

Friedel M. Reischies

Psycho- pathologie

Merkmale psychischer Krankheitsbilder
und klinische Neurowissenschaft

2. Auflage

 Springer

Psychopathologie

Friedel M. Reischies

Psychopathologie

Merkmale psychischer
Krankheitsbilder und klinische
Neurowissenschaft

2. Auflage

 Springer

Friedel M. Reischies
Arbeitsgruppe Neuropsychiatrie und
psychiatrische Neuropsychologie
Charité Universitätsmedizin Berlin
Berlin, Deutschland

ISBN 978-3-662-68298-2 ISBN 978-3-662-68299-9 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-68299-9>

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

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2007, 2024

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Katrin Lenhart

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Das Papier dieses Produkts ist recycelbar.

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

Vorbemerkungen zur 2. Auflage

Mit der 2. Auflage liegt eine vollständige Textrevision vor, in der Fehler korrigiert, Unstimmigkeiten beseitigt wurden und die Verständlichkeit des Texts verbessert werden konnte.

Eine Aktualisierung ist erfolgt, neue Forschungsergebnisse werden dargestellt und neue Modelle der psychopathologischen Merkmale eingeführt.

Der Dank gilt einerseits dem Verlag Springer Nature, der die Neuauflage ermöglicht hat und andererseits den Kollegen der AMDP-Systemgruppe, besonders Dr. Rainer Schaub und Dr. Sascha Augsten. Weiterhin danke ich Kollegen der Abteilung für Psychiatrie der Charité, deren Diskussionen über die psychopathologische Diagnostik mir viele wertvolle Anregungen gegeben haben, besonders Dr. Martin Voss. Danken möchte ich für die Hilfe beim Bearbeiten des Manuskripts Dr. Rudolf Weiß und Dr. Antonia Kersting-Reischies.

Berlin
September 2023

Friedel M. Reischies

Inhaltsverzeichnis

1	Psychopathologie und Neurowissenschaft	1
1.1	Was ist Psychopathologie?	1
1.1.1	Warum spezielle Psychopathologie – Klinische Aspekte	3
1.1.2	Neurowissenschaft der Psychopathologie	5
1.1.3	Psychopathologie der Syndrome	7
1.1.4	Forschung	8
1.1.5	Einteilung der Symptome und Untergliederung	9
1.1.6	Beispiel: Bedrücktheit, Depressionssyndrom und -krankheiten	11
1.2	Einführung in die Kapitelstruktur	14
	Literatur	21
2	Wahrnehmung – neuropsychologische Störungen	23
2.1	Wahrnehmungselemente	24
2.2	Objektwahrnehmung	25
2.3	Klinik	26
2.3.1	Apperzeptive Agnosie	26
2.3.2	Simultanagnosie	27
2.3.3	Störung der Exploration des Raums	27
2.4	Neurowissenschaft	27
2.4.1	Objektidentifikation – »What Pathway«	27
2.4.2	Ensemblekodierung	28
2.4.3	Die Identifizierung eines Objekts	28
2.4.4	Konstruktivistische Position der Wahrnehmung	28
2.4.5	Spezialisierte Neurone in der Wahrnehmung	30
2.4.6	Gedächtnis, Wissen oder Perception	30
2.4.7	Vorstellung	30
2.4.8	Aufmerksamkeitseffekte	30

2.4.9	Weiterleitung der Objektinformation	31
2.4.10	Auswirkungen von Störungen elementarer Informationsverarbeitungsschritte – »Weak Input« Modell.	31
2.5	Psychopathologische Merkmale der elementaren Wahrnehmung	33
	Literatur.	34
3	Episodisches Gedächtnis	37
3.1	Einführung	37
3.2	Autobiographisches Gedächtnis.	39
3.3	Gedächtnisprozesse	39
3.3.1	Einspeichern.	39
3.3.2	Konsolidierung.	40
3.3.3	Speicher	40
3.3.4	Abruf	40
3.4	Modalitäten	42
3.5	Methoden der Untersuchung	43
3.6	Klinik	43
3.6.1	Anterograde Amnesie.	43
3.6.2	Retrograde Amnesie.	43
3.6.3	Verlauf der Entwicklung von antero- und retrograder Amnesie.	44
3.7	Diagnostik	45
3.7.1	Anterograde Amnesie.	46
3.7.2	Orientierungsstörungen	48
3.7.3	Retrograde Amnesie.	49
3.8	Neurowissenschaft.	49
3.8.1	Neuronale Gedächtnisphänomene – Veränderungen an den Synapsen	51
3.8.2	Hippokampus und die Einspeicherung in neuronale Netzwerke	55
3.8.3	Posthippokampale Phase	56
3.9	Psychopathologische Merkmale des episodischen Gedächtnisses.	59
	Literatur.	66
4	Aufmerksamkeit	69
4.1	Einführung	69
4.2	Definitionen	72
4.2.1	Kategoriale Unterscheidungen.	73
4.2.2	Dimensionale Merkmale	73
4.2.3	Kontrolle/Faktoren der Aufmerksamkeit	75
4.2.4	Verlauf der Aufmerksamkeitsprozesse.	75
4.3	Störungen der Aufmerksamkeit, klinische Störungsbilder	76
4.3.1	Beispiele gestörter Aufmerksamkeitsfunktionen bei psychiatrischen Krankheitsbildern.	77

