

Friedel M. Reischies

Psychopathologie

Merkmale psychischer Krankheitsbilder und klinische Neurowissenschaft

Friedel M. Reischies

Psychopathologie

Merkmale psychischer Krankheitsbilder
und klinische Neurowissenschaft

Mit 60 Abbildungen und 10 Tabellen

Professor Dr. med. Friedel M. Reischies

Arbeitsgruppe Neuropsychiatrie und psychiatrische Neuropsychologie

Charité Universitätsmedizin Berlin

Campus Benjamin Franklin und GPVA

Eschenallee 3

14050 Berlin

ISBN-13 978-3-540-37253-0 Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag

springer.com

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2007

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Renate Scheddin

Projektmanagement: Renate Schulz

Layout und Einbandgestaltung: deblik Berlin

Satz: medionet Prepress Services Ltd., Berlin

SPIN 11816225

Gedruckt auf säurefreiem Papier 2126 – 5 4 3 2 1 0

Vorwort

Die spezielle Psychopathologie ist für Professionelle und gebildete Laien gedacht, die mit Personen zu tun haben, die an psychischen Störungen leiden – ein Buch besonders für diejenigen, die auf dem Feld der psychischen Erkrankungen arbeiten und Erfahrungen mit den psychopathologischen Definitionen gemacht haben. Erste Eindrücke stammen meist aus Praktika und aus dem Beginn einer Tätigkeit mit Patienten, die unter psychischen Krankheitsbildern leiden; der theoretische Hintergrund stammt aus den Lehrbüchern für Psychiatrie. In der Praxis jedoch stellen sich Fragen ein oder Zweifel, so beispielsweise »Was ist eine Halluzination näher besehen, womit hat sie zu tun und wie kann sie erklärt werden?« Die Darstellung der Symptome psychiatrischer Krankheitsbilder ermöglicht ein besseres Verständnis der verschiedenen Krankheitsmodelle der Psychiatrie, sei es für die Schizophrenie, die Manie oder die Depression.

Ein Lehrbuch zum Lesen soll es sein und ein Buch zum Nachschlagen, wenn ein bestimmtes Symptom oder eine Symptomgruppe betrachtet werden soll. Das Buch ist gedacht, sich mit den Phänomenen der Psychopathologie und deren neurowissenschaftlichen Grundlagen vertraut zu machen. Auch dient es dem Vertiefen von bereits vorhandenen klinischen Erfahrungen und Vorkenntnissen.

In den Symptombeschreibungen und Einführungen in die Symptomgruppen sehen wir die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Traditionen der Psychopathologie, Psychologie, Neuropsychologie, Verhaltensneurologie und der allgemeinen und kognitiven Neurowissenschaft. Viele Disziplinen sind in dem Feld tätig, nicht nur Psychiater, Psychologen und Psychopathologen, sondern in zunehmendem Maß Neurowissenschaftler mit verschiedenen Methoden. Das hat die Erkenntnisse vermehrt. Nun einmal sollen die neu gewonnenen Erkenntnisse in dem Versuch gebündelt werden, die Symptome der psychisch Kranken weiter zu erklären, als es in der bisherigen Psychopathologie möglich war.

Jedes Kapitel bringt zunächst Fallbeispiele, psychopathologische Einteilungen und Definitionen, klinische Gesichtspunkte und die der Diagnostik. Neurowissenschaftliche Modelle werden zum Abschluss einerseits für die Merkmalsgruppe anschaulich gemacht, spezifische neurowissenschaftliche Aspekte andererseits werden bei den einzelnen Symptomen selbst erwähnt.

Dank möchte ich vielen Helfern bei der Durchsicht der Kapitel sagen, Juri Katchanow, Agota Barabassy, Maria Kensche, Antonia Kersting-Reischies, Jan Holthues, Thomas Mell und Christian Müller. Dem Springer-Verlag, insbesondere der Programmplanerin Renate Scheddin und der Projektmanagerin Renate Schulz, sei für die kompetente und zügige Umsetzung des Werkes gedankt sowie der Lektorin, Frau Dr. Karen Strehlow, für die professionelle Überarbeitung der Texte.

Berlin, Januar 2007
Friedel M. Reischies

Inhaltsverzeichnis

1	Psychopathologie und Neurowissenschaft	1	3.3.3	Speicher	34
1.1	Was ist Psychopathologie?	2	3.3.4	Abruf	34
1.1.1	Warum spezielle Psychopathologie?	3	3.4	Modalitäten	35
1.1.2	Neurowissenschaft der Psychopathologie	5	3.5	Methoden	36
1.1.3	Psychopathologie der Syndrome	6	3.6	Klinik	36
1.1.4	Forschung	7	3.6.1	Anterograde Amnesie	37
1.1.5	Einteilung der Symptome und Untergliederung	9	3.6.2	Retrograde Amnesie	37
1.1.6	Beispiel: Bedrücktheit, Depressionssyndrom und -krankheiten	10	3.6.3	Verlauf der Entwicklung von antero- und retrograder Amnesie	37
1.2	Einführung in die Kapitelstruktur	13	3.7	Diagnostik	39
2	Wahrnehmung – neuropsychologische Störungen	19	3.7.1	Anterograde Amnesie	39
2.1	Wahrnehmungselemente	20	3.7.2	Orientierungsstörungen	41
2.2	Objektwahrnehmung	21	3.7.3	Retrograde Amnesie	42
2.3	Klinik	22	3.8	Neurowissenschaft	42
2.3.1	Apperzeptive Agnosie	22	3.8.1	Neuronale Gedächtnisphänomene – Veränderungen an den Synapsen	43
2.3.2	Simultanagnosie	23	3.8.2	Hippokampus und die Einspeicherung in neuronale Netzwerke	47
2.3.3	Störung der Exploration des Raums	23	3.8.3	Posthippokampale Phase	48
2.4	Neurowissenschaft	23	3.9	Psychopathologische Merkmale des episodischen Gedächtnisses	51
2.4.1	Objektidentifikation – »What Pathway«	23	4	Aufmerksamkeit	59
2.4.2	Ensemblekodierung	24	4.1	Einführung	60
2.4.3	Die Identifizierung eines Objekts	24	4.2	Definitionen	61
2.4.4	Wahrnehmung der Umgebung – konstruktivistische Position	25	4.2.1	Kategoriale Unterscheidungen	62
2.4.5	Spezialisierte Neurone in der Wahrnehmung	26	4.2.2	Dimensionale Merkmale	63
2.4.6	Gedächtnis, Wissen oder Perzeption	26	4.2.3	Kontrolle/Faktoren der Aufmerksamkeit	64
2.4.7	Vorstellung	26	4.2.4	Verlauf der Aufmerksamkeit	65
2.4.8	Aufmerksamkeitseffekte	26	4.3	Störungen der Aufmerksamkeit, klinische Störungsbilder	66
2.4.9	Weiterleitung der Objektinformation	27	4.3.1	Beispiele gestörter Aufmerksamkeitsfunktionen bei psychiatrischen Krankheitsbildern	66
2.4.10	Auswirkungen von Störungen elementarer Informationsverarbeitungsschritte – »Weak Input«	28	4.3.2	Störung der Komponenten der Aufmerksamkeit	67
2.5	Psychopathologische Merkmale der Wahrnehmung	28	4.3.3	Inhaltliche Aufmerksamkeitsstörungen	69
3	Episodisches Gedächtnis	31	4.3.4	Aufmerksamkeit und Alter	69
3.1	Einführung	32	4.3.5	Neglekt	70
3.2	Autobiographisches Gedächtnis	33	4.4	Diagnostik	70
3.3	Gedächtnisprozesse	33	4.5	Neurowissenschaft	72
3.3.1	Einspeichern	33	4.5.1	Vigilanz und Müdigkeit	74
3.3.2	Konsolidierung	34	4.5.2	Arousal, Attentiveness	75
			4.5.3	Fokussierte Aufmerksamkeit	77
			4.6	Psychopathologische Merkmale der Aufmerksamkeit	83

5	Zentrale Motorik	89	7.1.4	Handlungsdynamik und Mühe	112
5.1	Abgrenzung und Überblick	90	7.1.5	Verschiedene Faktoren für die Stärke des Antriebs	112
5.1.1	Reaktive Bewegungen	90	7.1.6	Ambivalenz und Unsicherheit der Informationen über den Intentionsbildungsprozess	113
5.1.2	Spontanbewegung	90	7.1.7	Wille versus Antrieb	114
5.1.3	Handlung aufgrund von relativer Belohnungserwartung	91	7.1.8	Aufmerksamkeit und Antrieb	114
5.1.4	Fehler in der Routinemotorik	91	7.2	Klinik	114
5.2	Hierarchische Ebenen der Spontanmotorik	91	7.2.1	Antriebs- und psychomotorische Störungen, Störung der Willkürmotorik	114
5.2.1	Entstehen einer Handlungsintention	92	7.3	Diagnostik	116
5.2.2	Konzept der Handlung und Sequenz motorischer Akte	92	7.4	Neurowissenschaft	117
5.2.3	Elementarbewegungen und komplexe Bewegungsabläufe	92	7.4.1	Neurophysiologie der selbst generierten Handlungen	117
5.2.4	Motorische Durchführungskontrolle	93	7.4.2	Neurophysiologie der Antriebs Elemente	117
5.3	Klinik der Störung zentraler Motoraktskripte bzw. Aktionsschemata	94	7.4.3	Modell der Neurone in der prämotorischen Integration	121
5.4	Diagnostik	95	7.4.4	Illusion der Handlungszuschreibung	122
5.4.1	Untersuchung der Praxis	95	7.4.5	Metabolische Effekte auf die Handlungsvorbereitung und Menge der spontanen Handlungen	122
5.4.2	Spezielle Apraxieformen	96	7.5	Psychopathologische Merkmale des Antriebs	123
5.5	Neurowissenschaft	97	7.5.1	Dyskinesien, Bewegungsstörungen	132
5.5.1	Motorkortex	97			
5.6	Psychopathologische Merkmale der zentralen Motorik	98			
6	Exekutive Funktionen und Arbeitsgedächtnis	101	8	Bewusstsein	139
6.1	Einführung	102	8.1	Einführung	140
6.2	Störung exekutiver Funktionen und des Arbeitsgedächtnisses	103	8.2	Definitionen	142
6.3	Neurowissenschaft	103	8.2.1	Bewusste Wahrnehmung, bewusste Erinnerung	142
6.3.1	Kontrolle spontaner Bewegungen	103	8.2.2	Theoretische Komponenten des Bewusstseins	142
6.3.2	Kontrolle flexibel steuerbarer reaktiver Bewegungen	104	8.2.3	Konzepte von »unbewusst«	146
6.3.3	Arbeitsgedächtnis	104	8.3	Klinik	147
6.4	Neurowissenschaft der komplexen exekutiven Regulation	105	8.3.1	Störungen des Bewusstseins und der Bewusstheit der Umgebung	147
6.5	Psychopathologische Merkmale der exekutiven Kontrolle	105	8.3.2	Schwere Störungen der Bewusstheit der Umgebung/Übergang in das Koma	148
7	Antrieb, Intentionsbildung – Handlungs- und Bewegungsstörungen	109	8.3.3	Störung von Bereichen des Bewusstseins	149
7.1	Das Konstrukt des Antriebs	110	8.4	Diagnostik	149
7.1.1	Eigenantrieb versus Fremdantrieb	111	8.5	Neurowissenschaft	151
7.1.2	Unbewusste Antriebsvariablen	111	8.5.1	Bewusstsein als Systemzustand der menschlichen Informationsverarbeitung: Randfaktoren	151
7.1.3	Menge der gezielten motorischen Aktionen als Variable des Antriebs	111	8.5.2	Bewusste Wahrnehmung	151
			8.5.3	Maskierung	151
			8.5.4	Dual task	152
			8.5.5	Blindsight	152
			8.5.6	Aktives Bewusstwerden	153
			8.5.7	Bewusste und nicht bewusste Emotion	153

8.5.8	Bewusster Abruf aus dem Gedächtnis	153	10.6.4	Zwei gleichzeitig aktive Denkinhalte	192
8.5.9	Bewusste vs. nichtbewusste Handlung	154	10.6.5	Selektive Aktivierung und Bewusstwerden von Denkinhalten	192
8.5.10	Minimale neuronale Ereignisse für die Bewusstheit einer Wahrnehmung?	155	10.6.6	Aktivierung von Denkinhalten	193
8.5.11	Selbstgenerierung des Fokus des Bewusstseins	155	10.6.7	Frontal Loops	194
8.5.12	Sensomotorische Rückmeldung	156	10.6.8	Selektivität.	195
8.5.13	Zusammenfassung	157	10.6.9	Working Memory bei Denkprozessen.	195
8.6	Psychopathologische Merkmale des Bewusstseinsbereichs	159	10.6.10	Integration von verschiedenen Informationsquellen	196
9	Sprache	165	10.6.11	Rolle exekutiver Funktionen beim Denken	198
9.1	Einführung.	166	10.7	Psychopathologische Merkmale des Denkens	199
9.1.1	Sprachverständnis.	167	11	Emotion und Affekt	211
9.1.2	Sprachproduktion	168	11.1	Einführung.	212
9.1.3	Einteilung nach linguistischen Kriterien	169	11.1.1	Stimmungslage und Affekte	212
9.2	Klinik	169	11.1.2	Welche Empfindungen zu den Emotionen gezählt werden.	213
9.2.1	Sprachverständnisstörung.	169	11.1.3	Subjektive und objektive Aspekte der Emotionen	214
9.2.2	Sprachproduktion	170	11.1.4	Psychopathologische Faktoren im Gegensatz zu normaler Emotionalität.	215
9.3	Diagnostik	171	11.1.5	Auslösung, Erleben und Ausdruck	215
9.3.1	Sprachverständnis-Prüfung	172	11.1.6	Stellung in der Psychopathologie	219
9.3.2	Sprachproduktion – Spontansprache im Interview.	173	11.1.7	Emotionales Erleben – ein Epiphänomen?.	219
9.4	Neurowissenschaft	173	11.1.8	Unvollständigkeit der klinischen Evidenz	219
9.4.1	Trainierte neuronale Netzwerke	174	11.2	Klinik	220
9.4.2	Fehler in der Sprachverarbeitung	175	11.2.1	Störung der Emotionen, Affekte	220
9.4.3	Entdifferenzierung und Fehlerstatistik	176	11.3	Diagnostik.	221
9.4.4	Parallele Verarbeitungswege im Sprachverständnis und hierarchische Verarbeitungswege	176	11.3.1	Reaktion der Person auf die Erfahrung der Emotionalität	224
9.4.5	Aphasische Fehler und die Diagnostik von Hirnschädigungssymptomen	176	11.4	Neurowissenschaft	224
9.5	Psychopathologische Merkmale der Sprache.	177	11.4.1	Einleitung	224
10	Denken	179	11.4.2	Verschiedene Ebenen der Emotionen	226
10.1	Einführung.	180	11.4.3	Neuropsychiatrische Befunde.	229
10.1.1	Alltagsdenken	183	11.4.4	Neurowissenschaftliche Modelle von speziellen Emotionen	230
10.2	Funktionen des Denkens im Alltag	183	11.4.5	Neurowissenschaft der Affektkontrolle.	238
10.2.1	Alltagsbedürfnisse organisieren	184	11.4.6	Zusammenfassung der neurowissenschaftlichen Aspekte der Emotion	241
10.2.2	Gespräch im Alltag	184	11.5	Psychopathologische Merkmale der Emotion und Affekte	241
10.3	Elemente des Alltagsdenkens.	184	11.5.1	Depressives Syndrom.	241
10.4	Klinik	186	11.5.2	Ängste und somatische Symptome	247
10.5	Diagnostik	188	11.5.3	Somatische Empfindungen und deren Störungen.	250
10.6	Neurowissenschaft	190	11.5.4	Weitere Emotionen	255
10.6.1	What Pathway	190	11.5.5	Affektkontrolle und emotionale Ansprechbarkeit	260
10.6.2	Interaktion von Bottom-up- und Top-down-Prozessen	191	11.5.6	Zwangsgedanken und -handlungen	268
10.6.3	Aktivierung eines Denkinhalts	191			

