

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

SCHWEISSAUSBRÜCHE AUS PSYCHIATRISCHER SICHT

Wer möchte schon etwas wissen über unangenehmes Schwitzen oder gar heftige Schweißausbrüche – außer die Betroffenen selber? Tatsächlich ist übermäßiges Schwitzen nicht selten. Meist nur durch körperliche Belastung, wobei auch die individuelle Anlage dazu eine Rolle spielt. Dann kennt jeder seelisch bedingte Schweißausbrüche, vor allem dann, wenn man unter Druck gerät: seelisch, geistig oder psychosozial. Das alles ist normal und im Grunde kein Thema.

Anders bei dem Leidensbild namens Hyperhidrose, also übermäßigem krankhaften Schwitzen. Dafür gibt es eine Reihe körperlicher Ursachen (wenngleich auch manches idiopathisch bleibt, oder auf Deutsch: man weiß nicht, warum und woher). Hier unterscheidet man fokales (also örtlich umschriebenes) und generalisiertes (Ganzkörper-)Schwitzen. Auch das emotionale, also gemüts-bedingte Schwitzen wird in der Fachpresse diskutiert, wenngleich schon weniger ausführlich. Und erstaunlich begrenzt sind die Hinweise bezüglich Schweißausbrüche aus psychiatrischer Sicht.

Das soll in der nachfolgenden Übersicht etwas ausführlicher angesprochen werden: Schweißausbrüche und seelische Störungen. Beispiele: Schizophrenien, Depressionen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Alkoholkrankheit, Medikamenten-Abhängigkeit, Rauschdrogen, Tabak-Abhängigkeit, Coffeinismus, Glücksspielsucht, psychosomatische und neurotische Störungen usf. Und die Folgen der häufig dafür eingesetzten Psychopharmaka wie Neuroleptika, Antidepressiva, Beruhigungs- und Schlafmittel, Lithium-Salze u. a.

Und nicht zu vergessen ein Leidensbild, das in der Regel einen natürlichen Übergang signalisiert: das Klimakterium, wobei jedoch nicht nur die Wechseljahre der Frau, sondern auch die des Mannes aufgeführt werden müssen.

Erwähnte Fachbegriffe:

Übermäßiges Schwitzen – Schweißausbrüche – apokrine Schweißdrüsen – ekkrine Schweißdrüsen – Schweißdrüsen-Lokalisation – Schweißdrüsen-Sekret – Thermo-Regulation – Wärmehaushalt des Körpers – thermo-regulatorisches Schwitzen – fokales Schwitzen – generalisiertes Schwitzen – Hyperhidrose – primäre fokale Hyperhidrose – sekundäre fokale Hyperhidrose – Hyperhidrosis – generalisiertes Schwitzen – emotional (gemütsmäßig) bedingtes Schwitzen – Psychopharmaka und Schwitzen – Neuroleptika (Antipsychotika) und Schwitzen – malignes neuroleptisches Syndrom und Schwitzen – Tranquilizer und Schwitzen – Schlafmittel und Schwitzen – Benzodiazepine und Schwitzen – Antidepressiva und Schwitzen – psychotrope Arzneimittel und Schwitzen – Schizophrenie und Schwitzen – Depressionen und Schwitzen – Angststörungen und Schwitzen – posttraumatische Belastungsstörungen und Schwitzen – Alkoholkrankheit und Schwitzen – Medikamenten-Abhängigkeit und Schwitzen – Rauschdrogen und Schwitzen – Tabak-Abhängigkeit und Schwitzen – Coffeinismus und Schwitzen – nicht-substanzgebundene Suchtformen und Schwitzen – Glücksspielsucht und Schwitzen – psychosomatische Störungen und Schwitzen – Psychosomatosen und Schwitzen – Organneurosen und Schwitzen – funktionelle Störungen und Schwitzen – psychogenes Fieber und Schwitzen – Klimakterium und Schwitzen – Wechseljahre und Schwitzen – Wechseljahre der Frau und Schwitzen – Wechseljahre des Mannes und Schwitzen – u.a.m.

Ein unangenehmes Thema über eine heimliche, ggf. peinliche Belastung: übermäßiges Schwitzen bis zu unkontrollierbaren Schweißausbrüchen.

Selten ist es nicht, aber man geht meist darüber hinweg. Das ist großzügig vom Umfeld – aber gleichwohl beeinträchtigend, ja demütigend für die Betroffenen – bis zu ausgeprägten Minderwertigkeitsgefühlen, ja Rückzug und Isolations-Gefahr. Dabei halten sich die körperlichen Folgen in Grenzen (im Gegensatz zu einem krankhaften Zuwenig an Schweiß-Sekretion, was bis zur Gefahr eines Hitzschlages gehen kann). Doch die seelischen und vor allem psychosozialen Konsequenzen sind ernst zu nehmen. Die *Hyperhidrose*, die exzessive Sekretion von Schweiß, hat zwar überwiegend organische Ursachen, vor allem aber zwischenmenschliche Folgen: Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft, Freizeit, Arbeitsplatz, ja eigentlich überall.

Nachfolgend deshalb eine Übersicht zum Thema: *Hyperhidrose – übermäßiges Schwitzen aus psychiatrischer Sicht*. Zuvor jedoch eine allgemeine Einführung mit dem Titel

Erkrankungen der Schweißdrüsen

Um es gleich vorweg zu nehmen: Schwitzen ist nicht nur eine physiologische (also normale), sondern auch lebens-wichtige Körperfunktion. Bei unzurei-

chender Schweiß-Produktion, wie es beispielsweise durch Verletzungen, Bestrahlung, Entzündungen, Infektionen, bestimmte Medikamente oder einfach Schwund der Schweißdrüsen vorkommen kann, drohen meist mehr unangenehme bis lebens-kritische Folgen als bei einem Zuviel.

Zuerst aber zu Anatomie und Physiologie, wie es die Experten nennen:

Es gibt zwei Sorten von Schweißdrüsen: apokrine und ekkrine. Was heißt das?

- **Apokrine Drüsen** findet man vor allem in den Achselhöhlen, im Genitalbereich, an den Brustwarzen, am After, aber auch im äußeren Gehörgang usw. Das sind meist so genannte Duft-Drüsen, die für den „persönlichen“ Geruch zuständig sind (was nicht nur negativ ist, vor allem in sexueller Hinsicht, auch beim Menschen). Deshalb werden sie ab der Pubertät aktiviert.

Apokrine Drüsen produzieren ein öliges, zäh-flüssiges Sekret, das auch einmal unangenehm ausfallen kann – und dann plötzlich als störend registriert wird.

- **Ekkrine Drüsen** stellen die Mehrzahl aller körperlichen Schweißdrüsen. Sie sind von Geburt an aktiv, über den gesamten Körper verteilt (wenngleich verstärkt im Bereich der Achseln, Handflächen und Fußsohlen) und von wässrigem Sekret. Ihre wichtigste Aufgabe besteht in der so genannten Thermo-Regulation, dem Wärmehaushalt des Körpers, vor allem um in warmer Umgebung und bei körperlicher Tätigkeit zu kühlen (wie wenn man sich zusätzlich die Stirn befeuchtet). Ekkrine Drüsen-Sekrete sind in der Regel „geruchs-neutral“ bis „geruchslos“.

Das so genannte thermo-regulatorische Schwitzen ist also gerade für den Menschen wichtig. Außer ihm können nur wenige Tiere zuviel Wärme über die Aktivierung entsprechend spezialisierter Schweißdrüsen abgeben (z. B. Affen und Pferde). Deshalb wird das ganze auch über das so genannte sympathische Nervensystem und mehrere Regelkreise gesteuert (Anmerkung: der Sympathicus ist ein Teil des vegetativen Nervensystems, das die vom Willen weitgehend unabhängigen inneren Lebensvorgänge steuert, unterteilt in zwei Systeme, nämlich Sympathicus und Parasympathicus mit unterschiedlichen Aufgaben. Beispiele: Herz, Lunge, Verdauungstrakt, Leber, Nieren, Blase, Blutgefäße u. a. – und Schweißdrüsen).

Dabei handelt es sich um ein sehr komplexes System, beginnend mit einem Regulations-Zentrum im Gehirn (vor allem im so genannten Hypothalamus, dem Integrationszentrum aller thermo-sensorischen Reize).

Unterstützt wird es durch thermo-sensible Nervenzellen im Rückenmark und Hirnstamm, durch Temperatur-Rezeptoren (z. B. Kalt- und Warm-Fühler) in der Haut, in den Eingeweiden, in den Muskeln u. a. und schließlich durch die Schweißdrüsen, die sich quasi über den ganzen Körper verteilt finden, je nach Funktion (s. o.).

Der Hypothalamus ist Teil des Zwischenhirns, ein zentrales Organ der Regulation vegetativer Funktionen (z. B. Nahrungs- und Wasseraufnahme, Sexualität, in diesem Fall vor allem Temperatur-Regulation). Er wird durch so genannte Neurohormone kontrolliert, die wiederum andere lebenswichtige Hormone freisetzen, vor allem so genannte Effektor-Hormone (die auf Zielorgane in der Peripherie des Körpers wirken) und Steuer-Hormone, die vor allem die Verbindung mit der Hypophyse aufnehmen, das so genannte Hypothalamus-Hypophysen-System.

Die Hypophyse, die Hirnanhangsdrüse, ist eine neuroendokrine Drüse, die man als Schaltstätte des Endokriniums (der inneren Drüsen) bezeichnen könnte.

Wem das alles zu kompliziert ist, der muss nebenbei nur die Funktionsstörung oder gar das völlige Versagen dieses Hypothalamus-Hypophysen-Systems nachlesen, und er wird merken: Hier ist ein großer Teil der organischen Funktions-Fähigkeit konzentriert, die zu mannigfachen und schließlich finalen Störungen führen könnte, wenn es nicht mehr funktionieren sollte.

Am Ende dieser komplizierten Funktions-Kette stehen die so genannten Neurotransmitter, also Botenstoffe (z. B. Acetylcholin), die die Milliarden Nervenzellen miteinander verbinden, um ganze Spezial-Verbände einsetzen zu können.

Im Grunde ist es eine einfache Aufgabe, scheinbar: Es gilt „nur“ die Körperkern-Temperatur konstant zu halten. Je nach Übereinstimmung der Soll-Temperatur mit der Ist-Temperatur muss hier also angehoben werden (z. B. durch Gefäß-Verengung in der Haut, um die Wärme-Abstrahlung zu vermindern und durch Muskelzittern, um Wärme zu erzeugen) oder durch Wärme-Abgabe, d. h. Gefäß-Erweiterung mit gegenteiliger Funktion und Schwitzen mit Abkühlungs-Effekt.

Dabei spielen natürlich noch eine Reihe weiterer Faktoren eine Rolle. Beispiele: Hormone wie Progesteron oder Östrogene, Sauerstoffsättigung im Blut, aber auch Gemüts-Belastungen, z. B. Stress u. a.

