

Pathologie der Gefühle

- 5.1 Veränderungen der Affektivität – 198
- 5.2 Depressives Syndrom (Schwermütigkeit) – 205
- 5.3 Suizidalität – 209
- 5.4 Aggressivität (Hostilitätssyndrom) – 211
- 5.5 Angst und Panik – 216
- 5.6 Phobie – 219
- 5.7 Hypochondrie – 224
- 5.8 Maniformes Syndrom – 227

5.1 Veränderungen der Affektivität

Unter **Affektivität** (*lateinisch: affectus = gestimmt*) oder **Emotionalität** (*lateinisch: emovere = aufwühlen*) wird die Gesamtheit der Affekte, Stimmungen und Gefühle verstanden. Diese sind nicht weiter rückführbare seelische Zustände, die den Denkvorgängen und Erlebnisinhalten eine besondere – lust- oder unlustbetonte – Tönung verleihen. Zum **Gemütsleben** gehören darüber hinaus Empfinden, Verspüren, Angemutet- und Angeregtwerden, Appetenz und Befindlichkeit. Emotionen bzw. Gefühle sind zum einen wesentlich an Kommunikation und Interaktion beteiligt, zum anderen geben sie Rückmeldungen über die eigene körperliche und psychische Befindlichkeit. Die körperlichen Begleiterscheinungen der Emotionen belegen deren engen Zusammenhang zum zentralen Nervensystem (vor allem zum Hirnstamm, Thalamus und mesolimbischen System), dem Vegetativum und dem Endokrinum.

Bereits der französische Hirnforscher P. Broca (1824–1880) vermutete die Lokalisation der Gefühle in dem von ihm so bezeichneten »limbischen System« des Zwischenhirns. Die Auffassung eines einheitlichen »emotionalen Gehirns« im limbischen System bzw. Hippocampus (P. McLean 1949) musste jedoch aufgrund neuerer Forschungen zu Gunsten einer multilokulären Verteilung (J. LeDoux 1996; A. Damasio 2000) revidiert werden. Zentren der Emotionsverarbeitung sind demnach Mandelkern, mesolimbisches Dopaminsystem und orbitofrontaler Kortex (► auch Abschn. 1.4).

Normalerweise treten Gefühle adäquat intensiv und angemessen nachhaltig in Erscheinung. Sie werden als Ich-synton erlebt und können von anderen nachvollzogen werden, wechseln nicht grundlos und sind im Großen und Ganzen kontrollierbar. Große individuelle Unterschiede bestehen hinsichtlich Tiefe, Qualität, Dynamik und Nuancierung. Grundgefühle scheinen Furcht, Traurigkeit, Erstaunen, Zorn, Freude und Ekel zu sein. Sie dienen der Motivation zur Bedürfnisbefriedigung und der Regulierung des Sozialverhaltens.

Die Phänomenologie der Gefühle und Affekte – »passio« und »affectus« – hat eine bis in die Antike zurückreichende Tradition. Stets wurden Emotion und Vernunft als gegensätzliche Kräfte gesehen, deren Erstere von Letzterer

5.1 · Veränderungen der Affektivität

gezügelt werden müsse. In der Affektlehre der Stoiker wurden als Hauptgattungen der Gefühle die Lust, der Schmerz, die Furcht und die Begierde genannt; ebenso wie im Buddhismus war Leidenschaftslosigkeit das Lebensziel. Breiten Raum nahm die Behandlung der Affekte bei Aristoteles (384–322 v. Chr.), dem Vater der Psychologie, ein. Er bezeichnete sie als mit Lust- oder Unlustgefühl verbundene Erregungen und unterschied Zorn, Mitleid, Furcht, Liebe, Hass, Mut, Scham, Dankbarkeit, Neid und Wetteifer. In der neuplatonischen bzw. platonischen Philosophie wurden Furcht, Hoffnung, Freude, Schmerz, Hass, Liebe und Scham unterschieden. Descartes (1596–1650) nannte als Grundgefühle: Liebe, Hass, Verlangen, Freude, Traurigkeit und Bewunderung, Spinoza (1632–1677) lediglich Freude, Traurigkeit und Verlangen. Ebbinghaus (1850–1909) und Wundt (1832–1920), Begründer der experimentellen Psychologie, betonten die Polaritäten des Gefühlslebens (Lust–Unlust, Erregung–Beruhigung, Spannung–Lösung). Der oben genannte Cardano (1501–1576) verwies als einer der ersten auf die enge Beziehung zwischen Sinesseindruck und Gefühlsreaktion.