12	Sinnestäuschungen	275	14	Urteilsfähigkeit	329
12.1	Einführung.	276	14.1	Einführung.	330
12.1.1	Abgrenzungen	277	14.2	Störung der Urteilsfähigkeit.	331
12.1.2	Halluzinationen als sog. psychotische Symptome	277	14.3	Diagnostik der Urteilsfähigkeit	332
12.1.3	Dimensionen der Halluzination	277	14.3.1	Untersuchungsverfahren	332
12.2	Klinik	279	14.4	Psychopathologische Merkmale der Urteilsfähigkeit	332
12.3	Diagnostik.	280			
12.4	Neurowissenschaft	282	15	Ausblick	337
12.4.1	Abnorme elektrische Aktivität	282			
12.4.2	Störung der Afferenz und des Monitorings	283			
12.4.3	Vorstellung und die Aktivierung von primären Sinnesarealen	286			
12.4.4	Zusammenführung verschiedener pathophysiologischer Faktoren	287			
12.5	Psychopathologische Merkmale	290			
12.5.1	Sinnestäuschungen	290			
12.5.2	Ich-Störungen	297			
13	Wahn – inhaltliche Denkstörungen	305			
13.1	Einführung.	306			
13.1.1	Definierende Elemente des Wahns	307			
13.2	Erscheinungsformen des Wahns	308			
13.2.1	Einflussfaktoren auf die Wahnthemen	308			
13.2.2	Sekundärer Wahn	309			
13.2.3	Einsichtsstörung wegen kognitiver Defizite	309			
13.2.4	Einfluss der Emotion auf Wahn	309			
13.2.5	Verlauf des Wahns	310			
13.2.6	Übergangsformen	311			
13.3	Klinik	312			
13.3.1	Wahn bei Schizophrenie	312			
13.3.2	Wahn bei Depression	312			
13.3.3	Wahn bei Zwangssyndromen.	313			
13.3.4	Wahnkrankheit	313			
13.3.5	Capgras-Syndrom	313			
13.3.6	Wahnsymptomatik bei Demenz	313			
13.4	Diagnostik.	314			
13.4.1	Wahngelitetes Verhalten	314			
13.5	Neurowissenschaftliche Erklärungsansätze	315			
13.5.1	Spezielle Mechanismen, die Wahnentstehung erklären.	315			
13.5.2	Allgemeine Mechanismen.	317			
13.5.3	Emotionale Einflüsse auf die Wahngedanken.	319			
13.5.4	Aufrechterhaltung des Wahns	320			
13.5.5	Frontale und dopaminerge Dysfunktion.	321			
13.6	Psychopathologische Merkmale	321			
				Sachverzeichnis	339

Psychopathologie und Neurowissenschaft

- 1.1 Was ist Psychopathologie? – 2**
 - 1.1.1 Warum spezielle Psychopathologie? – 3
 - 1.1.2 Neurowissenschaft der Psychopathologie – 5
 - 1.1.3 Psychopathologie der Syndrome – 6
 - 1.1.4 Forschung – 7
 - 1.1.5 Einteilung der Symptome und Untergliederung – 9
 - 1.1.6 Beispiel: Bedrücktheit, Depressionssyndrom und -krankheiten – 10
- 1.2 Einführung in die Kapitelstruktur – 13**
- Literatur – 18**

1.1 Was ist Psychopathologie?

Die spezielle Psychopathologie handelt von den Zeichen psychischer Erkrankungen, den klinischen Elementen gewissermaßen. Es sind Merkmale der psychischen Krankheitsbilder, die vielfach schwierig abzugrenzen und zu kategorisieren sind. Die Psychopathologie hat Blütezeiten erlebt, als sie für die Erforschung von Krankheitsbildern eine Differenzierung und Gruppierung der Verlaufsformen ermöglichte. Ebenso wie die Aphasologie in einer Phase der Erforschung von Sprache wichtig war, so war es die Psychopathologie bei der Erforschung des menschlichen Geistes und des psychischen Apparats.

Jetzt jedoch stehen technische Verfahren der Bildgebung, der Biochemie und vor allem der Genetik vielfach im Vordergrund. Ein Ziel spezieller psychopathologischer Forschung ist nun die Aufklärung der neurowissenschaftlichen Erklärung von z. B. Wahn und Halluzinationen. Psychopathologie bleibt einerseits notwendig, um gute technische oder Laboruntersuchungen über psychische Krankheiten durchzuführen, wie auch am Fortschritt von Therapien mitzuwirken. Andererseits jedoch soll die Aufmerksamkeit auf einen weiteren Aspekt gelenkt werden – auf die Modellvorstellungen für die beschriebenen Symptome. Früher konnte man nur erforschen, welche Symptome auftreten und wie sie zu ordnen sind. Mittlerweile jedoch sind neue Fragen möglich:

- Was ist jeweils ein neurowissenschaftliches Modell für die Elemente psychischer Störungen?
- Was sind die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für das Auftreten des psychopathologischen Symptoms?

Klassen psychopathologischer Merkmale wie Denkstörungen, Antriebsstörungen, Ich-Störungen sind vorgeschlagen worden, jedoch nicht überall akzeptiert. So hat die amerikanische Psychiatrie die Ich-Störungen nicht übernommen. In diesem Rahmen wird die Diskussion um derartige Einteilungen nur am Rande erwähnt.

Worum geht es in den Klassen psychopathologischer Merkmale? Es werden Ereignisse bei dem psychisch kranken Patienten oder Klienten beobachtet. Das sind zum einen Teil Handlungen, sowohl motorische Aktivität als auch speziell Sprechakte. Zum anderen aber geht es um die subjektive Seite des Patienten, seine Erlebnisse, Erfahrungen, Emotionen etc. Die bewusste Ebene des Erlebens des Patienten soll erschlossen werden. Dazu helfen Äuße-

rungen über das Erleben. Sie müssen in einem vertrauensvollen Gespräch ermöglicht werden.

Beim näheren Kennenlernen der Person des Patienten, wenn vieles vom Erleben, den Denkweisen und spezifischen Erfahrungen bekannt geworden ist, verschwindet gewöhnlich das, was als »verrückt« gelten könnte. Dies hat mit Empathie zu tun. Eine andere Ebene soll nun hinzugefügt werden. Ramachandran (2004) betont das folgende Argument, welches dies deutlich macht: Wenn ein Patient etwas berichtet, was von der Umgebung als verrückt gewertet wird, dann nur, weil der Psychiater versagt, es neurowissenschaftlich zu erklären. Das Unheimliche an Symptomen der Psychopathologie hängt z. T. hiermit zusammen: Wir verstehen noch zu wenig von den Symptomen, die sich in der Psyche des Menschen ausbilden können. Es gibt Menschen, die halten immer noch magische, mystische und übernatürliche Einflüsse für verantwortlich. Hier haben wir eine neue Ebene der Psychopathologie: Neurowissenschaftliche Erklärungen der abnormen Handlungen und auch der abnormen Erlebnisweisen von Personen mit psychischen Krankheiten. Wir stehen zwar noch am Anfang der neurowissenschaftlichen Erforschung dieser Phänomene, aber in den nächsten Jahren oder Jahrzehnten werden wir dem Patienten erklären können, warum das eine oder andere seiner Erlebnisweisen oder seiner Handlungsweisen auftritt.

Heute schon kommen Patienten mit einer deprimierten Stimmung in die Klinik und sprechen von einer Störung in ihrem Transmitterhaushalt. Eine Fülle von zum Teil falschen populären Erklärungen ist im Umlauf. Das deutet auf die Notwendigkeit der Erklärungen für die Patienten hin. In psychoedukativen Sitzungen sprechen wir mit den Patienten über diese Modelle, was für sie immer einen Gewinn darstellt.

Fazit

Die Erweiterung der Empathie, des Verstehens um die Ebene der neurowissenschaftlichen Erklärung von Symptomen, wird einen Fortschritt der Behandlung psychischer Krankheitsbilder mit sich bringen.

Was ist Psychopathologie? Die Psychopathologie erhebt den funktionalen Zustand der Person hinsichtlich der psychischen bzw. mentalen Bereiche. Sie verwendet dafür Informationen, die aus dem Verhalten in der Umgebung abgelesen werden oder Informationen, die von der Person mitgeteilt werden.

1.1 · Was ist Psychopathologie?

Psychopathologische Merkmale sind einerseits objektiv zu beobachten, sie sind im Interview zu befragen und zu beobachten und andererseits bleiben sie subjektiv, wobei sie spontan geäußert z. B. erzählt oder im Tagebuch dargestellt werden können.

Objektiv. Erfahrene Psychiater beurteilen Patienten aus den Beobachtungen auf der Station vor allem auch im Verlauf nach Kriterien der Psychomotorik des Antriebs und der Aufmerksamkeit etc. Sie verlassen sich weniger auf das ausführliche Interview.

Interview. Im Interview gibt es vielfältige Interaktionsmöglichkeiten, Widerstände, Selbstdarstellungstendenzen, Simulation etc. Dazu kommen Übertragungssphänomene, d. h. sowohl der Patient überträgt Gefühle und Einstellungen auf den Psychiater, als auch der Psychiater auf den Patienten. Dies können Vorurteile sein, wie beispielsweise manche Patienten aus anderen Kulturen gegenwärtig eine Ärztin nicht als kompetent akzeptieren, da sie nur männliche Ärzte kennen.

Subjektiv. Ein Patient kann aus Scham, über die er nicht spricht, in Verzweiflung geraten und sich umbringen. Die psychische Störung ist rein subjektiv abgelaufen bis zu dem lebensbeendenden Ereignis. Dies ist nicht selten der Fall. Die Psychopathologie in der Klinik beruht auf der Möglichkeit, einen Kontakt zum Patienten aufbauen zu können. Dazu gehören geeignete und gut ausgebildete Personen und spezielle Rahmenbedingungen.

1.1.1 Warum spezielle Psychopathologie?

Die Wissenschaft der Psychopathologie scheint praktisch verlassen worden zu sein. Die Symptome sind zwar klinischer Alltag, aber es wird über sie nicht geforscht. Im Wesentlichen wird nur noch über Kombinationen von Symptomen geforscht, die Syndrome. Diese dominieren die psychiatrischen Krankheitsbilder, so dass nur noch vom depressiven Syndrom, vom paranoid-halluzinatorischen Bild etc. gesprochen wird; so als hätten wir es mit feststehenden Krankheitsbildern zu tun. Die Syndrome sind in ihrem Zusammenhang mit den Diagnosen nach den internationalen Klassifikationssystemen festgeschrieben.

Dieses Buch ist der **Psychopathologie der Einzelsymptome** gewidmet. Die Gliederung erfolgt nicht in Syndrom-

gruppen, sondern in psychopathologischen bzw. neurowissenschaftlichen Gruppen.

Der neurowissenschaftliche Ansatz bringt es mit sich, dass nicht die psychologische, rein funktionale Erklärung von Symptomen im Mittelpunkt steht. Es geht also nicht darum, zu verstehen, warum eine Person ausrastet, verzweifelt oder im Freudentaumel ist oder eine Tat im Affekt beging, die »Psychopathologie des Alltags«. Die Symptome, die hier besprochen werden, sind zwar nicht ausschließlich, aber doch eher die Merkmale der schweren psychischen Erkrankungen und der klassischen Psychopathologie und nicht die der leichteren psychischen Störungen und Befindlichkeitsstörungen.

Psychiatrisches Krankheitsbild und Klassifikationskriterien

Krankheitsbilder aus dem psychischen Bereich gehören zu den am weitesten verbreiteten, unter denen viele Menschen und ihre Angehörigen schwer leiden. Psychische Erkrankungen stehen an der Spitze der Krankheiten, die eine Bürde der Menschheit darstellen. Die psychiatrische Krankheit drückt sich in psychopathologischen Merkmalen aus.

Psychische Krankheiten werden als Zustands-Verlaufs-Einheiten aufgefasst und diagnostiziert. Was ist das? Der Zustand wird psychopathologisch als eine Menge von psychopathologischen Merkmalen beobachtet und beschrieben – der Verlauf als Informationen vom Patienten oder Angehörigen über früher abgelaufene Phasen, deren Dauer, die Vollständigkeit der Remission und die Akuität des Auftretens des gegenwärtigen Krankheitsbildes etc.

Seit Einführung der internationalen Klassifikationssysteme DSM und ICD, die die psychischen Krankheiten differenzialdiagnostisch pointiert charakterisieren, hat sich die Stellung der Psychopathologie in der Diagnostik der Psychiatrie gewandelt. In den Klassifikationssystemen wird viel Wert auf abfragbare Information gelegt. Die Klassifikationssysteme betonen Informationen, die die untersuchte Person dem Interviewer mitteilt oder die vom Untersucher oder Angehörigen beobachtet werden. Das Überwiegen abfragbarer Merkmale hat dazu geführt, dass man Computerinterviews für die Diagnose psychischer Krankheiten hat einsetzen wollen. Vor allem Information über die Verlaufsinformation werden dadurch wichtiger als die beobachtbaren psychopathologischen Symptome. Sicherlich kann viel Information über die psychischen Krankheiten per Interview durch Computer erfahren wer-

den, aber durch die Beschränkung auf abfragbare Merkmale wird ein Großteil der Psychopathologie aus der Diagnostik ausgeschlossen. Das ist zum Nachteil für die psychisch Kranken.

! Die vollständige Erfassung und diagnostische Würdigung des psychischen Krankheitsbildes gelingt nur durch die sorgfältige psychopathologische Untersuchung.

Ein wichtiger Umstand ist zu betonen: Die diagnostischen Kriterien der Klassifikationssysteme sind differenzialdiagnostisch optimiert. Sie beschreiben nicht etwa das ganze Krankheitsbild. So wird Angst beispielsweise nur bei den Angsterkrankungen erwähnt, da es konstitutiv für die Diagnose dieser Krankheitsbilder ist und unter dem differenzialdiagnostischen Aspekt bei anderen Erkrankungen klinisch nicht wertvoll ist. Aber beispielsweise depressive Patienten, Patienten in einem schizophrenen Schub und Patienten mit vielen weiteren psychischen Erkrankungen leiden ebenfalls unter Angst. Angst wird nicht erfragt, wenn nur die diagnostischen Kriterien abgefragt werden, z. B. wenn die Angehörigen bereits angegeben haben, der Patient leide unter Stimmenhören.

