lässt sich schon ohne verbalen Austausch so manches registrieren. Ergiebig ist z. B. das Mienenspiel (z. B. bedrückter, ängstlicher oder ekstatischer Gesichtsausdruck), die Gestik (müde, frisch, hektisch usw.), die Körperhaltung (gebeugt, straff), die Bewegungsabläufe beim Gehen (harmonisch, eckig, schleppend, federnd), die Stimme (leise, laut, modulationsarm), das Vegetativum (z. B. Erröten, Erblassen, Zittern, Lidspalten- und Pupillenweite) usw. Bleiben die Beobachtungen konstant oder ändern sie sich je nach Gesprächssituation – und wenn, bei welchen Themen, Fragen, Antworten?

Der non-verbale Teil menschlichen Ausdrucks, also Mimik, Gestik, Körperhaltung usw. wird zwar meist intuitiv verstanden, jedoch nicht immer exakt dokumentiert. Gerade das aber ist wichtig für die anschließende Differentialdiagnose. Dabei können sich manche Menschen – verstärkt durch bestimmte Krankheitsbilder (z. B. Depression, Manie) – nicht nur „verstellen“, sondern auch durch Haltung bzw. Disziplin die exakte Einschätzung einer beispielsweise gefährlichen Situationszuspitzung (Suizidgefahr) erschweren.

Die wichtigsten Hinweise für die Einschätzung des Gefühlslebens ergeben sich allerdings aus den *verbalen Äußerungen*: Dabei sollte man sich – ange-regt durch den ersten Eindruck – mit konkreten, aber zu Beginn nicht zu direkten oder gar verletzenden Fragen langsam „einfragen“. Der befreiendste Einstieg ist das kurze „Alltagsgespräch“, der alltägliche „Plausch“ (heute: „small-talk“), der kleine Gedankenaustausch um Nichtigkeiten oder sekundäre Informationen (z. B. Wetter, Sport, Tagespolitik, regionale oder örtliche Besonderheiten aus dem Herkunftsgebiet des Patienten usw.).

Das entspannt fast schlagartig, weil der Patient ja mit belastenden Fragen gerechnet hat und jetzt wie ein „normaler Gegenüber“ behandelt wird. Sobald er also mehr oder weniger selbständig zu reden beginnt, muss man ihn auch berichten lassen, selbst wenn er abschweift und das Ganze etwas mehr Zeit kosten sollte. Manchmal reagiert er plötzlich selber erschrocken und sagt: Aber jetzt muss ich ja wohl mal zu meinem Problem kommen. Dann hat er sich tatsächlich „freigeredet“ und die Exploration wird ergiebiger.

Dabei ist das – es muss immer wieder betont werden – möglichst ausführliche und wörtliche Mitschreiben von Fragen und Antworten nützlich. Besonders Anfänger neigen dazu, anstatt der wörtlichen Schilderung die – notgedrungen überhastete – Interpretation der Symptome festzuhalten. Das kann rasch in die Irre führen. Sollte sich das Zustandsbild darüber hinaus ändern, ist die Verwirrung perfekt. Und jetzt fehlt auch noch die Dokumentation des ursprünglichen Beschwerdebildes.

Natürlich muss man antriebsgesteigerte, gereizte, euphorische, enthemmte Patienten gelegentlich bremsen und auf die vorgegebenen Fragen zurückführen. Wenn man das nicht „disziplinarisch“, sondern durch geschickte Zwischenfragen macht, die Interesse signalisieren, ist es selbst bei ggf. schwer zu bremsenden Krankheitsbildern (z. B. Manie) kein unüberwindbares Problem.

Umgekehrt sind stimmunggedrückte und psycho-motorisch verlangsamte Patienten immer wieder behutsam zu einer Antwort zu ermuntern. Dabei muss man aber gerade letzteren genügend Zeit lassen und sie nicht durch unnötige (weil ungeduldige, unduldsame) Zwischenfragen aus ihren ohnehin mühsamen Formulierungs-Bemühungen herausdrängen.

Darüber hinaus handelt es sich ja – unabhängig von der Antriebslage – häufig um belastende, ja peinliche Konflikte oder Misserfolge, folgenschwere Fehlhandlungen, deprimierende Erfahrungen, Demütigungen, Kränkungen usw., die von jedermann nur ungern zugegeben, diskutiert und deshalb auch meist abgewehrt und verdrängt werden. Auf jeden Fall sollte der Patient soviel wie möglich mit eigenen Worten formulieren, was ihn beschäftigt, auch wenn man mit vorgegebenen oder spontanen Zwischenfragen das Gespräch in Gang zu halten versucht.

Wichtig ist auch die Bedeutung des Verschweigens: Was sagt der Patient, indem er es nicht sagt?

Besonders vorformulierte Fragen wirken mitunter entwürdigend auf den ohnehin empfindlichen Kranken und müssen – sofern sie nötig oder hilfreich sind – mit Geschick und Takt gemildert werden. Niemals darf das Arzt-Patient-Gespräch zum seelischen Abfragen entarten. Es ist nicht nur ergiebiger, sondern therapeutische Pflicht, ja ein Gebot der Menschlichkeit, das Gespräch durch eine harmonische Fragen-Abfolge möglichst natürlich zu gestalten.

Dabei sind interessierte Zwischenfragen, ja ggf. Verständnis-Unterbrechungen für den Patienten durchaus anregend (Patient: ...damals soll meine Großmutter ... Therapeut: mütterlicher- oder väterlicherseits? Patient: ... meine Großmutter mütterlicherseits erstmals etwas Ähnliches gehabt haben wie ich). Lieber ein wenig Zeit opfern oder eine Reihe „nutzloser“ Antworten oder ein kurzes Geplauder in Kauf nehmen, als den Patienten in stumme Resignation, gereizte Abwehr, Misstrauen oder Demütigung zu treiben. Gerade im Gefühlsbereich bieten sich einige der wichtigsten Klärungspunkte an, die bei unglücklicher Argumentation nicht nur blockieren, sondern ggf. sogar verheerende Folgen haben können (z. B. potentielle Suizidgefahr).

Über die Möglichkeiten, aber auch Grenzen entsprechender Fragebogen siehe der ausführliche Kommentar im Kapitel Anamnese und Befund.

LITERATUR

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

Grundlage vorliegender Ausführungen aber ist das Fachbuch:

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

Weitere Hinweise in den entsprechenden Kapiteln von

www.psychosoziale-gesundheit.net