4.3.2	Störung der Komponenten der Aufmerksamkeit . . .	78
4.3.3	Inhaltliche Aufmerksamkeitsstörungen	80
4.3.4	Aufmerksamkeit und Alter.	81
4.3.5	Neglect	81
4.4	Diagnostik	82
4.5	Neurowissenschaft	83
4.5.1	Vigilanz und Müdigkeit	85
4.5.2	Arousal, Attentiveness	86
4.5.3	Fokussierte Aufmerksamkeit	90
4.6	Psychopathologische Merkmale der Aufmerksamkeit.	96
	Literatur.	101
5	Zentrale Motorik.	103
5.1	Abgrenzung und Überblick	103
5.1.1	Reaktive Bewegungen	104
5.1.2	Spontanbewegung	104
5.1.3	Handlung motiviert durch Belohnungserwartung	104
5.1.4	Fehler in der Routinemotorik – Apraxie	105
5.2	Hierarchische Ebenen der Spontanmotorik	105
5.2.1	Entstehen einer Handlungsintention	105
5.2.2	Konzept der Handlung und Sequenz motorischer Akte	106
5.2.3	Elementarbewegungen und komplexe Bewegungsabläufe	106
5.2.4	Kontrolle des Motorischen Ablaufs	107
5.3	Klinik der Störung zentraler Motorakt-Skripte bzw. Aktionsschemata	108
5.4	Diagnostik	109
5.4.1	Untersuchung der Praxie	109
5.4.2	Spezielle Apraxieformen	111
5.5	Neurowissenschaft	111
5.5.1	Motorkortex	112
5.6	Psychopathologische Merkmale der zentralen Motorik . . .	114
	Literatur.	115
6	Exekutive Funktionen und Arbeitsgedächtnis	117
6.1	Einführung	117
6.2	Störung exekutiver Funktionen und des Arbeitsgedächtnisses	118
6.3	Neurowissenschaft	119
6.3.1	Kontrolle spontaner Bewegungen	119
6.3.2	Arbeitsgedächtnis.	120
6.4	Neurowissenschaft der komplexen exekutiven Regulation	121
6.5	Psychopathologische Merkmale der exekutiven Kontrolle	121
	Literatur.	123

7	Antrieb,Intentionsbildung–Handlungs-und Bewegungsstörungen	125
7.1	Das Konstrukt des Antriebs	125
7.1.1	Eigenantrieb versus Fremdantrieb	127
7.1.2	Unbewusste Antriebsvariablen.....	127
7.1.3	Menge der gezielten motorischen Aktionen als Parameter der Antriebslage.....	127
7.1.4	Handlungsdynamik und Mühe.....	128
7.1.5	Verschiedene Faktoren der Stärke des Antriebs... ..	129
7.1.6	Ambivalenz und Unsicherheit der Informationen über den Prozess der Intentionsbildung.....	131
7.1.7	Wille versus Antrieb.....	131
7.1.8	Aufmerksamkeit und Antrieb.....	131
7.2	Klinik.....	131
7.2.1	Antriebsstörungen	131
7.3	Diagnostik	132
7.4	Neurowissenschaft.....	135
7.4.1	Neurophysiologie der selbst generierten Handlungen	135
7.4.2	Neurophysiologie der Antriebselemente	135
7.4.3	Modell der Neurone in der prämotorischen Integration	140
7.4.4	Illusion der Selbst-Zuschreibung der Handlungsinitiierung	141
7.4.5	Metabolische Effekte auf die Handlungsvorbereitung und Menge der spontanen Handlungen.....	141
7.4.6	Neurobiologie der psychomotorischen Störungen.....	142
7.5	Psychopathologische Merkmale des Antriebs und der Psychomotorik	142
	Literatur.....	157
8	Bewusstsein	159
8.1	Einführung.....	159
8.2	Definitionen	162
8.2.1	Bewusste Wahrnehmung, bewusste Erinnerung	162
8.2.2	Komponenten des Bewusstseins	163
8.2.3	Konzepte von »unbewusst«	168
8.3	Klinik.....	169
8.3.1	Störungen des Bewusstseins und der Bewusstheit der Umgebung	170
8.3.2	Schwere Störungen der Bewusstheit der Umgebung/Übergang in das Koma	171
8.3.3	Störung von Bereichen des Bewusstseins	172

8.4	Diagnostik	172
8.5	Neurowissenschaft	174
8.5.1	Bewusstsein als Systemzustand der menschlichen Informationsverarbeitung: Randfaktoren	174
8.5.2	Bewusste Wahrnehmung	175
8.5.3	Maskierung	175
8.5.4	Dual task	175
8.5.5	Blindsight	176
8.5.6	Aktives Bewusstwerden	176
8.5.7	Bewusste und nicht bewusste Emotion	177
8.5.8	Bewusster Abruf aus dem Gedächtnis	177
8.5.9	Bewusste vs. nichtbewusste Handlung	178
8.5.10	Minimale neuronale Ereignisse für die Bewusstheit einer Wahrnehmung?	179
8.5.11	Selbstgenerierter des Fokus des Bewusstseins. . .	179
8.5.12	Sensomotorische Rückmeldung	180
8.5.13	Zusammenfassung	181
8.6	Psychopathologische Merkmale des Bewusstseinsbereichs.	183
	Literatur.	188
9	Sprache	191
9.1	Einführung	191
9.1.1	Sprachverständnis	192
9.1.2	Sprachproduktion	194
9.1.3	Einteilung nach linguistischen Kriterien	195
9.2	Klinik	195
9.2.1	Sprachverständnisstörung	195
9.2.2	Sprachproduktion	196
9.3	Diagnostik	197
9.3.1	Sprachverständnis prüfen	198
9.3.2	Sprachproduktion – Spontansprache im Interview	199
9.4	Neurowissenschaft	199
9.4.1	Trainierte neuronale Netzwerke	200
9.4.2	Fehler in der Sprachverarbeitung	201
9.4.3	Entdifferenzierung und Fehlerstatistik	202
9.4.4	Parallele Verarbeitungswege im Sprachverständnis und hierarchische Verarbeitungswege	202
9.4.5	Aphasische Fehler und die Diagnostik von Hirnschädigungssymptomen	203
9.5	Psychopathologische Merkmale der Sprache	203
	Literatur.	205