Die klinische Realität der gesundheitsökonomisch durchforsteten diagnostischen Pfade könnte eine Reduktion der Diagnostik auf Interviews mit sich bringen, die nur die Kriterien abprüfen, wenn Verdachtsmomente in eine Richtung leiten. Das hat aber für die Patienten dann ungünstige Folgen, wenn sie, in unseren obigen Beispielen, mehr unter Angst leiden als unter der bedrückten Stimmung oder Ich-Störungen.

Neben dem Kraepelin-Ansatz der nosologischen Einheiten wurde von dem später politisch umstrittenen Psychiater Hoche (1912) der syndromale Ansatz in der Psychiatrie in den Vordergrund gestellt. Die psychiatrische Therapie, speziell die Psychopharmakologie, ist mehr syndromal als nosologisch ausgerichtet. Hier soll der Versuch unternommen werden, die psychopathologischen Einheiten selbst zum Ziel von neurowissenschaftlichen Erklärungen zu machen. Darüber hinaus jedoch ist nicht zu übersehen, dass beispielsweise die Depression oder die Schizophrenie oft in einem sehr charakteristischen Syndrom auftreten. Der syndromale Aspekt der Psychiatrie jedoch steht nicht im Zentrum der Psychopathologie. Dementsprechend werden syndromale Bezüge nur am Rande betrachtet.

Die Psychopathologie ist für die Beobachtung der feinen Veränderungen im Verlauf unverzichtbar. Diese

sind zur Kontrolle und Steuerung der Therapie zentral. Gegenwärtig werden jeweils mehrere psychopathologische Merkmale in den Syndromskalen für das depressive, manische, paranoid-halluzinatorische oder andere Zielsyndrome eingesetzt. Ausfüllen von Rating-Skalen repräsentiert z. T. die einzige psychopathologische Tätigkeit klinischer Psychiater. Aber für die richtige Beurteilung der Symptomatik psychischer Erkrankungen müssen die psychopathologischen Merkmale gut bekannt sein. In vielen Fällen kontrastiert der psychopathologische Eindruck der Affektivität, der Dynamik der Motorik, und die Beurteilung des interpersonalen Geschehens, den die erfahrenen Mitarbeiter bewerten, mit den psychopathologischen Dokumentationen in Depressionsskalen, Angst- oder Schizophrenieskalen.

Präsentation psychischer Krankheit – Klinische Oberfläche und Störung von Funktionssystemen

Zunächst hat der Untersucher es erst einmal nur mit der »klinischen Oberfläche« einer Person zu tun, bei der ein psychisches Krankheitsbild vermutet wird, und die nun untersucht wird. Verschiedene Disziplinen versuchen, unter diese Oberfläche zu schauen: technische, beispielsweise die der Bildgebung des Gehirns, Laboruntersuchungen beispielsweise der Körperflüssigkeiten, aber auch tiefenpsychologische, die Verhaltensanalyse der Verhaltenstherapie etc. Im Folgenden soll begründet werden, dass der psychopathologische Ansatz auch unter die Oberfläche schaut und dass dies neurowissenschaftlich begründet werden kann. Es geht um die Störung von Funktionssystemen, welche regelhaft mit psychischen Symptomen einhergehen. Die Funktionssysteme können wiederum aufgrund von unterschiedlichen Ätiologien gestört sein, seien es Umweltreaktionen oder das Anspringen von genetisch determinierten Krankheiten.

Nicht versucht werden soll eine unzulässige Reduktion des pathologischen Erlebens auf grobe neurowissenschaftliche Funktionsprinzipien. Die Neurowissenschaft erklärt und prädiziert nicht die Vielschichtigkeit und Vieltätigkeit des individuellen Erlebens. Auf der Erlebensseite gibt es so viele unterschiedliche Syndrome wie Menschen, die darunter leiden. Keines ist dem des anderen gleich. Genau diesem Erleben sieht sich der Untersucher gegenüber und versucht, etwas davon kennenzulernen, sich einzufühlen – soweit es um nicht von jeder Person erlebte Phänomenen geht. Der Kliniker muss das Erleben des Patienten mit den ebenso groben psychopathologischen Schubladen vergleichen, die das Erleben klassi-

fizieren helfen. Die neurowissenschaftlichen Befunde der Psychopathologie beziehen sich nicht auf die Vielfalt individuellen Erlebens, sondern auf Dimensionen pathologischer Erlebensweise.

1.1.2 Neurowissenschaft der Psychopathologie

Neurowissenschaftler meinen vielfach, die klassische Psychopathologie könne nicht mit den neurowissenschaftlichen Ergebnissen kompatibel gemacht werden. Eine vollkommen neue Begrifflichkeit müsse geschaffen werden. Demgegenüber wird hier versucht, die klinisch erprobten Begriffe auf die neurowissenschaftlichen Grundlagen hin abzuklopfen. Dabei werden einige Begriffe neu eingeführt, andere werden verändert werden müssen.

In diesem Buch stehen neben den psychopathologischen Symptomen im Fokus des Interesses vor allem die neurowissenschaftliche Begründung der psychopathologischen Merkmale und Unterscheidungen. Warum beides: Psychopathologie und Neurowissenschaft?

Heute wissen wir mehr darüber, wie die »klinische Oberfläche« psychischer Krankheitsbilder neurowissenschaftlich zu erklären ist und wir müssen zu einer Pathophysiologie der psychischen Krankheitsbilder gelangen. In der Vielfalt der psychischen Phänomene können Merkmale gefunden werden, welche eng mit der Störung eines der Funktionssysteme des ZNS zusammenhängen. Neurologische Beispiele sind die Lähmung der kontralateralen Gliedmaßen nach Läsion des motorischen Kortex. Neurologen denken zuweilen, wenn sich ein Symptom als derart von neurologischen Substraten abhängig zeigt, dass dieses Symptom dann neurologisch wird. Das ist aber falsch. Denn letztlich werden viele Symptome schwerer psychischer Erkrankungen, die beispielsweise mit genetischer Belastung einhergehen, auch ein neuronales Substrat haben. Ein Beispiel soll die Schizophrenie sein. In den nächsten Jahren werden Gene, Proteinstörungen und letztlich neuronale Funktionsstörungen identifiziert werden können, die die merkwürdigen Symptome der Schizophrenie, seien es Ich-Störungen, Halluzinationen oder Wahnwahrnehmungen, hervorbringen. Zugegeben, es ist noch ein langer Weg bis zur Erklärung der Erkrankung, aber festgehalten werden kann: Unter den psychischen Phänomenen gibt es eine Gruppe, die als Symptom der Störung in der Neuronenfunktion einer Funktionseinheit des ZNS diagnostiziert werden kann.

! Die Störungen von Funktionssystemen des ZNS, die zugrunde liegen, sind nicht nur für das Ausbrechen der Erkrankung, sondern auch meist für den Verlauf und die Therapie entscheidend. Sie sind also nicht einfach für die Diagnostik wichtig, sondern können uns Hinweise für die Verhinderung, Abkürzung des Krankheitsbildes oder eine Verlaufsverbesserung geben.

Das Beispiel zeigt gleich auch einen wichtigen weiteren Umstand der Bedeutung der Psychopathologie. Immer wieder wird nach elektrophysiologischen oder Bildgebungsbefunden gesucht, die empfindlicher als die psychopathologischen Merkmale ein Zeichen der Schizophrenie sein können. Bisher jedoch scheinen beispielsweise die sensitivsten Frühsymptome für den ersten Schub der Erkrankung die psychopathologischen zu sein. Das ist dann auch zu erwarten, wenn wir uns klarmachen, dass die spezifischen Funktionen von auch nur geringfügigen molekularen Veränderungen in den Funktionssystemen des Gehirns sich zuerst in den spezifischen Funktionen der mentalen und psychischen Funktionen der Person im Alltag auswirken können – und das lange bevor die zur Zeit noch groben elektrophysiologischen Labormessungen diese Funktionsstörung objektiv belegen.

Aus den oben angeführten Argumenten lässt sich zusammenfassen: Die neurowissenschaftliche Psychopathologie sucht nach den Modellen der psychopathologischen Symptome, und zwar nach Modellen, welche sie auf der Ebene der Hirnfunktionsstörungen erklären.

Ein Ansatzpunkt sind Symptome, die auch bei Zuständen nach Hirnschädigungen zu finden sind. Damit ist gemeint, dass die Neuropsychologie Symptome beschreibt, die regelmäßig bei Hirnschädigungen und -funktionsstörungen in bestimmten Systemen zu finden sind, wie Symptome der Wahrnehmung – der Agnosie, des Gedächtnisses – der Amnesie, der Routinehandlungen – der Apraxie oder der Sprache – Aphasie. Die klassische Psychopathologie baute auf diesen Beispielen auf und postulierte, dass auch die anderen Symptome später einmal neurowissenschaftlich erklärbar werden würden.

Genetische Erkrankungen mit psychischen Störungen

Bei genetischen Phänotypen wird ein Endophänotyp gesucht, der spezifischer als die bekannten psychopathologischen Merkmale mit der genetischen und daraus resultierenden Proteinstörung zusammenhängt.

Proteinstörungen betreffen Neurone und Glia bzw. deren metabolische Versorgung und Kommunikation. Die Proteinstörungen können eine Vielfalt von zellulären oder metabolischen Veränderungen bewirken, wie Störung der Gestalt und Ausbildung der Dendriten und Axone der Nervenzellen. Weiterhin können die Proteine, die mit der Informationsübertragung zu tun haben, gestört sein, beispielsweise Rezeptortypen. Oder die Verarbeitung der Transmitter ist gestört, weil einer der Stoffwechselwege in der Zelle oder in der Glia, die sie umgibt, gestört ist. Wenn diese Störungen in speziellen Gruppen von Zellen auftreten, können Funktionssysteme betroffen sein, deren Ausfall ein charakteristisches Symptom wie Stimmenhören bewirkt. Die Störung bestimmter Funktionssysteme stellt sich beispielsweise in besonderen Merkmalen des formalen Denkens oder in emotionalen Störungen dar. So scheint die für das Gedankenabreißen der Schizophrenie wichtige zugrunde liegende Störung die des Arbeitsgedächtnisses zu sein.

Jedoch nicht nur genetische Krankheiten, sondern auch toxische oder degenerative Krankheiten anderer Ursache führen zur Störung von Funktionssystemen des ZNS. Die Suche nach spezifischeren Indikatoren von zugrunde liegenden Dysfunktionen von Funktionssystemen ist eine der Zukunftsaufgaben der Psychopathologie und modernen Psychiatrie. Welches sind die entscheidenden Merkmale für die psychopathologische Untersuchung, nicht nur in der Validierung durch den Verlauf, wie es für die Erstrangsymptome der Schizophrenie gelang, sondern auch für die Assoziation oder sogar kausale Kopplung an die Störung bestimmter neurophysiologischer Funktionssysteme?

Dabei soll der Ansatz sein, dass es sich in der Psychopathologie um die Schädigung von wenigen Grundmechanismen handelt, zumindest einer umschriebenen Anzahl von Funktionssystemen, die hier dargestellt werden. Die Grundmechanismen werden für die Symptomgruppen jeweils am Beginn des Abschnitts erklärt. Die Vielfalt der Symptome, so ist unsere Vermutung, kommt durch die Komplexität des »Gesamtapparats« des ZNS zustande.

Dabei ist weiterhin zu berücksichtigen: Wir sehen als Kliniker nicht die unmittelbaren Defizite durch die Hirnschädigung, sondern wir sehen die Reaktion des Organismus darauf. Das war eine wichtige Erkenntnis, auf die Kurt Goldstein bereits hinwies, ein Neuropsychologe, der sich schon früh um die psychiatrischen Symptome bemühte. Es kommt zu vielfältigen Kompensationen, Strategieanpassungen und kognitiv-emotionalen Reaktionen, die die

Vielschichtigkeit und auch die Schwierigkeit der psychopathologischen Symptomatik ausmachen. Denn nicht nur

1. biologische Reparaturvorgänge,
2. automatische Kompensationsreaktionen,
3. bewusste Ausgleichsbemühungen, sondern auch
4. Reaktionen auf die Konsequenzen der Veränderung in der sozialen Rückkopplung sind zu beobachten.

Also nicht nur auf die selbst bemerkte Dysfunktion reagiert der Organismus, sondern auf die Folgen in der Beziehung zu den Mitmenschen.

1.1.3 Psychopathologie der Syndrome

Gegen das gemeinsame Abhandeln von Psychopathologie und Neurowissenschaft spricht ja scheinbar, dass für einige komplexe Syndrome und nicht etwa einzelne Symptome neurowissenschaftliche Grundlagen gefunden werden können, wie es für das depressive Syndrom zu sein scheint. Das depressive Syndrom umfasst in seiner Gesamtheit viele Bereiche von Symptomen, wie emotionale, kognitive oder vegetative Krankheitsmerkmale. Ursachen der Depression bewirken das ganze Bündel an Symptomen, so dass diese einzelnen Symptome keine eigenständige Bedeutung zu haben scheinen. Die noch nicht bekannte pathophysiologische Störung der bipolaren Erkrankung beispielsweise wirkt sich auf verschiedene weitere Funktionssysteme aus.

Erfolge biologisch-syndromatischer Forschung entheben uns nicht der Notwendigkeit, die Frage zu beantworten, wie die Störung der physiologischen Funktionssysteme zu den einzelnen psychopathologischen Symptomen führt. Dazu kommt, dass die meisten Symptome nicht nur in einem Syndrom, sondern in verschiedenen Syndromen auftreten. Es scheint so zu sein, dass es verschiedene Ebenen der pathophysiologischen Einflussnahme gibt, die syndromatische und die symptomatische. Wenn man nur die krankheitsrelevanten Syndrome untersucht, entzögen sich damit die Symptome der neurowissenschaftlichen Analyse. Dies ist aber für viele psychopathologische Symptome, zumindest diejenigen, welche bereits jetzt neurowissenschaftlich gut erklärbar sind, nicht angemessen.

Aus dem bislang Dargestellten muss auf etwas besonders hingewiesen werden: Hinter den Symptomen verbergen sich Hierarchien von Kausalfaktoren:

- genetische Faktoren,
- auf der Ebene der Proteine: Genaktivatoren, Enzyme, Transmitter, Rezeptoren, etc.,

1.1 · Was ist Psychopathologie?

- extern metabolische Faktoren (z. B. toxische),
- extern psychosozial veranlasste Faktoren,
- spezielle, das Symptom determinierende Faktoren, die auch komplexe psychische Reaktionen beinhalten können.