Fokales und generalisiertes Schwitzen

Man unterscheidet in der Medizin das fokale (eher örtlich begrenzte) und generalisierte (über den ganzen Körper verteilte) Schwitzen bzw. fokale und generalisierte Hyperhidrosen, wie der Fachausdruck lautet. Im Einzelnen:

● **Fokale Hyperhidrosen**

Bei den *fokalen Hyperhidrosen* differenziert man in primäre und sekundäre Formen:

- Die *primäre fokale Hyperhidrose* entsteht „idiopathisch“ (nochmals auf Deutsch: man weiß nicht warum und woher) bei ansonsten Gesunden. Der Beginn liegt meist in der Pubertät. Insgesamt sollen es etwa drei Prozent der Bevölkerung sein, wobei die Hälfte von einer fokalen axillären Hyperhidrose betroffen ist (d.h. Schwerpunkt unter den Achseln).

Eine genetische Prädisposition (erbliche Anlage) ist wahrscheinlich, jedenfalls verweisen zwischen ein und zwei Drittel der Patienten auf nahe Familien-Angehörige mit gleichem Leiden.

Die primäre Hyperhidrose betrifft – wie erwähnt – vor allem die Achseln (in acht von zehn Fällen), aber auch Füße, Hände und das Gesicht. Hier finden sich insbesondere Menschen mit psychosozialen Problemen. Dabei bleibt allerdings unklar, was überwiegend Ursache oder Folgen sind bzw. ob es sich nicht um eine unselige Mischung handelt, die sich wechselseitig unterhält und verstärkt.

- Eine *sekundäre fokale Hyperhidrose* ist die Folge von zentralen (Gehirn und Rückenmark) oder peripheren Nerven-Schädigungen im übrigen Körper-Bereich. Beispiele (in der Fachsprache, Einzelheiten siehe die spezielle Literatur): Polyneuropathie, chronische neurogene Entzündung mit komplexen Schmerzbildern, Großhirn-Infarkt oder Gehirn-Blutung, Verletzungen im Rückenmarks-Bereich, spezielle Nervenerkrankungen (z. B. posttraumatische Siringomyelie) u. a.

- *Sonderformen der fokalen Hyperhidrose* sind beispielsweise das *gustatorische Schwitzen* im Bereich von Lippen und Mund nach Aufnahme von Nahrungsmitteln und Getränken, die stark gewürzt oder sehr heiß sind. Auch hier spielen bestimmte Krankheitsbilder eine Rolle (z. B. diabetische Neuropathie,fazialer Herpes zoster, Verletzungen und Infektionen im Zentralen Nervensystem, Erkrankungen und Verletzungen der Speicheldrüsen u. a.).

● **Generalisiertes Schwitzen**

Generalisiertes Schwitzen betrifft den überwiegenden Teil der Körperoberfläche. Die meisten Fälle sind auch hier idiopathisch (d.h. genaues weiß man noch nicht). Daneben können jedoch zahlreiche Krankheiten beteiligt sein.

Beispiele (wieder in Fachausdrücken – siehe die entsprechende Spezial-Literatur): endokrine Erkrankungen (der „inneren Drüsen“ wie Hyperthyreose, Hypoglykämie, Hyperpituitarismus), Arzneimittel (vor allem Antidepressiva, Antidiabetika, Schmerzmittel, Koffein), maligne Erkrankungen (z. B. Morbus Hodgkin, Lymphom, Leukämie), Infektionen (z. B. Tuberkulose), Endokarditis, Pilzkrankheiten, neurologische Störung (z. B. Parkinson), Verletzungen und Erkrankungen des Zentralen Nervensystems, Entzug bestimmter Arzneimittel (z. B. Opioide), natürlich auch nicht-krankhafte Veränderungen wie Schwangerschaft, Menopause u. a.

Emotional (gemüts-)bedingtes Schwitzen

Neben der so genannten thermo-regulatorischen Schweißbildung (also normal, um die Körperkern-Temperatur stabil zu halten) sprechen die Experten auch von *emotional bedingtem Schwitzen*. Es hat die Funktion eines körperlichen „Feedback-Signals bei emotional ergreifenden sensorischen, kognitiven und verhaltensrelevanten Prozessen“, wie es die Neurologen, Psychophysiologen und Psychiater nennen. Gesteuert wird es von neokortikalen und limbischen Zentren, also Spezial-Regionen im Gehirn, die vor allem die Gefühlswelt überwachen. Diskutiert werden Amygdala, Präfrontalkortex, Insel und Cingulum (was man sich als Laie natürlich nicht merken muss, aber man erkennt, wie vielgestaltig das nach außen eigentlich anatomisch unattraktive Menschen-Gehirn gebaut ist ...). Genutzt werden die gleichen Nerven-Bahnen wie beim physiologischen thermo-regulatorischen Schwitzen (also ohne emotionale Belastung).

Im Gegensatz zur „Alltags-Regulation“, die vor allem die behaarte Haut betrifft, sind es bei emotional bedingtem Schwitzen (z. B. Stress oder sonstige Reize) hauptsächlich Schweißdrüsen im Gesicht, unter den Achseln, an den Handflächen und Fußsohlen.

Das kann soweit gehen, dass schweißbedingt insbesondere Handflächen und Fußsohlen regelrecht mazeriert (ausgelaugt) wirken, durch Fissuren (Hautrisse und Schrunden) durchzogen sind und dabei ungewöhnlich blass aussehen.

Und natürlich die Klage über ständigen Wechsel von Unterwäsche, Nachthemd, Arbeitsanzug u. a.

Allerdings – so die Experten – die Trennung von thermo-regulatorischem und emotional bedingtem Schwitzen ist nicht streng durchführbar, eine gegenseitige Beeinflussung ist nachgewiesen und auch nachvollziehbar.

So gesehen wäre das gemüts-bedingte Schwitzen in der Tat ein interessantes Phänomen, interessant für die Wissenschaft, weil auch leidvoll für die Betroffene.

nen. Oder kurz: Hier sollte man mehr wissen (dürfen). Leider halten sich die bisher verfügbaren Erkenntnisse in Grenzen.

Das betrifft besonders augenfällig die Psychiater und Nervenärzte (also Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie). Von den psychotherapeutisch tätigen Experten (Facharzt für Psychotherapeutische Medizin) sowie psychotherapeutisch tätigen Psychologen würde man es hingegen weniger verlangen, vor allem was die biologischen Hintergründe anbelangt. Leider sind die psychiatrischen Lehrbücher dazu unergiebig, vom Taschenbuch bis zu den inzwischen mehrere tausend Seiten starken Lehr-Büchern.

Nachfolgend deshalb eine eher kümmerliche Übersicht, was die psychiatrische Fach-Literatur dazu beizutragen vermag (am ehesten noch in dem inzwischen vergriffenen Lehrbuch von V. Faust: Psychiatrie – ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung, Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart 1996).

SCHWEISSAUSBRÜCHE UND SEELISCHE STÖRUNGEN

Wie wir gehört haben, wird die Körperkern-Temperatur zentral gesteuert. Zentral heißt: Man vermutet ein zentrales Regulationszentrum im Gehirn, wahrscheinlich im Hypothalamus (s. o.)

Die Thermoregulation gehört dazu. Unter diesem Aspekt ist es auch nicht verwunderlich, dass man in dieses System sowohl positiv als auch negativ eingreifen kann bzw. muss. Dazu zählen vor allem bestimmte Arzneimittel mit ihrer erwünschten Wirkung, aber auch ggf. unerwünschten Nebenwirkungen.

Und wenn es sich um seelische Störungen handelt, dann muss unter diesem Aspekt auch an Psychopharmaka gedacht werden, an Arzneimittel mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben. Oder umgekehrt: Das Seelenleben soll stabilisiert werden, was aber nicht ohne Einfluss auf die Funktion des Zentralen Nervensystems möglich ist, je nach Art der Medikamente. Deshalb ein kurzer Überblick zum Unter-Kapitel:

Psychopharmaka und Schweißausbrüche

Zu den Psychopharmaka zählt man die – um die gleiche Zeit entwickelten – modernen psychotropen Arzneimittel, nämlich

- die Neuroleptika: antipsychotisch wirksam, bei einer Untergruppe überwiegend dämpfend,

- die Antidepressiva: also stimmungsaufhellend sowie
- die Tranquilizer: beruhigend, angstlösend, muskel-entspannend, ggf. antiepileptisch u. a.
- Außerdem die Psychostimulanzien, von denen man früher nur ihre aufputschende Wirkung zu registrieren pflegte, die aber inzwischen sehr konkrete Heilanzeigen haben, z. B. gegen die ungewöhnliche neurologische Krankheit Narkolepsie und die inzwischen in aller Munde stehende Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Störung (ADHS).
- Im erweiterten Sinne gehören dazu auch die Phasen-Prophylaktika bzw. Stimmungs-Stabilisierer, gegen immer wieder auftretende Depressionen und manische Hochstimmungen eingesetzt,
- im noch weiteren Sinne die Hypnotika (Schlafstörungen), Analgetika (Schmerzmittel), Narkotika (Narkosemittel) u. a. Im Einzelnen:

● Neuroleptika

Bei den *Neuroleptika* unterscheidet man die vor allem antipsychotisch wirkenden hochpotenten Neuroleptika, die eher dämpfenden niederpotenten Neuroleptika sowie eine mittlere Gruppierung von Neuroleptika mit mittelstarker neuroleptischer und dämpfender Wirkung. In allen Fällen muss mit einer Reihe von Nebenwirkungen gerechnet werden, die man durch Entwicklung neuerer Produkte (so genannte Atypika) zu reduzieren versucht, teils mit gutem Erfolg, teils mit ggf. ebenfalls unangenehmen Nebenwirkungen auf anderem Gebiet. Besonders bei der älteren Generation der Neuroleptika finden sich immer wieder Klagen über Sekretionsstörungen der Speichel- und Schweißdrüsen.

- Bei den Speichel-Drüsen (dies nur nebenbei, um zu zeigen, dass auch andere Sekretions-Bereiche betroffen sein können) ist es vor allem eine Trockenheit von Mund- und Rachenschleimhaut und – eine dritte Ebene – der Nasenschleimhaut. Die Folge: Durstgefühle, gelegentlich Blutungen. Bei länger dauernder Mundtrockenheit die Gefahr verstärkter Kariesbildung.
- Ein vermehrter Tränen- und Speichelfluss ist selten, letzteres am ehesten bei so genannten extrapyramidal-motorischen Schluckbehinderungen.
- Zum eigentlichen Thema aber gehört die Hyperhidrosis: anfallsweise Schweißausbrüche, unabhängig von Temperatur und Tages- bzw. Nachtzeit. Besonders betroffen: Gesicht, Oberkörper, Hände, mitunter auch Rücken und unter den Achseln.