10 Denken	207
10.1 Einführung	207
10.1.1 Alltagsdenken	212
10.2 Funktionen des Denkens im Alltag	213
10.2.1 Alltagsbedürfnisse organisieren	213
10.2.2 Gespräch im Alltag	213
10.3 Elemente des Alltagsdenkens	214
10.4 Klinik	215
10.5 Diagnostik	218
10.6 Neurowissenschaft	220
10.6.1 What Pathway	221
10.6.2 Interaktion von Bottom-up- und Top-down-Prozessen	221
10.6.3 Aktivierung eines Denkinhalts	221
10.6.4 Zwei gleichzeitig aktive Denkinhalte	222
10.6.5 Selektive Aktivierung und Bewusstwerden von Denkinhalten	223
10.6.6 Selektive Aktivierung von Denkinhalten	223
10.6.7 Frontal Loops	225
10.6.8 Selektivität	226
10.6.9 Working Memory bei Denkprozessen	226
10.6.10 Integration von verschiedenen Informationsquellen	227
10.6.11 Rolle exekutiver Funktionen beim Denken	229
10.7 Psychopathologische Merkmale des Denkens – formale Denkstörungen	230
Literatur	241
11 Emotion und Affekt	243
11.1 Einführung	243
11.1.1 Emotion, Stimmungslage, Affekt und Valenz ...	244
11.1.2 Welche Empfindungen werden zu den Emotionen gezählt	245
11.1.3 Subjektive und objektive Aspekte der Emotionen	246
11.1.4 Psychopathologische Faktoren im Gegensatz zu normaler Emotionalität	247
11.1.5 Auslösung, Erleben und Ausdruck	248
11.1.6 Stellung in der Psychopathologie	252
11.1.7 Emotionales Erleben – ein Epiphänomen?	252
11.1.8 Unvollständigkeit der klinischen Evidenz	252
11.2 Klinik	253
11.2.1 Störung der Emotionen, Affekte	253
11.3 Diagnostik	255
11.3.1 Reaktion der Person auf das Erleben der Emotion	258
11.4 Neurowissenschaft	259
11.4.1 Einleitung	259
11.4.2 Verschiedene Ebenen der Emotionen	260

11.4.3	Neuropsychiatrische Befunde	264
11.4.4	Neurowissenschaftliche Modelle spezieller Emotionen	265
11.4.5	Neurowissenschaft der Affektkontrolle	275
11.4.6	Zusammenfassung der neurowissenschaftlichen Aspekte der Emotion	278
11.5	Psychopathologische Merkmale der Emotion und Affekte	278
11.5.1	Negative Valenz – Depressives Syndrom	279
11.5.2	Positive Valenz	294
11.5.3	Aggression	296
11.5.4	Weitere Emotionen	299
11.5.5	Emotionale Ansprechbarkeit und Affektkontrolle	300
11.5.6	Zwangsgedanken und -handlungen	308
	Literatur	313
12	Sinnestäuschungen	317
12.1	Einführung	317
12.1.1	Abgrenzungen	319
12.1.2	Halluzinationen als sogenannte „psychotische Symptome“	319
12.1.3	Dimensionen der Halluzinationen	320
12.2	Klinik	322
12.3	Diagnostik	323
12.4	Neurowissenschaft	325
12.4.1	Neuronale Netzwerke und Halluzinationen	325
12.4.2	Abnorme elektrische Aktivität	326
12.4.3	Störung der Afferenz und des Monitorings	326
12.4.4	Vorstellung und die Aktivierung von primären Sinnesarealen	329
12.4.5	Zusammenführung verschiedener pathophysiologischer Faktoren	330
12.5	Psychopathologische Merkmale der Sinnestäuschungen	334
	Literatur	342
13	Ich-Störungen	345
13.1	Einführung	345
13.2	Erscheinungsformen und Abgrenzung von Ich- Störungen	345
13.2.1	Erlebensqualität	346
13.2.2	Störung der Ich-Umweltgrenze	347
13.2.3	Dimensionen der Erfahrung des Selbst	347
13.3	Klinik	348
13.4	Diagnostik	348
13.5	Neurowissenschaftliche Erklärungsansätze	348
13.6	Psychopathologische Merkmale	350
	Literatur	356

14	Wahn – inhaltliche Denkstörungen	357
14.1	Einführung	357
14.1.1	Definierende Elemente des Wahns	359
14.2	Erscheinungsformen des Wahns	360
14.2.1	Einflussfaktoren auf die Wahnthemen	360
14.2.2	Sekundärer Wahn	361
14.2.3	Einsichtsstörung wegen kognitiver Defizite.	361
14.2.4	Einfluss der Emotion auf Wahn	361
14.2.5	Verlauf des Wahns	363
14.2.6	Übergangsformen	364
14.3	Klinik	364
14.3.1	Wahn bei Schizophrenie	365
14.3.2	Wahn bei Depression	365
14.3.3	Wahn bei Zwangssyndromen	366
14.3.4	Capgras-Syndrom	366
14.3.5	Wahnkrankheit	366
14.3.6	Wahnsymptomatik bei Demenz	366
14.4	Diagnostik	367
14.4.1	Wahngeleitetes Verhalten	367
14.5	Neurowissenschaftliche Erklärungsansätze	368
14.5.1	Spezielle Mechanismen, die Wahnentstehung erklären	369
14.5.2	Allgemeine Mechanismen	372
14.5.3	Emotionale Einflüsse auf die Wahngedanken ...	373
14.5.4	Aufrechterhaltung des Wahns	374
14.5.5	Weitere Einflussfaktoren	375
14.6	Psychopathologische Merkmale	376
	Literatur	382
15	Urteilsfähigkeit	385
15.1	Einführung	385
15.2	Störung der Urteilsfähigkeit	388
15.3	Diagnostik der Urteilsfähigkeit	389
15.3.1	Untersuchungsverfahren	389
15.4	Psychopathologische Merkmale der Urteilsfähigkeit	390
	Literatur	394
16	Ausblick	395
	Literatur	397
	Stichwortverzeichnis	399