Bis zur Emanzipation der Psychologie als empirische Wissenschaft im 19. Jahrhundert wurde in der Emotionspsychologie auch der verwandte Begriff »Leidenschaft« abgehandelt. I. Kant (1724–1804) grenzte diese als dominierende Begierde vom Affekt ab. 1884 erschien die *Gefühlstheorie* von W. James (1842–1910), ein Jahr später *Über Gemütsbewegungen* von dem dänischen Philosophen G. Lange (1834–1900). Beide vertraten die Theorie, dass Gefühle auf leibliche Vorgänge – z. B. vasomotorische Funktionen – zurückzuführen seien (James-Lange-Theorie). Von den amerikanischen Physiologen W.B. Cannon (1871–1945) und P. Bard wurde das psychophysische James-Lange-Modell zu einem Simultankonzept von Gefühlserlebnissen und Körperreaktionen erweitert (Cannon-Bard-Theorie). Der herausragende Analytiker der Gefühls- und Gemütszustände M. Scheler (1874–1928), Philosoph in Köln und Frankfurt, unterschied zwischen »Leibgefühlen«, »triebnahe« und »geistig-seelischen« sowie »Persönlichkeitsgefühlen«. Diese Schichtentheorie wurde später von dem Heidelberger Psychiater K. Schneider (1887–1967), Schüler von M. Scheler und einer der Hauptvertreter der klinisch-phänomenologischen Psychopathologie, aufgegriffen.

Der evolutionspsychologische Ansatz von Ch. Darwin (1809–1882) und W. McDougall (1871–1938) findet sich in modifizierter Form in der Emotionstheorie der amerikanischen Psychologen R. Plutchik und P. Ekman, die von acht bzw. sechs **Primäremotionen** ausgehen, nämlich Angst, Wut, Ekel, Trauer, (Billigung), Überraschung, (Erwartung) und Freude (► auch Abschn. 2.4 und 4.1). Die amerikanischen Psychologen Magda W. Arnold (1903–2002), R. S. Lazarus (1922–2002), S. Schachter

(1922–1997) und J. Singer (1934) verknüpften das Emotionserlebnis mit der kognitiven Bewertung von Reiz und physiologischer Erregung anhand von Erfahrung und situativem Kontext (Zwei-Faktoren-Theorie). Auch der Schweizer Psychiater L. Ciampi verwies auf die enge Verbindung von Denken und Emotion (»Affektlogik«). (Zum Konzept der »emotionalen Intelligenz« ► auch Abschn. 7.1.)

Der **einzelne Affekt** kennzeichnet eher ein intensives Gefühlserlebnis von allerdings nicht länger anhaltender Dauer, wie z. B. Glück, Freude, Ekel, Schreck, Panik oder Zorn. **Affektive Resonanz** (lateinisch: *resonare* = *Widerhallen*) wird die gefühlsmäßige Ansprechbarkeit bezeichnet, welche zu emotionalem Mitschwingen und gefühlsmäßigem Angeregtwerden führt. Beschaffenheit von Affektivität und affektiver Resonanz sind bedeutende psychologische Parameter vieler psychischer Erkrankungen, die sich durch Erlebnisschilderung und Verhaltensbeobachtung erschließen und besonderer diagnostischer Beachtung bedürfen (■ Abb. 5.1).



■ **Abb. 5.1.** Angst als Affekt.
(Nach Benesch 1995)

Fließend ist der Übergang zwischen Affekt und **Gestimmtheit** bzw. Stimmungslage (*althochdeutsch: stimma = Fähigkeit, Töne zu erzeugen*) als eher hintergründige, überdauernde Gefühlslage (z. B. Behagen, Heiterkeit, Ängstlichkeit, Trauer oder Kummer). Im alltäglichen Sprachgebrauch wird allerdings meist nicht scharf zwischen Affekten, Gefühlen und Stimmungen unterschieden. Emotionen tönen auch die Bedeutung von Wahrnehmungen (► Kap. 3). Enge Beziehungen bestehen des Weiteren zu Antrieb, Motivation und Intention. Affekte und Stimmungen werden über Ausdruck und Sprache erfasst (► auch Abschn. 2.4).

Veränderungen des normalerweise bestehenden Gefühlszustands, der Lebensgrundstimmung, des Lebensgefühls und der Befindlichkeit können sich in **quantitativer** wie auch **qualitativer** Hinsicht bemerkbar machen. Zu Ersteren gehören:

Affektverarmung

Verlust affektiver Ansprechbarkeit, meist mit begleitender Beeinträchtigung der **Affektmodulation**. Die Betroffenen wirken emotional indifferent, unzugänglich, gleichgültig und in den Gefühlsäußerungen abgestumpft bis teilnahmslos, teils auch läppisch. Ein spürbar affektives Mitschwingen bleibt aus.

Untersuchungen

Diagnostisches Gespräch, Selbstschilderung, Psychostatus, Verhaltensbeobachtung (► Kap. 2), Somatostatus.

Vorkommen

- bei Suchterkrankung, insbesondere bei chronischem Missbrauch von Beruhigungsmitteln
- bei Hebephrenie und chronischer Psychose
- innerhalb psychotischer Residualzustände
- beim hirnanorganischen Psychosyndrom bzw. Demenz
- beim Klüver-Bucy-Syndrom (► auch Abschn. 8.11)

Ein »Gefühl der Gefühllosigkeit«, eine Art innerer Leere verspüren oft depressive und Borderline-Patienten, einhergehend mit Freudlosigkeit, Anhedonie, Lust- und Interesselosigkeit und Herabsetzung der Vitalgefühle (► weiter unten).