Hier muss auch an etwas erinnert werden, was vielleicht nur selten, ggf. aber dramatisch ausfallen kann: Es handelt sich um neuroleptika-bedingte zentrale Temperatur-Änderungen, meist Temperatur-Senkungen, gelegentlich auch

-Steigerungen. Die Ursache ist ein Verlust der Temperaturkontrolle, was früher für plötzliche Todesfälle diskutiert wurde.

- Das leitet zu dem gefürchteten *malignen neuroleptischen Syndrom* unter Neuroleptika-Behandlung über. Es ist zwar sehr selten, aber gefährlich. Meist nach hochdosierter Akutbehandlung mit hochpotenten Neuroleptika, häufig bei Medikations-Änderung (vor allem Dosis-Erhöhung), nach Rezidiv (Rückfall) oder genereller Zustandsverschlechterung. Klimatische Faktoren sind nicht zwingend, doch finden sich nicht wenige Fälle während Hitzewellen mit hoher Luftfeuchtigkeit und Windstille (Gefahr der Exsikkose, also Austrocknung, infolge hoher Außentemperaturen und/oder ungenügender Flüssigkeitszufuhr?). Weitere prädisponierende Faktoren, die dazu beitragen können, sind Unruhe- und Erregungszustände (hier handelt es sich ja vor allem um schizophren Erkrankte), vorangegangene antidepressive Medikation (s. u.) sowie jüngere Patienten im Allgemeinen und Männer im Besonderen.

Ohne hier auf Einzelheiten eingehen zu können, sei auf jeden Fall erwähnt: Beginn häufig mit ausgeprägten Bewegungsstörungen bis hin zur seelisch-körperlichen Erstarrung (Fachbegriffe: Akinese, Rigor und Stupor). Im weiteren Fieber (zwischen 38 und 42°C), Bewusstseinsstörung (von leichteren Bewusstseinsstörungen bis hin zum Koma) sowie vegetative Dysregulationen (Herzrasen, Hecheln, Blutdruckveränderungen, meist Hochdruck). Und entsprechende Schweißausbrüche mit bleicher Haut. Das alles erzwingt ein umgehend fachärztliches Eingreifen voraus.

● **Tranquilizer und Schlafmittel vom Benzodiazepin-Typ**

Tranquilizer (Beruhigungsmittel) und *Hypnotika* (Schlafmittel) vom Typ der Benzodiazepine waren und sind noch immer weltweit im Einsatz – durchaus erfolgreich, in Einzelfällen unverzichtbar, aber mit einer Reihe von folgenreichen Nebenwirkungen bei Mittel- und vor allem Langzeit-Gebrauch geschlagen, vor allem einer hartnäckigen und ggf. nicht ungefährlichen Suchtgefahr.

Dabei droht eine Abhängigkeit bereits nach kurzer Einnahmezeit (d.h. wenigen Wochen), in jeder Anwendungsform (Tabletten, Saft, Tropfen), selbst in gering erscheinender Dosierung (die täuschende Niedrig-Dosis-Abhängigkeit). Dies auch in gleichbleibend niedriger Dosierung ohne Dosiserhöhung im Verlaufe einer bereits mittelfristigen Einnahmezeit. Früher wurden die Benzodiazepine auch gerne in Kombinations-Präparaten verabreicht (weshalb man noch weniger auf die Suchtgefahr der ja nur zusätzlich beigemischten Beruhigungsmittel achtete).

Besondere Aufmerksamkeit ist geboten bei neurotischen, psychosomatischen und von Schlafstörungen beeinträchtigten Patienten sowie bei chronischen Angstzuständen.

Im Rahmen der dann ggf. notwendig werdenden Entziehung drohen naturgemäß Abstinenz-Symptome. Einzelheiten dazu siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie. Sie sind in seelischer bzw. psychosozialer Hinsicht allerdings so vielfältig, dass man lange Zeit nicht darauf kommt, selbst unter ärztlicher Kontrolle.

Fast noch „bunter“ ist das körperliche Entzugs-Syndrom. Und hier gehören Schweißausbrüche regelhaft dazu (sind allerdings – gemessen an dem, was sonst noch drohen könnte – eher moderat in ihrer Entzugs-Belastung). Am häufigsten sind jedenfalls Schlafstörungen, Zittern, Kopfdruck, Herzrasen, innere Unruhe, diffuse Ängste, Merk- und Konzentrationsstörungen – und Schweißausbrüche.

● **Antidepressiva**

Antidepressiva gehören inzwischen zu den am meisten verordneten Psychopharmaka. Das liegt nicht zuletzt daran, dass ihr Indikations-Bereich sich ständig erweitert, durchaus auch zum Segen der Betroffenen. Man denke nur an die Angststörungen, die inzwischen die „Volkskrankheit Nr. 1, die Depressionen, zahlenmäßig einzuholen beginnen. Und auch bei diesen helfen im Rahmen einer gemeinsamen Psycho- und Phamakotherapie vor allem neuere Antidepressiva, insbesondere die Gruppe der Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI).

Aber auch die ältere Generation (seit über einem halben Jahrhundert verfügbar) konnte viel Leid verhindern – wenn auch um den Preis entsprechender Nebenwirkungen. Einzelheiten dazu siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie. Schweißausbrüche gehören jedenfalls seit jeher dazu, wiederum unabhängig von Temperatur und Tages- bzw. Nachtzeit, meist anfallsweise und besonders im Gesicht, an Oberkörper und Händen. Sie blieben jedoch meist erträglich, schlimmstenfalls lästig. Im Zusammenhang mit anderen unerwünschten Begleiterscheinungen, auf die hier nicht weiter eingegangen werden kann, können sie aber doch erheblich belasten.

Eine Reihe der durchaus ernst zu nehmenden Nebenwirkungen konnte durch die Entwicklung neuerer Antidepressiva-Typen weitgehend zurückgedämmt werden. Dafür blieben dann andere Nebenwirkungen übrig und gewannen in zunehmendem Maße an negativer Aufmerksamkeit. Dazu gehören beispielsweise sexueller Empfindungsstörungen (die früher entweder weniger registriert oder wegen des insgesamt trostlosen Beschwerdebildes seltener wahrgenommen wurden, heute aber sehr wohl) – und Schweißausbrüche (sogar in den Beipackzetteln als „sehr häufig“ zugegeben).

● **Weitere psychotrope Arzneimittel**

Weitere psychotrope Arzneimittel (also mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben im weitesten Sinne), bei denen auch Schweiß-

ausbrüche eine Rolle spielen, finden sich ggf. bei praktisch allen Substanzen, mal mehr, mal weniger. Beispiele: Lithium-Salze, Psychostimulanzien, Antiepileptika, Hypnotika u. a.

Schlussfolgerung

Natürlich hängt es von vielerlei Faktoren ab, doch eines lässt sich nicht bestreiten: Viele Arzneimittel im Allgemeinen und die meisten Psychopharmaka im Speziellen lösen als Nebenwirkungen u. U. übermäßiges Schwitzen aus. Das kann dezent und höchstens zusätzlich durch hohe Außen- oder Innentemperaturen und körperliche Aktivität bedingt sein, es kann auch in Ruhe treffen – störend allemal.

Dabei drängt sich die Frage auf: Lohnt es sich wegen dieser in der Tat lästigen Nebenwirkung durch lückenhafte und damit unzureichende Medikamenteneinnahme die erhoffte Linderung des behandelten Beschwerdebildes in Frage zu stellen? Das muss jeder selber wissen – am besten aber in enger Zusammenarbeit mit dem Hausarzt und ggf. Facharzt, in diesem Fall Psychiater oder Nervenarzt.

Eines ist sicher: Eigenmächtige (Verzweiflungs-)Reaktionen führen in der Regel nur zu weiteren Beeinträchtigungen, Dosis-Anpassung oft zu einem ertragbaren Kompromiss.

Die Schizophrenien

Ganz anders liegen die Bedingungen bei jenen Krankheiten, hier überwiegend seelischen Störungen mit psychosozialen Folgen, die von sich aus, vom spezifischen Beschwerdebild her zu übermäßigem Schwitzen, wenn nicht gar regelrechten Schweißausbrüchen führen können. Da kann es dann wieder interessant werden, obige Medikamente zu nutzen (paradoxe Weise leider wieder gelegentlich mit Schwitzen als unerwünschter Begleiterscheinung).

Nachfolgend deshalb eine Reihe von seelischen Krankheiten mit unterschiedlichsten Ursachen und Verlaufsformen, bei denen Schweißausbrüche ggf. hingenommen werden müssen. Dazu gehören vor allem die *schizophrenen Psychosen*. Über sie gibt es in dieser Serie eine ganze Reihe von Beiträgen, u. a. ein umfassendes Kapitel über die Schizophrenien.

Ein kleines Unter-Kapitel davon lautet: *körperliche Beschwerden bei Schizophrenie*. Dabei geht es nicht nur um die eigenartigen Leibgefühlsstörungen, sondern um offensichtlich organische Fehl-Funktionen, so genannte vegetative Dysregulationen.

Dazu zählen die oft geklagten Kopfschmerzen, am ehesten im Sinne eines dumpf-diffusen Kopfdruckes. Ferner Herz- und Kreislauf- sowie Schlafstörungen, bis hin zur völligen Schlaflosigkeit, ein Extremzustand, den sonst nur peinigende Schmerzkrankheiten, Depressionen und eben die Schizophrenien auszulösen pflegen. Auch Gewichtsschwankungen und Störungen der Monatsblutung gehören dazu.

Fast schon charakteristisch sind Extrem-Ausschläge körperlicher Funktionen: Anfälle von Herzrasen oder zu langsamer Herzschlag, zu schnelle oder verlangsamte Atmung, Harnflut oder zu wenig Wasserlassen, Appetitlosigkeit oder Heißhunger u. a. Dazu verschiedene Formen von Magen- und Darmstörungen. Außerdem Libido- und Potenzstörungen.

Und zuviel oder zuwenig Speichel-, Schweiß- und Talgdrüsen-Sekretion. Letzteres führt dann zu einem auffällig fettigem „Salben-Gesicht“. Ferner ein labiles Gefäß-System, also z. B. dauernd kalte Hände und Füße, Ödeme (Wasser im Gewebe), vor allem aber ein gestörtes zentrales Temperatur-Regulationszentrum mit ausgeprägter Wetterfühligkeit, ja extremer Vorfühligkeit.

Auf jeden Fall sehen sich schizophrene Menschen von allen Seiten beeinträchtigt, bedrängt, sogar auf rein körperlicher Grundlage (ein Phänomen, an das nur selten gedacht wird, vor allem, was die unangenehme Schweißneigung mit z. T. penetranter Geruchs-Komponente anbelangt). Denn hier ist es nicht nur eine Regulations-Störung im zuständigen Gehirn-Zentrum, es ist auch eine Stress-Reaktion mit ausgeprägter Schweiß-Neigung auf seelisch, körperlich oder psychosozial empfundene Beeinträchtigungen hin, die man sich als Gesunder gar nicht vorzustellen vermag.