Psychopathologie und Neurowissenschaft

1

Inhaltsverzeichnis

1.1 Was ist Psychopathologie?	1
1.1.1 Warum spezielle Psychopathologie – Klinische Aspekte.....	3
1.1.2 Neurowissenschaft der Psychopathologie	5
1.1.3 Psychopathologie der Syndrome	7
1.1.4 Forschung	8
1.1.5 Einteilung der Symptome und Untergliederung.....	9
1.1.6 Beispiel: Bedrücktheit, Depressionssyndrom und -krankheiten	11
1.2 Einführung in die Kapitelstruktur.....	14
Literatur	21

1.1 Was ist Psychopathologie?

Die Psychopathologie *erklärt die handelt von* den einzelnen Zeichen psychischer Erkrankungen; man kann von den kleinsten Beschreibungseinheiten psychopathologischer Veränderungen sprechen, den klinischen Elementen der Syndrome und Krankheitsbilder.

Die Psychopathologie hat Blütezeiten erlebt, als sie für die Erforschung von Krankheitsbildern eine Differenzierung und Gruppierung der Verlaufsformen verschiedener psychiatrischer Krankheiten, bzw. Störungen ermöglichte. Ebenso wie in einer frühen Phase der Erforschung von Sprache die Untersuchung von Sprachstörungen nach lokalisierten Hirnläsionen wichtig war, d. h. die Wissenschaft der Störbarkeit von Sprache, so war es die Psychopathologie bei der Erforschung des menschlichen Geistes und des psychischen Apparats.

Jetzt ist die Neurowissenschaft aufgeblüht – es stehen technische Verfahren der Bildgebung, der Biochemie und vor allem der Genetik zur Verfügung. Ein Ziel spezieller psychopathologischer Forschung ist nun die neurowissenschaftliche Erklärung von z. B. Wahn und Halluzinationen.

Psychopathologie bleibt neben der klinischen Diagnostik einerseits notwendig, um als Untersuchungsdisziplin gute technische oder Laboruntersuchungen über psychische Krankheiten durchführen zu können, 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: Wie können wir uns erklären, dass Angst oder Wahn als Krankheitszeichen auftreten? 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 Erklärungs-Modell für die Elemente psychischer Störungen?
- Was sind die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für das Auftreten des psychopathologischen Symptoms?

Bereiche 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 Buch wird die Diskussion um derartige Einteilungen nur am Rande erwähnt.

Worum geht es bei den psychopathologischen Merkmalen? In einer psychopathologischen Untersuchung werden zum einen Äußerungen der Person und zum anderen Ereignisse im Verhalten beobachtet. Das sind objektive Handlungen, sowohl motorische Aktivität als auch speziell Sprechakte. Vieles für die Untersuchung Wichtiges drückt die Person jedoch nicht aus – sie spricht nicht darüber. Auf dieser Seite geht es um sehr persönliche Erlebnisse, Erfahrungen, Emotionen etc. Die subjektive Seite soll erschlossen werden. Dazu sind die Äußerungen der Person über ihr Erleben notwendig. Erst in einem vertrauensvollen Gespräch kann es der Person ermöglicht werden, darüber zu sprechen.

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 zum Teil mit Empathie, zum Teil mit der Würdigung kultureller Unterschiede zwischen der Person und den Untersuchenden zu tun (Heinz 2023). Eine andere Ebene soll hinzugefügt werden. Ramachandran (2004) betont: 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.

Wir haben eine neue Ebene der Psychopathologie vor uns: Neurowissenschaftliche Erklärungen der abnormen Handlungen und auch der abnormen Erlebnisweisen von Personen mit psychischen Krankheiten. Die Psychiatrie steht zwar noch am Anfang der neurowissenschaftlichen Erforschung dieser Phänomene, aber in den nächsten Jahren oder Jahrzehnten werden wir dem Patienten erklären können, warum die 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 großen Teil falschen – populären Erklärungen ist im Umlauf. Das deutet auf den Bedarf einer wissenschaftlichen Erklärung der Symptome aufseiten der Patienten hin. In psychoedukativen Sitzungen sprechen wir mit den Patienten auch über diese Modelle.

Fazit

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

Was ist spezielle Psychopathologie? Die Psychopathologie ermöglicht die Beschreibung des funktionalen Zustands der Person hinsichtlich möglicher Beeinträchtigung der psychischen bzw. mentalen Bereiche. Sie verwendet dafür Informationen, die aus dem Verhalten in der Untersuchungssituation geschlossen werden oder Informationen, die von der Person mitgeteilt werden. 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 psychiatrische Untersucher beurteilen Patienten aus den Beobachtungen auf der Station – dies gilt vor allem im Verlauf – sie

achten auf die Psychomotorik, den Emotionsausdruck, den Eigenantrieb, die Aufmerksamkeit etc. Sie verlassen sich weniger auf das ausführliche Interview.

Interview. Im Interview gibt es vielfältige Interaktionsmöglichkeiten, Widerstände, Selbstdarstellungstendenzen, Simulation etc. Dazu kommen Übertragungsphänomene, d. h. sowohl Patienten übertragen Gefühle und Einstellungen auf die Untersuchenden als auch umgekehrt. Über dadurch mögliche Verzerrungen müssen sich die Untersuchenden klar sein. Dazu kommen Vorurteile auf beiden Seiten: Beispielsweise akzeptieren manche Patienten aus anderen Kulturen noch heute eine Ärztin nicht als kompetent, da sie nur männliche Ärzte kennen.

Subjektiv. Ein Person 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 geschieht leider nicht selten. Die psychopathologische Diagnostik in der Klinik beruht darauf, einen Kontakt zum Patienten aufzubauen. Dazu gehören gut ausgebildete Personen und spezielle Rahmenbedingungen.

