

Volker Faust

Von Amok bis Zwang

Eine psychiatrisch-neurologische Auswahl

- | | |
|----------------------|------------------------------------|
| Alkoholkrankheit | Naturkatastrophen |
| Amok | Panikattacken |
| Angststörungen | Polyneuropathie |
| Blindheit | Posttraumatische Belastungsstörung |
| Bruxismus | Schlafstörungen |
| Burnout | Seh-Behinderung |
| Chronische Müdigkeit | Sozialphobie |
| Depressionen | Stalking |
| Epilepsie | Trauer |
| Gedächtnisstörungen | Unruhige Beine |
| Gehirntumor | Verstimmungszustände |
| Hörstörungen | Weihnachtszeit |
| Humorlosigkeit | Winterdepression |
| Hypochondrie | Zahn-Probleme |
| Hysterie | Zittern |
| Kopfunfall | Zwangsstörungen |
| Migräne | u. a. |

Volker Faust
Von Amok bis Zwang

Volker Faust

Von Amok bis Zwang

ecomed
M E D I Z I N

Prof. Dr. med. Volker Faust

unter Mitarbeit von:

Prof. Dr. med. Walter Fröscher

Prof. Dr. med. Günter Hole

Ärzte für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie
Medizinaldirektoren i.R., D-88214 Ravensburg

Redaktion:

Silvia Appenmaier

Stiftung Liebenau

Strategische Entwicklung

Siggenweilerstraße 11

D-88074 Meckenbeuren-Liebenau

Tel.: 07542/10 12 05 – Fax: 07542/10 18 19

E-Mail: silvia.appenmaier@stiftung-liebenau.de

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

E-Mail: kundenbetreuung@hjr-verlag.de

Telefon: +49 89/2183-7928

Telefax: +49 89/2183-7620

Volker Faust

Von Amok bis Zwang

© 2011 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg

www.ecomed-medizin.de

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

ISBN 978-3-609-10007-4

Satz: Fotosatz H. Buck, 84036 Kumhausen

Druck: Beltz Druckpartner GmbH & Co, 69502 Hembsbach

INHALTSVERZEICHNIS

Geleitwort.....	3
Vorwort.....	6
1 Alkoholkrankheit.....	7
2 Amok.....	20
3 Angststörungen.....	33
4 Bruxismus (Nächtliches Zähneknirschen).....	42
5 Burnout: erschöpft, verbittert, ausgebrannt.....	46
6 Chronische Müdigkeit.....	54
7 Depressionen.....	58
8 Epilepsien (1)	86
9 Seelische Störungen bei Epilepsien (2).....	95
10 Kurze Gedächtnisstörungen.....	103
11 Gehirntumor und seelische Folgen.....	108
12 Hörstörungen und seelische Folgen	113
13 Hypochondrie.....	121
14 Hysterie.....	128
15 Zur psychohygienischen Wirkung von Humor und Lachen.....	134

16	Kopfunfall und seelische Folgen	145
17	Migräne	156
18	Naturkatastrophen und seelische Folgen	161
19	Panikattacken	170
20	Polyneuropathie	175
21	Posttraumatische Belastungsstörung	180
22	Schlafstörungen	184
23	Seh-Behinderung und Blindheit	192
24	Sozialphobie: krankhafte Schüchternheit	197
25	Stalking	201
26	Unruhige Beine (Restless-Legs – RLS)	211
27	Verstimmungszustände und Trauer	215
28	Weihnachtszeit und ihre psychosozialen Folgen	219
29	Winterdepression (Lichtmangel-Depression, Herbst-/Winterdepression, saisonale affektive Störung)	224
30	Zähne und seelische Störung	229
31	Zittern (Tremor)	246
32	Zwänge (Zwangsstörungen, Zwangskrankheiten, Zwangsnurose, zwanghafte Persönlichkeitsstörung)	254
	Literatur	262
	Sachwortverzeichnis	263

GELEITWORT

Seelische Störungen nehmen zu. Niemand weiß das besser und bekommt es stärker zu spüren als diejenigen, die davon betroffen sind, ihr näheres und sogar weiteres Umfeld - und diejenigen, die im Gesundheitswesen für sie da sind. Was sagt die nüchterne Statistik?

Berechnungen der Weltbank und entsprechender Institutionen zum „Global Burden of Disease“ ergaben, dass im Jahr 2020 (also nicht mehr weithin) unter den zehn wichtigsten Erkrankungen fünf seelische Störungen zu finden sein werden: unipolare Depressionen, Alkoholmissbrauch, Demenz, Schizophrenie und bipolare affektive Störungen. Dabei sind jene „Schwelbrände der Gesellschaft“ noch gar nicht berücksichtigt, die derzeit nicht nur immer mehr von sich reden machen, sondern in der Tat als regelrechte Flutwelle eine wachsende Zahl von Opfern fordern (und damit auch die Kosten erhöhen, denn darüber darf/muss inzwischen auch ganz ungehemmt geredet werden - s. u.). Beispiele: Burnout, Innere Kündigung, ADHS, narzistische Krisen, Arbeitsplatzphobien, heimliche Medikamenten-Abhängigkeit (nicht zuletzt in Richtung Neuro-Enhancement) u. a.

Das trifft offensichtlich die gesamte (westliche) Welt, wobei bei vielen anderen Nationen wohl nur die entsprechenden Daten fehlen. Für Deutschland liegt das Lebenszeit-Risiko, irgendeine psychische Krankheit zu erleiden, bei 42%, die Ein-Jahres-Prävalenz bei 31%; Frauen jeweils deutlich häufiger als Männer. Aus wirtschaftlicher Sicht nimmt die Bundesrepublik bei den direkten Gesundheits-Ausgaben den Rang 4 ein, hinter den USA, Schweiz und Frankreich. Bei den Gesamt-Kosten werden ca. 11% für die Behandlung psychischer Leiden aufgewendet. Das sind bald 30 Milliarden pro Jahr, ständig wachsend. Mit an der Spitze: Depressionen, Schizophrenien und Demenzen, wobei - wie erwähnt - die „modernen Leiden mit psychosozialem Hintergrund“ noch gar nicht berücksichtigt sind.