Depressionen

Sprach man früher lediglich von der Melancholia, der Schwermut, so differenzierte man später durchaus lebensnah und plastisch in psychogene, d.h. reaktive, neurotische und Erschöpfungs-*Depressionen*, in endogene (überwiegend biologisch fundierte) Depressionen, teils „nur“ depressiv, teils auch manisch-depressiv abwechselnd, manchmal ergänzt durch die so genannte Involutionen-depression im Rückbildungsalter; und schließlich in somatogene Depressionen: körperlich bedingt, und zwar organisch durch direkte und symptomatisch durch indirekte Beteiligung entsprechender Gehirn-Strukturen.

Heute hat sich das alles klassifikatorisch stark vereinfacht, was von vielen beklagt und von anderen mit der auch wissenschaftlichen Globalisierung begründet wird, die einen internationalen Verständigungs-Zugang (und damit Kompromiss) erzwingt.

Gleichwohl: Das Beschwerdebild ist gleich geblieben, hat eher noch an qualvoller Vielschichtigkeit zugenommen. Dazu gehört vor allem ein schier unfass-

bares Spektrum seelischer Symptome mit einem dann fast genau so vielfältigen Spektrum psychosozialer Konsequenzen.

Bedeutsam zudem, dass die Depression eine solche Fülle von körperlichen (konkret: psychosomatisch interpretierbaren) Beschwerden hervorruft, wie es praktisch kein anderes Krankheitsbild vermag. Dazu zählen auch (praktisch alle?) vegetativen Funktionsstörungen was Herz-Kreislauf, Magen-Darm, Schlaf, Blase u. a. anbelangt. Kein Wunder, dass dazu auch Hitzewallungen, Kälteschauer und Störungen der Schweiß- und Tränen-Sekretion gehören (letzteres als die weitgehend unbekannte, dafür aber typische „tränenlose Trauer“, denn wenn Tränen wieder möglich sind, ist das sogar ein gutes Zeichen).

Die Schweißausbrüche im Rahmen einer Depression haben dann auch gleich eine doppelte Belastungs-Funktion: Zum einen rein körperlich, zum anderen die Furcht, das Umfeld mit unangenehmen Gerüchen zu belästigen, sprich noch mehr Minderwertigkeitsgefühle mit Neigung zu Rückzug und damit Isolation.

In zunehmendem Maße kommt es auch zu Panikattacken, teils im Vorfeld einer erst später ausbrechenden Depression, teils während der Depression oder schließlich als so genannte Co-Morbidität, d.h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt (in diesem Fall Depression und Angststörungen zusammen). Einzelheiten dazu, nämlich was Panikattacken in vegetativer Hinsicht alles anrichten können, siehe unten.

Angststörungen

Wir leben im Zeitalter der Angst – heißt es. Das ist allerdings eine Verwechslung. Wir leben eher – obgleich wirtschaftlich und politisch so abgesichert wie noch keine Generation vor uns –, im Zeitalter der Furcht, konkreter: der ständigen Befürchtungen. Das ist ein Unterschied.

Doch auch die Angst, also eine krankhafte Gemütsregung, nimmt zu, ja, scheint die Depressionen eines Tages wohl zu überholen. Einzelheiten dazu siehe das ausführliche Kapitel in dieser Serie.

Dabei muss man allerdings unterscheiden: Angst ist nicht gleich Angst. So gibt es Angststörungen auf organischer Grundlage (z. B. durch Überfunktion der Schilddrüse, Herz- und Kreislauf-Krankheiten u. a.), Angstzustände auf psychischer Grundlage (vor allem zusammen mit Depressionen, aber auch Suchtkrankheiten, Schizophrenie usw.) sowie als letzte und wahrscheinlich wichtigste Gruppe: die so genannten *primären Angststörungen*.

Dazu zählt man die Generalisierten Angststörungen (die frühere Angstneurose), die Panikattacken, in wachsendem Maße auch die Phobien (Agoraphobie,

Sozialphobie, spezifische Phobien). Auch Zwangsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen (siehe später) rechnet man (bisher) dazu, weil sie mit Angst bezahlt werden müssen, sofern man sich dagegen zu wehren versucht; sie werden aber wohl in neueren Klassifikationen ihre eigene Position bekommen.

Ähnlich wie beim depressiven Beschwerdebild kann man sich auch bei den Angststörungen kaum vorstellen, dass die krankhafte Angst als solche gar nicht im Mittelpunkt des Leidens steht. Das macht sie auch so schwer erkennbar, jedenfalls zu Beginn und über eine lange Leidens-Strecke hinweg. Gleichwohl gilt es zu akzeptieren:

- Bei den seelischen, psychosomatisch interpretierbaren und psychosozialen Symptomen und ihren Folgen kommt man auf etwa zwei Dutzend Krankheitszeichen.
- Bei den körperlichen Symptomen ist es noch viel ausgeprägter, wobei dort die besonders charakteristischen Angst-Krankheitszeichen zu finden sind (Beispiele: weiche Knie oder Beine, schwindelige Benommenheit, wackelig oder schwankend, zittrig und allgemeines Schwächegefühl). Einzelheiten auch hier siehe das ausführliche Kapitel.

Versucht man sich einen Überblick über die Symptomatik der wichtigsten Angststörungen in puncto *übermäßiges Schwitzen oder gar attackenmäßige Schweißausbrüche* zu verschaffen, so sollte man sich folgendes merken:

- Bei den *Angststörungen durch körperliche Erkrankungen* sind es vor allem die endokrin bedingten Angststörungen (endokrin = „innere Drüsen“). Hier belastet besonders die Hyperthyreose (Überfunktion der Schilddrüse) mit Schweißausbrüchen, Herzrasen, Atemenge, Muskelschwäche u. a. Ähnliches gilt für die so genannte Hypoglykämie-Angst, einem Warn-Symptom bei drohender Unterzuckerung. Und von den Herzangst-Zuständen im Rahmen objektiver Herzleiden kann man sich ohnehin vorstellen, dass Schweißausbrüche fast regelhaft dazu gehören.
- Bei den *Angststörungen durch seelische Erkrankungen* muss man sich nicht extra vorstellen, dass die Angst bei Depressionen oder gar psychotischen Leiden, von den Suchtkrankheiten ganz zu schweigen (s. später), mit einer Vielzahl vegetativer Entgleisungen bezahlt werden muss, wobei Kälteschauer und Hitzewallungen mit Schweißausbrüchen fast nicht mehr wegzu-denken sind.
- Bei den *primären Angststörungen* ist übermäßiges Schwitzen ebenfalls häufig zu ertragen. Das beginnt bei den Generalisierten Angststörungen (krankhaft häufige Angst-Bereitschaft mit einer Vielzahl von Krankheitszeichen): ständig absorbiert von unnötigen Befürchtungen und damit nervös, gespannt, rast- und ruhelos, schreckhaft, entspannungs- und regenerations-unfä-

hig. Und mit einer permanenten Schweißneigung, d.h. kalten und feuchten Händen oder diffusem Schwitzen geschlagen.

Noch dramatischer wird es bei den Panikzuständen, den überfallartigen Angst-Attacken, meist „aus heiterem Himmel“, jedenfalls ohne fassbaren Grund: Wie benommen, schwindelig, Herzrasen, -klopfen oder gar -stechen, weiche Knie oder Beine, Furcht, das Bewusstsein zu verlieren, durchzudrehen oder gar sterben zu müssen – und in diesem Zusammenhang natürlich Schweißausbrüche, die man zusammen mit den großen (Angst-)Pupillen schon auf den ersten Blick zu erkennen vermag (besonders peinlich für den Betroffenen, denn jeder fragt, „wie es geht“ und „ob man etwa helfen könne“ – und vor allem „warum das alles“?).

Bei den phobischen Ängsten oder Zwangsbefürchtungen ist es nicht viel anders, nur eben jetzt an bestimmte Ursachen oder Auslöser gekoppelt, auch wenn sie den meisten nicht nachvollziehbar, keinesfalls aber „furchterregend“ erscheinen mögen. Bei der Agoraphobie waren es früher nur weite Plätze, Märkte, Allee, Straßen, Säle u. a. Jetzt wird quasi alles in dieses Krankheitsbild gepackt, was mit der quälenden Angst-/Zwangsvorstellung verbunden ist: In einer solchen Situation – allein und ohne rasche Hilfe – von einer Angst-Störung überfallen und ihren Folgen hilflos ausgeliefert zu sein. Und wieder quält eine breite Palette an Symptomen, die man überall akzeptieren könnte, nur nicht in einer solch „harmlosen und alltäglichen Situation“. Und Schweißausbrüche als vegetative Reaktion innerer Panik-Bereitschaft.

Die soziale Phobie oder Sozialphobie ist eine dauerhafte und unangemessene Furcht vor anderen Menschen, vor allem der Angst, sich lächerlich zu machen, zu versagen oder durch ungeschicktes Verhalten gedemütigt zu werden („Menschen-Angst“). Die Folgen kann man sich denken: Rückzug und Isolationsgefahr – und die Sehnsucht, einmal so gesellig sein zu dürfen, wie andere auch.

Gerade hier, bei dieser „Kontaktfurcht“, sind es Symptome vegetativer Art, die die unfassbare Scheu besonders peinlich machen: rasches Erröten, leise Stimme, verlangsamte Sprechweise, mimische Starrheit, die Neigung, die anderen schon räumlich nicht zu nahe an sich herankommen zu lassen. Und vor allem Händezittern, Durchfallneigung, Drang zum häufigen Wasserlassen – und Schweißausbrüche.

Unter den spezifischen Phobien versteht man eine Art Rest-Kategorie, also dauerhafte, unangemessen und exzessive Befürchtung und damit die Vermeidung spezieller Situationen, Lebewesen, Ereignisse, Gegenstände u. a. Beispiele: Tiere, Türme, Höhen, Naturereignisse u. a.

Auch hier das gleiche Bild: Schweißausbrüche, sobald sich ein solches Phänomen ankündigt oder bereits „zugeschlagen“ hat, wobei jeder einen anderen

Leidens-Schwerpunkt entwickelt, aber übermäßiges Schwitzen ist fast immer dabei.

Fazit: Angststörungen in jeglicher Form äußern sich sehr oft – manche sagen: so gut wie immer - im Rahmen eines vielfältigen Leidens-Spektrums auch oder vor allem mit übermäßigem Schwitzen, wenn nicht gar peinlichen Schweißausbrüchen.