1.1.1 Warum spezielle Psychopathologie – Klinische Aspekte

Die Wissenschaft der Psychopathologie scheint in den Hintergrund getreten zu sein. Die Symptome sind klinischer Alltag, es wird über sie praktisch nicht geforscht. Im Wesentlichen wird über Kombinationen von Symptomen, über Syndrome geforscht. Es wird vom depressiven Syndrom, vom paranoid-halluzinatorischen Bild etc. gesprochen – so als hätten wir es mit feststehenden Krankheitsbildern zu tun. Die Syndrome sind in ihrem Zusammenhang mit den Diagnosen nach den internationalen Klassifikationssystemen quasi festgeschrieben.

Dieses Buch ist der Psychopathologie der Einzelsymptome gewidmet. Die Gliederung er-

folgt nicht in Syndromgruppen (s. u.), sondern in psychopathologischen bzw. neurowissenschaftlichen Gruppen.

Der neurowissenschaftliche Ansatz bringt es mit sich, dass nicht die psychologische Erklärung von Symptomen im Mittelpunkt steht. Hier wird die deskriptive Psychopathologie dargestellt. Es geht also nicht darum, zu versuchen, empathisch die Symptomenese nachzuvollziehen, mögliche Motive zu verstehen – warum eine Person „ausrastet“, verzweifelt ist, im Freudentaumel oder im Affekt eine Tat beging.

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.

Psychische Krankheiten werden als Zustands-Verlaufs-Einheiten aufgefasst und diagnostiziert. Was ist das? A) Der Zustand wird psychopathologisch beschrieben: ein Befund aus einer Anzahl von psychopathologischen Merkmalen, die beobachtet wurden – B) der Verlauf wird aufgrund der Informationen der Patienten oder Angehörigen über früher abgelaufene Phasen, deren Dauer, die Vollständigkeit der Remission und die Akuität und Umstände des Auftretens des gegenwärtigen Krankheitsbildes etc. rekonstruiert.

Seit Einführung der internationalen Klassifikationssysteme DSM und ICD, welche 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 Krank-

heiten vorgeschlagen hat. Auch objektive Verlaufsinformation werden dadurch wichtiger als die beobachtbaren und im trainierten psychopathologischen Interview eruierten psychopathologischen Symptome. Sicherlich kann viel Information über die psychischen Krankheiten per Interview – auch über ein Computerinterview – ermittelt werden. Aber durch die Beschränkung auf abfragbare Merkmale wird ein Großteil der Psychopathologie aus der Diagnostik ausgeschlossen – neben den zu beobachtenden Merkmalen auch z. B. die sensible und unzuverlässig und problematisch zu erhebende Information über Symptome der Schizophrenie wie Halluzination, Ichstörungen oder Wahn. Damit ist die häufige Differenzialdiagnose einer psychotischen Störung per Computerinterview nicht zu klären. Das ist ein schwerer Nachteil für die psychisch Kranken.

- ▶ Die vollständige Erfassung und die diagnostische Würdigung des psychischen Krankheitsbildes gelingen nur durch die sorgfältige psychopathologische Untersuchung mit Befragung und Beobachtung in einem psychopathologischen Interview.

Ein wichtiger weiterer Umstand ist zu betonen: Die diagnostischen Kriterien der Klassifikationssysteme sind differenzialdiagnostisch optimiert. Sie beschreiben nicht etwa das ganze Krankheitsbild. So wird beispielsweise Angst nur bei den Angsterkrankungen erwähnt, da es konstitutiv für die Diagnose dieser Krankheitsbilder ist. Unter klassifikatorischen Aspekten ist das Symptom Angst bei anderen Erkrankungen deshalb nicht wertvoll. 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 Kurz-Interviews mit sich bringen, die nur die Klassi-

fikations-Kriterien abprüfen, wenn Verdachtsmomente in eine Richtung leiten. Das hat aber für die Patienten dann ungünstige Folgen, wenn sie, z. B. in unseren obigen Beispielen, mehr unter Angst leiden als unter der bedrückten Stimmung oder Ich-Störungen.

Neben dem Ansatz der psychischen Krankheiten, der nosologischen Einheiten wurde der syndromale Ansatz in der Psychiatrie diskutiert (Hoche 1912, s. unten: Abschn. 1.1.3). Die psychiatrische Therapie, speziell die Psychopharmakologie, ist mehr syndromal als nosologisch ausgerichtet. Hier soll der Versuch unternommen werden, die Einzelsymptome, 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 klinisch unverzichtbar, neben der Rolle in der Diagnostik, vor allem auch für die Beobachtung der feinen Veränderungen im Verlauf. Diese sind zur Kontrolle und Steuerung der Therapie entscheidend. Gegenwärtig werden in den Syndromskalen jeweils mehrere psychopathologische Merkmale für das depressive, manische, paranoid-halluzinatorische oder andere Zielsyndrome eingesetzt. Ausfüllen von Rating-Skalen stellt zur Zeit vielfach die einzige psychopathologische Tätigkeit klinischer Psychiater dar.

Deskriptive Psychopathologie: Präsentation psychischer Krankheit – Klinische Oberfläche und Störung von Funktionssystemen

In einer psychiatrischen Exploration zur Diagnostik wird zunächst erst einmal eine klinische „Oberfläche“ einer Person deutlich. 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 deskriptiv-psychopathologische Ansatz die Basis für weitergehende Untersuchungen schafft und es auch ermöglicht, unter die Oberfläche zu schauen. Es geht um die Störung von neurowissenschaftlichen Funktionssystemen, welche regelhaft mit psychischen Symptomen einhergehen. Die Funktionssysteme können wiederum aufgrund von unterschiedlichen Krankheitsprozessen gestört sein, seien es emotionale Reaktionen auf Umweltsituationen oder die Aktivierung von genetisch determinierten Krankheiten oder andere Krankheitsmechanismen.