Dabei steigen die Ausgaben für psychische Störungen deutlich stärker als für die gesamten Gesundheitskosten, wie die ständig aktualisi-

sierten Angaben beispielsweise der gesetzlichen Krankenversicherung beweisen. Ein besonders Problem ist die Berentung und Arbeitsunfähigkeit. Während in der Zeit von 2000 bis 2008 die Zahl der Früh-Verrentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit insgesamt um 25% abgenommen hat, ist sie infolge psychischer und Verhaltensstörungen um 47% gestiegen. Damit haben seelische Krankheiten inzwischen einen Anteil von 36%, mit Abstand die häufigste Ursache und in den letzten Jahren verdoppelt.

Die Arbeitsunfähigkeit hängt natürlich von vielerlei Faktoren ab und variiert auch nach Alter, Geschlecht, Berufszugehörigkeit, ja nach Bundesland und Krankenversicherung. Doch auch sie ist seit Jahren rückläufig, nur nicht wegen seelischer Störungen. Dort nimmt sie relativ und absolut zu. Auch hier liegt beispielsweise die Depression als häufigste Einzel-Diagnose inzwischen auf Rang 3 generell. Für die Kassen ist sie vor allem aufgrund der Krankschreibung von Bedeutung (ca. 4 bis 6 Wochen im Vergleich zu 6 bis 7 Tagen bei Erkrankungen des Atmungs- und Verdauungssystems).

Was die psychotropen Arzneimittel im Allgemeinen und die Psycho-pharmaka im Speziellen anbelangt, so liegen auch sie auf Rang 1 der am häufigsten verordneten Arzneimittelgruppen, nämlich Neuroleptika, Lithium, Antidepressiva und Tranquillizer sowie Schlafmittel und Antidementiva. Ein besonderer Aspekt sind die Psychostimulanzien, die inzwischen nicht nur konkrete und allseits akzeptierte Heilanzeigen haben, sondern auch immer häufiger und vor allem heimlich zum Gehirn-Doping verwendet bzw. missbraucht werden.

So gesehen würde man die alte Seelenheilkunde und heutige Psychiatrie als ein psychosozial bedeutsames Fachgebiet einordnen, das auch im Meinungsbild der Allgemeinheit einen der vorderen Plätze einnimmt. Das ist jedoch nicht der Fall, beklagen die dafür zuständigen Nervenärzte, Psychiater, Psychotherapeuten u. a. - leider mit Recht. Denn trotz der immensen Bedeutung psychischer Krankheiten und dem Wechsel von einem randständigen Thema zur bald wohl führenden Gesundheits-Medien-Präsenz (diese Themen nehmen in der Ratgeber-Literatur, populärwissenschaftlich und in Spielfilmen heute einen relativ großen Platz ein) ist das Wissen der Bevölkerung nach wie vor gering - und vor allem selten sachgerecht.

Die Experten machen dafür eine unzureichende Hol-Schuld in der Allgemeinheit verantwortlich, d. h. das dafür notwendige Wissen wird zu selten gezielt abgerufen. Und wenn, vor allem im Erkrankungsfall, ist man natürlich auch kaum in der Lage, die verfügbaren Hinweise ruhig, gelassen, zielgerichtet und konsequent umzusetzen. Dann ist die Not doppelt belastend.

Die Experten geben aber auch zu, dass es mit der so genannten Bring-Schuld auch nicht weit her ist, noch immer. Es gibt zwar ein schier unübersehbares Angebot an fach-spezifischen Hinweisen, Erläuterungen und konkreten Empfehlungen, auf allen Ebenen (Artikel, Radio- und Fernseh-Sendungen, immer mehr im Internet und Bücher seit jeher), doch fehlt vielen von ihnen etwas, was vor allem die Betroffenen bewegt: nicht nur inhaltlich, d. h. wissenschaftlich und klinisch fundiert bzw. auf dem neuesten Stand, sondern gleichzeitig(!) allgemeinverständlich, kurz gefasst, aber alles Notwendige enthaltend. Und hilfreich kritisch, aber auch aufbauend formuliert.

Die Stiftung Liebenau (konkrete Informationen siehe im Anhang) bietet deshalb seit Jahren ein psychiatrisch-neurologisches Informations-Angebot als Flyer und Broschüren für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an (ergänzt durch die Informationen im Internet [www.liebenauer-
gesundheits-info.de](http://www.liebenauer-gesundheits-info.de)).

Eine Auswahl dieser Ausführungen von **Amok bis Zwang** ist in diesem Sammelband zusammengefasst. Wir danken den Autoren, den Professoren und Medizinaldirektoren i.R. Volker Faust, Walter Fröscher und Günter Hole, pensionierte Ärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie und noch immer beruflich aktiv, für ihren Beitrag, der auch dem Liebenauer Leitspruch: *In unserer Mitte – der Mensch* auf der Informationsebene unterstützend entgegenkommt.

Liebenau, im Frühjahr 2011

Dr. Berthold Broll

VORWORT

Die nachfolgenden Ausführungen sind eine Auswahl über „seelische Störungen heute“, also das, was entweder häufiger geklagt bzw. öfter diskutiert wird. Das zeigt schon der Titel der alphabetischen Aufzählung: Von Amok bis Zwang. Und dazwischen eine Reihe von Belastungen oder gar Krankheiten, und zwar aus dem nierenärztlichen Bereich, d. h. sowohl psychiatrisch als auch neurologisch. Bei Letzteren mit besonderer Berücksichtigung seelischer Folgen und psychosozialer Beeinträchtigungen. Dabei finden sich allgemein bekannte, alltägliche und weit-verbreitete Leiden, aber auch solche, die nicht allseits geläufig sind. Danach richtet sich auch der bisweilen stark varierende Kapitel-Umfang. Er macht auch den Unterschied deutlich zwischen den Krankheits-Schwerpunkten der früheren Seelenheilkunde und den psychischen Störungen heute.

