

# **Berner Psychopathologie**

## **Handbuch**

### **Version 1.1**

**Februar 2011**



UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

I.	Einführung in die Berner Psychopathologie.....	3
1.	Einleitung .....	3
2.	Historischer Kontext .....	4
3.	Neurophysiologische Orientierung der Skala.....	7
4.	Abgrenzung pathologischer Symptome von intakten Ressourcen .....	8
5.	Beschränkung auf drei Domänen des Verhaltens.....	11
6.	Anwendung .....	11
7.	Domänen und Dimensionen .....	12
a)	Domänen .....	12
b)	Bipolare Dimensionen.....	13
8.	Mögliche Fragestellungen .....	14
II.	Handbuch der Berner Psychopathologieskala.....	15
1.	Allgemeiner Aufbau der Domänen.....	15
a)	Gliederung der Symptome .....	15
b)	Globale Beurteilung der Domänen.....	17
2.	Sprache.....	17
a)	Quantitative Symptome.....	17
b)	Qualitative Symptome.....	19
c)	Subjektive Zeichen.....	20
3.	Affekte.....	21
a)	Objektive Zeichen .....	21
b)	subjektive Zeichen .....	24
c)	indirekte Zeichen .....	27
4.	Motorik .....	29
a)	Quantitative Symptome.....	29
b)	Qualitative Symptome.....	30
c)	Subjektive Zeichen.....	31
5.	Globale Beurteilung.....	32
a)	Sprache .....	32
b)	Affekte .....	32
c)	Motorik.....	32

## **I. Einführung in die Berner Psychopathologie**

### **1. Einleitung**

Schizophrenie ist eine klinisch und wahrscheinlich auch ätiopathogenetisch heterogene Erkrankung. Trotz dieser auch heute allgemein anerkannten Feststellung werden wissenschaftliche Untersuchungen bis heute so durchgeführt, als handle es sich um ein homogenes Krankheitsbild, bei welchem man eine einheitliche Ursache erwarte. Lediglich die Unterscheidung in positive und negative Schizophrenie wurde wissenschaftlich systematisch verfolgt und hat zu interessanten, aber bisher noch nicht konklusiven Ergebnissen geführt.

Die vorliegende Systematik der Psychopathologie von Psychosen, die wir die Berner Psychopathologie nennen, ist ein Versuch, die Symptome schizophrener und schizophrenieartiger Erkrankungen objektiv zu erfassen und in eine Ordnung zu bringen, die es erlaubt, normales und durch die Krankheit verändertes Verhalten in Beziehung mit bekannten neurophysiologischen Regelkreisen zu bringen. Damit soll es einerseits möglich werden, neue, aus neurophysiologischer Sicht homogenere Untergruppen für wissenschaftliche Untersuchungen zu bilden und damit den Brückenschlag zwischen Psychopathologie und Neurophysiologie zu ermöglichen. Andererseits erwarten wir uns davon eine bessere und natürlichere Beschreibung der Veränderungen des Verhaltens und der Reaktionsbereitschaften unserer Patienten. In Folge kann sich die Behandlung und Betreuung unserer Patienten stärker und präziser als bisher an klar definierten intakten Fähigkeiten und gesunden Verhaltensweisen orientieren, d.h. an den Ressourcen anstatt vorwiegend an den Schwächen.