Parathymie

Inadäquate oder paradoxe Gefühlsäußerung (*griechisch: pára = neben, entlang, thymós = Gemüt*). Die Betroffenen zeigen emotionale Reaktionen, die nicht zu den jeweils vermuteten Gedanken und Vorstellungen passen; dementsprechend stimmt das Ausdrucksverhalten (z. B. Mimik) nicht mit dem unterstellten Affekt überein (Paramimie; ► auch Abschn. 2.4).

Von außen gemacht oder manipuliert erlebte Gefühle gehören zu den Störungen des **Ich-Erlebens** (► auch Abschn. 3.4).

Vorkommen

- bei simulierenden oder dissimulierenden Personen im Rahmen von Zweck- und Tendenzverhalten
- bei Patienten mit Schizophrenie

Affektlabilität (Rührseligkeit)

Kurzfristiges, abruptes Alternieren von Gefühlsäußerungen mit raschem Umschlagen (z. B. von freudiger Erregtheit zur Weinerlichkeit schon bei geringem Anlass). **Stimmungslabilität** (*lateinisch: labilis = gleitend*) äußert sich in Schwankungen der Stimmungslage zwischen »himmelhoch jauchzend« und »zu Tode betrübt« (► auch Kap. 4). Insgesamt entsteht der Eindruck emotionaler Oberflächlichkeit vor dem Hintergrund von Unausgeglichenheit und Infantilismus.

Vorkommen

- bei entsprechender Primärpersönlichkeit (z. B. bei emotional instabiler Persönlichkeit)
- bei Zykllothymia
- bei organischem Psychosyndrom bzw. bei Hirnschädigung, Demenz und symptomatischer Psychose

Affektinkontinenz

Ausdruck mangelhafter Beherrschung und Kontrolle der Affekte, bei der schon auf geringfügige Anlässe hin unangemessen intensive Gefühlsreaktionen (z. B. überschießendes Lachen oder heftiges Weinen mit jeweils raschem Abklingen) auftreten (*lateinisch: incontinens = nicht bei sich behalten*). Der Übergang zu Rührseligkeit, Larmoyanz, Reizbarkeit und Weinerlichkeit ist fließend.

Vorkommen

- bei reizbar-impulsiver Persönlichkeit
- bei chronischem Alkoholismus
- nach hirnganischer (hirntraumatischer) Schädigung
- bei Demenz
- bei neurologischer Systemerkrankung (z. B. Pseudobulbärparalyse, multiple Sklerose, Chorea, amyotrophe Lateralsklerose)

Hiervon zu unterscheiden ist das Zwangslachen und -weinen Hirnkranker, dem ein entsprechendes Gefühl offenbar nicht zugrunde liegt.

Verlust an affektiver Resonanz. Affektstarre

Ausbleibendes oder mangelhaftes emotionales Mitschwingen bzw. fehlende Affektmodulation. Die Betroffenen wirken wenig empathisch, kühl und unzugänglich, distanziert und gleichgültig.

Vorkommen

- bei schizoider Persönlichkeit
- unter dämpfenden Medikamenten und Drogen
- bei chronischer Psychose

Alexithymie

Unvermögen, die eigenen Gefühle oder die anderer wahrzunehmen, nachzuempfinden und zu äußern (*griechisch: a = nicht, léxis = das Sprechen, thýmos = Gemüt*). Davon Betroffene zeigen – oft unter verminderter affektiver Resonanz – einen Mangel an Einfühlungsvermögen, Empathie und affektiver Ansprechbarkeit.

Vorkommen

- bei dementiellem Persönlichkeitsabbau
- bei narzisstischer, schizoider oder depressiver Persönlichkeit

Hyperthymie

Anhaltende, subeuphorisch-kritiklose Gestimmtheit, die sich in Unbekümmertheit, Oberflächlichkeit und verflachter Affektivität äußert, gelegentlich verbunden mit Umtriebigerkeit und dringhafter Beschäftigung.

Vorkommen

- als Dauergestimmtheit überaktiver Personen
- unter Einnahme von Drogen oder Beruhigungsmitteln
- bei hirnganischer Störung (z.B. als Frontalhirnsyndrom)
- beim ADHS

Zur Pathologie der Affekte und Emotionen gehören ferner:

- **Affektiertheit** als gekünsteltes, gezieltes Ausdrucksverhalten
- **Affektstau** als Aufstauung nicht geäußerter Gefühle
- **Affektsperr**e als Blockade der Gefühle
- **Affektstupor** als Unfähigkeit, emotional zu reagieren
- **Analgesie** als Gefühllosigkeit bzw. Schmerzempfindlichkeit
- **Anhedonie** als Unfähigkeit, sich zu freuen bzw. zu genießen
- **Parhedonie** als grundlose Heiterkeit (*griechisch: hedone = Freude*)
- **Negativismus** als allgemeine Verweigerung

Zusammenfassung

Gefühlsstörungen äußern sich in quantitativer Hinsicht als abnormer Mangel oder Überschuss an Affekten oder in einer unpassenden bzw. labilisierten Affektlage und Gestimmtheit.