Die Beiträge bemühen sich um eine allgemeine Verständlichkeit und möglichst praxis-nahe Darstellung. Zu allen behandelten Themen finden sich z. T. mehrere Kapitel in den Internet-Serien www.volkerfaust.de/psychiatrie und www.psychosoziale-gesundheit.net mit jeweils ausführlichen Literatur-Hinweisen in Form deutschsprachiger Monographien und Sammelbände.

In der Hoffnung, in der einen oder anderen Fragestellung etwas weitergeholfen zu haben und stets für konstruktive Ergänzungsvorschläge, Wünsche und Korrekturen dankbar und
mit freundlichen Empfehlungen

Liebenau, im Frühjahr 2011

Volker Faust

1 ALKOHOLKRANKHEIT

Der Genuss von alkoholischen Getränken ist für die meisten selbstverständlich. Alkohol ist für viele sogar eine notwendige Zugabe geworden, die dem täglichen Leben erst seinen Glanz verleiht. Da unsere gesellschaftliche und wirtschaftliche Lage diesen Zugriff zu jeder Zeit ermöglicht (was nicht immer so war), steigt auch der Alkoholkonsum und wächst die Gefahr der Alkoholkrankheit. Denn alle Hilfsmittel, mit denen wir versuchen ein „Mehr vom Leben“ zu erhalten, fordern ihren Preis. Und der kann im Falle des Alkoholismus sehr hoch werden. Dies betrifft nicht zuletzt Frauen, Jugendliche und sogar immer mehr Kinder, aber auch wirtschaftlich Benachteiligte, körperlich und vor allem seelisch Kranke.

Viele ahnen deshalb noch gar nicht, dass sie sich bereits im Vorfeld einer Alkoholkrankheit bewegen. Nachfolgend deshalb eine Kurzfassung zum Thema Alkoholkrankheit: Missbrauch, Abhängigkeit, Typologien, seelisches, körperliches und psychosoziales Beschwerdebild, Diagnose, Entzugs-Erscheinungen, Verlauf, Folgeschäden u. a.

Bei der *Alkoholkrankheit* unterscheidet man Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit. Im Einzelnen (nach der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen – ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation - WHO):

Alkoholmissbrauch

- Unfähigkeit, das Trinken zu reduzieren oder damit aufzuhören
- Nachlassen der beruflichen und sozialen Anpassung
(z. B. Arbeitsplatzverlust)
- Dauer der Störung: mindestens ein Monat

Alkoholabhängigkeit (Alkoholismus)

- Starker Wunsch oder Zwang, Alkohol zu konsumieren

- Verminderte Kontrollfähigkeit über Beginn, Beendigung und Menge des Alkoholkonsums
- Alkoholkonsum, um Entzugssymptome zu mildern
- Körperliches Entzugssyndrom
- Nachweis der Toleranzentwicklung (kennzeichnendes Merkmal: notwendige Dosissteigerung)
- Eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol (z. B. Konsum bei unüblichen Gelegenheiten)
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Alkoholkonsums
- Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises schädlicher (gesundheitlicher, psychischer oder sozialer) Folgen.

Häufigkeit: Man schätzt, dass ca. 1% bis 3% der Bevölkerung, also bis 2,5 Millionen in Deutschland Alkoholiker sind. Was das „Vorfeld des Alkoholismus“ anbelangt, so trinken etwa 10% der Bevölkerung rund 50% des gesamten Alkohols.

Das **Geschlechtsverhältnis** beginnt sich anzugeleichen, doch überwiegen noch immer Männer. **Alleinstehende** sind besonders gefährdet. Der Anteil der bedrohten **Jugendlichen** hat sich demjenigen der Erwachsenen angenähert.

Von den verschiedenen **Typologien der Alkoholkrankheit** hat sich nachfolgende am ehesten durchgesetzt:

- **Alpha-Trinker:** „Konflikttrinker“, „Erleichterungstrinker“. Ihnen vermittelt der Alkohol Sicherheit, Entspannung, Zufriedenheit. Trinken deshalb hauptsächlich aus psychologischen Gründen (z. B. Frustration, Stress). Können im Allgemeinen jedoch jederzeit mit Trinken aufhören.
- **Beta-Trinker:** „Gelegenheitstrinker“. Gefährdet durch die vorherrschenden Trinksitten, geraten nicht selten in einen regelmäßigen Missbrauch aus Gewohnheit. Trinken vorwiegend aus sozialen Gründen (z. B. Feier, Verführung durch Kollegen). Eine Abhängig-

keit tritt - wenn überhaupt - erst relativ spät auf. Auch sie können im Allgemeinen jederzeit den Alkoholkonsum beenden, wenngleich körperliche Störungen möglich sind.

- **Gamma-Trinker:** „süchtige Trinker“. Häufig überhöhter Alkoholkonsum aus „innerem Zwang“. Sind seelisch und körperlich abhängig und haben keine Kontrolle mehr über ihr Trinkverhalten (wenngleich gelegentlich Fähigkeit zur kurzdauernden Abstinenz). Die kleinste Alkoholmenge kann sofort unstillbares Verlangen auslösen (Alkohol in Suppe, Cognac-Bohnen).
- **Delta-Trinker:** „Gewohnheitstrinker“. Kontinuierlicher, gleichmäßiger, aber deutlich überhöhter Alkoholkonsum ohne Verlust der Selbstkontrolle („Alkohol-Imprägnation“). Keine Fähigkeit zur Abstinenz, vor allem wegen drohender Entzugserscheinungen. Man nennt sie auch „Spiegeltrinker“, weil sie für ihr Wohlbefinden einen bestimmten Alkoholspiegel benötigen.
- **Epsilon-Trinker:** „episodische Trinker“, „Quartalsäufer“. Periodische schwerste Alkoholexzesse mit entsprechenden Konsequenzen, meist auf sozialem Gebiet, die mit längeren, oft wochenlangen Perioden von Abstinenz oder sozial akzeptiertem Trinken abwechseln. Selten. Kann sich auch um immer wiederkehrende Depressionen handeln, die durch die verhängnisvolle „Alkohol-Therapie“ behandelt werden sollen.