Nicht versucht werden soll eine unzulässige Reduktion des pathologischen Erlebens auf grobe neurowissenschaftliche Funktionsprinzipien. Die Neurowissenschaft erklärt und prädiiziert nicht die Vielschichtigkeit und Vielgestaltigkeit des individuellen Erlebens. Auf der Erlebenseite gibt es so viele unterschiedliche Syndrome wie Menschen, die darunter leiden. Keines ist dem des anderen gleich. Genau diesem interindividuell unterschiedlichen Erleben sieht sich der Untersucher gegenüber und versucht, etwas davon kennenzulernen, sich in das besondere Leiden der Person einzufühlen. Der Kliniker muss aber dann im nächsten Schritt das Erleben des Patienten mit den groben psychopathologischen Schubladen vergleichen, die das Erleben klassifizieren sollen. Die neurowissenschaftlichen Befunde der Psychopathologie beziehen sich nicht auf die Vielfalt individuellen Erlebens, sondern auf klinisch-pragmatisch bewährte Dimensionen und Kategorien der Beschreibung pathologischer Erlebensweisen.

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 er-

probten Begriffe auf die neurowissenschaftlichen Grundlagen hin abzuklopfen. Dabei werden einige Begriffe neu eingeführt, andere werden verändert werden müssen.

In diesem Buch stehen im Fokus des Interesses neben den psychopathologischen Symptomen ihre neurowissenschaftliche Erklärung. Warum beides: Psychopathologie und Neurowissenschaft?

Heute wissen wir mehr darüber, wie die »klinische Oberfläche« psychischer Krankheitsbilder neurowissenschaftlich zu erklären ist. Die Aufgabe ist, zu einer Pathophysiologie der psychischen Krankheitsbilder gelangen. In der Vielfalt der psychischen Phänomene können Merkmale gefunden werden, welche eng mit der Störung 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. Damit aber werden die Schizophrenien nicht zu neurologischen Krankheiten. Zugegeben, es ist noch ein langer Weg bis zur neurowissenschaftlichen Erklärung der psychischen Erkrankungen.

- ▶ 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, Abmilderung des Krankheitsbildes oder eine Verlaufsverbesserung geben.

Das Beispiel zeigt gleich auch einen weiteren Aspekt der Psychopathologie. Immer wieder wird an möglichst empfindlicheren apparativen oder laborchemischen Untersuchungsmethoden geforscht, die sensitiver als die psychopathologischen Merkmale die Schizophrenie diagnostizieren können. Bisher jedoch scheinen 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 die Symptome auf der Ebene der Hirnfunktionsstörungen erklären.

Ein Ansatzpunkt sind Symptome, die nach Hirnschädigungen zu finden sind. Damit ist gemeint, dass die verwandte Disziplin der Neuropsychologie Veränderungen, die nach einer Hirnfunktionsstörung, bzw. bei der Störung bestimmte Hirnstrukturen zu finden sind, erforscht, 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 Untersuchungen psychiatrischer Krankheitsbilder wird ein Endophänotyp gesucht, der spezifischer als die bekannten psychopathologischen Merkmale mit der genetischen Pathologie 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 z. B. die Proteine gestört sein, die mit der Informationsübertragung zu tun haben wie z. B. Rezeptoren in den Zellmembranen. 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 Störung ein charakteristisches Symptom wie Stimmenhören bewirkt. Die Beeinträchtigung 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.

Nicht nur eine genetische Störung, sondern auch toxische oder degenerative Krankheiten anderer Ursache führen zur Störung von Funktionssystemen des ZNS. Die Suche nach Indikatoren für zugrunde liegende dysfunktionale ZNS-Systeme ist eine der Zukunftsaufgaben der Psychopathologie und modernen Psychiatrie. Welches sind die entscheidenden Merkmale für die Assoziation oder sogar kausale Kopplung an die Störung bestimmter neurophysiologischer Funktionssysteme?

Dabei soll hier 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 »Gesamapparats« 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 Gold-

stein (Goldstein 1934) bereits hinwies, ein Neuropsychologe, der sich schon früh um die psychiatrischen Symptome kümmerte. Heute ist klar, 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 im ZNS,
3. bewusste Ausgleichsbemühungen der erkrankten Person, 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

Neurowissenschaftliche Grundlagen und Therapieprinzipien können für Syndrome gefunden werden, wie für das depressive Syndrom. Das depressive Syndrom umfasst viele unterschiedliche Bereiche, wie emotionale, kognitive oder vegetative Krankheitsmerkmale. Ursachen der Depression bewirken offenbar dieses Bündel an Symptomen gemeinsam. Die noch nicht bekannte pathophysiologische Ursache der bipolaren Erkrankung beispielsweise wirkt sich auf höchst unterschiedliche Funktionssysteme aus. Daraus scheint zu folgen, dass die einzelnen Symptome keine eigenständige Bedeutung haben. Es scheint so zu sein, dass es verschiedene Ebenen der pathophysiologischen Einflussnahme gibt, die syndromatische und die symptomatische.

Die bislang erbrachten Erfolge biologisch-syndromatischer Forschung entheben uns nicht der Notwendigkeit, die Frage nach der Pathophysiologie der einzelnen psychopathologischen Symptome zu beantworten. Wenn man nur die Syndrome untersucht, entzögen sich damit die

einzelnen Symptome der neurowissenschaftlichen Analyse. Dies ist aber für viele psychopathologische Symptome, zumindest diejenigen, welche bereits jetzt neurowissenschaftlich gut erklärbar sind, nicht angemessen. Selbst wenn man bedenkt, dass viele Symptome nicht nur in einem einzigen Syndrom, sondern in verschiedenen Syndromen auftreten, muss für die Aufklärung der Pathophysiologie der psychiatrischen Krankheitsbilder auch die Erklärung der Entstehung der einzelnen Symptome gelingen.