Posttraumatische Belastungsstörungen durch Extrembelastung

Posttraumatische Belastungsreaktionen (zeitlich begrenzt) oder gar *posttraumatische Belastungsstörungen* (langfristig) sind die seelischen, körperlichen und psychosozialen Folgen von Extrembelastungen. Sie finden sich nicht nur bei Krieg, Terrorismus, Geiselnahme, Vertreibung oder Flucht, bei Raubüberfall, Entführung, sexuellem Missbrauch und Vergewaltigung, sondern auch im Alltag. Beispiele: Verkehrsunfälle, Naturkatastrophen, Herzinfarkt, Hirnschlag, schwerste Schmerzzustände, Verätzungen, Verstümmelungen, Verbrennungen usf. Und dies auch bei anderen (vor allem nahe stehenden) Personen. Manchmal sogar „nur“ der unerwartete Anblick eines toten Körpers oder Körperteils.

Natürlich reagiert nicht jedes Opfer gleich. Zum einen gibt es Unterschiede in der Art der Belastung und ob überraschend oder halbwegs befürchtet. Schließlich hängt vieles von der Ausgangspersönlichkeit, von Alter, Geschlecht sowie Dauer und besonders von den Regenerations-Möglichkeiten ab (spezifische Rückfall-Gefahr: eine Belastung nach der anderen!).

Das Leidensbild ist nicht nur zermürend, sondern auch verwirrend vielfältig. Viele lassen überhaupt nichts raus, da sie ohnehin nicht auf Verständnis zu treffen hoffen. Andere reagieren sichtbar, können aber ebenfalls nicht längerfristiges Mitgefühl oder gar konkrete Hilfe erwarten.

Im Allgemeinen kommt es nach der ersten Schreck- oder Schock-Reaktion zu einem Verlust an Lebensfreude, Interesse, Aktivität, Initiative und Kreativität. Dafür „beißt“ sich regelrecht ein ständiges, fast zwanghaftes Wieder-Erinnern mit ängstlicher Unruhe, Anspannung und Erregungs-Bereitschaft fest. Außerdem zermürben Schlafstörungen und – wenn Schlaf sein darf – dann Angstträume.

Manchmal entsteht sogar das Gefühl, also ob sich das belastende Ereignis gerade wiederholt, bisweilen nur auf Grund eines belanglosen Auslösers oder durch reine Vorstellung. Schließlich droht eine zunehmende Leistungs-Einschränkung und verringerte zwischenmenschliche Kontakt-Bereitschaft. Der Endzustand ist von einer eigenartigen Schwermütigkeit geprägt, eine Art Dauer-Resignation oder gemütsmäßige Betäubung, manchmal bis zur seelischen Erstarrung.

In diesem Zusammenhang kommt es auch zu verschiedenen psychosomatisch interpretierbaren Beschwerden ohne organische Ursache: Missempfindungen oder gar Schmerzen in Bereich von Kopf, Herz, Magen-Darm, Wirbelsäule, Gelenken u. a.

Auf psychosozialer Ebene schließlich eine eigenartige Übererregbarkeit im Sinne übersteigter Wachsamkeit, Anspannung, Nervosität und Schreckhaftigkeit. Und plötzliche Angstattacken, ggf. vielleicht sogar aggressive Durchbrüche – ohne Grund.

Hier belasten dann auch vegetative (Über-)Reaktionen wie Ein- und Durchschlafstörungen, Herzrasen, Atemenge – und plötzliche Schweißausbrüche bei ohnehin verstärkter Neigung zu verstärktem Schwitzen.

Alkoholkrankheit

Der Genuss von alkoholischen Getränken ist für die meisten selbstverständlich. Für viele ist es sogar eine notwendige Zugabe geworden, die dem täglichen Leben erst seinen Glanz verleiht. Hier überwiegt noch das Genuss-Trinken. Für nicht wenige aber hilft es auch über die Mühsal des Alltags hinweg, die seelischen, geistigen, psychosomatisch interpretierbaren Beschwerden und ihre psychosozialen Folgen. Hier droht dann das Genuss-Trinken zum Selbst-Behandlungsversuch zu entgleisen.

Dies betrifft nicht zuletzt Frauen, Jugendliche und sogar immer mehr Kinder, aber auch wirtschaftlich Benachteiligte, körperlich und vor allem seelisch Kranke. So mancher ahnt deshalb noch gar nicht, dass er sich bereits im Vorfeld einer Alkoholkrankheit bewegt.

Einzelheiten dazu, vor allem was Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit (Alkoholismus) anbelangt, einschließlich der verschiedenen Typologien der Alkoholkrankheit, wie sie in der Wissenschaft zur gezielteren Diagnose und Klassifikation benützt werden, siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

Hier interessiert vor allem das Beschwerdebild, insbesondere die vegetativen Reaktionen, Entgleisungen und damit Funktionsstörungen im Rahmen einer Alkoholkrankheit.

Und auch hier wieder das gleiche Phänomen: Wie man sich einen Alkoholkranken vorzustellen hat, das glaubt jeder zu wissen – und liegt damit oft gründlich daneben. Denn die meisten machen ihre Vorstellungen an den „populärsten“ Ausdrucksformen Suchtkranker fest, nämlich den sozial Schwächsten (Stadt- und Landstreicher, Berber usw.). Das mag in dieser Gruppierung

richtig sein, deckt aber nur einen kleinen Teil dessen ab, was an Alkoholgefährdeten, ja bereits manifest Alkoholkranken unter uns weilt.

Warum erkennen wir diese Patienten so selten? Weil wir es einerseits nicht für möglich halten (was, der auch?). Und weil wohl nirgends soviel Energie aufgewendet wird (bzw. werden muss), wie bei der Verschleierung einer drohenden oder gar schon verheerend wütenden Alkoholkrankheit.

Dies betrifft nicht zuletzt das weibliche Geschlecht im Allgemeinen und das höhere Lebensalter im Speziellen („wer hätte das gedacht?“). Und deshalb noch einmal: warum?

Weil wir uns nicht vorstellen können, wie vielfältig das Beschwerdebild des Alkoholismus ausfallen kann: seelisch, geistig, körperlich und psychosozial. Und dies sowohl während der Krankheit und vor allem beim Versuch, sich aus den Fängen des Alkoholismus herauszuwinden, also beim Alkohol-Delir und Alkohol-Entzug.

Um im vorliegenden Rahmen zu bleiben, d. h. ausschließlich bei vegetativen Krankheits-Folgen, seien lediglich erwähnt: Zittern (nicht nur von gespreizten Fingern, sondern auch geschlossenen Lidern, herausgestreckter Zunge, eventuell sogar Armen und Kopf), Hitzewallungen, Kälteschauer – und vor allem eine ausgeprägte Schweißneigung. Dies auch tagsüber, insbesondere an Händen und Füßen (nachts ohnehin oft „völlig durchgeschwitzt“).

Beim Entzug kann sich das Ganze noch intensivieren: Im Alkohol-Delir nimmt es geradezu bedrohliche Formen an. Einzelheiten dazu siehe nochmals die entsprechenden Hinweise in dieser Serie.

Medikamenten-Abhängigkeit

Alkoholismus, Rauschdrogensucht, ja Nikotin-Abhängigkeit und Coffeinismus – davon hört und liest man öfter, kaum jedoch von der Medikamenten-Abhängigkeit. Warum? Die Einstellung dazu ist ambivalent. Außerdem kommen immer „neue Süchte“ auf: Ess-Sucht, Spiel-, vor allem Glücksspiel-Sucht, Kaufsucht, Fernseh-Sucht, Internet-Sucht, Sex-Sucht u. a.

Über das meiste mag man ja noch einer Meinung sein. Aber wie steht es bei Medikamenten? Das sind doch Heilmittel für schwere, sonst durch nichts behebbar seelische und körperliche Leiden – und vor allem von den zuständigen Experten verordnet und ausgehändigt, nämlich von Arzt und Apotheker. An wen soll man sich denn halten, wenn nicht an die Fachleute?

In der Tat: Die Medikamenten-Abhängigkeit scheint die meisten Fragen offen zu lassen. Das äußert sich auch in den zwiespältigen Begriffen wie „rezeptierte Sucht“, „stille Sucht“, „weiße Sucht“ oder „vornehme bzw. Oberschicht- oder

Privatkassen-Sucht“ u. a. Und für die, die sich hier schon lange Gedanken machen (müssen) auch in „Alters-Sucht“. Denn dort scheint die Medikamenten-Abhängigkeit einen weitgehend unbekanntem Schwerpunkt zu haben.

Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie (vor allem das große Kapitel über die Medikamenten-Abhängigkeit). Hier soll nur eine kurz gefasste Übersicht folgen, auf was man zu achten hat – und bei welchen Medikamenten (Auswahl?). Und das ganze natürlich nur um das Thema „übermäßiges Schwitzen“ kreisend:

Für die dafür zuständige Ärzteschaft ist das Problem nicht einfach: Zum einen soll dem Kranken geholfen werden, mit Medikamenten. Zum anderen gehören gerade die am verzweifeltsten geforderten Medikamenten-Wirkungen je nach Substanz zu den sucht-riskantesten, sprich: schwere Schmerzzustände und zermürbende Schlaflosigkeit. Dabei sollen die „wohlfeilen Empfehlungen“ jener, die damit nicht geschlagen sind, gar nicht weiter diskutiert werden. Manch einer hat schon Abbitte geleistet, als es ihn selber traf. Vor allem wenn er die Schreckens-Bemerkung des Arztes hörte: „Irgendwann müssen wir jetzt damit aufhören, das macht abhängig ...“ Schon recht, aber was danach: Erneut qualvolle Schmerzen und nächtelang Wachliegen, nur zum Beispiel?

Zum anderen ist es gerade bei der Medikamenten-Abhängigkeit oft recht schwierig, die diagnostischen Sucht-Hinweise rechtzeitig zu erkennen, zu werten, einzuordnen, vor allem keine falschen Verdächtigungen und übereilte Reaktionen auslösend. Jeder Arzt weiß das, hat seine eigenen Erfahrungen damit – und ggf. eine ganze Reihe dieser Patienten (denn man rechnet mit rund 1,5 Millionen Medikamenten-Abhängigen, allein im deutschsprachigen Bereich, bei jedoch hoher Dunkelziffer, also in Wirklichkeit wohl weit mehr).

In seelischer und psychosozialer Hinsicht ist es also mitunter schwer, eine Abhängigkeit rechtzeitig zu erkennen (vom konsequenten Gegensteuern ganz zu schweigen). Auch in körperlicher Hinsicht ist es nicht einfach (Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel). Auf psychosozialer Ebene wird es noch schwieriger (ähnlich wie bei Alkoholismus und sogar Rauschdrogenkonsum sowie Nikotin-Abhängigkeit).