Eine weitere Unterscheidung differenziert in

- **Typ I:** keine familiäre Belastung mit Alkoholismus, später Beginn, geringe soziale Probleme
- **Typ 2:** vermehrtes Auftreten von Alkoholismus und Depressionen bei Verwandten 1. Grades; früher Beginn, gleichzeitiger Missbrauch von Rauschdrogen, schwere soziale Komplikationen.

Das Beschwerdebild

Man muss sich von dem Gedanken befreien, dass der Alkoholabhängige ein lustiger Zecher sei, der sich aus dem Leben eine Gaudi macht, indem er häufig mal ein Schnäpschen, ein Bier, ein Gläschen Wein zu sich nimmt. Der Alkoholkranke lebt - im Gegensatz zum lustigen Zecher - ein erbärmliches Leben. Je nachdem wieweit der Zustand schon gediehen ist, ahnt oder weiß er das auch und ist aus diesen Gründen auf eine täuschende Fassade angewiesen. Dies macht seinem Umfeld, ja sogar dem Arzt ohne zuverlässige Fremd-Hinweise eine Früherkennung schwer - zu Lasten des Betroffenen, der sich noch gar nicht als krank erkennt, geschweige denn akzeptiert. So kommen solche Patienten naturgemäß nicht wegen ihres Alkoholkonsums, sondern wegen Kreislaufbeschwerden, Nervosität, Angstzuständen, Zittern, Weinkrämpfen, Appetitstörungen mit morgendlichem Erbrechen und Gewichtsverlust, wegen Kollapszuständen und anderen Klagen in die Sprechstunde.

In seelischer Hinsicht vermag sich der Alkoholkranke dagegen erstaunlich lange zusammenzunehmen - zumindest außerhalb der Familie und am besten vor Fremden. Dabei kann er einen unauffälligen, ja sogar geist- und humorvollen Eindruck machen, obgleich er zu Hause bereits die erbärmlichsten Szenen geboten hat.

Aus diesem Grunde dürfte es vor allem dem Laien schwer fallen, jene seelischen und psychosozialen Folgeerscheinungen zu erkennen, die der Facharzt schließlich festzustellen hat:

Störungen von Gedächtnis und Auffassungsgabe, wachsende geistige Ermüdbarkeit, mangelnde Beherrschung (Gemütslabilität) wie plötzliche Freude, Trauer, Wut und Zorn. Und Willensschwäche, erhöhte Suggestibilität (Beeinflussbarkeit), Oberflächlichkeit, Überbereitwilligkeit, ein etwas flacher und distanzloser Galgenhumor, die Überempfindlichkeit, wenn insbesondere die eigene Person in Frage gestellt wird usw. Dazu eine erstaunliche Interesselosigkeit, die bis zur Gleichgültigkeit und schließlich Verwahrlosung führen kann. Das ist zwar am Schluss nicht mehr zu übersehen, doch bei den verzweifelten Versuchen des Kranken, möglichst nicht aufzufallen, lange Zeit meist auch schwer einzuordnen.

Was kann auf eine Alkoholkrankheit hinweisen?

Nachfolgend deshalb eine ausführlichere Darstellung mit der Frage:
Was kann in seelischer, psychosozialer und körperlicher Hinsicht auf eine Alkoholkrankheit hinweisen, sofern andere Ursachen ausgeschlossen sind?

- **Seelische Hinweise** (die aber auch in anderem Zusammenhang auftreten können):
 - Innere Unruhe, Nervosität, Fahrigkeit, Gespanntheit, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, Aggressivität u. a.
 - Ein- und Durchschlafstörungen, unruhiger Schlaf, Schreckträume, häufig nassgeschwitztes Erwachen.
 - Depressive Stimmungsschwankungen („Alkohol als Selbsttherapie“), Ängstlichkeit.
 - Minderwertigkeitsgefühle, nicht selten durch großspuriges Auftreten überdeckt.
 - Merk- und Konzentrationsstörungen, Nachlassen von Gedächtnis und Auffassungsgabe, unerklärliche Erinnerungslücken.
 - Beginnende Interesselosigkeit und Neigung zu Rückzug und Isolation (s. u.).
 - Rühseligkeit, Überempfindlichkeit, rasche Kränkbarkeit.
 - Willensschwäche, erhöhte Beeinflussbarkeit, Überbereitwilligkeit, dabei aber oberflächlich und wenig zuverlässig („sagt nicht nein, hält aber auch kein Versprechen“).
 - Etwas distanzloser Humor.
 - Flaches, unbegründetes Glücksgefühl.
 - Kumpelhaft-anbiederndes Verhalten.