Entscheidend für das Konzept dieser Darstellung, die Neuropsychologie der psychopathologischen Symptome zu behandeln, ist weiterhin, dass die Kriterien für die Syndrome und Krankheiten variieren, wie an der Evolution der ICD- und DSM-Klassifikationskriterien zu beobachten ist. Forschung, die sich an den jeweiligen Klassifikationseinheiten orientiert, müsste nach jeder Revision der Kriterien wieder von neuem beginnen. Im Gegensatz dazu ist die psychopathologische Merkmalsdiagnose weitaus beständiger definierbar und im Übrigen natürlich auch die Grundlage der Klassifikation der ICD- und DSM-Systeme.

Fazit

Solange wir noch nicht die neurowissenschaftlichen Grundlagen der psychiatrischen Krankheitsbilder kennen, ist es angebracht, nach neurowissenschaftlichen Grundlagen der Symptome zu fragen und es ist zu erwarten, dass wir gerade über die neurowissenschaftliche Erforschung von Symptomen zu einem Verständnis der Grundlagen der Erkrankungen kommen werden.

1.1.4 Forschung

Eine präzise psychopathologische Diagnostik ist, wie bereits ausgeführt, einerseits erst einmal Grundlage aller neurowissenschaftlicher Forschung in der Psychiatrie, denn für jede Studie wird eine genaue psychopathologische Untersuchung der Patienten notwendig sein. Dies gilt für diagnostische Kriterien und die Beurteilung des Therapieresponse. Aber darüber hinaus wurde oben schon erwähnt, dass der Forschungsansatz, nach den neurowissenschaftlichen Grundlagen einzelner Symptome zu suchen, ein erfolgversprechender Ansatz in der Erforschung psychischer Erkrankungen ist. Das wird natürlich immer dann zu erwarten sein, wenn die psychische Störung ein zentrales psychopathologisches Merkmal hat, wie beispielsweise Angst bei der Angsterkrankung.

Die Forschung ist zzt. eher nosologisch ausgerichtet, d. h. sie orientiert sich an den jeweilig gültigen Klassifikationskriterien (Charney u. Nestler 2004). Ziel dieser Forschung ist die ätiologische Therapie. Diese jedoch scheint noch nicht in Sicht zu sein. Im Gegenteil: In der klinischen Praxis sind die meisten gegenwärtig verfügbaren Therapieformen eher syndromatisch oder symptomatisch ausgerichtet. Ein Missklang besteht demnach zwischen einer krankheitsbezogenen Forschung und der gegenwärtig betriebenen Therapie, die syndromatisch orientiert ist, z. T. symptomatisch. Sie wird es wohl – mit Ausnahmen – in näherer Zukunft auch bleiben. Der nosologische Forschungsansatz ist hinsichtlich der Erklärung psychiatrischer Krankheitsbilder zzt. noch nicht erfolgreich. Wenn aber eher die Symptome Grundlage der Forschung sein sollten als die Krankheitsklassifikationen, dann spricht das für die Psychopathologie.

Der geringe Erfolg nosologischer Forschung auf einigen Gebieten mag mit der polygenen Verursachung vieler psychiatrischer Krankheitsbilder zusammenhängen. Wir haben es eher mit genetischen Risikofaktoren zu tun und wissen noch viel zu wenig über die Kausalkette, die angenommen wird:

- Gen,
- Protein,
- Neuronenfunktion,
- Funktionssystem,
- Symptom.

Man hat von speziellen Symptomen, wie neuropsychologischen Merkmalen, als Endophänotypen gesprochen, die der genetisch verursachten Funktionsstörung näher kommen als die Klassifikationseinheiten. Dies gilt auch für einige weitere Symptome der Psychopathologie. In dem Sinne könnten Markersymptome der Schizophrenie wie Ich-Störungen den gesuchten Endophänotypen der Schizophrenie nahe sein, aber wir wissen es noch nicht. Andererseits könnten neurowissenschaftliche Grundlagen der Ich-Störungen zu den noch spezifischeren Endophänotypen der Schizophrenie führen.

Die meisten psychischen Krankheiten sind jedoch nicht einfach als Gen-Verhalten-Kausalkette zu verstehen. Viele Gene bewirken viele Proteinstörungen und dazu kommen verschiedenartige Umweltfaktoren, die zum Krankheitsbild beitragen. Zu dem unübersichtlich polygenen Kausalmodell kommt der Umstand, dass Gene quasi in der psychischen Reaktion auf die Umwelt angeschaltet werden können. Man kennt eine funktionelle

Genaktivierung, d. h. ein Anschalten von genetischer Steuerung, die eher psychologischen oder psychopathologischen Kausalketten folgt. Eine psychische Umweltbelastung führt zu funktionellen Variationen, wie das Beispiel Schlaflosigkeit bei stressigen Problemen. Die Schlaflosigkeit kann wiederum Genfunktionen anstoßen, die zur Auslösung einer Manie bei einer Person mit einer genetisch bedingten bipolaren affektiven Psychose führt. Mit anderen Worten, selbst wenn alle beteiligten Gene für ein psychisches Krankheitsbild bekannt wären, muss mit erheblicher Varianz in der Ausprägung der funktionellen Störung in der Psychopathologie durch funktionelle Genaktivierung gerechnet werden. Diese dürfte sich auch in den Varianzen der Penetranz der genetischen Disposition bei verschiedenen Krankheitsbildern widerspiegeln.

Die Kunst der Psychiatrie ist es, gerade Unterschiede zwischen psychogenen Variationen des psychischen Zustands und denen herauszuarbeiten, die auf genetischen Funktionsstörungen beruhen oder zu den Hirnschädigungssyndromen zählen. Wenn die Merkmale psychischer Krankheiten auch nur zum Teil unterschiedlichen Gruppen von Kausalfaktoren angehören, muss die psychiatrische Forschung versuchen, diese Unterteilung in der Psychopathologie in den Einzelfällen zu beweisen oder zu widerlegen. Diese Argumente lassen sich für eine Pathophysiologie bzw. Neurowissenschaft der psychiatrischen Symptome anführen.

Natürlich muss letztlich auch bei psychogenen Variationen psychischer Funktionen angenommen werden, dass sich diese im neurowissenschaftlichen Substrat abspielen. Der oben angeführten Argumentation folgend müssen wir eine normale Funktionsvarianz annehmen, in denen sich normales psychisches Leben und normale mentale Operationen abspielen, die alltäglich zu beobachten sind. Davon zu unterscheiden sind Funktionen außerhalb der normalen Funktionsvarianz – sei es aufgrund genetischer Störung, sei es aufgrund von Hirnschädigungen verschiedener Ursache.

Allgemein muss angefügt werden, dass bei psychopathologischen Symptomen psychischer Erkrankungen immer Gehirnfunktionen gestört sind, wobei aber inzwischen deutlich geworden ist, dass es noch der Spezifikation bedarf, was mit gestörter Hirnfunktion gemeint ist. Wird Freges Konzept von Funktionen und Argumenten angewandt (Kagan 2001), dann haben wir gestörte Hirnfunktionen vor uns, die sich in ihrer Störung an den jeweiligen Argumenten manifestieren; als Argumente sind in

unserem Zusammenhang die gegenwärtigen Erfahrungen anzunehmen oder individuellen aktivierten mentalen Vorgänge und Inhalte, seien sie aus dem episodischen Gedächtnis oder sprachlich assoziiert. Dabei kann offengelassen werden, ob die Gehirnstruktur geschädigt ist, oder »psychologische Strukturen« dysfunktional wirken (Kagan 2001); mit psychologischen Strukturen, speziell dysfunktionalen, ist gemeint, dass z. B. erfahrungs- bzw. traumatisch induzierte plastische Einwirkungen auf das Gehirn in der Entwicklung eines Individuums einen Korpus von Funktionen errichten, der sich im Alltag und in der Untersuchungssituation dysfunktional auswirken kann. Beispiele sind eine irrationale Umdeutung einer konkreten Situation oder Schamgefühle über eine konkrete Konfrontation. Immer ist eine gestörte Funktion anzunehmen und nach dem Argument zu fragen: woran, worüber, vor wem etc.

Schweregrad

Es ist aus der Alltagserfahrung den meisten Lesern vertraut, dass sich normale Varianz des Erlebens und Verhaltens und die pathologische Varianz, die durch Hirnschädigungen oder Hirnfunktionsstörungen verursacht ist, überlappen. Als Beispiel kann die Erkrankung der Schilddrüse dienen: Bei der Entwicklung einer Hypothyreose kommt es zu einer allmählichen Verringerung des Antriebs und Erschlaffung der Vitalität eines Menschen. In vielen Fällen wird erst nachträglich, nachdem die internistische Diagnose gestellt worden ist, der Beginn psychischer Veränderung weit vorverlegt, d. h. retrospektiv werden Verhaltensänderungen umgedeutet, die noch keinen Anlass zur Sorge gegeben hatten, als noch kein Schatten eines Verdachts einer psychischen Symptomatik aufgekomen war. Ganz anders liegen die Verhältnisse bei klaren psychopathologischen Symptomen wie den Halluzinationen.

Drei Abstufungen von Merkmalen müssen unterschieden werden:

1. eindeutig pathologische Merkmale – der Nachweis auch nur leichter Ausprägung dieser Merkmale belegt eine psychische Erkrankung, beispielsweise Wahngedanken,
2. Merkmale mit Übergang in einen eindeutig pathologischen Bereich,
3. Merkmale, die zwar im normalpsychologischen Bereich liegen, aber
 - a) in stärkerer Ausprägung und längerer Dauer sowie wenn sie situativ nicht erklärlich sind, als pa-

thologisch gelten müssen, wie gehobene Stimmung oder

- b) mit anderen Merkmalen zusammen ein charakteristisches psychopathologisches Syndrom bilden können.

1.1.5 Einteilung der Symptome und Untergliederung

Symptomliste

Wenn alle Begriffe für die Beschreibung von der Norm abweichenden Erlebens und Verhaltens aufgelistet würden, kämen viele Hundert Merkmale zusammen. Diese könnten hier nicht alle besprochen werden. Welche Merkmale, Symptome werden betrachtet und welche ausgelassen? Es gibt zwar keinen allgemeingültigen Kanon psychopathologischer Merkmale, aber eine gewisse Übereinstimmung findet sich in der Liste der Symptome der klassischen Psychopathologie. Grundlage der Symptomliste war zunächst die der AMDP, der Arbeitsgemeinschaft für medizinische Dokumentation in der Psychiatrie (1997). Die Merkmalsliste der AMDP ist methodisch entwickelt worden, d. h. die wichtigsten Merkmale sind bereits aus größeren Listen extrahiert worden. Es gibt sinnvolle Lösungen von Faktorenanalysen (Gebhardt et al. 1983) und Skalenbildungen zu den großen Syndromen wie das depressive Syndrom und das paranoid-halluzinatorische Syndrom. Zu den AMDP-Merkmalen kommen hier weitere hinzu, die sich aus den Basisdefinitionen des ICD-10 ergeben. Eine Ergänzung ergab sich auch aus der Logik der neurowissenschaftlichen Analyse der Merkmalsgruppen.

Wie oben beschrieben fehlen Merkmale. Seltene Symptome sind nicht erwähnt. Sind Merkmale entbehrlich, beispielsweise weil sie zu selten auftreten oder in der Regel in enger Kopplung mit anderen Merkmalen? Das wird erst die weitere Forschung ergeben.

Sicherlich könnten noch weitere Symptome aus anderen psychiatrischen Erfahrungsbereichen hinzugefügt werden, beispielsweise die der geistig Behinderten, der forensisch psychiatrischen Fälle oder aus der Beobachtung der Psychotherapie.

Einteilung der Beschreibung von Symptomen und Symptomgruppen

Dabei werden 2 Themen dargestellt:

1. Gliederung der Merkmalsgruppen,
2. Untergliederung der Merkmalsbeschreibung.

Gliederung der Merkmalsgruppen

Welche Symptomgruppen sollten zuerst, welche zuletzt dargestellt werden? Hier wird nicht der Jasper-Einteilung gefolgt (Jaspers 1942), die zwei Hauptgruppen von subjektiven und objektiven Merkmalen unterscheidet. Das hat seinen Grund darin, dass beispielsweise emotionale Merkmale sowohl subjektive als auch objektive Anteile umfassen (»Mini-Syndrom« s. u.). Aus diesem Grund wäre eine derartige Einteilung weniger sinnvoll.

Für die gewählte Reihenfolge, die nicht sofort intuitiv verständlich zu sein scheint, sprechen eine Reihe von Gründen. Sie haben vor allem damit zu tun, das ein Leser erst bestimmte neurowissenschaftliche Zusammenhänge kennenlernen sollte, bevor er sich mit Merkmalen beschäftigt, die komplexere, darauf aufbauende neurowissenschaftliche Erklärungen benötigen. Die Sequenz der Symptome stellt also keinen Versuch dar, eine neue Systematik der Psychopathologie zu begründen, sondern folgt didaktisch dem Weg eines Stimulus durch das zentrale Nervensystem. In allen folgenden Bereichen können sich psychopathologische Störungen zeigen:

1. Wie wird die Umgebung wahrgenommen, wie wird ein Stimulus wahrgenommen?
Dies ist die erste Frage. Sie umfasst genau genommen natürlich fast die ganze Neurowissenschaft und sie wird wieder bei den Halluzinationen aufgegriffen. Dennoch ist es sinnvoll, mit den Prinzipien der Wahrnehmung zu beginnen. Der nächste Schritt ist:
2. Wie kann ein Organismus von den Sinneseindrücken unabhängig agieren? Dazu werden mehrere Aspekte behandelt, zunächst die Fähigkeit, sich aktiv zu erinnern und die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf einen Stimulus zu konzentrieren, bzw. von ihm abzuwenden.
3. Wie kann eine Handlung initiiert werden?
Nach der Erinnerung und Aufmerksamkeitslenkung wird die Fähigkeit zur autonomen Aktion, die Motorik und Handlungsplanung beschrieben. Wie können verschiedene Handlungen koordiniert werden, Pläne gemacht und die Realisierung kontrolliert werden? Wie ist das Interesse an den Handlungen, der Antrieb organisiert?
4. Wie wird bewusst wahrgenommen, kommuniziert und gehandelt?
Wie wird in Sprache kommuniziert und Probehandeln im Denken organisiert?
5. Wie reagiert ein Organismus emotional auf einen Stimulus?

6. Erst am Schluss sind die komplexen prototypischen psychopathologischen Merkmale wie Halluzination und Wahn dargestellt: Wie kann die Vorstellung zu Sinnestäuschungen Anlass geben? Wie kann sich ein Erklärungswahn entwickeln?

Wie kann eine Person sich ein Urteil bilden?

In dieser Reihenfolge kommt der Leser auch zunächst zu den zzt. besser neurowissenschaftlich bekannten Bereichen, in denen Störungen auftreten.

Bei dieser Gliederung ergeben sich im Detail auf den ersten Blick ungewohnte Aufteilungen: Beispielsweise werden neuropsychologische Wahrnehmungsstörungen von den Halluzinationen abgetrennt oder Störungen in der zentralen Motorik und Störungen des Antriebs und der Willkürmotorik bzw. Dyskinesien. Dies erscheint notwendig, um einen für den Leser besser verständlichen Weg von einfacheren zu den komplexeren Symptomen zu ebneten.