Qualitative Gefühlsstörungen bestehen in Veränderungen der Gefühlshalte. Sie können sowohl die primären, unmittelbaren Empfindungen und Vitalgefühle betreffen, als auch die sekundären, persönlichkeitsbezogenen (► auch Kap. 3).

Ubiquitäre Verstimmungen wie z.B. Wehmut, Niedergeschlagenheit, Missmut, Ängstlichkeit, Zuversicht, Fröhlichkeit oder Verärgerung sind nicht krankhafter Natur, auch nicht solche aufgrund hormoneller Schwankungen wie z.B. die Stimmungslabilität im Wochenbett («Blues»), prämenstruell oder im Klimakterium.

5.2 Depressives Syndrom (Schwermütigkeit)

Depressivität (*lateinisch: depressus = niedergedrückt*) kennzeichnet ein Bild abnormer Traurigkeit, Freudlosigkeit und Antriebsverarmung (Melancholie). Sie erfasst wie eine psychische Lähmung alle seelischen Funktionsbereiche und vermittelt dem Betroffenen ein quälendes Empfinden von innerer Leere, Schwermütigkeit und Sinnlosigkeit (■ Abb. 5.2). Die nächsten Bezugspersonen von Depressiven werden meist erheblich mitbelastet, da eine mentale oder gar emotionale Distanz zu diesen kaum realisierbar ist.

Die Bezeichnung »**Melancholie**« – griechischer Ausdruck für »Schwarzgalligkeit« – stammt aus der antiken Säftelehre (Humoralpathologie), derzufolge ein Überschuss an schwarzer Galle (*griechisch: melas = schwarz, cholos = Galle*) zur Schwermut mit Furcht (Phobos) und Verstimmtheit (Dysthymia) führt. In den hippokratischen Schriften (Corpus Hippocraticum) des 5. Jahrhunderts v. Chr. findet dieses Melancholiekonzept erstmals Erwähnung und wurde über den griechischen Arzt C. Galen (129–199) und die arabische und scholastische Medizin bis in die Neuzeit tradiert. Der Psychiater J.Ch. Heinroth (1773–1843) führte den Begriff »Depression« als Ausdruck von Melancholie, Blödsinn oder Willenlosigkeit ein, den E. Kraepelin (1865–1926) später in den manisch-depressiven Krankheitskomplex integrierte.

Folgende Hauptsymptome der Schwermütigkeit lassen sich in unterschiedlichen Bereichen feststellen:



■ **Abb. 5.2.** Ausdruck von Depressivität.
(Aus Pfau 1998)

— Psychische Ebene:

Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit und Pessimismus, Verzweiflung bis zum Nihilismus, Leeregefühl, Interessesverlust und Anhedonie (■ Abb. 5.3). Die Umgebung erscheint den Betroffenen farblos und öde, reizarm und unwirklich (► auch Abschn. 3.4, »Derealisation«). Sie erleben sich selbst oft nicht mehr als existent (► auch Abschn. 3.4, »Depersonalisation«). Die Gedanken kreisen perseverierend um Selbstvorwürfe; Gedächtnis- und Konzentrationseinbußen können zu einem (pseudo)dementen Bild führen (► auch Kap. 7). Zusätzlich können quälende Angst- und Schuldgefühle mit Suizidalität auftreten. Zum depressiven Erleben konform ist der nicht selten anzutreffende **synthyme Wahn** in Form von Versündigungs-, Krankheits- und Verarmungsideen bis hin zum nihilistischen Wahn, der vor allem bei älteren Patienten auftritt.



■ **Abb. 5.3 a, b.** Dieselbe Patientin in manischer (a) und depressiver (b) Verfassung.
(Nach Bleuler u. Bleuler 1983)

— Psychomotorischer Bereich:

Antriebsverarmung bis zum Stupor mit Mutismus, oder – bei agitierter Depression – ausgeprägte Unruhe mit Hin- und Herlaufen, Nesteln, Händeringen und vermehrter Klagsamkeit (► auch Kap. 4).

— Körperliche Empfindungen:

Beschrieben werden meistens Druck im Kopf-, Brust- oder Bauchbereich und Kloßgefühl im Hals (Globusgefühl), häufig auch diffuse oder aber umschriebene, quälende brennende, stechende oder reißende Schmerzen in einzelnen Gliedmaßen oder Körperteilen in Form einer zirkumskripten (*lateinisch: circumscribere = mit einem Kreis umschreiben*) Hypochondrie (► auch Abschn. 5.7).