- Ausgeprägte Verheimlichungs- und Täuschungsneigung mit häufig geschickten Beschönigungs-Versuchen.
- **Psychosoziale Hinweise** (aber Vorsicht: hier sind besonders viele Ursachen möglich, die nichts mit einer Alkoholkrankheit zu tun haben müssen):
 - Wachsende Tendenz, Unannehmlichkeiten zu verdrängen, in Abrede zu stellen oder zumindest zu bagatellisieren.
 - Geschickte (nach einiger Zeit aber durchschaubare) Art, von Problemen, Misserfolgen, schuldhaftem Vergehen u. a. abzulenken oder die anderen auf eine falsche Fährte zu locken.
 - Versuch, die Schuld überhaupt nicht oder höchsten zum kleineren Teil bei sich selber zu suchen, wenn es sich um zwischenmenschliche Probleme mit Partner, Kindern, Nachbarn, Arbeitskollegen u. a. handelt.
 - Krampfhaftes Meiden von Themen, die um Alkohol kreisen, Entrüstung bei entsprechenden Anspielungen.
 - Zunehmende Isolierung und Einengung der Interessensphäre, gestörte Partnerbeziehung, Vereinsamung, dadurch Gefahr des „ungestörten“ Trinkens bis zum Rausch in den eigenen vier Wänden (d. h. keine öffentliche Kontrolle mehr, wie sie sogar in der Kneipe mitunter praktiziert wird).
 - Anlegen von heimlichen Alkohol-Reserven in allen möglichen und unmöglichen Formen: Flaschen im Papier- und Wäschkorb, in leeren Vasen und Töpfen, hinter Buchreihen, in Schubladen und Schränken, auf Dachböden, in Keller, Garage, Gartenhaus usw., im Kofferraum, aber auch abgefüllt in allen möglichen Behältnissen einschließlich Schläuchen, Kanistern u.a.m.
 - Nächtliches Beseitigen von Flaschen-Batterien mit ausgeprägten Schuldgefühlen (aber gereizt in Abrede stellend, falls man dabei ertappt wird).

- Dezente Zeichen mangelnder Hygiene und beginnender Verwahrlosung, die mit dem früheren Bild des Betroffenen nicht in Einklang zu bringen sind und immer unübersehbarer werden.
- **Körperliche Hinweise** (die ebenfalls verschiedene Ursachen haben können):
 - Erst feinschlägiges, dann stärkeres Zittern von geschlossenen Lidern, herausgestreckter Zunge, gespreizten Fingern, später evtl. sogar von Armen und Kopf.
 - Appetitstörungen (besonders morgens: „keine Zeit zum Frühstück“), trotzdem anfangs Gewichtszunahme (Alkohol-Kalorien), später deutlicher Gewichtsverlust, bis hin zur Abmagerung.
 - Verdauungsbeschwerden aller Art, vor allem anhaltende Verstopfung oder noch häufiger wässriger Durchfall; ferner Blähungen, Völlegefühl, Aufstoßen (Schädigung von Magen und Darm, Leber und Bauchspeicheldrüse).
 - Übelkeit und Brechneigung (besonders morgens, z. B. beim Zahneputzen, wenn man irrtümlich an den Gaumen gerät).
 - Unausgeruht, müde und zerschlagen nach meist unruhigem Schlaf.
 - Unspezifisches Durstgefühl (nicht zuletzt gewohnt durch die erheblichen Flüssigkeitsmengen).
 - Ausgeprägte Schweißneigung (auch tagsüber), vor allem an Händen und Füßen; nachts oft „völlig nassgeschwitzt“.
 - Stechen, Klopfen, Brennen, Reißen in der Herzgegend, unregelmäßige Herzschlagfolge und Atemfrequenz.
 - Schwindel, Schwächezustand, Kreislaufstörungen mit Kollapsneigung, gelegentlich sogar Anfälle von „unklarer“ Bewusstlosigkeit (zu trennen von „großen Krampfanfällen“ im Rahmen einer so genannten „Alkohol-Epilepsie“).

- Atemnot, chronische Bronchitis (teils durch allgemeine Minderung der Widerstandskraft, teils durch den zumeist mit dem Alkoholabusus kombinierten Zigarettenmissbrauch).
- Meist „unklare“ Entzündungsneigung von Nase, Nasennebenhöhlen, Rachen, Bronchien, Lunge, Magenschleimhaut (bis zum Geschwürsdurchbruch), Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Harnwege, Harnblase, Vorsteherdrüse u. a.
- Leichtes Drücken unter dem rechten Rippenbogen (Lebervergrößerung), besonders bei gebückter Haltung.
- Störungen von sexuellem Verlangen und Potenz (daher nicht selten Eifersuchtsszenen), gelegentlich aber auch sexuelle Überaktivität.
- Stechen, Brennen, reißende Schmerzen an den Beinen seltener Armen), strumpf- bzw. handschuhförmige Missemmpfindungen (Ameisenlaufen, Kribbeln, Taubheit u. a.) an Armen und Beinen, brennende Fußsohlen (bei Bettwärme).
- Schwäche in beiden Armen, vor allem Beinen (Fersengang unmöglich).
- Gelegentlich Seh- und Pupillenstörungen, Augenmuskellähmung.
- Mitunter Stimmänderung (rauer, tiefer, heiser).
- Schwammiges und aufgedunsenes Gesicht mit Neigung zu Rötung und Hautveränderungen (Akne) wie Pusteln, Knötchen, Krusten und schließlich Narben.
- Mundwinkel-Schrunden und -Einrisse.
- Nicht selten grau-bräunlicher bis blässlich-bräunlicher Grundton der Haut, fettige Haut, aber auch Hautschrumpfung durch Schwund des Bindegewebes und der Oberhaut, Bildung einer so genannten „Pergament- oder Geldscheinhaut“, weiße Flecken auf der Streckseite von Armen und Beinen.