1.1.6 Beispiel: Bedrücktheit, Depressions-syndrom und -krankheiten

Ein Beispiel für Symptome, Syndrome und spezielle psychopathologische Merkmale soll die Hierarchie der psychopathologischen Merkmale in der psychiatrischen Krankheitslehre und in der psychiatrischen Praxis verdeutlichen.

Symptom

Einem diensthabenden Arzt im Krankenhaus wird in der Nacht ein Patient gebracht, von dem die Angehörigen sagen »Er will sich umbringen«. Worauf soll er achten, welche Fragen stellen und was untersuchen?

Die erste Frage gilt zunächst der Deprimiertheit. Dieses Merkmal ist ein psychopathologisches Merkmal. Es ist kein Syndrom, im Sinne des depressiven Syndroms und es ist auch keine Krankheit im Sinne der unipolaren Depression oder bipolaren Depression. Deprimiertheit ist eine Herabgestimmtheit. Man kann auch Niedergeschlagenheit sagen. Das Wort »Traurigkeit« meint etwas anderes. Aber Deprimiertheit der Depression ist auch mit Niedergeschlagenheit unscharf bezeichnet. Hieran wird deutlich, dass Emotionen in den meisten Fällen sprachlich nicht exakt zu fassen sind. Wir wissen weiterhin nicht genau, was ein anderer Mensch, und vor allen Dingen ein Patient darunter versteht. Es gibt Menschen, die nicht

gewohnt sind, über Emotionen zu sprechen. Wenn ich also den Patienten frage: »Sind sie deprimiert?«, antwortet der Patient zwar etwas, aber ich weiß nicht genau, was ich mit der Antwort anfangen soll.

In der Untersuchungssituation soll der Arzt sich zutrauen, seinen Augen, Ohren und Tastsinnen zu folgen: Er sieht die Mimik, Gestik und Körperhaltung, hört den Stimmklang und die Prosodie. Er fühlt den Tonus des Händedrucks. Das Beste ist, aus der Gesamtheit des Verhaltens, nicht nur aus den emotionalen Ausdrucksbewegungen heraus oder wegen Sorgenfalten (Veraguth-Falten), sondern auch aus der sprachlichen und den Äußerungen der Körperhaltung sowie dem Muskeltonus heraus, einen Eindruck zu gewinnen und zu beurteilen, ob die Äußerung »ich bin deprimiert« dem eigenen Eindruck entspricht. Nicht nur die Depressivität, nein, viele der psychopathologischen Merkmale sind umgangssprachlich nicht einfach zu erschließen.

! In der Psychopathologie muss die Äußerung eines Patienten gegen den Eindruck des Untersuchers abgewogen werden. Das soll nicht heißen, dass man dem Patienten nicht traut, sondern es soll nur heißen, dass man auf alles zu achten hat, nicht nur auf den Inhalt der sprachlichen Äußerungen.

Das unterscheidet die Untersuchung der Psychopathologie vom Ausfüllen lassen eines Interviewzettels. Sie können aus einer Transkription eines Interviews weniger diagnostizieren. Aber aus einer Videoaufzeichnung mit unkenntlicher Sprachäußerung ist die Depressionsdiagnose psychopathologisch weitgehend zu sichern (Renfordt 1986).

Deprimiertheit ist zunächst ein emotionales Symptom. Man kann es als eine Stimmung bezeichnen. Damit grenzt man es von den Affekten wie Aggression, Lachen, Weinen etc. ab. Affekte sind heftige und kürzer dauernde emotionale Äußerungen. Diese Affekte treten nicht dauernd auf. Aber im Gegensatz dazu befinden wir uns meist in einer von verschiedenen Stimmungen, die wir mehr oder weniger gut beschreiben können. Manche Stimmungen sind auch für Begabte schwer verbal zu bezeichnen und es bleibt der Kunst von Schriftstellern überlassen, eine bestimmte Befindlichkeit in Worte zu fassen. Dies alles erklärt, warum wir uns bei der psychopathologischen Diagnostik nicht allein auf die Erklärungen der Patienten verlassen dürfen.

1.1 · Was ist Psychopathologie?

Der Leser hat vielleicht die Erfahrung gemacht, wie man sich selbst deprimiert fühlt. An diesem Beispiel könnte einiges geklärt werden. In der konkreten Situation müsste der Person eine Reihe von Fragen gestellt werden: Handelt es sich um eine Traurigkeit, oder eine ängstliche Stimmung, oder nur um eine Müdigkeit und morgendliche unzufriedene Verstimmtheit? Bereits für das einzelne psychopathologische Symptom gibt es also eine Differenzialdiagnose. Liegt eine Deprimiertheit vor oder eines der anderen Merkmale, die wie Deprimiertheit wirken können?

Noch etwas Weiteres kann an diesem Beispiel verdeutlicht werden: es gibt psychopathologische Merkmale in verschiedener Ausprägung – grenzwertig, sehr leicht, leicht, mittelgradig, schwer und extrem schwer.

Fazit

In der Psychopathologie ist zu unterscheiden: 1. die sprachliche Äußerung, 2. die psychomotorischen Ausdrucksbewegungen und 3. der Gesamteindruck mit der Differenzialdiagnose und dem Schweregrad – dies gilt bei jedem einzelnen psychopathologischen Merkmal.

Symptom, Syndrom, psychiatrisches Krankheitsbild

Unterschieden werden muss im zweiten Schritt, ob ein Symptom, ein Syndrom oder eine Krankheit vorliegt. Bedrücktheit kann zu einem depressiven Syndrom gehören, das daneben noch weitere Merkmale wie beispielsweise vegetative Störungen, kognitive Merkmale wie bestimmte Denkweisen, motorische Symptome und bisweilen weitere affektive Merkmale umfasst. An der Häufigkeit der persönlichen Erfahrung der Bedrücktheit wird deutlich, dass das Vorhandensein eines psychopathologischen Merkmals nicht etwa in allen Fällen mit dem Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung gleichzusetzen ist. Umgekehrt halten viele Menschen Bedrücktheit aus der eigenen Erfahrung für normal, den Umständen entsprechend und reagieren mit Unverständnis, wenn dieses Merkmal einmal im Rahmen eines psychiatrischen Krankheitsbildes behandelt werden muss.

Worin besteht das depressive Syndrom? Zunächst einmal in der depressiven Stimmung; dazu kommt der Affekt Angst oder eine ängstliche Stimmung. Weiterhin kommt eine Verminderung im Antrieb dazu. Die Person kann sich nicht aufraffen, sie schafft ihre alltäglichen Arbeiten

nicht mehr. Spezielle Denkweisen sind auch in vielen Fällen Symptome des depressiven Syndroms, man nennt sie auch depressive Kognitionen. Der Patient hat beispielsweise Schuldgefühle und sein Selbstwertgefühl ist deutlich vermindert. Weiterhin sind vegetative Störungen von großer Bedeutung. Hierunter fasst man Störungen des Schlafs, des Appetits und der Sexualität zusammen. Die Personen können sich zudem nicht mehr konzentrieren und können sich nur schwer entscheiden. Zuletzt kommen noch psychomotorische Störungen vor. Der Patient erlebt in vielen Fällen von Depression seine Glieder als schwer oder er ist gehemmt darin, Bewegungen auszuführen.

Der Krankenhausarzt muss keine Depressionsskala ausfüllen. Aber in der psychiatrischen Klinik wird die Dokumentation des Syndroms auf Skalen immer wichtiger. Auf einer der verschiedenen Skalen, die im Umlauf sind, wird nach einem Merkmal gefragt und meist 1–4 Punkte für die Ausprägungsstärke des Merkmals vergeben, beispielsweise für Schlafstörung, deprimierte Stimmung, Antrieb, Angst, Suizidalität usw. Der Rater gelangt zu einem Summenskore, der auf Anzahl und Schweregrad der Depressionssymptome beruht (s. o.). Aufgrund der Beobachtung wird der Geübte jedoch auch eine Einschätzung des Schweregrades der Depression haben. Die Beobachtungseinschätzung und der Summenskore des Ratings widersprechen sich in vielen Fällen, wenn beispielsweise ein schwer depressiver Patient mit Suizidalität nur wenige weitere Punkte auf einer Skala bekommt. Aber nach der Beobachtung weist er eine große Zahl der Depressionsmerkmale auf, nach der die Skala nicht fragt, wie ausgeprägte Mattigkeit, leise monotone Stimme, Erloschenheit der Schwingungsfähigkeit und fehlende Kraft beim Händedruck usw.

❗ **Nach dem klinischen Eindruck ist die Beobachtung oft valider als der Summenskore der Depressionsskala.**

Krankheitsbilder

Im dritten Schritt, nach der Sicherung der Symptome und Identifizierung des Syndroms, müssen für eine Diagnose eines psychiatrischen Krankheitsbildes die Kriterien der Klassifikationssysteme abgeklärt werden.

Das DSM-IV-Klassifikationssystem (bzw. DSM-IV TR oder die jeweilige aktuelle Version) nennt im Wesentlichen die eben genannten Symptome in ihrer Kriterienliste für die depressive Episode. Zusätzlich wird als Schwelle der Diagnose einer Haupt-Depression – einer Major Depres-

sion – festgelegt, dass mehr als 4 dieser Symptome vorliegen müssen, damit die Krankheit diagnostiziert werden kann. Viele Studien haben nämlich herausgefunden, dass ein fundamentaler Unterschied zwischen dem depressiven Syndrom mit 2 oder 3 Symptomen und einem mit 6 oder 7 Symptomen besteht: Es hat andere genetische, familiäre, Verlaufs- und Therapieresponse-Eigenschaften.

Dazu kommen noch weitere Kriterien: zum einen muss das Syndrom von anderen Syndromen differenziert werden. Häufig wird hier als Beispiel eine akute Trauerreaktion genannt.

Eine weiteres Kriterium ist das der Bedeutung des Syndroms für den Alltag. Eine Krankheit wird immer nur dann diagnostiziert, wenn die Person in den Alltagsfunktionen oder im Berufsleben durch die Symptome in irgendeiner Weise deutlich behindert ist.

Im nächsten Schritt werden differenzialdiagnostische Überlegungen notwendig.

Das depressive Syndrom tritt, mit geringeren Unterschieden, in verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern auf. Die wichtigsten sind: die depressive Episode oder Major Depression, die zu der unipolaren Depression gehört, die bipolare affektive Psychose, bei der im Verlauf auch Manien vorgekommen sind, die Dysthymie und die depressive Anpassungsstörung. Psychopathologisch ist in diesem Zusammenhang die Behandlungsbedürftigkeit wichtig. Deren Kriterien werden in der psychopathologischen Untersuchung erfasst. Hier ist der Schweregrad, beispielsweise die Anzahl der Symptome, die Belastung durch das Syndrom im Alltag aber auch Wahn oder Suizidalität zu nennen. Suizidalität ist ein Merkmal, das mit dem Aspekt der akuten Selbstgefährdung für die unterbringungsrechtliche Klärung, also ob der Patient auf einer geschützten Station behandelt werden muss, geprüft werden muss (s. o.).

! Bei bestimmten psychopathologischen Symptomen besteht häufig eine verminderte oder aufgehobene Bereitschaft, sich behandeln zu lassen. Auch diese Verminderung der Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit ist selbst ein psychopathologisches Merkmal. Eine fehlende Krankheitseinsicht und eine Mangel in der Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, spielen in der Psychiatrie eine herausragende Bedeutung.

Mit dem moderneren bildgebenden Gehirnuntersuchungen hat man herausgefunden, dass in der Depression besonders die Amygdala und der mediale orbito-

frontale Kortex gestört sind. Was bedeuten diese neurowissenschaftlichen Befunde für die psychopathologische Untersuchung? Zur Zeit bedeuten die wissenschaftlichen Befunde an Patientengruppen im Fall eines Patienten noch recht wenig. Über die Art des depressiven Syndroms kann neurowissenschaftlich noch nicht viel gesagt werden. Es ist noch nicht geklärt, was die Ursache für diese Funktionsstörung in Teilen des Gehirns ist.

Noch nicht geklärt ist weiterhin, warum die verschiedenen Symptome in einem Syndrom zusammen auftreten. Diskutiert werden genetische Faktoren, Störungen des Transmitterstoffwechsels oder neuroendokrinologische Störungen. Auch kann es neurophysiologische Zusammenhänge geben, beispielsweise neuroanatomische und neurophysiologische Verbindungen zwischen Hirnfunktionssystemen, die eine Ausbreitung von pathologischen Funktionen auf andere Funktionssysteme bewirken.

Zuletzt muss noch erwoogen werden, ob es psychopathologische Dysfunktionen gibt, die sich in dem veränderten Metabolismus zeigen können. Mit anderen Worten, die veränderte psychopathologische Funktion, beispielsweise die Angst, die ein Patient erlebt, hat ihr Substrat in der veränderten Funktion von Hirnarealen, die wiederum in den bildgebenden Untersuchungen demonstriert werden kann.

Im Allgemeinen herrscht die Ansicht, dass die Kriterien für die Diagnose die Qualität der psychiatrischen Diagnostik verbessert haben. Aber die gegenwärtigen Kriterien sind bei weitem noch nicht überzeugend und werden im Laufe der Zeit überarbeitet werden.

Suizidalität

Wie ist nun die Suizidalität einzuschätzen? Einer der wichtigsten differenzialdiagnostischen Schritte gelingt nach den oben angeführten Untersuchungsschritten bereits: Es kann geklärt werden, ob die Suizidalität im Zusammenhang mit einer schweren depressiven Erkrankung auftritt. In dem Fall ist sie noch ernster zu nehmen, als sie es sowieso ist. Wenn es sich im Gegensatz dazu aber um eine temporäre Verzweiflung einer Person ohne psychiatrische Erkrankung handelt, kann eine kurze Krisenintervention bereits ausreichen. Handelt es sich um eine Suizidalität im Rahmen einer wahnhaften Depression, ist die Prognose schlechter und eine stationäre psychiatrische Behandlung notwendig.

Bei der Suizidalität muss weiter unterschieden werden zwischen bevorstehenden Handlungen, die mit großer Sicherheit zu Suizid führen, und Suizidversuchen, die

1.2 · Einführung in die Kapitelstruktur

auch den Charakter von Hilfesuchverhalten haben können. Eine psychopathologische Kategorie ist in den letzten Jahren häufiger geworden: die Selbstverletzung. Diese hat mit Suizidalität nichts zu tun.

Die Prognose der Art von Suizidalität und der Wahrscheinlichkeit eines Suizids ist eine der Hauptaufgaben der Psychopathologie und gelingt um so besser, je genauer der Untersucher den Patienten in seinem Lebenslauf, seinen Zielen und Hoffnungen kennen lernt und wie genau er ihn psychopathologisch untersucht. Merkmale dafür sind beispielsweise das Vorliegen einer schweren depressiven Erkrankung, d. h. dem Patienten erscheint nichts mehr Wert, sein früher vorhandenes Wertegefüge ist verändert und alles erscheint verloren, was ihm früher etwas bedeutet hat und wenn er konkrete Pläne hat, sich umzubringen sowie in Phantasien darüber gefangen ist.