— Vitalbereich:

Körperlich-vegetative Funktionsstörungen mit Morgentief, Müdigkeit, Beeinträchtigungen des Schlafes, Mundtrockenheit, erniedrigtem Blutdruck, Inappetenz und Gewichtsverlust, Obstipation, Abnahme von Libido und Potenz wie auch Amenorrhoe.

Leichtere Ausprägungen von Depressivität – mit mürrisch-gereizter Komponente – werden **Dysphorie** oder **Dysthymie** (*griechisch: dysphoria = Unbehaglichkeit*) genannt (► auch Abschn. 1.6).

In den derzeitigen Klassifikationssystemen wird unter **Dysthymia** eine anhaltende, chronisch-depressive Verstimmung leichter bis mittelgradiger Ausprägung verstanden, die im klinisch-diagnostischen Bereich auch als depressive Neurose bzw. neurotische Depression bezeichnet wird. Neben Bedrücktheit und Müdigkeit werden als Leitsymptome Grübeleien, Schlafstörungen, Erschöpfungsgefühl und Anhedonie genannt.

5

Untersuchungen

Diagnostisches Gespräch, Verhaltensbeobachtung, Psychostatus, Fremdanamnese, testpsychologische Diagnostik mit Depressionsskalen (► Kap. 2), Somatostatus.

Vorkommen

- als Trauerreaktion bzw. bei depressiver Anpassungsstörung
- bei posttraumatischer Belastungsstörung
- unter Einfluss von Drogen bzw. pharmakogen
- bei monopolarer/bipolarer (endogen-depressiver) affektiver Erkrankung (»major depression«)
- begleitend bei Schizophrenie und schizoaffektiver Erkrankung
- als Begleiterscheinung endokriner Störung
- bei Hirnabbauerkrankung (z. B. Demenz)

Zusammenfassung

Das depressive Syndrom ist gekennzeichnet durch einen generellen Verlust an Lebensfreude, Leistungsfähigkeit und körperlichem Wohlbefinden. Zusätzlich können synthyme Wahnvorstellungen auftreten; schwerere Depressive neigen außerdem zur Suizidalität.

5.3 Suizidalität

Die nachdrücklichste Bekundung von Lebensüberdruß äußert sich in Suizidalität (*lateinisch: sui = seiner, caedere = töten*). Sie tritt als Absicht zur Selbsttötung aufgrund von Enttäuschung, Resignation, Verbitterung, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung in Erscheinung.

Normalerweise ist der Trieb zur Erhaltung der eigenen Existenz (Selbsterhaltungstrieb) Kernbestandteil jedes Individuums, sodass es zur Negation bzw. Überwindung dieses Instinktes einer besonders **ungewöhnlichen Lebenssituation** bedarf. Suizidale Menschen befinden sich – sofern der Suizidversuch nicht raptusartig in Folge eines jähen affektiv-impulsiven Überflutetwerdens von Wut oder Selbsthass erfolgt – meist in einer (subjektiv) hoffnungslosen und unerträglichen Situation; sie fühlen sich lebens- und lebensunwert, sind ohne Perspektive und sehen daher im Weiterleben keinen Sinn mehr.

Suizidalität beginnt meist mit Rückzug und Isolation (■ Abb. 5.6); Todesphantasien und Schlafstörungen mit selbstdestruktiven Träumen engen die Vorstellungswelt mehr und mehr ein (präsuizidales Syndrom). Die Gedanken an einen Suizid nehmen konkrete Inhalte in Bezug auf Zeit, Ort und Modus an. Vorbereitende Handlungen münden schließlich ein in den **Suizidversuch**, der konkret die eigene Beschädigung mit dem Ziel der Selbstvernichtung intendiert. **Parasuizid** heißt der (nicht gelungene bzw. abgebrochene) Suizidversuch (► auch Abschn. 5.4). Demonstrative Suizidversuche werden so angelegt, dass rechtzeitig Rettung erfolgen kann. Die meisten Suizidversuche haben appellative Funktion; sie signalisieren eher den Bedarf an Hilfe und Unterstützung in einer kritischen Lebenssituation als eine Lebensverneinung aus Überzeugung. Darüber hinaus werden auch Suizidversuche bzw. Suizide begangen, um »ein Zeichen zu setzen« oder um Schuldgefühl bei nahen Bezugspersonen hervorzurufen.

Die Bezeichnung »**Selbstmord**« ist insofern unzutreffend, als – bezüglich der strafrechtlich sanktionierten Definition von Mord – die im Strafgesetz genannten Merkmale der »niedrigen Beweggründe« bzw. der Heimtücke und Grausamkeit fehlen. Korrekter ist für die Autoaggressivität aus Lebensmüdigkeit mit tödlichem Ausgang die Bezeichnung »Selbsttötung« (► auch Abschn. 5.4). Bei einem »**erweiterten Sui-**

«**zid**» werden vor dem eigenen Freitod auch nahe Bezugspersonen (vornehmlich Kinder und/oder Partner) getötet. Ein **prolongierter Suizidversuch** kann z. B. Nahrungsverweigerung sein (Limoc-tonia).