- Augenbindehautentzündungen (Rötung und Schwellung, starke Absonderungen), rötliche, verdickte Lidränder.
- Zahnschäden (defektes, kariöses Gebiss).
- Kopfbehaarung männlicher Alkoholiker gewöhnlich sehr dicht, bei der Frau zunehmend struppiges und brüchiges Haar, aber auch Haarausfall möglich.
- Brustentwicklung und Tendenz zu charakteristischer weiblicher Schambehaarung beim Mann, da Abbau weiblicher Sexualhormone durch die geschädigte Leber nur noch unzureichend möglich.
- Zunge oft braun-weißlich belegt.
- Feinere bis gröbere Gefäßweiterungen im Gesicht (jedoch auch möglich bei Menschen, die viel an frischer Luft sind).
- So genannte Gefäßspinnen (rote, spinnenartige Gefäßsternchen auf der Haut, die auf Druck abbllassen, sich jedoch sofort wieder füllen), meist in Gesicht und am oberen Schultergürtel.
- Rötung an Daumen- und Kleinfingerballen, gelegentlich auch Fußballen.
- Korkenzieherartig gewundene Gefäße in der äußeren festen Hülle des Augapfels (Lederhaut).
- Nägel, die weiß oder opal (milchig) gefärbt sind, mitunter mit Querbändern.
- Neigung zu Hautblutungen mit z. T. großflächigen Blutergüssen, zumeist in der Gegend von Schulter, Becken, Knien und Schienbeinen (Rausch: alkoholbedingte Gleichgewichtsstörungen mit häufigem Anstoßen), aber auch vermehrte Schleimhautblutungen.
- Erweiterte Venenzeichnung auf dem Brustkorb oder Bauch.
- Verdünnte Achsel- und Schambehaarung usw.

Ursachen und Verlauf

- Als **Ursachen** der Alkoholkrankheit werden verschiedene Bedingungen diskutiert: Vererbung oder zumindest Disposition (Neigung), Stoffwechselbesonderheiten, psychologische Theorien (Persönlichkeits-, Lern- und psychodynamische Theorien), ferner familiäre, gesellschaftliche und kulturelle Aspekte, Sozialschicht und Beruf usw. Wahrscheinlich gibt es aber keine Einzelursachen, sondern nur unglückselige Belastungs-Kombinationen mit individuellem Schwerpunkt (und damit letztlich so viele Ursachen wie Betroffene, sagt man).
- Der **Verlauf** einer Alkoholkrankheit gliedert sich im Allgemeinen in folgende Stadien:
 - **Das vor-alkoholische Stadium:** ungewohnte, wenn auch anfangs gern akzeptierte Erleichterung im Trinken. Kummer und Sorgen schwinden, Hemmungen fallen, das Leben wird sonnig und leicht. Deshalb sucht man jetzt die Trinkgelegenheit aktiv, um sein ständig stärker werdendes Bedürfnis zu rationalisieren. Immer häufiger in künstlicher Euphorie (Wohlbefinden, Glückseligkeit), sinkt die Toleranz rasch gegenüber Alltagssorgen und Problemen. Jetzt muss man sich schon vorsorglich wappnen. Die früher wirksame Menge reicht nicht mehr und muss erhöht werden. Diese prä-alkoholische Phase, die einige Monate bis Jahre dauern kann, geht schließlich über in das
 - **Vorläufer-Stadium:** vorübergehende Erinnerungslücken, manchmal völlige Erinnerungslosigkeit (weiß nicht mehr, was er trotz mäßigem Alkoholgenuss am Vorabend getan hat). Jetzt braucht man Alkohol wie das tägliche Brot. Man ist abhängig geworden. Deshalb beginnt man heimlich zu trinken und umgeht die alte (Trink-)Gesellschaft. Denn dort könnte man jetzt durch sein gieriges Trinkverhalten auffallen und darauf angesprochen werden. Inzwischen beginnt auch das Denken zwanghaft um Alkohol zu kreisen. Es häufen sich Schuldgefühle, man meidet Unterhaltungen, in denen auf Alkohol angespielt werden könnte. Noch aber ist man in der Regel trinkfest, wird sogar als Stimmungsmacher ge-

feiert. Das besänftigt wieder die aufkommenden Minderwertigkeits- und Schuldgefühle. Dafür hortet man jetzt vermehrt heimlich alkoholische Vorräte. Dies leitet zum nächsten Stadium über:

- **Kritisches Stadium:** Es ist charakterisiert durch den Verlust der Kontrolle: Die kleinste Alkoholmenge führt zu unstillbarem Verlangen nach mehr. Deshalb baut man sich Luftschlösser, in denen man alles vom eigenen Willen abhängig erklärt. Dies äußert sich vor allem in immer häufigeren Alkohol-Ausreden (Alibis), weshalb man hier und jetzt und eigentlich ständig trinken *müsse*. Solche fadenscheinigen Erklärungsversuche sollen davon überzeugen, dass man noch nicht die Kontrolle über sein Trinkverhalten verloren hat. Doch die Umgebung beginnt misstrauisch zu werden.

Das nötigt zur Kompensation durch übergroße Selbstsicherheit und großspuriges Auftreten. Auch häufen sich Reizbarkeit und aggressive Reaktionen, die schließlich in die Isolation treiben. Die ständigen Gewissensbisse benötigen ständig Alkohol zur Linderung. Bestimmte selbstgewählte Trinkregeln (Tageszeit, Ort, Alkoholart, Menge) und Perioden völliger Abstinenz werden zwar immer wieder versucht, brechen aber rasch zusammen.

So häufen sich partnerschaftliche, familiäre, nachbarschaftliche und berufliche Schwierigkeiten. Depressionen und ernstere körperliche Störungen nehmen zu. Die Trink-Exzesse dehnen sich langsam auf den ganzen Tag aus. Das End-Stadium zeichnet sich ab:

- **Chronisches Stadium:** Jetzt trinkt der Alkoholiker bereits morgens und ist mehrmals oder ständig betrunken, vielleicht sogar tagelang. Die frühere Alkohol-Toleranz schwindet, schon kleine Mengen genügen. Auch die Vorräte werden bei finanziell knappen Patienten ggf. weniger und zwingen dann zu billigem Schnaps oder gar synthetischen Produkten. Der Trinkstil wird zum besessenen Hinunterstürzen. Das soziale Niveau bricht zusammen. Nun drohen massive körperliche Leiden und seelische Folgekrankheiten. Doch sobald der Alkoholspiegel sinkt, quälen Entzugsscheinungen. In diese Zeit fallen schwere seelische Zusammenbrüche und ggf. Selbsttötungsversuche.