Gleichwohl gibt es eine Reihe von Hinweisen, die aber abhängig sind vom jeweiligen Suchtmittel, z. B. bestimmte Analgetika (Schmerzmittel), Hypnotika (Schlafmittel), Tranquilizer (Beruhigungsmittel), koffein-haltige Arzneimittel (z. B. Schmerzmittel), Laxanzien (Abführmittel), Psychostimulanzien (früher kreislauf-aktivierende Substanzen, heute in negativer Hinsicht Doping-Mittel, in positiver beispielsweise gegen ADHS und Narkolepsie eingesetzt). Und mit einer ganzen Reihe weiterer Arzneimittel, die vor allem früher eingesetzt wurden, aber auch heute noch im Handel sind wie Antihistaminika, Glykolderivate u. a.

Allerdings ist die Bandbreite seelischer, körperlicher und psychosomatisch interpretierbarer Vergiftungs-Erscheinungen und vor allem Entzugs-Folgen, mit denen der menschliche Organismus reagieren kann, nicht unbegrenzt. Zwar gibt es – wie erwähnt – Schwerpunkte, je nach Substanz, aber viele Reaktionen sind doch sehr ähnlich, vor allem in vegetativer Hinsicht.

Und hier finden sich sehr häufig auch ungewöhnliches Schwitzen, ja regelrechte Schweißausbrüche, besonders im Entzug, d. h. wenn der Patient freiwillig oder auf Ermahnung des Arztes versucht, den "Missbrauch" (der aber schon längst zur Abhängigkeit geworden ist) in den Griff zu bekommen, d. h. das Arzneimittel auszuschleichen oder gar abrupt(?) abzusetzen.

Deshalb nochmals: Einzelheiten dazu siehe das ausführliche Kapitel über Medikamenten-Abhängigkeit mit den verschiedenen Substanzen mit Suchtgefahr.

Rauschdrogen

Noch schwieriger wird es bei den Rauschdrogen. Das hat verschiedene Gründe, die jeder nachvollziehen kann: Zum einen handelt es sich überwiegend um junge Menschen (beiderlei Geschlechts!). Ein junger, bis dahin unverbrauchter Organismus hat natürlich eine andere Bandbreite an seelischen, vor allem körperlichen und psychosozialen Reserven, selbst wenn es sich um die härtesten chemischen Belastungsproben handeln sollte, nämlich Rauschdrogen.

Diese Klientel ist es ja auch, die den Arzt nicht nur nicht wünscht, sondern gezielt meidet (höchstens am Schluss, um sich Ersatzstoffe zu erschwindeln oder zu erzwingen).

Zum zweiten sind die Vergiftungs-Stoffe nicht nur von unglaublicher Vielfalt, je nach Substanz (s. u.), sondern oftmals auch noch gestreckt und vermischt, meist mit unklaren Zusätzen, was im harmlosen Falle „lediglich Betrug am Kunden“ ist, im schwerwiegendsten eine eigene Vergiftungs-Gefahr darstellt. Und schließlich ist es auch eine Frage der Dosis, mit welchen Reaktionen, vor allem aber Vergiftungsfolgen zu rechnen ist.

Da die meisten nicht einmal wissen, was genau sie einnehmen, geschweige denn die notwendigen Kenntnisse über grenzwertige Dosierungen haben, geschieht das, was man immer wieder fassungslos liest, sieht und hört: seelischer Ruin, körperlicher Zerstörung, ggf. Tod von eigener Hand in jungen Jahren.

Was es alles für Möglichkeiten gibt, sich mittels Rauschdrogen in Gefahr zu begeben, lässt sich einerseits an den wichtigsten Typen der Drogen-Abhängigkeit durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ablesen (z. B. Morphin-Typ, Barbiturat-/Alkohol-Typ, Kokain-Typ, Cannabis-Typ, Halluzinogen-Typ, Amphetamin-Typ, Khat-Typ). Zum anderen kommen ständig neue Variationen

auf den schwarzen Drogenmarkt, die kaum jene Wirkungen bringen, die sie versprechen - wohl aber eine schwer durchschaubare Mischung aus Nebenwirkungen und Vergiftungs-Folgen.

Einzelheiten dazu würden jeden Rahmen sprengen. Was aber in vegetativer Hinsicht häufig zu finden ist, sind neben Herz-Kreislauf (vor allem Blutdruck), Hunger/Appetit/Durst, Schläfrigkeit, Kopfdruck, Übelkeit/Brechreiz/Erbrechen, innere Unruhe bis Erregung, ungewöhnliche Pupillenweite usf. vor allem kalte Finger/Hände und Füße/Zehen, Zittern, vielfältige Missempfindungen, Temperaturanstieg, Durchfall/Verstopfung, Schlafstörungen – und ungewöhnliches Schwitzen bzw. regelrechte Schweißausbrüche.

Das ist zwar noch lange nicht alles und leider auch recht unspezifisch (siehe auch die unkalkulierbaren Drogen-Mischungen), dafür ein kleiner Hinweis, auf was zu achten ist, wenn man so seine heimlichen Verdachts-Momente hat (Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Hinweise in dieser Serie).

Tabak-Abhängigkeit

Tabak ist neben Alkohol das am weitesten verbreitete Genuss- und Suchtmittel. Die Zahl der Konsumenten nimmt zwar generell ab, in einigen (besonders kritischen) Bevölkerungs-Segmenten dafür offenbar zu (z. B. junge Frauen). Einzelheiten dazu siehe die Medien, die sich intensiv damit beschäftigen (wenngleich in gesundheitlicher Hinsicht ohne eindeutigen Erfolg, ähnlich wie die offiziellen Warn- und Präventions-Bemühungen).

Eines ist jedenfalls sicher: Käme heute die einstmals von der Mannschaft des Christoph Columbus 1492 entdeckte und später ausgerechnet nach einem Arzt benannte *Nicotiana tabacum* erstmals auf den Markt – man würde sie verbieten, wegen ernsthafter gesundheitlicher Gefährdung. Dafür konnte sie sich aber über die Jahrhunderte eindrucksvoll halten – und hat wohl eine unübersehbare Zahl von Opfern auf dem Gewissen, wie die Medizin heute nachzuweisen in der Lage ist.

Die Raucher selber geben meist mehrere Gründe für ihr Rauchverhalten an: am häufigsten Gewohnheit und Genuss. Für alle Altersgruppen aber stellen Nervosität, Langeweile und zwischenmenschliche Beziehungen besondere Gründe dar, vor allem in beruflichen Stress-Situationen, aber auch in der Freizeit. Vergleiche mit dem Alkohol-Trinkverhalten liegen nahe.

Zur Unterscheidung der Raucher-Typen verwendet man Klassifikationen wie Gewohnheitsraucher, abhängiger Raucher, Gelegenheitsraucher, aber auch „neurotisches Rauchen“ u. a. Gleichwohl: Irgendwann hat schon jeder Raucher einmal versucht aufzugeben – bzw. hat es dann auch aufgegeben, nämlich die Nikotin-Abstinenz.

Dafür sorgen dann doch entsprechende Entzugs-Erscheinungen, die viel eingreifender sind, als man sich das vorzustellen vermag: Nicht nur Unruhe, Nervosität, Merk- und Konzentrationsstörungen, auch Schlafstörungen, Reizbarkeit, Aggressivität und – nicht zu unterschätzen – eine kräftige Gewichtszunahme (was vor allem das weibliche Geschlecht schockiert).

Wenn man allerdings die Fachliteratur durchforstet, dann sind die Abstinenz-Symptome noch viel breiter angelegt, greifen noch viel tiefer in die jeweilige Gemütslage ein und zermürben nicht zuletzt mit vegetativen Symptomen wie Hitzewallungen, Kälteschauer, ungewöhnliches Schwitzen, wenn nicht gar „ärgerliche bis peinliche Schweißausbrüche“.

Wer dann wieder resigniert zum Tabak greift (in welcher Form auch immer), kommt erstaunlich rasch wieder in die alte „Ausgeglichenheit“, so meint er – aber um welchen Preis.

Coffeinismus

Kaffee ist das Genussmittel Nr. 1 in unserer Zeit und Gesellschaft (rund 160 l pro Person und Jahr, das spricht für sich). Die meisten sehen hier überhaupt kein Problem. Andere haben gehört, dass der segensreiche Muntermacher nicht nur die Stimmung hebt, die Leistung steigert und gesellschaftlich verbindet, er hat auch Nebenwirkungen. Und dies schon beim normalen Gebrauch, von Missbrauch oder gar Abhängigkeit ganz zu schweigen.

Allerdings gibt es ernstere, folgenreichere Suchtmittel. Außerdem ist Koffein nur eine Substanz von über Tausend im Kaffee. Und nicht nur im Kaffee, sondern auch im Schwarztee, in bestimmten Nüssen, in Kakao und in Cola-Getränken, von (rezeptfreien) Schmerzmitteln und Erkältungsmedikamenten ganz zu schweigen.

Gleichwohl sollte man auch ein paar Einschränkungen kennen (Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie). Dazu gehören zum einen bestimmte Erkrankungen (Herz-Kreislauf, Leber, Schilddrüse, Magen-Darm u. a.) auf körperlicher Ebene sowie beispielsweise Angst-Patienten in seelischer Hinsicht, zum anderen die erwähnte Missbrauch-Gefahr.

So drohen – vor allem bei entsprechender Neigung und/oder Überdosierung – nicht nur vermehrt Unruhe, Anspannung und Nervosität, sondern auch Reizbarkeit, Aggressivität, Angstzustände, depressive Verstimmungen u. a. In körperlicher Hinsicht Händezittern, Muskelzuckungen, Herzrasen, Hecheln, Kopfdruck, Schlafstörungen, Durchfall, Ohrenklingeln, Lichtblitze, innerliches Beben und Zittern, Muskelzuckungen, ja Sinnestäuschungen und Verwirrtheit. Und im Rahmen eines („unklaren“) Temperatur-Anstiegs auch vermehrtes Schwitzen oder gar Schweißausbrüche.

Und natürlich sind dann auch Entzugs-Erscheinungen zu ertragen, je nach vorangegangener Einnahme-Zeit und Dosis-Höhe (einschließlich individueller Faktoren). Hier belasten dann vor allem Gemüts-Tiefs und Leistungs-Einbrüche sowie in vegetativer Hinsicht erneut die hier zum Thema gewordenen Schweißausbrüche.

PS: Da gerade bei diesem Kapitel Skepsis oder gar Widerstand am größten sein dürften, empfehlen die Experten ein einfaches Experiment: Wie hoch die Dosis sein muss, um von Coffeinismus zu sprechen, ist umstritten. Man spricht von einem Grenzwert von sechs bis zehn Tassen pro Tag (wobei Experten mit eigenem Konsum die obere Grenze noch etwas erweitert wünschen ...).