Schon bei vagen Verdachtsmomenten auf lebensmüde Gedanken eines Menschen ist unbedingt in klarer, wengleich verständnisvoller und mitfühlender Weise die Situation näher abzuklären. Im interventionellen Gespräch sollte sich der Untersucher etwa wie folgt orientieren:

- Seit wann, in welcher Intensität und Form treten Suizidgedanken auf?
- Bestehen konkrete Ideen oder sogar Pläne zu suizidalen Handlungen? Sind Vorbereitungen getroffen worden? Wie und welche?
- Gab es bereits frühere Suizidversuche, auch im Freundes- oder Bekanntenkreis?
- Wie ist die aktuelle Lebenssituation? Wie wird sie eingeschätzt? Gibt es Alternativen? Was ist am unerträglichsten?
- Gibt es noch Interessen für andere Dinge? Kontakte zu anderen Personen?
- Gibt es familiäre oder berufliche Verpflichtungen? Religiöse Bindungen? Soziale Netzwerke?

Untersuchungen

Kontaktgespräch, Psychostatus, Fremdanamnese (► Kap. 2).

Besonders hoch ist die suizidale Gefährdung innerhalb des folgenden Jahres nach einem Suizidversuch bei insgesamt erhöhtem Wiederholungsrisiko. Ein größeres **Suizidrisiko** besteht generell bei Jugendlichen, älteren, alleinstehenden und männlichen Personen und unheilbar chronisch Kranken. Suizidversuche sind häufiger bei jüngeren Frauen, Suizide bei Männern. Eine Risikoabschätzung erlaubt die »Sad-Persons«-Skala, die der amerikanische Psychiatrie-Professor W.M. Patterson in den 1980er Jahren entwickelt hat (■ Abb. 5.4).

■ **Abb. 5.4.** Risikofaktoren für suizidales Verhalten. (Nach W.M. Patterson)

Sex (male)
Age (Elderly or adolescent)
Depression
Previous suicide attempts
Ethanol abuse
Rational thinking loss (psychosis)
Social supports lacking
Organized plan to commit suicide
No spouse (divorced > widowed > single)
Sickness (physical illness)

Vorkommen

- am häufigsten bei (schwererer) Depression und Schizophrenie
- bei chronischem Alkoholismus bzw. Suchterkrankung
- bei Borderline-Persönlichkeitsstörung
- als »Bilanzsuizid« in ausweglos erscheinenden Situationen (z. B. Lebenskrisen mit persönlichen, beruflichen und sozialen Problemen)

Zusammenfassung

Suizidales Verhalten entspringt einer radikalen Lebensverneinung aus dem Gefühl von Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und Resignation. Suizide sind am häufigsten bei alleinstehenden, älteren, depressiven und suchtkranken Männern, Suizidversuche bei (jüngeren) Frauen. Vorlaufend zeigen sich Rückzug, Isolation, Selbsttötungsphantasien und schließlich Vorbereitungen.

5.4 Aggressivität (Hostilitätssyndrom)

Aggressivität (*lateinisch: aggressio = Angriff*) kennzeichnet eine Tendenz, die auf Beschädigung, Entwertung oder Vernichtung von Personen oder Gegenständen abzielt. Sie entsteht spontan, durch Provokation (reakti-

ver Typ) oder als geplante und gezielte Handlung (proaktiver Typ). Im Fall der Notwehr ist aggressives Verhalten eine Reaktion auf Bedrohung der eigenen Unversehrtheit oder gar leiblichen Existenz. Die Handlung aufgrund von Aggressivität, d.h. die beabsichtigte oder tatsächliche Zufügung von Schaden oder Schmerz unter einer bestimmten Intention wird **Aggression** genannt.

Hostilität (*lateinisch: hostilis = feindlich*) bedeutet Feindseligkeit und bezeichnet eine latente Aggressivität mit den Merkmalen innerer Abneigung, Gehässigkeit und destruktiven Phantasien gegenüber bestimmten Personen oder Objekten.

5

Vorlaufende Provokationen können zunächst zu Frustration, Verärgerung und Gereiztheit führen; es entsteht dabei ein Gefühl der Anspannung und Erregtheit. Das vegetative Nervensystem gerät in eine sympathikotone Reaktionslage mit erhöhter Handlungsbereitschaft, was sich nach außen z.B. als Unruhe, muskuläre Anspannung und Rötung des Gesichtes bemerkbar machen kann. Die folgende aggressive Handlung kann direkt oder indirekt, offen oder verdeckt, gezielt oder impulsiv ablaufen, wobei durch Alkohol oder Drogen die Hemmschwelle erniedrigt wird (► auch Abschn. 4.3).