Alkohol-Folgeschäden

Zu den *wichtigsten Alkohol-Folgeschäden* zählen (in Stichworten):

- Das **Alkohol-Entzugsbeschwerdebild**: Angst, Reizbarkeit, Gedächtnisstörungen, Sinnestäuschungen, Veränderung der Bewusstseinslage, Schlaf- und Magen-Darm-Störungen (z. B. Erbrechen), vermehrte Schweißneigung, Zittern, Gehstörungen, ggf. epileptische Anfälle u. a.
- Das **Alkohol-Delir**: flüchtige, kurz dauernde, zumeist optische (Gesichts-)Trugwahrnehmungen, Verwirrtheits-, aber auch depressive und Angstzustände mit wahnhaften Ideen, mit zeitlicher, örtlicher und situativer Desorientierung (während die Orientierung zur Person meist erhalten bleibt, also wer man selber ist). Typisch ist auch eine unruhige, drängende Betriebsamkeit, erhöhte Beeinflussbarkeit und die erwähnten Sinnestäuschungen: meist kleine bewegte Gegenstände (Käfer, ganz selten aber die berühmten „weißen Mäuse“), dafür öfter Fäden, Fuseln, vor allem Draht usw. Auch Tast-Trugwahrnehmungen sind möglich (Kribbeln durch Käferkolonnen, Schwanken des Bettess, Einstürzen der Wände); und sogar Gehörs-Trugwahrnehmungen: Stimmen, Musik, Straßenlärm. Manchmal werden ganze Szenen halluziniert.
- Die **Alkohol-Halluzinose**: depressiv-ängstliche Stimmung, Sinnestäuschungen, vor allem drohende Stimmen usw.
- Das **Korsakow-Syndrom**: seltene Einzelform, heute spricht man eher von „Alkoholdemenz“: Störungen von Gedächtnis, Merkfähigkeit, Orientierung, Auffassung, Spontaneität, Initiative, ferner neurologische Krankheitszeichen usw.
- **Alkoholbedingte geistige und seelische Einbußen bzw. Veränderungen**: Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Konzentration, Gedächtnis, Lernen. Problemlösungen, Vorstellungsvermögen usw.
- **Alkoholbedingte Persönlichkeitsveränderungen**: Angst, depressive Verstimmungen, hypochondrische und hysterische Reaktionsweisen, vermehrte Passivität, Abhängigkeit und geistig-seelische

Undifferenziertheit, erhöhte Empfindlichkeit u.a. Dazu „unreife Verhaltens- und Reaktionsweisen“ (naiv, kindlich, pubertär), Impulsivität, niedrige Frustrationstoleranz und schwaches Selbstwertgefühl, das durch entsprechend großspuriges Auftreten kompensiert werden soll. Ferner Störungen der Selbstkontrolle und vermehrte Aggressivität, auch Selbst-Aggressivität, d. h. ausgeprägte Selbsttötungsgefahr u.a.m . Weitere Hinweise siehe obige Aufzählung.

Bei den **körperlichen Folgen** (siehe auch das bereits erwähnte Beschwerdebild) sind es vor allem Funktionsstörungen/Erkrankungen von Leber, Bauchspeicheldrüse, Herz und Kreislauf, Muskulatur, Nervensystem (Nervenentzündungen), „Alkoholepilepsie“, Gefäßsystem, Stoffwechsel, Blutbild, Endokrinium („innere Drüsen“), Bindegewebe, Gebiss. Ferner vermehrte Entzündungsneigung (Schleimhäute, Kehlkopf, Bronchien, Speiseröhre, Magen-Darm, Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Harnwege, aber auch grippale Infekte), ggf. Intensivierung von Gicht, Zuckerkrankheit, Tumoren, Gefährdung des Ungeborenen u. a.

Das wohl in vielen Fällen größte Problem stellen in der Regel die **sozialen Folgen** dar: Es leiden Partnerschaft, Familie, insbesondere Kinder, Nachbarschaft, Beruf; aber auch kriminelle Verführbarkeit usw.

Therapie und Heilungs-Aussichten

- Die **Therapie einer Alkoholkrankheit** ist in der Regel nur durch professionelle Therapeuten möglich - und durchaus erfolgreich: Allgemeinärzte, Internisten, Psychiater in Zusammenarbeit mit spezialisierten Suchttherapeuten verschiedener Berufsgruppen wie Psychologen und Sozialarbeiter. Ferner so genannte „Ehemalige“ oder Ex-Alkoholiker als Laienhelfer und vor allem Selbsthilfe-Organisationen der Alkoholiker, insbesondere die Anonymen Alkoholiker (AA), Kreuzbund, Blaues Kreuz, Guttempler-Orden u. a.
- Die **Heilungs-Aussichten** sind erstaunlich gut, sofern sich der Betreffende unter diesen, heute optimalen Bedingungen auch wirklich zur konsequenten Mitarbeit entschließen kann - und alles in der Behandlung Erworbene auch konsequent durchzuhalten vermag.

2 AMOK

Amok ist furchtbar, aber bisher glücklicherweise sehr selten, auch wenn das Spektakuläre der Tat eine falsche Häufigkeit vorgaukelt. Allerdings gilt auch inzwischen: Amok ist überall möglich.

Wissenschaftliche Hochrechnungen aus der Zeit von 1980 bis 1990 sprechen von einer so genannten Ein-Jahres-Prävalenz (Anzahl der in einem Jahr betroffenen Personen) von 0,03 bei Männern und 0,002 (man beachte die zusätzliche Null) bei Frauen pro 100.000 Bundesbürger. Heute, rund 20 bis 30 Jahre danach, dürften sich diese Zahlen nicht mehr halten lassen. Man befürchtet eine ständige Zunahme, nicht zuletzt durch eine besonders unfassbare und tragische Form des Amoks, in den USA *school shootings* genannt, also für Amokläufe Jugendlicher an (ihren) Schulen.