Die individuelle Frage: „Zähle ich bereits darunter?“ lässt sich relativ einfach beantworten. Über Nacht baut sich schon beim normalen Kaffeetrinker, erst recht beim Coffeinisten ein Entzugs-Syndrom auf. Hier dient dann die erste Tasse Kaffee am Morgen nicht der erwünschten Aktivierung, sondern der Milderung der – wenn auch ertragbaren – Abstinenz-Symptome. Erst die folgende(n) wirkt/wirken wieder stimulierend. Das subjektive Experiment sieht nun vor, dass man sich an einem Vormittag einmal des gewohnten Konsums enthält. Die Folgen pflegen sich in Grenzen zu halten, was die Selbst-Diagnose anbelangt. Ob das die engere Umgebung auch so sieht (z. B. Stimmung und Verträglichkeit, von der Leistung ganz zu schweigen), wäre vorher abzusprechen und nachher ehrlich zu beantworten...

Glücksspiel-Sucht

Bei den schon erwähnten *nicht-substanz-gebundenen Suchtformen* (nicht substantielle Süchte) gibt es einige, die weniger aufwändig erscheinen (aber durchaus nicht sein müssen, z. B. Kauf-Sucht), einige die in letzter Zeit vermehrt von sich reden machen (z. B. Internet-Sucht oder Video-Spiel-Sucht) und einige, die schon relativ alt sind und ggf. den Betroffenen und seine Familie nachhaltig belasten bis ruinieren können.

Gemeint ist bei letzterem das pathologische Glücksspiel-Verhalten, die Glücksspiel-Sucht. Einzelheiten dazu würden hier zu weit führen, doch finden sich bei diesen Patienten nach außen hin weniger Verwunderung erregende Auffälligkeiten (wobei nicht selten das Glücksspiel mit einer so genannten stoff-gebundenen Abhängigkeit kombiniert ist, vor allem Alkoholismus, Nikotin-Abhängigkeit oder Medikamenten-Sucht).

Die seelischen Symptome und organischen Untersuchungsbefunde sind uncharakteristisch, wobei jedoch nicht selten auf eine so genannte vegetative Dysregulation hingewiesen wird, also körperliche Begleit- bzw. Folge-Symptome der seelischen Störung (zumeist bedingt durch unregelmäßige Lebensweise mit Schlaf- und Ernährungsdefizit, Nikotin- und Koffein-Abusus u. a.).

Und hier finden sich dann auch Hinweise auf allgemeine Übererregbarkeit, Zittern, Herzrasen, vermehrte Nervosität und Schreckhaftigkeit, Angstzustände, Einschlafstörungen, seelisch-körperliche Unruhe – und ungewöhnliche Schweißausbrüche ohne nachvollziehbaren Grund.

Psychosomatische Störungen

Sind seelische Störungen an sich schon oftmals schwer zu verstehen, macht es die Psychiatrie als zuständiges Fachgebiet einschließlich sämtlicher Unter- und Neben-Gruppierungen den Laien (aber nicht nur diesen!) nicht leicht, die ohnehin schwierige Materie zu begreifen. Und dies, obgleich den psychischen Erkrankungen die Zukunft gehören soll (5 der 10 wichtigsten Krankheitsbilder generell seien in absehbarer Zukunft seelischer Natur).

Ein Grund des erschwerten Verständnisses bzw. gar der Verwirrungen sind die in letzter Zeit ständig wechselnden Klassifikationen der beiden tonangebenden Institutionen, nämlich der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer ICD-10 sowie der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) mit ihrem DSM-IV-TR. Dies betrifft vor allem die so genannten somatoformen Störungen, wie man sie heute nennt. In ihnen geht eine ganze Reihe früherer Konzepte auf, wie sie die einst entscheidende Psychosomatische Medizin und Neurosen-Lehre definierten.

Beispiele: Psychosomatische Krankheiten im engeren Sinne (auch Psychosomatosen, Somato-Psychosomatosen oder Organneurosen u. a. genannt) wie Asthma bronchiale, essentielle Hypertonie, das Ulcus pepticum, die Colitis ulcerosa, die Neurodermitis, die rheumatoide Arthritis u. a. Ferner die funktionellen Störungen (auch psychogene oder vegetative Störungen, funktionelle oder psycho-vegetative Syndrome genannt), also körperliche Beschwerdebilder ohne organ-krankhafte Veränderungen, in allen Organ-Systemen und oft kombiniert mit seelischen Krankheitszeichen vertreten. Schließlich die somatopsychischen Störungen (auch psychogene Überlagerung u. a. genannt), d. h. überwiegend seelischen Reaktionen auf körperliche Leiden, z. B. chronische Krankheiten, Unfall u. a.

Diese scheinbar unnötig lange „Lehrbuch-Aufzählung“ ist deshalb sinnvoll, weil wir uns nachfolgend auf die älteren Fachbegriffe stützen, die ohnehin besser bekannt sind als die neuen, um das Thema dieses Beitrages, nämlich übermäßiges Schwitzen oder gar Schweißausbrüche auf der Grundlage seelischer Störungen kurz zu umreißen. Im Einzelnen:

Es versteht sich, dass die meisten der oben erwähnten Krankheitsbilder auf überwiegend seelischer Grundlage (und sei es nur als Symptom-Verstärker) auch vegetative Folgen nach sich ziehen können (zumal die überwiegende Mehrzahl in jungen Jahren ausbricht und dort gehäuft vorkommt). Dabei spielt auch ein so genannter Syndrom-Wandel eine Rolle, d. h. ein Wechsel des vor-

herrschenden Beschwerdebildes von einem Leidensbild in das andere. Am Schluss, wenn eine so genannte Chronifizierung (dauerhaftes Leiden) droht, pflegt entweder eine individuelle Mischung oder ein einziges Krankheitsbild zu überwiegen. Das weibliche Geschlecht ist häufiger betroffen, vor allem wenn noch zusätzlich Angstzustände und Depressionen, wenn nicht gar Suchtkrankheiten belasten.

Im Rahmen der so genannten speziellen psychosomatischen Medizin mit dem Schwerpunkt auf ungewöhnliches Schwitzen oder gar Schweißausbrüche finden sich vor allem entsprechende Hinweise bei funktionellen Herzstörungen (früher Herzneurose genannt), dem nervösen Atmungs-Syndrom (früher auch Hyperventilations-Syndrom oder gar -Tetanie, Atmungs-Tetanie, Da Costa- oder Effort-Syndrom u. a. genannt), bei funktionellen Oberbauchbeschwerden (Reizmagen, Magen-Neurose, neurotische Magen-Funktionsstörungen u. a.), ggf. bei psychosomatisch verstärkten Ulcus-Leiden, insbesondere bei entsprechenden Schmerzen; ferner die funktionellen Unterbauch-Beschwerden (Colon irritabile, spastisches Kolon, irritables Kolon-Syndrom, Reiz-Kolon u. a.), dazu die Enteritis regionalis Crohn (Ileitis regionalis oder terminalis, Morbus Crohn u. a.) und die so genannten allgemeinen psychosomatischen Syndrome, auch als psychovegetative Allgemeinstörungen, vegetative Dystonie oder Labilität, psychovegetatives oder funktionelles Syndrom usw. benannt.

Um es kurz zu machen: Hier überall sind auch belastendes Schwitzen oder gar ungewöhnliche Schweißausbrüche im Rahmen des zu ertragenden Beschwerdebildes möglich.

Neurosen

Im Rahmen der klassifikatorischen Neuordnung der letzten Jahre musste auch ein seelisches Krankheitsbild weichen, das über Jahrzehnte hinweg Diagnose und Therapie, Forschung und Lehre dominierte. Gemeint sind die Neurosen oder neurotischen Entwicklungen. Beispiele: Angstneurose, Zwangsneurose, depressive Neurose sowie eine Vielzahl weiterer Neurose-Formen, je nach ton-angebendem Autor (z. B. früher Sigmund Freud, C.G. Jung, Alfred Adler usw.) bzw. später entsprechenden Schulen.

Inzwischen gibt es nach WHO und APA (s. o.) keine Neurosen mehr. Die früheren Krankheitsbilder werden heute auf andere Diagnosen verteilt, z. B. die Persönlichkeitsstörungen. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie.

Um aber beim Symptom „ungewöhnliches Schwitzen“ zu bleiben, so fand man dies früher auch bei den „alten Diagnosen“ einer Konversions-Neurose, beim hypochondrischen Syndrom (heute bei den erwähnten somatoformen Störungen angesiedelt), beim Depersonalisations- und Derealisations-Syndrom (d. h. „bin ich noch ich selber?“ und „alles so eigenartig, ungewohnt um mich

herum“) sowie vor allem bei den Belastungs- und Konfliktreaktionen. Und natürlich bei der früher so bezeichneten hysterischen Neurose (Konversions-Hysterie, Konversions-Neurose bzw. einfach Hysterie – siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie).

Psychogenes Fieber?

Zuletzt sei im Rahmen der krankhaften Störungen an ein offiziell seltenes, vielleicht aber auch nur bisher unzureichend beforschtes Phänomen erinnert, bei dem ebenfalls Schweißausbrüche eine nicht unerhebliche Rolle spielen dürften. Gemeint ist das so genannte *psychogene Fieber*.

Darunter versteht man eine seelisch und/oder psychosozial ausgelöste bzw. unterhaltene Temperatur-Erhöhung, meist zwischen 37,5 und 38,0 °C variierend, selten bis zu 40 °C ansteigend.

Im Gegensatz zum „organischen Fieber“ besteht bei der psychogenen Temperaturerhöhung häufig eine kühle und blasse Gesichtshaut und eine normale Puls- und Atemfrequenz; und oft auch kein Unterschied zwischen Achsel- und Rektal-Temperatur. Auch pflegt beim „echten Fieber“, z. B. durch Infektionskrankheiten, eher ein kontinuierlicher Fieber-Verlauf vorzuliegen (wenn auch tages- und nachtzeit-abhängig geprägt), während beim psychogenen eher Schwankungen feststellbar sind.

Die Wissenschaft ist sich bei diesem Phänomen – wie erwähnt – noch nicht einig. Einiges scheint sich aber doch zu wiederholen:

Psychosozial finden sich bei solchen subfebrilen (grenzwertigen) Temperaturen ohne organische Ursache auffällig oft erhebliche Störungen im zwischenmenschlichen Bereich, insbesondere in Partnerschaft und/oder Familie. Betroffen sind eher Menschen mit gehemmter Aggressions-Fähigkeit sowie einem mangelhaft entwickelten Durchsetzungsvermögen. Nicht selten finden sich in diesem Zusammenhang auch andere Symptome ohne körperlichen Befund: Herzklopfen und -rasen, Kopfdruck, Seh- und Hör-Beeinträchtigungen, Muskelverspannungen, Beklemmungsgefühle, hechelnde Atmung und in seelischer Hinsicht Neigung zu Angst- oder Erregungszuständen.

Die Ursachen sind meist zwischenmenschliche Auseinandersetzungen und Belastungs- bzw. Erwartungs-Ängste. Ein bekanntes Beispiel dazu ist das leichte Fieber von Klein- und Schulkindern in bestimmten, immer wiederkehrenden Überforderungs-Situationen (oder auch bei Heranwachsenden oder Erwachsenen in Prüfungen).