Die Entwicklung der Berner Psychopathologie nimmt ihren Ausgang in den Beschreibungen von Karl Kleist und Karl Leonhard, die akute Psychosen und bestimmte Subtypen der Schizophrenie in drei Verhaltensdimensionen erfassen. Diese werden wir in diesem Text Verhaltensdomänen nennen. Es handelt sich hierbei um die Sprache, die Affekte (hier ist die Gesamtheit der objektiven Zeichen und subjektiven Wahrnehmungen von Emotionen gemeint) und um die Willkürmotorik. Diese drei Domänen sind von besonderem Interesse, denn sie stimmen mit den wichtigen heute bekannten zerebralen Regelkreisen überein, welche die höheren, bewussten Verhaltensweisen des Menschen steuern. Zudem entsprechen sie den wichtigsten Kommunikationskanälen des Menschen, die sowohl in der Verhaltensbeobachtung als auch in Bezug auf beteiligte Hirnstrukturen eindeutig identifiziert und zugeordnet werden können: Konkret handelt es sich um die verbale Kommunikation und über die zwei wichtigsten nicht verbalen Domänen, d.h. den affektiv gesteuerten Ausdruck wie Mimik, Prosodie und Vegetativum sowie die Willkürmotorik, die ebenfalls wichtige, bewusst und unbewusst ausgedrückte und verstandene Informationen über die Absichten einer Person transportiert. Für jede dieser Domänen existieren zerebrale Regionen und Regelkreise, die für den Ausdruck einerseits und für die Wahrnehmung andererseits spezifisch zuständig sind. So wird Sprache von einer Person gesprochen, von der anderen verstanden, das gleiche gilt für den Ausdruck und das Verständnis von Mimik und Psychomotorik. Einige der beteiligten Hirnregionen und Regelkreise sind heute bereits sehr gut beschrieben, so z.B. der Ausdruck und das Verständnis von Sprache, die Entschlüsselung von Mimik oder Prosodie oder die Steuerung der Willkürmotorik. In dieser Logik wäre es durchaus interessant, die Störungen dieser drei Domänen nicht nur im Bereich des Verhaltens zu erfassen, sondern auch in Bezug auf das Verständnis, d.h. die Wahrnehmung und Interpretation. Obwohl wir überzeugt sind, dass dies ein wichtiger Gegenstand der psychiatrischen Forschung werden muss, beschränken wir uns aus Gründen der Praktikabilität hier zunächst auf die Beschreibung der Störungen des Verhaltens.

Für die wissenschaftliche und klinische Anwendung wurde ein operationalisiertes Instrument, die Berner Psychopathologieskala zur Erfassung von psychotischen Symptomen

entwickelt. Sie wird im zweiten Teil des Textes im Detail beschrieben. Wir legen besonderen Wert darauf, die Natur der Systematik zu deklarieren, d.h. den hypothetischen und den atheoretisch-deskriptiven Anteil der Skala sauber zu trennen. Atheoretisch und rein deskriptiv kann die inhaltliche Definition der Symptome in Form von sich gegenseitig ausschliessenden Gegensatzpaaren sowie ihre Zuordnung zu einer der drei Domänen – sprachlich, affektiv oder willkürmotorisch – angesehen werden. Hypothetisch ist dagegen die Ordnung in dimensionale Achsen und Polaritäten, die bei der globalen Beurteilung angewendet wird. Hier wird angenommen, dass es bei jeder Domäne eine Mittellage und zwei Ausprägungen in entgegengesetzte Richtung mit den extremen Polen der Hemmung und der Enthemmung gibt. Dieser Teil ist potentiell Gegenstand von klinischen und hirnpfysiologischen Untersuchungen, da überprüfbare Fragestellungen davon abgeleitet werden können.

Auf der deskriptiven Ebene wurde versucht, die Beschreibungen und die Art der einzelnen Symptome möglichst eindeutig zu definieren und zu bezeichnen. Das betrifft einerseits die Art der Erhebung, nämlich ob es sich um objektiv feststellbare oder subjektiv vom Patienten wahrgenommene und berichtete Symptome handelt (Zeichen oder Symptome). Weiterhin wurde in den Bereichen der Sprache und der Motorik unterschieden, ob es sich bei einem Symptom um eine rein quantitative Veränderung eines ansonsten normalen sprachlichen oder motorischen Vorgangs handelt (ein Mehr oder Weniger an Menge bzw. Geschwindigkeit) oder ob Elemente hinzukommen, die einen normalen Ablauf stören resp. ob notwendige Elemente fehlen. Im Bereich der Affekte stiessen wir auf ein anderes Problem, nämlich die Vermischung von Gedankeninhalten mit Gefühlszuständen, während die Einteilung in quantitative und qualitative Veränderungen wie bei den anderen Domänen nicht auf Anhieb möglich erschien. Dieses Problem wird im Text ausführlicher behandelt und hat uns bewogen, einen neuartigen Weg der Beschreibung von Affektzuständen einzuschlagen, indem erstmals eindeutig unterschieden wird zwischen objektiv feststellbaren Zeichen, subjektiv wahrgenommenen und verbalisierten Gefühlen sowie indirekten Symptomen, d.h. Denkinhalten, die mit einer gewissen Plausibilität einen Rückschluss auf den gleichzeitig vorhandenen Gefühlszustand zulassen. Die letzteren nennen wir indirekte Zeichen der Affektivität.