1.2 Einführung in die Kapitelstruktur

Zunächst soll ein Überblick über den Aufbau der einzelnen Abschnitte und Merkmale gegeben und begründet werden. Die Kapitelstruktur gilt für alle Kapitel ab Kap. 2. In den Beschreibungen der Merkmalsgruppen werden erst Beispiele und dann ein Ausblick auf die Störungen in den Merkmalen gegeben. Es folgt die Diagnostik und danach die neurowissenschaftliche Erklärung der psychopathologischen Merkmale und ihrer Störbarkeit, soweit dies bislang möglich erscheint.

Einzelmerkmale

Die Merkmale werden in den folgenden Kategorien beschrieben, wobei diese 15 Kategorien nicht bei jedem Merkmal vollständig abgehandelt werden, sofern es zu einem Punkt jeweils keine Anmerkungen zu machen gibt.

Untergliederung der Merkmalsbeschreibung

Definition. Das psychopathologische Symptom wird zunächst mit einer klinisch handhabbaren Beschreibung, mit einer Begriffsbestimmung und Erläuterung vorgestellt.

Beispiel. Wenn möglich werden mehrere kurze Beispiele gegeben. Die Beispiele sollen anschaulich sein und bereits die mögliche Vielfalt der klinischen Erscheinungsformen des Merkmals vor Augen führen.

Stellung in der Psychopathologie. Die Auffassung und der Gebrauch von Merkmalen hat sich für manche Symptome im Laufe der Entwicklung der Psychopathologie gewandelt. In dem Fall werden wichtige Konzepte und Begriffe der Entwicklung gegeben. Die AMDP-Merkmalnummer wird angegeben. In vielen Fällen aber ist das Merkmal neu, variiert oder verändert.

Verwandte Begriffe. Vielfach gibt es synonyme Bezeichnungen für ein Merkmal, manchmal auch nur semantisch nahe stehende Begriffe oder alte Termini, die erwähnt werden sollen.

Psychopathologische Interaktionen

Häufig wurde die Unabhängigkeit der psychopathologischen Merkmale für die Beurteilung gefordert (z. B. im AMDP-System). Das ist auch zu unterstützen, damit möglichst valide Einzelbeobachtungen dokumentiert werden.

Aber viele Merkmale hängen zusammen. Beispielsweise interagieren Gedankendrängen und gesteigerter Antrieb im Denkbereich mit Inkohärenz, d. h. unzusammenhängenden Gedanken. Dies ist im Extremfall leicht vorzustellen, denn wenn eine Person fast nicht spricht, kann eine Störung im formalen Denken nicht diagnostiziert werden.

Die Ebenen, auf denen die Interaktion der Merkmale bewirkt wird, sind nicht einfach zu bestimmen. Die Interaktion kann im Zentrum dessen zu suchen sein, was ein psychiatrisches Syndrom ausmacht. In diesem Sinne berührt die Frage des Zusammenhangs von Schlafstörungen und bedrückter Stimmung die Grundlagen des depressiven Syndroms.

Interaktionen können auch nur auf der diagnostischen Ebene entstehen: Merkmale können nur diagnostiziert werden, wenn ein anderes Merkmal vorliegt oder nicht vorliegt – sie schließen sich aus wie ganz offensichtlich bei Inkohärenz und Mutismus.

Ein anderer Grund für Interaktionen ist, dass Merkmale gemeinsame Randbedingungen haben. Randbedingungen gehören nicht zum engen Begriff, aber beeinflussen das Merkmal, wenn sie zutreffen, wie Vigilanz/Müdigkeit – ein Beispiel wären Funktionen des formalen Denkens, sie sind abhängig vom Zustand der Wachheit bzw. Müdigkeit. Diese spezielle Randbedingung kann wiederum für andere Merkmale nicht zutreffen, wie z. B. emotionale Symptome.

Eine Interaktion zwischen zwei psychopathologischen Merkmalen kann die Verlässlichkeit der Diagnose, die

Reliabilität, vermindern, sowohl für psychopathologische Merkmale als auch für die klinisch neuropsychologischen Untersuchungsverfahren wie Merkfähigkeit.

Neurowissenschaftlich betrachtet ergibt sich eine Interaktion einerseits aus der Abhängigkeit der zwei zugrunde liegenden gestörten Gehirnfunktionen voneinander. Das Aufmerksamkeitssystem beeinflusst z. B. das System der Einspeicherung von Gedächtnisinhalten, so dass die Einspeicherung von Merkitems besser gelingt, wenn die Aufmerksamkeit ungestört ist. Andererseits wirkt sich die Aktivität eines Funktionssystems auf viele andere aus. Beispielsweise wirken sich die vielen vegetativen, kognitiven, motorischen Ausprägungen einer Angstreaktion wiederum auf andere Gehirnfunktionen aus, die dann weitere psychopathologische Merkmale hervorrufen. Durch die Funktion des einen Funktionssystems werden viele andere angestoßen. Es ergibt sich ein syndromaler Zusammenhang.

Vielfach kommt es zu nicht vermeidbaren Überschneidungen mit differenzialdiagnostischen Aspekten: Handelt es sich im konkreten Fall um zwei Merkmale oder ist das eine Merkmal einfach nur Ausdruck des anderen? Für die Dokumentation des psychopathologischen Befundes ist das Notieren beider Merkmale wichtig. Für die Analyse des Falles kann versucht werden, differenzialdiagnostisch abzugrenzen, ob nur ein Einflussfaktor vorliegt, ob also dieser Faktor das beobachtete oder berichtete Phänomen vollständig erklärt. Dieser erklärende Faktor könnte ggf. psychopathologisch identifiziert werden. Andernfalls ist zu fragen, ob beispielsweise das eine Merkmal nur Randfaktor des anderen ist (s. o.) oder die Interaktion eher auf der diagnostischen Ebene begründet ist.

Differenzialdiagnostische Abgrenzungen

Gibt es überhaupt die Differenzialdiagnose eines psychopathologischen Merkmals?

Differenzialdiagnose ist vom Ausschluss anderer Erkrankungen geläufig, also der nosologischen Ebene der Krankheiten. Wenn man aber auf zugrunde liegende, die Symptome verursachende Funktionsstörungen aus ist, muss auch die Frage geklärt werden, welche der psychopathologischen Merkmale im konkreten Fall tatsächlich zutreffen. Damit wird die Frage berührt, welche Funktionssysteme gestört sind, oder ob doch eher ein anderes psychopathologische Merkmal vorliegt, das das Krankheitsbild an dieser Stelle modifiziert.

Um die Bedeutung dieses Punktes in der speziellen Psychopathologie zu unterstreichen, sollen einige Bei-

spiele angeführt werden. Eine wichtige Differenzialdiagnose ergibt sich in der Schizophrenie: Es gibt Patienten, die annehmen, dass andere Menschen ihre Gedanken lesen können allein aus dem Grund, weil sie von den Stimmen, die sie hören, Inhalte erfahren, die nur sie gedacht haben. Sie haben sich gefragt, woher die Personen, die sie hören, diese Informationen haben und sind zu dem Schluss gekommen, dass die Personen ihre Gedanken lesen können. Dies ist ein anderes Merkmal als das Erleben der Gedankenausbreitung oder das Erleben der mystischen Einheit zweier Personen mit dem telepathischen Austausch von Gefühlen und Gedanken. Das zweite Beispiel der Aufmerksamkeitsstörung ist bereits dargestellt worden. Eine Aufmerksamkeitsstörung, die eine Gedächtnisstörung nach sich zieht, ist pathophysiologisch anders zu bewerten, als eine Gedächtnisstörung ohne die Aufmerksamkeitsstörung, die man bei »echten« amnestischen Syndromen findet, auch als Teil eines Demenzsyndroms vom Alzheimer-Typ. Weiterhin lassen Bewusstseinsstörungen die übrigen psychopathologischen Merkmale anders interpretieren als bei klarem Bewusstsein.

Die psychopathologische Dimension der Differenzialdiagnose wird häufig nicht betrachtet. Es ist aber nicht zu übersehen, dass differenzialdiagnostisch Probleme bei einzelnen Merkmalen bestehen und in bestimmten Sachverhalten von der Unmöglichkeit der Abgrenzung ausgegangen werden muss. Auch für einzelne psychopathologische Merkmale in den Kriterien der Klassifikationssysteme gilt die differenzialdiagnostische Abklärungsnotwendigkeit. Die einzelnen Merkmale sind darauf zu prüfen, ob nicht andere, in den Kriterien nicht genannte Krankheitszeichen, das fragliche Merkmal determinieren.

Eine Überschneidung mit der vorherigen Kategorie »psychopathologische Interaktionen« existiert. Bei der Differenzialdiagnose handelt es sich um die Abwägung, ob das andere Merkmal das Erleben bzw. Verhalten des Pat. besser beschreibt. Sie baut gewissermaßen auf die Kenntnisse der Interaktionsmöglichkeiten auf.

Weitere Charakterisierung

Was ist bei der Würdigung aller Vorüberlegungen für das Merkmal jenseits der Definition wichtig, was sind kritische Eigenschaften, was ist für die Diagnostik, die Psychopathologie zentral?

- Nicht definitiv wichtig, aber für die Abgrenzung des Merkmals sinnvoll zu erwähnen,
- klinisch bedeutend, aber beispielsweise nicht in allen Fällen zu beobachten.

Mit anderen Worten, die hier aufgeführten Informationen dienen der weiteren Bestimmung des Begriffs des besprochenen Merkmals.

Selbst-/Fremdbeurteilung

Dieser und die folgenden Abschnitte der Darstellung eines psychopathologischen Symptoms sind der Diagnostik gewidmet. Zunächst ist eine fundamentale Unterscheidung anzusprechen, die zwischen der Selbstbeurteilung, bei der dokumentiert wird, ob der Patient sagt, er höre Stimmen, er sei bedrückt oder glücklich etc. und der Fremdbeurteilung, bei der der Behandler, die Begleitpersonen oder das Pflegepersonal Beobachtungen zu einem Symptom dokumentieren, besteht. Selbstverständlich spielen bei der Selbstbeurteilung andere Faktoren eine Rolle als bei der Fremdbeurteilung, was man an den Fremdbeurteilungsmerkmalen wie Urteilsfähigkeit und Bewusstheit der Umgebung sehen kann. Dennoch ergeben sich Überschneidungen, indem einige Informationen über ein Merkmal vom Patienten, einige weitere aus der Beobachtung stammen. So kann beobachtet werden, dass der Patient, der sagt, er höre Stimmen, vonsonnen in eine Ecke des Raumes sieht und dann mit einer scheinbar dort befindlichen Person redet. Oder bei Aussagen über die Emotionalität stimmt das ganze Verhalten, aber besonders die affektive Ausdrucksmotorik mit der Äußerung überein, dass die Person bedrückt oder glücklich sei.

Es wurde versucht, Selbst- bzw. Fremdbeurteilung in Anteilen anzugeben (s. AMDP-System). Die Frage danach, zu wie viel Prozent die Selbstbeurteilung in die Diagnose eingeht, ist vielfach nicht zu beantworten. Deshalb wird hier nur die Angabe Selbst- und/oder Fremdbeurteilung gemacht.

Die Dokumentation von Fremd- und Selbstbeurteilung sollte möglichst getrennt erfolgen. Dies ist das Vorgehen der Wahl bei der Dokumentation von therapeutischem Erfolg. Bei der Depressionsremission ergeben sich beispielsweise regelhaft Unterschiede in der Einschätzung der Besserung der Stimmung. Die Angehörigen oder Besucher können schon sagen, dass die Person deutlich weniger bedrückt und der Antrieb besser ist. Der Patient aber bleibt bei seiner Selbsteinschätzung, dass die Bedrückung und deprimierte Stimmungslage maximal ist. Nicht nur zur Dokumentation dieser häufig zu beobachtenden Verzögerung der subjektiven vor der objektiven Stimmungsbesserung bei der Auflösung der Depressionssymptomatik ist es sinnvoll, Selbst- und Fremdbeurteilung zu

trennen, sondern auch für die Wahrnehmung von Suizidgefahr, die nämlich gerade in dieser Zeit, in der die objektive Antriebsbesserung und das subjektive Verbleiben in der schweren Bedrücktheit vorliegt, besonders hoch ist.

Interview für Rating

Bei einem Selbstbeurteilungsmerkmal muss eine Person befragt werden, beispielsweise, wie sie ihre Stimmung einschätzt oder ob sie sich gehemmt fühlt.

- Die Person soll eine Introspektion äußern. Viel Kritik ist an der Wissenschaft der Introspektion geübt worden. Aber in der Psychopathologie muss danach gefragt werden, ob ein Patient schwere Schmerzen, Trauer oder Scham fühlt, ob er grübelt oder Zwangsgedanken erlebt. Selbstverständlich sind Merkmale, welche auf diesen Informationen beruhen, durch eine diagnostische Unsicherheit charakterisiert. Der Interviewer muss für die psychopathologische Beurteilung lernen, inwieweit er im speziellen Fall der Information trauen kann.
- In einigen Fällen muss eine Fremdanamnese bemüht werden, weil zu erwarten ist, dass der Patient die Beobachtung nicht gemacht hat, darüber nicht sprechen möchte oder sie vergessen hat. Ein Beispiel ist die Fehlhandlung bei Apraxie, die bei Demenzsyndromen meist vergessen wurde und die aggressive Handlung, über die die Person gern schamhaft schweigen möchte.
- Es kann das Merkmal im Verhalten und im Verlauf des Interviews beobachtet werden. Auch kann das Verhalten auf einer Station oder in der Praxisumgebung beobachtet werden.

Neuropsychologie/Objektivierung

Einige Merkmale können nicht erfragt oder nicht sicher beobachtet werden, wie z. B. Orientierungsstörungen. Dann muss eine Aufgabe gestellt werden, beispielsweise, sich 3 Wörter für 5 min zu merken oder eine serielle Subtraktion durchzuführen (100 minus 7, 93 minus 7 etc., s. u.).

Bei psychopathologischen Testungen handelt es sich um die Dokumentation von Fehlern. Das ahnen die Patienten und dieser Umstand bringt es mit sich, dass sie derartige Fragen in der Regel missmutig beantworten und widerstrebend die Aufgaben erfüllen. In anderen Fällen kommt es vor, dass sie sich bei Testungen keine Mühe geben. Aus diesem Grund muss eine Testung mit besonderer Sorgfalt vorbereitet werden. Beispielsweise mit der

Einleitung, dass eine kurze Testung der Konzentration vorgenommen werden soll, die bei allen Patienten notwendig sei etc.

Nicht nur für die kognitiven Merkmale gibt es Untersuchungsprozeduren – sondern beispielsweise auch für die Prüfung der Frage, inwieweit die Stimmung bei verschiedenen affektiven Stimuli mitschwingt. Dafür ist in der Regel sinnvollerweise die Reaktion auch auf positive oder sogar heitere Inhalte zu lenken, auf die depressive Patienten selbst meist nicht kommen. Die Frage für die vielen verschiedenen psychopathologischen Merkmale ist demnach, ob es Untersuchungsprozeduren oder Tests dafür gibt.