Einzelheiten dazu siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie. Jedenfalls soll bei der Frage übermäßiges Schwitzen oder gar Schweißausbrüche das psychogene Fieber wenigstens erwähnt werden.

Klimakterium

Während bei allen bisher erwähnten seelischen Krankheitsbildern das Symptom „ungewöhnliches Schwitzen“ oder gar Schweißausbrüche weniger gravierend ausfällt als das Leiden selber, so ist es beim nachfolgenden Phänomen gerade umgekehrt. Hier können Schweißausbrüche eine ernste Belastung sein und ggf. weitere seelische, körperliche und psychosoziale Konsequenzen nach sich ziehen. Das „Krankheitsbild“ als solches aber ist keines, jedenfalls in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle. Gemeint sind die Wechseljahre, das Klimakterium mit seinen bekannten, weil fast jede Frau treffenden Beeinträchtigungen. Im Einzelnen:

● Wechseljahre der Frau

Etwa jede zehnte Frau steht in den Wechseljahren, auch Klimakterium, Menopause oder Perimenopause genannt. Drei Viertel davon sind während dieser Zeit seelischen, psychosozialen und körperlichen Befindensschwankungen oder Beschwerden unterschiedlicher Intensität ausgesetzt:

- In seelischer Hinsicht traurige Verstimmungen bis hin zur Niedergeschlagenheit, vermehrte Ängstlichkeit, innerlich unruhig, nervös und gespannt, ja reizbar bis aggressiv. Dazu Merk- und Konzentrationsstörungen und bisweilen peinliche Vergesslichkeit.
- Körperlich sind es ggf. Kopf- und Gelenkschmerzen, Herzklopfen, Schwindelgefühle, Atemenge, rasche Erschöpfbarkeit, länger anhaltende Mattigkeit, Libido-Einbußen, vor allem aber Hitzewallungen und kalte Schweißausbrüche, nicht zuletzt nachts mit entsprechenden Schlafstörungen.

Die Ursachen sind vor allem biologischer Natur: nachlassende Funktion der Eierstöcke, damit Mangel an bestimmten Sexualhormonen. Aber auch psychosozial begründet, besonders in den westlichen Nationen (es gibt asiatische, afrikanische und arabische Kulturen, in denen psychosoziale Beeinträchtigungen in den Wechseljahren keine solche Rolle spielen).

Einzelheiten zu Begriff, Definition, Klassifikation, Häufigkeit, vor allem aber Beschwerdebild einschließlich psychosozialer Konsequenzen, medikamentöser Möglichkeiten und Grenzen sowie psychologischer Aspekte mit entsprechenden Linderungsmöglichkeiten in eigener Regie, notfalls psychotherapeutisch unterstützt, finden sich in dem entsprechenden Kapitel über Klimakterium und psychosoziale Folgen in dieser Serie.

Unter dem so genannten vegetativen Menopausen-Syndrom (also den rein körperlichen Beeinträchtigungen) stehen an erster Stelle Hitzewallungen und

kalte Schweißausbrüche (Fachbegriff: vasomotorische Störungen). Beide äußern sich meistens nachts und verstärken durch die dadurch drohenden Schlafstörungen (Schlaf-Entzug) das gesamte Leidensbild (zumal Schlafstörungen das weibliche Geschlecht ab dieser Zeit ohnehin häufiger treffen als sonst üblich).

Als Auslöser der Hitzewallungen und damit Schweißausbrüchen, die zwischen einer halben und drei Minuten variieren und bis zu zwei Dutzend mal und mehr pro Tag bzw. nachts auftreten können, gelten neben der vegetativen Ausgangslage vor allem seelische, psychosoziale und körperliche Belastungen. Dazu zählen beispielsweise innere Unruhe, Anspannung, Nervosität, Reizbarkeit u. a. mit dem daraus folgenden Teufelskreis und entsprechenden Aufregungen, aber auch der vermehrte Gebrauch (oder gar regelrechte „Einsatz“) von Kaffee, Alkohol und Nikotin, wenn nicht Medikamenten ohne ärztliche Kontrolle (vor allem Beruhigungs- und Schlafmittel).

Zur Frage: was kann man tun, sei noch einmal auf das entsprechende Kapitel in dieser Serie verwiesen, wo insbesondere auch psychologische Aspekte, d.h. Möglichkeiten und Grenzen von Eigen- und Fremd-Initiativen während der Wechseljahre diskutiert werden.

● **Wechseljahre des Mannes?**

Ein interessantes, wenn auch weitgehend ausgeblendetes Phänomen ist das *Climakterium virile*, die Wechseljahre des Mannes. Sie spielen angesichts der Belastung für das weibliche Geschlecht keine Rolle – so scheint es. Doch da gibt es einiges zu korrigieren.

Zum einen wird es – wie erwähnt – gerne geflissentlich übersehen, oder konkreter ausgedrückt: verdrängt. Zum anderen wird es zunehmend zum Markt, zum Wirtschaftsfaktor. Das äußert sich bereits in bedeutungs-gleichen Begriffen wie partielles Androgen-Defizit des alternden Mannes (PADAM), Andropause des Mannes, aging male u. a.

Einzelheiten dazu siehe wiederum das entsprechende Kapitel in dieser Serie. Nur kurz umrissen einige Stichwörter:

Androgene sind männliche Geschlechtshormone, gebildet im Hoden (z. B. Testosteron) und der Nebennierenrinde. Während es beim weiblichen Geschlecht mit dem Einsetzen der Menopause zu einem mehr oder weniger abrupten Abfall der Ovarial-Funktion (Eierstöcke) kommt, bleiben beim Mann die Gonaden-Funktionen bis ins hohe Alter erhalten, zumindest weitgehend und mit erheblichen individuellen Unterschieden.

Doch ein Rückgang ist unvermeidbar und führt deshalb zu einem vergleichbaren Beschwerdebild. Und das heißt in seelischer und psychosozialer Hinsicht für den Mann ebenfalls Antriebslosigkeit, Verstimmungszustände, Angststö-

rungen, Merk- und Konzentrationseinbußen, Vergesslichkeit sowie nachlassende berufliche Leistungsfähigkeit und damit Aktivität.

Und was die körperlichen Beeinträchtigungen anbelangt, so sind es neben Abnahme von Knochendichte und Muskelmasse (und damit Kraft) vor allem die lästigen psychovegetativen Beschwerden, insbesondere Hitzewallungen, Schweißausbrüche und damit Schlafstörungen.

Auch hier spielen – wenngleich weniger durchschlagend – natürlich partnerschaftliche, familiäre, vor allem berufliche Aspekte eine wichtige Rolle und können zumindest in ausgeprägteren Fällen auch in einen Teufelskreis münden, wenngleich statistisch(!) seltener, was aber wohl wenig über die Realität aussagt.

In allen Fällen aber gilt es angesichts des hier abgehandelten Themas zu bedenken:

Hitzewallungen und Schweißausbrüche gehören in den Wechseljahren der Frau zum lästigen Alltag (besonders nachts). Und auch beim Mann dürften sie nicht so selten sein, obgleich man dort weniger daran zu denken gewillt ist...

SCHLUSSFOLGERUNG

Wer hätte das gedacht: Die biologisch sinnvolle, gelegentlich aber unangenehme bis peinliche vegetative Reaktion Schwitzen, wenn nicht gar Schweißausbrüche, haben nicht nur physiologische und ggf. krankhaft-organische Ursachen, sondern mitunter auch seelische bzw. psychosoziale Gründe. Da psychische Störungen aber nicht nur häufig sind, sondern auch ständig zunehmen, wird man ggf. vermehrt damit rechnen müssen.

Dabei dürfen Schweißausbrüche wohl noch das am ehesten tolerierbare Symptom sein, meinen sicher einige. Doch das ist eine individuelle Entscheidung, vor allem was die scheinbare Geruchs-Belästigung anbelangt. Die mag das Umfeld vielleicht nicht einmal so ausdrücklich zu registrieren, doch der Patient fühlt sich leicht in der ohnehin von Minderwertigkeitsgefühlen labilisierten Stimmungslage peinlich berührt – und geht auf Distanz, bis hin zu Rückzug und Isolations-Gefahr. Wie gesagt: Das sieht jeder anders und ein Gesunder allemal anders als ein seelisch Kranker mit seiner Vielzahl von Beeinträchtigungen auf allen Ebenen.

Die Behandlung dieser zugrunde liegenden psychischen Störungen beruht auf drei Säulen: Psychotherapie – Soziotherapie – Pharmakotherapie. Psycho- und Soziotherapie sind von allen akzeptiert – aber leider nur selten mit der notwendigen fachärztlichen bzw. -psychologischen Betreuung zu haben. Die

Behandlung mit psychotropen Arzneimitteln, vor allem den Psychopharmaka Neuroleptika, Antidepressiva und Tranquilizern, ggf. ergänzt durch die rückfallvorbeugenden Stimmungs-Stabilisierern, wäre dann wenigstens eine Alternative, wenn auch nur als Kompromiss (in vielen Fällen aber dann doch die Grundlage der speziellen Behandlung, auch wenn das in der Allgemeinheit häufig anders gesehen wird).

Leider sind aber gerade die Psychopharmaka wieder beim Symptom Schwitzen bzw. Schweißbrüche in ihrem Nebenwirkungs-Spektrum oftmals heftig bis ernsthaft belastend beteiligt.

Kurz: Es ist schwierig, das Phänomen „Schweißausbrüche aus psychiatrischer Sicht“, vielleicht nicht gerade das größte Problem der Betroffenen, in nicht wenigen Fällen aber auch nicht einfach übergebar.

Deshalb dieser Beitrag, um erst einmal die Grundlagen (wer – was – wo – warum – wie häufig) zu erörtern. Die konkrete Hilfe kommt dann vom behandelnden Arzt und Psychologen. Denn eines ist sicher: Lässt sich die Grundkrankheit erfolgreich behandeln, fällt auch das lästige Symptom Schwitzen oder gar Schweißausbrüche weg. Wenigstens ein Trost, wenn auch im Einzelfall mitunter nur mühsam realisierbar.

LITERATUR

Schweißausbrüche im Rahmen körperlicher Erkrankungen sind häufig. Dazu gibt es auch eine umfangreiche Literatur, meist auf internistischem und neurologischem Fachgebiet. Die Möglichkeit seelischer Ursachen wird zwar nicht ausgeschlossen, findet aber nur selten eine adäquate Abhandlung in der psychiatrischen oder psychotherapeutisch/psychosomatisch orientierten Fachliteratur. In den psychiatrischen Lehrbüchern wird man hier nur selten fündig, und wenn, dann bestenfalls und auch nur andeutungsweise in den Psychopharmaka- und Sucht-Kapiteln.

Einzelheiten dazu siehe die entsprechende Fach-Literatur sowie Hinweise in dieser Serie.