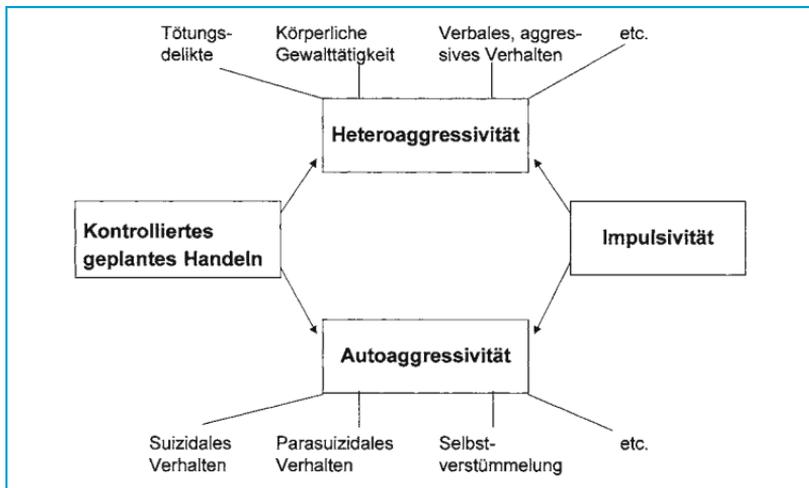


■ **Abb. 5.5.** Aggressives Verhalten. (Nach Benesch 1995)

5.4 · Aggressivität (Hostilitätssyndrom)

Im **verbalen Bereich** äußert sich Aggressivität in Beleidigungen und Beschimpfungen, subtiler als Schadenfreude, Ironie, Sarkasmus oder unangemessene Kritik (■ Abb. 5.5). Im **Verhaltensbereich** kommt es – weitaus häufiger bei Männern – zu Handgreiflichkeiten und Gewalttätigkeiten, teils unkontrolliert-explosiv in Form von Wutausbrüchen mit Erregtheit (»blinde Wut«), teils in Form geplanter und überlegter Sachbeschädigungen oder körperlicher Schikanen (mit sadistischem Einschlag als **Folter**). Einfachere Reaktionen sind Schlagen, Treten, Boxen oder Beißen. Durch besonders aggressive Handlungen ist der **Amoklauf** gekennzeichnet, ein überwiegend in ostasiatischen Ländern zu beobachtender Affekt-, Unruhe- und Verwirrheitszustand (► auch Abschn. 1.9). Lust an Grausamkeit, Zufügung von Schmerz und sexuelle Misshandlungen kennzeichnen den **Sadismus** (► auch Abschn. 8.15).

Nach außen ähnlich wie aggressive Gewalt kann **Notwehrverhalten** aussehen. Es dient jedoch der Verteidigung bei einem Angriff gegen Leib und Leben oder auf andere Rechtsgüter, und somit zum Schutz eigener wichtiger oder sogar existentieller Belange. Hiervon abgesehen ist ein gewisses Maß an aggressiver Aktivität bisweilen notwendig, um sich notfalls gegen die Wünsche anderer durchsetzen zu können.



■ **Abb. 5.6.** Impulsivität – Aggressivität – Suizidalität. (Nach Möller u. van Praag 1992)

Ob es einen **Aggressionstrieb** – in der psychoanalytischen Lehre Destruktions- oder Todestrieb als Antagonist des Sexualtriebs – gibt, ist umstritten; es handelt sich wohl eher um Instinkte zur Selbst- und Art-erhaltung. Offenbar gibt es bei Gewalttätern Zusammenhänge zwischen aggressivem Verhalten und Funktionsstörungen im emotionsregulierenden Frontalhirnbereich und Serotoninhaushalt (► auch Abschn. 8.17).

Konstitutionell oder im Rahmen einer Antriebs- und Aktivitätsminderung (► auch Abschn. 4.1) kann eine **Herabsetzung der Aggressionsimpulse** vorliegen. Als (beabsichtigte) »Maßregelung« für die Umgebung wirkt sich das vorwurfsvolle Schweigen und Zurückziehen infolge Enttäuschung oder tiefer Verärgerung (»stille Wut«) aus. Eine natürliche Aggressions- bzw. Tötungshemmung scheint es bei allen höheren Lebewesen zu geben; beispielsweise ist eine entsprechende Verhaltensblockierung als angeborener Auslösemechanismus (AAM) bei Präsentation der **Demutsgebärde** eines angegriffenen Tiers bekannt (► auch Kap. 2.4).

Bei mangelhafter oder ausbleibender Aggressionsabreaktion infolge äußerer Widerstände (z. B. Sanktionen, Verbote, Freiheitsentzug) kann sich der zerstörerische Impuls gegen die eigene Person kehren, in letzter Konsequenz (mit Selbsthass) zur Selbstschädigung bis zum Suizid als intensivste Form der **Autoaggressivität**. Selbstdestruktive Elemente sind auch in Kasteiungen, exzessivem Fasten, Flagellantentum, rituellen Selbstverstümmelungen u. Ä. enthalten (► Abschn. 5.3).