Genaue Kenntnisse über die Amokläufer gibt es allerdings wenig, selbst dort, wo solche Bluttaten nicht selten sind. Denn die meisten Täter werden entweder von Ordnungskräften oder der verzweifelten Umgebung „außer Gefecht gesetzt“ oder richten sich selber.

Begriff – Geschichte – Definition

Der **Begriff** stammt ursprünglich von dem malaiischen Wort *amuk* und bedeutet „wütend“ oder „rasend“.

„Amucos“ wurden früher Krieger im Fernen Osten genannt, die den Feind mit Todesverachtung angreifen und vernichten, wobei den Gegnern schon ihr Kriegsgeschrei: „Amok, Amok!!“ förmlich lähmte. Manche Herrscher hielten sich regelrechte Amok-Einheiten, die selbst weit überlegene Heere attackierten und dabei fürchterliche Blutbäder anrichteten. Im Übrigen galt Amok in diesen Regionen bis zum Ende der Kolonialzeit auch als mehr oder weniger akzeptierte Form politischen Widerstandes und wurde erst später gesellschaftlich und staatlich geächtet.

Daneben gab es seit jeher die individuelle Motivation amok-artigen Verhaltens, auch als blutiger sozialer Protest, z. B. bei zahlungsunfähigen Schuldern, die damit der drohenden Versklavung entgehen wollten und einen „ehrenvollen“ Tod suchten. Auch im Westen gab es schon früher Amok-Krieger (z. B. die Berserker im Dienste skandinavischer und sogar byzantinischer Fürsten).

Inzwischen gilt Amok als erweiterter Begriff für jede blindwütige Aggression mit und ohne Todesopfer, ja sogar als Charakterisierung von „gnadenlosen Zweikämpfen“, wild gewordenen Tieren oder verheerenden Naturgewalten.

Abzugrenzen davon, auch wenn es manchmal Überschneidungen oder Verwechslungen geben sollte, sind die ebenfalls erschreckenden Phänomene Terroristen-Suizid, Märtyrer-Suizid, erweiterter, Doppel- und Mitnahme-Suizid, Gruppen- und Massen-Suizid, Geisterfahrer-Suizid u. a.

Definition: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Amok als eine „willkürliche, anscheinend nicht provozierte Episode mörderischen oder erheblichen (fremd-)zerstörerischen Verhaltens“. Dabei muss diese Gewalttat mehrere Menschen gefährden, d. h. verletzen oder gar töten, wenn von Amok die Rede sein soll.

Die psychiatrische Forschung definiert Amok derzeit als „nicht materiell-kriminell motivierte, tat-einheitliche, mindestens in selbstmörderischer Absicht durchgeführte, auf den unfreiwilligen Tod mehrerer Menschen zielende plötzliche Angriffe“. Ein Amoklauf gehört - wissenschaftlich gesehen - damit zu den so genannten homizidal-suizidalen Handlungen.

Früher versuchte man den Amoklauf in verschiedene **Stadien** einzuteilen. Ob das heute noch zutrifft, insbesondere für Amok in der westlichen Welt, muss erst noch geprüft werden.

In einem Vorstadium - so hieß es schon damals - finden sich gehäuft Milieu-Schwierigkeiten, der Verlust der sozialen Ordnung, vor allem aber Zurückweisungen, Demütigungen, Kränkungen, Beleidigungen und eine Beeinträchtigung des persönlichen Ansehens - zumindest

aus der Sicht des Betroffenen. Fällt dies alles mit einer bestimmten Wesensart zusammen, die eine solche Belastung schließlich unerträglich und nur noch durch einen Gewaltdurchbruch neutralisierbar erscheint, ist ein Amoklauf nicht mehr auszuschließen (siehe später). Auf diesem Boden muss dann der eigentliche Auslöser nicht einmal besonders bedeutsam erscheinen.

Danach komme es - so frühere Untersuchungen - zu einem so genannten „Bewegungssturm“, also einem planlosen Angriff auf Menschen, Tiere oder Gegenstände. Den Abschluss eines „typischen“ Amoklaufs bilde ein „tiefer Schlaf“ oder - wissenschaftlich gesprochen - eine stunden- bis tagelang anhaltende seelisch-körperliche Erstarrung. Und für alles eine völlige Erinnerungslosigkeit, zumindest behauptet. Die Wissenschaft heute sieht das anders, ist aber auch mit ständig neuen Erkenntnissen durch „neue“ Amok-Entwicklungen konfrontiert.

Unverändert bleibt aber eines: Besonders wenn es Verletzte und Todesopfer gefordert hat und sich die überraschte bis verzweifelte Umgebung schließlich zur Gegenwehr formiert, riskiert auch der Amokläufer sein Leben oder richtet sich selber. Letzteres schien schon früher der Regelfall zu sein.

Alter – Geschlecht – sozialer Status

Bei den früheren Untersuchungen, insbesondere aus dem Fernen Osten, waren es meist Jüngere, seltener mittleres Lebensalter, fast ausschließlich Männer und überwiegend Angehörige der Grundschicht mit geringer Ausbildung. Neuere Untersuchungen, insbesondere aus dem Westen, sprechen von mittleren, aber auch zunehmend jüngeren Jahrgängen (siehe Schul-Amok), wobei allerdings keine Altersgruppe völlig ausgeschlossen bleibt.

Das männliche Geschlecht, oft ledig oder geschieden, überwiegt unverändert. Doch gibt es durchaus auch Amokläuferinnen. So sollen nur 4 der weltweit bislang mehr als 150 registrierten Amoktaten an Schulen von weiblichen Tätern begangen worden sein. Doch die Zahl scheint zu steigen.