Wenn eine Untersuchungsprozedur existiert, muss der Untersucher Erfahrungen sammeln und in der Durchführung und Interpretation geschult werden: Mit welchen Einflussfaktoren ist bei der Beurteilung der Leistung zu rechnen, wenn man eine Reaktion auf eine Untersuchungsprozedur beurteilt? Auf welche Verhaltensvariablen muss in der Beobachtung des Patienten geachtet werden?

Ist eine Objektivierung des Merkmals möglich? Ein Testergebnis bietet noch nicht notwendigerweise objektive Information. Die Objektivierung psychopathologischer Befunde hat bisher im Dornröschenschlaf verharret und ist ein Thema zukünftiger Forschung. Gegenwärtig spielt sie vor allem für Gerichtsgutachten eine Rolle. Aber das kann sich ändern. Für die Diskussion der Befunde für die Pflegeversicherung spielte die geringe Objektivierbarkeit der psychischen und kognitiven Einbußen dementer Patienten eine Rolle. Ein Testresultat ist nur hinsichtlich hoher Leistungen einigermaßen verlässlich, eine niedrige Leistung kann immer auf eine Tendenz bezogen werden, beispielsweise eine höhere Einstufung der Pflegeversicherung, ein Rentenbegehren oder finanzielle Kompensation nach Unfällen.

Hinsichtlich der Glaubwürdigkeit psychopathologischer Befunde ist die innere Konsistenz des Gesamtkrankheitsbildes entscheidend. Ergeben sich Inkonsistenzen im Befundmuster, vor allem im Leistungsprofil, bei dem die relative Schwierigkeit der Tests gut bekannt ist, dann ist der Befund nicht mehr als vertrauenswürdig anzusehen.

Häufig wird über die Frage diskutiert, ob eine dissoziative oder eine neurologische Störung vorliegt. Beispielsweise wird über einen fraglichen psychogenen epileptiformen Anfall diskutiert. Aber auch psychogener Bewusstseinsverlust kommt in der Klinik vor. Hier muss mit allem

klinischen Wissen und möglichst umfangreichen Informationen über die Vorgeschichte der Person die Konsistenz oder Inkonsistenz des Krankheitsbildes abgeklärt werden.

Schweregrad

Welche Anhaltspunkte gibt es für den Schweregrad, d. h. eine leichte oder schwere Ausprägung des psychopathologischen Merkmals und wie kann dies richtig beurteilt werden?

Die Einschätzung des Schweregrads erfordert Erfahrung in der Varianz der Ausprägung des psychopathologischen Merkmals. Wer nie eine schwere depressive Verzweiflung gesehen hat, wird eine Person, die momentan traurig ist und weint, für schwer depressiv halten. Aber gewöhnlich sind erst die Patienten mit aufgehobener Schwingungsfähigkeit, die nicht mehr weinen können, in der höchsten Ausprägung deprimierter Verzweiflung. Wenn ein Untersucher nur mild depressive und ängstliche Ambulanzpatienten kennt, kann er den Schweregrad von wahnhafter Depression oder akuter schwerer schizophrener Psychose nicht einschätzen.

Wie soll man die Schweregrade unterschiedlicher Merkmale vergleichen können? Es ist verführerisch, Außenkriterien anzulegen. So wurden in manchen Ansätzen die rein subjektiven Merkmalsausprägungen als leicht, diejenigen, welche die Umwelt stören, als schwer eingestuft. Aber das führt auch nicht zu befriedigenden Ergebnissen, weil viele Merkmale vorwiegend subjektiv bleiben.

Bei der Darstellung der Merkmale soll die Varianz des Merkmals geschildert werden, um dem Leser erste Hinweise auf die Spannbreite der Ausprägung des Phänomens zu geben.

Ein Hinweis auf die Bedeutung der Validität einer Schweregradabschätzung ist die übliche Rating-Praxis. Der Schweregrad eines Syndroms, beispielsweise des depressiven Syndroms, wird anhand von Skalen abgeschätzt, welche aus einer Aufsummierung von einzelnen Symptomen bestehen oder nur in der Auszählung der Zahl erfüllter Kriterien der Klassifikationssysteme. Jeder wird sofort zustimmen, dass es sich dabei um ein problematisches Verfahren handelt. Der Grund für dieses Vorgehen ist jedoch, dass die Schweregradabschätzung in Trainings für die psychopathologische Skalen immer als am wenigsten reliabel erscheint, während man sich eher über das Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein eines Merkmals einigen kann. Eine trainierte und reliable Ein-

schätzung des Merkmals »bedrückte Stimmung« liegt dem Kern des Syndroms jedoch viel näher und könnte so eine angemessenere Einschätzung der Tiefe der Depression ergeben.

Pathognomonisch – das Merkmal ist pathognomonisch für welches psychiatrische Krankheitsbild

Einige Merkmale sind diagnostisch wegweisend für eines der psychiatrischen Krankheitsbilder. Mit anderen Worten – gibt es praktisch keine Differenzialdiagnose, sondern die Identifikation dieses Merkmals weist diagnostisch auf das Vorliegen des speziellen Krankheitsbildes hin. Diese Symptome haben eine herausgehobene Stellung in der Nosologie: So haben Ich-Störungen in Form von Fremdbeeinflussungserleben und Phonemen in Form von dialogisierenden Stimmen einen hohen Stellenwert bei der Identifikation von schizophrenen Krankheitsbildern. Aber eine pathognomonische Stellung liegt bei nur wenigen psychopathologischen Merkmalen vor.

Spezifikationen

Ab wann ist eine Beobachtung als ein psychopathologisches Merkmal zu werten, ab wann als eine Spezifikation eines anderen Merkmals? Diese Frage ist nicht einfach zu beantworten. Wenn für jede Spezifikation ein eigenes Merkmal geprägt würde, hätten wir es mit wesentlich mehr psychopathologischen Symptomen zu tun. Auf der anderen Seite könnte man nur von psychopathologischen Bereichen sprechen und alles andere in Spezifikationen dokumentieren. Bei Wahngedanken werden viele Spezifikationen aufgeführt wie Schuldwahn, Verfolgungswahn oder Größenwahn, welche in anderen psychopathologischen Darstellungen eher den Charakter des weiteren Symptoms hatten.

Im Extremfall verursacht die Zusammenfassung der Merkmale zu Gruppen mit vielen Spezifikationen eine zu grobe psychopathologische Einteilung. Aus diesen Gründen ist im Folgenden der Versuch eines Kompromisses gewählt worden. Ziel ist es, Unterscheidungen in der Fülle psychiatrischer Beobachtungen zu machen, die helfen, eine Kennzeichnung homogener Gruppen von mental-physiologischen Zuständen zu erreichen; wobei zu vermuten ist, dass diese mental-physiologischen Zustände mit den zugrunde liegenden Funktionszuständen der psychiatrischen Krankheiten eng zusammenhängen.

Ein Faktor, der für die Gruppierung von psychiatrischen Beobachtungen herangezogen wurde, ist die **terminologische Abgrenzbarkeit**, wie bei Illusion und Hal-

luzination bzw. Pseudohalluzination. In den Anfängen der Psychopathologie konnte man die Symptome nicht erklären, konnte aber Abgrenzungen vornehmen, welche mit der logischen Struktur und vor allem der psychologisch-philosophischen Definierbarkeit zusammenhängen. Bei den Wahngedanken stellen schon die verschiedenen Wahnhalte Klassen dar, die auch differente Mechanismen beinhalten können. Ein depressiver Wahn ist mit Sicherheit auf andere pathophysiologische Mechanismen gegründet, als ein flüchtiger Bestehlungswahn eines Dementen. In den Anfängen der Psychiatrie wurden sie als unterschiedliche Erkrankungen diskutiert.

Für die Spezifikation eines Merkmals ist zunächst die Frage wichtig, ob es unterscheidbare Klassen des Merkmals gibt. Dabei ist die Gefahr der Überspezifikation nicht zu unterschätzen. Die zukünftige Forschung kann herausfinden, dass nur eine beschränkte Menge von Merkmalen und Spezifikationen mit der Störung neurowissenschaftlich identifizierbarer Funktionsstörungen des Gehirns zusammenhängen, welche eine für die Therapie ausreichende Beschreibbarkeit der psychischen Leiden ermöglichen wird. Es ist also möglich, dass sich einige globale Merkmale herausfinden lassen, die zentral mit genetisch-pathophysiologischen Faktoren eng assoziiert sind. Mit anderen Worten, die Gefahr besteht, dass wir gezwungen sind, eine diagnostisch unerhebliche Varianz des Merkmals zu spezifizieren, die in der gegenwärtigen Psychiatrie zur Schweregradbeurteilung und zur Verlaufsbeurteilung herangezogen werden.

Persönlichkeitseinflüsse

Die oben angesprochene Varianz in der Erscheinungsform psychischer Störungen hängt nicht unerheblich mit Persönlichkeitsfaktoren zusammen. Die unterschiedlichen Formen der Persönlichkeiten sind geradezu als Gruppen von Manifestationsformen psychischer Faktoren zu verstehen. So drückt sich eine Trauer bei einem ängstlich vermeidenden Menschen vollkommen anders aus als bei einer narzistisch histrionischen Person. Die Rolle der Charakteristika der Person für die Symptomatik ist nicht zu unterschätzen. Das bedeutet aber, dass die Diagnostik in der Psychiatrie allein deswegen schon eine schwierige Kunst ist, als der Anfänger die Persönlichkeiten kennen lernen muss, um deren Einflüsse auf die Gestaltung der psychopathologischen Merkmale einschätzen zu können.

Die Persönlichkeitseinflüsse sollten zwar für die meisten Merkmale eine Fehlervarianz darstellen, die in der Diagnostik zu berücksichtigen, aber für das einzelne Merkmal

nicht zu werten ist. Darüber hinaus jedoch sind für einige Merkmale pathophysiologische Interaktionen möglich oder wahrscheinlich. Deutlich ist dies beim Zwang: Bei den Symptomen, der Persönlichkeitscharakterisierung und der Krankheit der Zwangssphänomene wird die Interaktion von psychopathologischem Symptom und Persönlichkeitscharakteristika beispielhaft deutlich. Es muss aber bereits hier auf Unterschiede in der Symptomatik zwischen der zwanghaften Persönlichkeit und der Zwangskrankheit hingewiesen werden; d. h. es handelt sich nicht einfach nur um eine unterschiedlich starke Ausprägung der Symptomatik, welche bestimmt, ob es sich um eine zwanghafte Persönlichkeit oder eine Zwangskrankheit handelt. Es kann eine leichte Zwangskrankheit geben und zudem eine schwere zwanghafte Persönlichkeitsstörung. Auch für die schizotype Persönlichkeit gilt eine inhaltliche Verwandtschaft zur schizophrenen Erkrankung und natürlich für die Ängstlichkeit und die Angsterkrankungen.

Wir haben also einerseits spezifische oder gar pathogenomische Symptome, die zu den entsprechenden Persönlichkeitsformen und auch speziellen psychischen Krankheitsbildern gehören und andererseits Persönlichkeitsformen, welche allgemeiner die oben besprochene Manifestationsform psychischer Merkmale charakteristisch verfärben – wie narzisstische oder vermeidende Persönlichkeitsformen.

Begriffliche Probleme des Merkmals

Abschließend soll für jedes Merkmal auf die Probleme eingegangen werden, die mit all den oben genannten Einflüssen zusammenhängen. Die Probleme des psychopathologischen Symptoms können sich

1. auf die psychiatrisch diagnostische Relevanz des Merkmals
2. die Reliabilität der Diagnose oder
3. eine mögliche enge Assoziation an andere Merkmale beziehen.

Ein Beispiel ist die Abgrenzung von Gedankenausbreitung als Ich-Störung und wahnhafter Erklärung der kommentierenden Stimmen.

Für das spezielle psychopathologische Merkmal können konzeptuelle Zweifel hinsichtlich der Definition bestehen; oder Modelle der Philosophie des Geistes beziehen sich auf das spezielle Symptom.

Neurowissenschaftliche/kognitiv-neurowissenschaftliche Modellvorstellungen

Neben der neurowissenschaftlichen Einleitung in die Merkmalsgruppe werden bei den einzelnen Symptomen sowohl neurowissenschaftliche als auch speziell kognitiv-neurowissenschaftliche Modelle erwähnt. Diese können beim einzelnen Merkmal nicht ausführlich erklärt, anschaulich gemacht und begründet werden. Deshalb steht am Anfang einer Gruppe von Symptomen eine neurowissenschaftliche Einleitung, welche die wichtigen Grundmechanismen erklärt.

Die beim einzelnen Symptom erwähnten neurowissenschaftlichen Faktoren stellen häufig noch nicht mehr als Hypothesen und Modellentwürfe dar. Zum Teil gibt es eine Fülle von Hypothesen, so dass nicht alle erwähnt werden können.

Literatur

-
- AMDP, Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (1997) Das AMDP-System. Hogrefe, Göttingen
- Charney DS, Nestler EJ (2004) Neurobiology of mental illness, 2nd edn. Oxford Univ Press, Oxford
- Gebhardt R, Pietzcker A, Strauss A et al. (1983) Skalenbildung im AMDP System. Arch Psychiatr Nervenkr 233: 223–245
- Goldstein K (1934) Der Aufbau des Organismus. Einführung in die Biologie unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen am kranken Menschen. Martinus Nijhoff, Haag
- Hoche AE (1912) Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. Z Ges Neurol Psychiatr 12: 540–551
- Jaspers K (1942) Allgemeine Psychopathologie, 4. Aufl. Springer, Berlin
- Kagan J (2001) Biological constraint, cultural variety and psychological structures. In: Damasio AR, Harrington A, Kagan J et al. (eds) Unity of knowledge. The convergence of natural and human science. Ann N Y Acad Sci 935: 177–190
- Ramachandran VS (2004) A brief tour of human consciousness. Pi Press, New York
- Renfordt E (1986) Quantitative analysis of speech behavior of depressed patients under a drug therapy. Psychiatr Dev 4: 135–146

Wahrnehmung – neuropsychologische Störungen

- 2.1 **Wahrnehmungselemente –20**
- 2.2 **Objektwahrnehmung –21**
- 2.3 **Klinik –22**
 - 2.3.1 Apperzeptive Agnosie –22
 - 2.3.2 Simultanagnosie –23
 - 2.3.3 Störung der Exploration des Raums –23
- 2.4 **Neurowissenschaft –23**
 - 2.4.1 Objektidentifikation – »What Pathway« –23
 - 2.4.2 Ensemblekodierung –24
 - 2.4.3 Die Identifizierung eines Objekts –24
 - 2.4.4 Wahrnehmung der Umgebung – konstruktivistische Position –25
 - 2.4.5 Spezialisierte Neurone in der Wahrnehmung –26
 - 2.4.6 Gedächtnis, Wissen oder Perzeption –26
 - 2.4.7 Vorstellung –26
 - 2.4.8 Aufmerksamkeitseffekte –26
 - 2.4.9 Weiterleitung der Objektinformation –27
 - 2.4.10 Auswirkungen von Störungen elementarer Informationsverarbeitungsschritte – »Weak Input« –28
- 2.5 **Psychopathologische Merkmale der Wahrnehmung –28**
- Literatur –30**

Die Störung der primären Wahrnehmung wird hier dargestellt – vorwiegend der visuellen und akustischen. Sie ist einerseits wichtig wegen psychopathologischer Symptome, die bei fortgeschrittenen Demenzsyndromen vorliegen können, andererseits sind die Mechanismen der Wahrnehmung wichtig zum Verständnis von komplexen Wahrnehmungsstörungen wie den Halluzinationen. Auf dem Weg eines Stimulus durch das Gehirn betrachten wir den ersten Schritt, die Wahrnehmung. Sie ist in der Agnosie gestört – ein seltenes neuropsychologisches Syndrom, das beispielsweise bei degenerativen Hirnerkrankungen beobachtet wird. Da Störungen der primären Wahrnehmung in der Psychopathologie nur eine geringe Bedeutung haben, werden die Störungen nur knapp dargestellt. Die komplexen Wahrnehmungstäuschungen, die viel häufigeren Halluzinationen, werden in ► Kap. 12 geschildert.