Äußere Ähnlichkeit besteht hier mit dem Symptomenkomplex der »**artifiziellen Störung**« bzw. dem »**Münchhausen-Syndrom**«. Es handelt sich dabei um ein meist bei Mädchen und Frauen zu beobachtendes, absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von Krankheitssymptomen oder Behinderungen, die durch Automutilation, z. B. in Form von Eigeninjektionen, Selbstverletzungen oder Einnahme gefährlicher Medikamente hervorgerufen werden (► auch Abschn. 2.8). Abgesehen von Täuschungsversuchen dient das eigene Zufügen von schmerzhaften Schnitt-, Quetsch- oder Brandverletzungen der Affektladung. Anschließend werden meist Scham und Ekel verspürt.

Untersuchungen

Vertiefte Exploration, Psychostatus, Verhaltensbeobachtung, Fremdanamnese, testpsychologische Persönlichkeitsdiagnostik (► auch Kap. 2), Somatostatus.

Vorkommen

- bei (dissozialer, stimmungslabiler) Borderline-Persönlichkeit, insbesondere unter Alkoholeinfluss
- bei Impulskontrollstörung (► Abschn. 4.2 und 4.3)
- unter stimulierenden Drogen bzw. im pathologischen Rausch
- im psychotischen Wahn
- bei gereizter Manie
- im epileptischen Dämmerzustand
- bei organischem Psychosyndrom (frühkindliche Hirnschädigungen können z.B. aufgrund verminderter Frustrationsschwelle mit erhöhter Reizbarkeit und Neigung zu Impulskontrollverlusten einhergehen)
- bei Verkennungen infolge dementiellen Abbaus bzw. Verwirrtheit
- selten im Rahmen katatonen Erregtheit (als ungerichtete Aggressionshandlung)

Zusammenfassung

Aggressivität kennzeichnet einen Zustand von Angriffslust, der sich in verbale oder handgreifliche Aggressionen gegen andere umsetzen kann. Bei Umkehrung der aggressiven Impulse gegen die eigene Person kann die daraus resultierende Autoaggressivität zu Selbstschädigungen (Automutilation) bis zum Suizid führen.

5.5 Angst und Panik

Das Empfinden von Angst (*indogermanisch: angh, lateinisch: angustus = eng*) kennzeichnet einen – unterschiedlich intensiven – unangenehmen und unlustbetonten Gefühlszustand bei Erwartung oder Wahrnehmung tatsächlicher oder vermeintlicher Gefährdung. Typisch ist ein Erleben von Beunruhigung, Beklemmung, Bedrohung und Hilflosigkeit bis hin zum Entsetzen mit begleitenden ängstlichen Phantasien (»state anxiety«). Stets zeigen sich körperliche Begleiterscheinungen in Form vegetativer und hormoneller Stressreaktionen. Außer einer Aktivierung des Sympathikus und Anstieg von Adrenalin und Noradrenalin erfolgt eine Ausschüttung von Kortisol durch Stimulierung von Kortikotropin via Hypothalamus bzw. Hypophyse. Neurobiologisch sind die Amygdala samt Verknüpfungen an der erlebten Intensität von Angstzuständen entscheidend beteiligt.

Die angeborene, genetisch kodierte **Angstreaktion** ist notwendig zur Aktivierung von Fluchtinstinkten und Notwehrverhalten (► auch voriges Kapitel). Als lebenswichtige Einstimmung (Orientierungsreaktion) dient sie somit der Sicherung der eigenen körperlichen und/oder seelischen Unversehrtheit oder gar Existenz. Bei manchen akuten Körperfunktionsstörungen (z. B. Blutzuckerabfall, Herzinfarkt, Lungenödem, Schilddrüsenüberfunktion) signalisiert Angstgefühl die Bedrohlichkeit der Situation, vor allem bei begleitenden Schmerzen; andererseits bleibt diese Warnung bei schleichend-chronischen Körperkrankheiten oder einigen seelischen Störungen oft aus.

Unangemessene intensive bzw. unbegründete Angstzustände sind pathologischer Natur (**Angstkrankheiten**). Sie gehen häufig mit Depressionen einher und können zu Abhängigkeit von Alkohol oder Beruhigungsmitteln führen.

Die frei **flottierende** (objektlose, generalisierte Angst) ist von der **gebundenen** (Real)-Angst als Furcht vor realer Bedrohtheit zu unterscheiden (z. B. in Form einer Phobie). Erstere zeigt sich in Anspannung, Beklemmung, Neigung zu Schwitzen oder Frösteln, Zittern, Mundtrockenheit, Schwindelgefühl, Benommenheit, Herzklopfen, Druck auf der Brust und diffusen körperlichen Beschwerden. Begleitende Gedanken sind oft solche von Besorgnis und Ausgeliefertsein; die Stimmung ist bedrückt.