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.,
- extern metabolische Faktoren (z. B. toxische),
- psychosoziale Faktoren, d. h. spezielle auslösende Faktoren, die auch komplexe psychische Reaktionen beinhalten können.

Entscheidend für das Konzept dieser Darstellung, die Neurophysiologie 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 konstant definierbar.

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 Grundlage aller neurowissenschaftlicher Forschung in der Psychiatrie, denn für jede Studie wird eine genaue psychopathologische Untersuchung der Patienten notwendig sein. Dies gilt sowohl für diagnostische Kriterien als auch die Beurteilung des Therapieansprechens.

Die Forschung orientiert sich meist an den jeweilig gültigen Klassifikationskriterien (Charney und Nestler 2004). Ziel dieser Forschung ist die Therapie ätiologisch homogener Patientengruppen. 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 – beispielsweise Therapie des depressiven Syndroms oder des Symptoms Angst.

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

- Gen,
- Protein,
- Neuronenfunktion,
- Funktionssystem,
- Symptom.
- Dazu kommt die Frage, auf welcher Ebene eine Einflussnahme psychosozialer Faktoren geschieht.

Man hat von speziellen neurophysiologischen Merkmalen, als Endophänotypen gesprochen, die der genetisch verursachten Funktionsstörung auf der biologischen Seite näherkommen als die klinischen Klassifikationseinheiten. Dies gilt auch für einige Symptome der Psychopathologie. In dem Sinne könnten Markersymptome der Schizophrenie wie Ich-Störungen den gesuchten Endophänotypen der Schizophreniegene in der diagnostischen Qualität nahe kom-

men, 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, wie oben bereits angesprochen. Zu den durch veränderte Gene bewirkten Proteinstörungen kommen verschiedenartige Umweltfaktoren, die zum Krankheitsbild beitragen und es z. T. auslösen. Genfunktionen können in einer speziellen psychischen Reaktion auf die Umwelt an- oder ausgeschaltet werden. Eine psychische Reaktion führt zum Beispiel zu Schlaflosigkeit in einer Situation der Überbelastung der Person. Die Schlaflosigkeit kann wiederum Genfunktionen anstoßen, die zur Auslösung einer Manie führt – bei einer Person mit einer genetisch bedingten Disposition zur bipolaren affektiven Psychose. 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. Dazu kommen die gegenwärtig noch nicht ausreichend erforschten epigenetischen Kontroll-Faktoren der Genaktivität. Die geschilderte komplexe Kausalität dürfte auch für die Varianz der Penetranz der genetischen Disposition der verschiedenen psychiatrischen Krankheiten verantwortlich sein.

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 – d. h. die psychiatrische Forschung muss versuchen, diese Unterteilung im psychopathologischen Phänotyp der klinischen Diagnose zuzuführen und in den Einzelfällen zu belegen.

Die meisten Forscher sind sich einig, dass wir auch bei psychogenen Variationen psychischer Funktionen die Einwirkung im ZNS suchen müssen. Der oben angeführten Argumentation folgend nehmen wir eine normale Funktionsvarianz an, in denen sich „norma-

les“ psychisches Alltags-Leben und normale mentale Operationen abspielen. Bei psychopathologischen Symptomen psychischer Erkrankungen sind immer Gehirnfunktionen gestört. Es bedarf allerdings noch der Argumentation, was mit gestörter Hirnfunktion gemeint ist. Wird Freges Konzept von Funktionen und Argumenten angewandt (Kagan 2001), dann haben wir gestörte Hirn-„funktionen“ vor uns. Eine derart konzipierte Störung manifestiert sich an den jeweiligen Argumenten; als Argumente sind dabei die aktuellen Erfahrungen anzunehmen bzw. individuellen mentalen Inhalte. Dabei kann offengelassen werden, ob die Gehirnstruktur geschädigt ist, oder »psychologische Strukturen« dysfunktional wirken; mit psychologischen Strukturen ist gemeint, dass z. B. Erfahrungs-Einwirkungen auf das Gehirn in der Entwicklung eines jeden Individuums einen Korpus von Funktionen errichten, der sich in der Anpassungsleistung bewährt, sich allerdings z. B. bei traumatisch induzierten plastischen Einwirkungen 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

aufgekommen 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 pathologisch 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 (2022). 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. Seltenere 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 Jaspers-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, dass 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:

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 Sinnesindrücken 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 getrennt 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 ebnen.

1.1.6 Beispiel: Bedrücktheit, Depressionssyndrom 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

Betrachten wir eine Situation in einer psychiatrischen Klinik: Einem diensthabenden Arzt im Krankenhaus wird in der Nacht ein Patient gebracht, von dem die Angehörigen sagen »Er will sich umbringen«. Worauf soll der Arzt 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 zunächst 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 mit dem 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 Interviewfragebogens. Sie können aus einer Transkription eines Interviews weniger diagnostizieren. Aber aus einer Videoaufzeichnung mit unkenntlicher Sprachäußerung ist aus der Sprachmelodie z. B. 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 meist 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.

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 Veränderungen bzw. Ausdrucksbewegungen und 3. dem integrativen/Gesamt-Eindruck bei der untersuchenden Person – 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 gewinnt die Dokumentation des Syndroms auf Skalen an Einfluss. Auf einer der verschiedenen Skalen, die im Umlauf sind, wird nach einem Merkmal gefragt und es werden 1–4 Punkte für die Ausprägungsstärke des Merkmals vergeben, beispielsweise für Schlafstörung, deprimierte Stimmung, Antrieb, Angst, Suizidalität usw. Der Rater gelangt zu einem Summenscore, der auf Anzahl und Schweregrad der Depressionssymptome beruht (s. o.). Aufgrund der Beobachtung wird der Geübte jedoch auch eine davon unabhängige Einschätzung des Schweregrades der Depression haben. Die Beobachtungseinschätzung und der Summenscore

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.