Beispiel

Ein fast 90-jähriger Mann klagt über schlechtes Sehen. Der Optiker habe keine bessere Brille mehr anpassen können. Manchmal probiere er eine alte Brille aus oder beide übereinander. Aber er könne nicht mehr die Zeitung lesen, worunter er leide. Er müsse sich bei jedem Weg begleiten lassen. Nur in seinem Haus kenne er sich ausreichend aus, so dass er Wege allein gehen könne. Die Untersuchung erbrachte eine ausreichende Sehschärfe und den Ausschluss von Gesichtsfeldeinschränkungen. Beim Versuch, übereinander gezeichnete Figuren mit dem Finger nachzuverfolgen, zeigte sich, dass er die einzelnen Figuren nicht mehr voneinander abgrenzen konnte und auch nicht benennen konnte, welche Figuren sich in dem Liniengewirr verbargen.

Ist die elementare Wahrnehmungsstörung als psychopathologischer Symptombereich verzichtbar?

Agnostische Störungen sind seltene Symptome. Viele Psychiater haben sie nicht oder nur vereinzelt gesehen. Aber sie kommen in der Diagnostik der Demenzen, des Delirs, der Halluzinationen bei sensorischer Einschränkung und der Abgrenzung von neurologischen Wahrnehmungsstörungen aufgrund der afferenten sensorischen Bahnen vor.

Bei älteren depressiven Patienten breitet sich ein Insuffizienzerleben vor allem auch auf das Sehen aus und

ein Hilfesuchverhalten kann dazu beitragen, so dass die Frage der Wahrnehmungsfähigkeit geprüft werden muss. Bei jungen Menschen mit ängstlich histrionischen Syndromen werden Tunnelsehen und eine sogenannte hysterische Blindheit beschrieben.

2.1 Wahrnehmungselemente

Die erste Gruppe von Wahrnehmungsstörungen umfasst die von sensorischen Elementen. Bei dieser Art der Störung werden in der visuellen Modalität Kanten, Ecken oder farbige Flächen nicht mehr fehlerfrei wahrgenommen. In der akustischen Modalität werden klangliche Eigenschaften nicht mehr sicher wahrgenommen – beispielsweise von Sprache, insbesondere wenn mehrere Sprecher gleichzeitig sprechen. Im Folgenden werden wir die Agnosien vorwiegend am Beispiel der visuellen Wahrnehmung darstellen.

Die Elemente der Wahrnehmungsgegenstände werden in der alltäglichen Wahrnehmung nicht einzeln wahrgenommen, sondern nur die vollständigen Objekte. Das wird jedem deutlich, der versucht, komplexere Figuren, beispielsweise einen Menschen, abzuzeichnen. Die Wahrnehmungselemente fallen einer Person im Alltag nicht auf, sondern nur, wenn sie beispielsweise ein noch nie gesehenes Objekt in schlechter Beleuchtung nicht identifizieren kann. Wenn es jedoch identifiziert ist, ist der Person die Bedeutung deutlich und die Wahrnehmung der Elemente der visuellen Gestalt tritt vollkommen in den Hintergrund. Wir können uns über die Steuerung der Aufmerksamkeit darauf konzentrieren, die Figurelemente zu sehen.

Die Störung der Informationsverarbeitung auf der Ebene der elementaren Wahrnehmungsmerkmale führt auch zu Problemen mit der Abgrenzung der Objekte, d. h. in der Frage, was gehört zu dem einen, was zu einem anderen Objekt und andererseits der Identifikation von gleichen Objekten in verschiedenen Ansichten, aus verschiedenen Perspektiven und Entfernungen.

Das Wahrnehmen einer Klasse von elementaren Wahrnehmungsmerkmalen kann gestört sein. Ein Beispiel ist die genetisch bedingte Farbenblindheit. Aber auch Hirnschädigungen im okzipito-temporalen Bereich führen zur Achromatopsie, der Unfähigkeit, die Farben von Objekten wahrzunehmen, z. B. in einem Quadranten des Gesichtsfeldes. Bei einer Depression kann das subjektive Erleben der Farben vermindert sein, die Personen meinen, die Far-

2.2 · Objektwahrnehmung

ben seien verblasst oder alles sei »grau in grau«. Auch die Wahrnehmung der Bewegung von Objekten kann gestört sein (Zihl et al. 1983).

Wenn Formelemente nicht richtig identifiziert werden können, wird die Störung als **apperzeptive Agnosie** bezeichnet. Wenn die Formwahrnehmung nicht gelingt, ist in der Folge auch die Identifikation von Objekten erschwert. Die Unterscheidung einer Ebene der Informationsverarbeitung der elementaren Wahrnehmungsmerkmale und einer Ebene der Objekterkennung wird durch eine sog. doppelte Dissoziation belegt, die für neuropsychologische Beweisführungen essenziell ist:

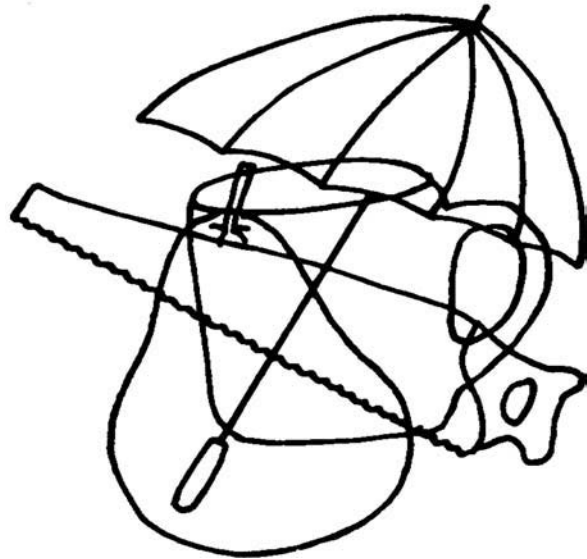
Einerseits finden sich Patienten, welche die Elemente der Wahrnehmung wie Formen, Kanten, Ecken oder auch Farben nicht unterscheiden können, die aber, wenn auch mit leichteren Problemen, einfache Objekte unterscheiden und identifizieren können. Andererseits finden sich Patienten (s. u.), die Objekte in der visuellen Modalität nicht unterscheiden können, die sie in deren elementaren Wahrnehmungsmerkmalen jedoch beschreiben oder abzeichnen können. Dies belegt eine Dissoziierbarkeit von Störungen der Ebene der Merkmals- und Objekterkennung.

Die Erschwerung der Formanalyse in der Wahrnehmung wird als **visuelle Formagnosie** bezeichnet. Patienten können verschiedene Objekte nicht sicher unterscheiden, d. h. sie können nicht unterscheiden, ob zwei Formen gleich oder unterschiedlich sind (Milner u. Goodale 1995; Hildebrandt et al. 2004). Sie haben bereits beim Erkennen des Zusammenhangs von Konturen Probleme.

Eine erschwerte Wahrnehmung der Form von Objekten kann mittels überlappender Umrisszeichnungen untersucht werden. Dabei können die Figuren vom Patienten nicht auseinandergelassen werden und dementsprechend weder benannt, noch mit dem Finger verfolgt werden (■ Abb. 2.1 Poppelreuther Figuren).

2.2 Objektwahrnehmung

In der zweiten Gruppe geht es um die Objektwahrnehmung. Diese Stufe ist für die Psychopathologie wichtig. Bei einer Objektagnosie kann die Person keinen Zugang zur Bedeutung gewinnen, obwohl die Kanten, Ecken und Kurven, also die Elemente der Wahrnehmungsgegenstände, richtig identifiziert werden (s. z. B. Hécaen u. Albert 1978). Die Person kann sogar, wie oben dargestellt, die Figur abzeichnen, weiß aber nicht, was sie gezeichnet hat, weiß nicht zu beschreiben, was mit dem Objekt



■ **Abb. 2.1.** Poppelreuther Figuren – Überlappende Figuren stören gegenseitig die primäre Informationsverarbeitung, was bei der apperzeptiven Agnosie zu einer Erschwerung der Objektklassifikation führt. Ein Patient mit gleichzeitigen Sprachproblemen sollte gebeten werden, die Umrisse der Figuren nachzufahren, da sonst Benennstörungen und agnostische Störungen nicht unterschieden werden können

gemacht werden kann. Einer Patientin gelang die Kopie eines filigran gezeichneten Strandkrebsses, aber sie wusste nicht zu sagen, was das Bild darstellen sollte und riet hilflos herum.

Die geschilderte Unterteilung führt dazu, dass man mindestens 2 Ebenen der neuronalen Repräsentation von Objekten im Gehirn annehmen muss:

1. Psychophysische Ebene der elementaren Wahrnehmung von sensorischen Elementen:
 - visuell, somatosensorisch, akustisch,
 - räumlich, sensomotorisch,
2. Objektbedeutung, begriffliche Ebene, semantische Ebene der Objekterkennung.

Die Informationsverarbeitung in dieser zweiten Ebene ist bei der Objektagnosie oder assoziativen Agnosie gestört, d. h. Qualitäten des nicht erkannten Objekts können durchaus für die Person verfügbar sein (Farbe, Formelemente etc.), aber die semantische, sprachliche Ebene wird nicht erreicht – »perception stripped off its meaning« (Teuber 1968). Dadurch kommt es zu der scheinbar para-

doxen Situation, dass der Patient die Figur abzeichnen kann, aber nicht weiß, was sie bedeutet.

Wenn ein Patient ein Objekt nicht benennen kann, muss natürlich differenzialdiagnostisch geklärt werden, ob es nicht an einer aphasischen Störung der Wortfindung liegt. Schon früh hat man von einer Diskonnektion gesprochen, was die Störung des Informationsflusses von der Ebene der Objektwahrnehmung zur Ebene der Wortfindung, dem Lexikon bezeichnet. Für diese logisch klar abgrenzbaren Stufen der Informationsverarbeitung gibt es wiederum ein Spektrum von Fällen, die eher noch einer gestörten Analyse der Wahrnehmungselemente zugehören oder umgekehrt eher einer Störung der Objektbenennung, die man als optische Aphasie oder auch modalitätsspezifisches visuelles Fehlbenennen bezeichnet hat.

Bewusste Wahrnehmung

Eine weitere Unterteilung der Objektwahrnehmung kann nach dem Grad der Bewusstheit der Wahrnehmung erfolgen. Hierbei steht die bewusste Wahrnehmung im Kontrast zu unbewusst impliziter Wahrnehmung und Reaktion (Farah u. Feinberg 1997, ► Kap. 8 Bewusstsein). Eine unbewusste Wahrnehmung kann zu reflexartigen Bewegungen führen, wie im Straßenverkehr bei der raschen Reaktion auf ein von der Seite kommendes Fahrzeug. Wir haben gelernt, zu reagieren, bevor wir das Objekt klar gesehen und bewusst wahrgenommen haben. Das bewusste Wahrnehmen erfolgt oft erst zeitlich deutlich nach dem Schreck, den ein derartiger Beinahe-Unfall ausgelöst hat. Im Alltag nehmen wir die meisten Objekte der Umgebung unbewusst wahr und reagieren mehr oder weniger reflektorisch darauf.

Definitionen

1. Apperzeption wird als Wahrnehmung von Elementen von Objekten aufgefasst, auf die beispielsweise in Reaktionszeitexperimenten reagiert werden kann, bevor noch das ganze Objekt bewusst wahrgenommen wird.
2. Perzeption wird als bewusste Wahrnehmung verstanden.

Für die Qualität der Bewusstheit der Wahrnehmung wird auf ► Kap. 8 Bewusstsein verwiesen.

2.3 Klinik

Agnostische Störungen fallen vor allem wegen der Benennstörungen und wegen Problemen mit dem Erkennen von Personen auf. Auch die Beobachtung von Ungeschicklichkeiten im Alltag lassen bei genauer Beobachtung darauf schließen, ob eine Person »Sehprobleme« hat. Für die Agnosie ist z. B. fremdanamnestisch der Bericht wertvoll, dass Objekte und Menschen nicht mehr konstant und sicher erkannt werden. Kann eine Person nicht mehr sicher greifen, die Greifbewegung jedoch ohne Objekt durchführen, liegt in einigen Fällen eine unimodale Apraxie vor, bei der die Sinnesinformation nicht mehr für die Greifbewegung genutzt werden kann. Dadurch kann die Bewegung nicht mehr an die räumlichen Verhältnisse des Objekts angepasst werden.

Beispiel

Vielfach kommt es bei gerontopsychiatrischen Patienten vor, dass sie sagen, sie können die Umwelt nicht mehr recht erkennen, sie seien auf einem Auge blind oder sie benötigen immer hellere Lampen für das Lesen, immer stärkere Lupen und kritischere Brilleneinstellungen. Dann kaufen sie eine neue Brille und benutzen mehrere Brillen (»multiple spectacle syndrome«). Bei der Untersuchung stellt sich heraus, dass sie eine Form der Agnosie haben.

2.3.1 Apperzeptive Agnosie

Bei der apperzeptiven Agnosie können die elementaren sensorischen Merkmale der wahrzunehmenden Objekte nicht mehr identifiziert werden. In der Diagnostik wird vielfach die Erschwerung der Wahrnehmung untersucht. Im Fall einer apperzeptiven Agnosie erschwert bereits eine Variation der Perzeptionsbedingungen die Wahrnehmung stärker als es bei Kontrollpersonen zu beobachten ist. Beispielsweise das Durchstreichen von Objekten oder Buchstaben führt dazu, dass sie nicht mehr erkannt werden können. Im Gegensatz dazu erkennt eine gesunde Person auch die durchgestrichene Figur sofort klar und deutlich.

Bei der Untersuchung werden die oben dargestellten überlappenden Figuren Poppelreuthers geprüft. Ein Patient mit einer apperzeptiven Agnosie wird trotz ungestörter Punkt- und Linienwahrnehmung und ungestörtem Gesichtsfeld