- ▶ Die Beobachtung beim sorgfältigen Interview ist in der Regel valider als der Summenscore 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 US-amerikanische DSM-V-Klassifikationssystem 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 Depression – festgelegt, dass mehr als 4 dieser Symptome vorliegen müssen, damit die Krankheit diagnostiziert werden kann. Studien haben herausgefunden, dass ein deutlicher 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. Ein 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, als Teil verschiedener psy-

chiatrischer Krankheitsbilder 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. Klinisch 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 ein 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 orbitofrontale Kortex gestört sind. Was bedeuten diese neurowissenschaftlichen Befunde für die psychopathologische Untersuchung? Gegenwärtig bedeuten die neurowissenschaftlichen bildgebenden Befunde an Patientengruppen für einen einzelnen Patienten noch recht wenig. Über die Art des depressiven Syndroms kann neurowissenschaftlich noch nicht viel gesagt werden. Es ist noch nicht geklärt, was letztlich die Ursache für diese Funktionsstörung in Teilen des Gehirns ist.

Noch nicht geklärt ist weiterhin, warum die verschiedenen Symptome in einem Syndrom zusammen auftreten. Die Störung eines Elements des Zentralnervensystems (ZNS) kann je-

weils vielfache Folgen haben. Diskutiert werden genetische Faktoren mit Veränderungen in Proteinen oder der Genaktivierung, Störungen des Transmitterstoffwechsels oder neuroendokrinologische Störungen, die viele Funktionsbereiche betreffen. Auch kann es neurophysiologische Zusammenhänge von Prozessen geben, beispielsweise neuroanatomische und neurophysiologische Verbindungen zwischen Hirnfunktionssystemen, die eine Ausbreitung von pathologischen Funktionen auf andere Funktionssysteme bewirken.

Im Allgemeinen herrscht die Ansicht vor, 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.

Beispiel Suizidalität

Wie ist die Psychopathologie der Suizidalität – als Beispiel – einzuschätzen? Einer der wichtigsten differenzialdiagnostischen Schritte gelingt nach den oben angeführten Untersuchungsschritten bereits: Es kann geklärt werden, ob es sich um eine schwere depressive Erkrankung handelt, dann ist es eine möglicherweise lebensgefährliche Suizidalität besonders ernst zu nehmen. Findet sich eine Suizidalität im Rahmen einer wahnhaften Depression, ist die Gefahr größer und eine stationäre psychiatrische Behandlung vielfach notwendig. Die erkrankte Person ist zu schützen, denn nach der Behandlung geben diese Patienten regelmäßig an, dass sie sich umgebracht hätten und nun dankbar sind, dass sie gerettet wurden. Sie beschreiben, dass sie in der Krankheitsphase zu keinem klaren richtigen Urteil über ihre Situation haben kommen können. Wenn es sich um eine temporäre Verzweigung einer Person ohne psychiatrische Erkrankung handelt, kann eine kurze Krisenintervention bereits zur Entaktualisierung ausreichen.

Bei der Suizidalität hat es sich als sinnvoll erwiesen, zu unterscheiden zwischen bevorstehenden, vorbereiteten Handlungen, die mit großer Sicherheit zu Suizid führen, und Suizidversuchen, die auch den Charakter von Hilfe-

suchverhalten haben können. Ein psychopathologisches Merkmal ist in den letzten Jahren häufiger beobachtet worden: die Selbstverletzung. Diese hat mit Suizidalität weniger zu tun.

Die Prognose der Art von Suizidalität und der Wahrscheinlichkeit eines Suizids ist eine der Hauptaufgaben der Psychopathologie und gelingt umso besser, je genauer der Untersucher den Patienten in seinem Lebenslauf, seinen Zielen und Hoffnungen kennen lernt und wie genau er ihn psychopathologisch untersucht. Merkmale für akute Suizidalität sind beispielsweise das Vorliegen einer schweren depressiven Erkrankung, dem Patienten erscheint nichts mehr Wert, sein früher vorhandenes Wertgefüge 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 Kategorien beschrieben, wobei die folgenden 15 Kategorien nicht bei jedem Merkmal vollständig betrachtet, sondern ausgelassen werden, sofern es zu einer Kategorie jeweils keine Anmerkungen 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 haben sich für manche Symptome im Laufe der Entwicklung der Psychopathologie gewandelt. In dem Fall werden wichtige Konzepte und Begriffe aus der Entwicklung dargestellt. Die AMDP-Merkmalnummer wird angegeben. In vielen Fällen ist das Merkmal neu, variiert oder verändert.

Verwandte Begriffe. Vielfach gibt es synonyme Bezeichnungen für ein Merkmal, manchmal auch nur semantisch nahestehende 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 komplex zusammen. Beispielsweise interagieren Gedankendrängen und gesteigerter Antrieb im Denkbereich – und diese wiederum mit Inkohärenz, d. h. unzusammenhängenden Gedanken. Die prinzipielle Abhängigkeit bzw. Interaktion ist im Extremfall leicht vorzustellen, denn wenn eine Person mutistisch ist, fast nicht oder gar nicht spricht, kann eine Störung im formalen Denken nicht diagnostiziert werden – dies gilt im Übrigen dann auch für alle Merkmale, die eine Äußerung des Patienten erfordern. 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 kön-

nen nur diagnostiziert werden, wenn ein anderes Merkmal vorliegt oder nicht vorliegt.

Ein anderer Grund für Interaktionen ist, dass Merkmale gemeinsame Randbedingungen haben. Derartige Randbedingungen gehören nicht zum engen Begriff, aber beeinflussen das Merkmal, wenn sie zutreffen, wie Vigilanz/Müdigkeit – ein Beispiel stellen Funktionen des formalen Denkens dar, sie sind abhängig von 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 er-