Die Skala erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da sie sich in diesem Stadium auf die Verhaltensdomänen beschränkt. Wahrnehmungen sowie Wahnideen werden nur dann erfasst, wenn sie für die Beurteilung der Affektlage relevant sind. Aus diesem Grunde kann sie im derzeitigen Entwicklungsstand auch nicht als diagnostisches Instrument angewendet werden. Dagegen kann sie zur wissenschaftlichen Untersuchung von spezifischen Störungen von einer oder mehreren Verhaltensdomänen angewendet werden sowie zur Beurteilung der beeinträchtigten wie auch der intakten Domänen für eine genauere, individuelle Beschreibung der Störung, für eine verständnisvolle und humane Kommunikation sowie für eine ressourcenorientierte Therapie dienen.

Nach einem Überblick über historische Hintergründe aktueller Psychopathologien und Klassifikationssysteme folgt eine genauere Beschreibung der Intentionen und der Systematik der Skala sowie Hinweise auf den Anwendungsbereich und auf mögliche wissenschaftliche Fragestellungen. Im zweiten Teil folgt das eigentliche Handbuch zur Skala, das die Anleitung zur Verwendung und die Symptomdefinitionen enthält. Dieses Handbuch ist in sich geschlossen, d.h. die Skala kann ohne die Erläuterungen des ersten Teils des Textes verstanden und angewendet werden.

## 2. Historischer Kontext

Der Versuch, eine neurophysiologische oder biologische Psychopathologie zu definieren ist sehr alt und wurde von vielen grossen Psychiatern des frühen 20. Jahrhunderts unternommen oder zumindest als erstrebenswert angesehen. So nahm Freud an, dass die meisten psychiatrischen Erkrankungen einschliesslich der Neurosen eine biologisch-organische Ursache haben. Kraepelin nannte für verschiedene Symptome und

Erkrankungen hypothetische organische Ursachen oder neuronale Mechanismen. Eugen Bleuler verfasste eine Naturgeschichte der Seele, in der er den Versuch unternahm, anhand der psychiatrischen Erkrankungssymptome – sozusagen als Ausfallmodell – die physiologisch angelegten Grundfunktionen der menschlichen Psyche zu erschliessen. Einen ähnlichen Versuch unternahmen Kretschmer mit seiner medizinischen Psychologie und Leonhard mit seiner biologischen Psychologie.

Nach den anfänglich enormen Erfolgen der Hirnforschung gelang es Anfang des 20. Jahrhunderts mit den damals verfügbaren Methoden nicht, das Verständnis der psychischen Erkrankungen als Hirnfunktionsstörungen wissenschaftlich näher zu ergründen. Weitreichende Erklärungsversuche aufgrund der bekannten Hirnstrukturen und -funktionen, wie sie von Carl Wernicke unternommen wurden, waren zwar spekulativ, aber – wie wir heute wissen – in vielen Punkten genial und seiner Zeit weit voraus. So postulierte er in ihren Grundzügen wichtige Mechanismen, die erst viel später bewiesen werden konnten, wie die „Long Term Potentiation“, das hirnelektrische „Binding“, die dezentrale Speicherung von Gedächtnisinhalten in lokalen Netzwerken (er nannte das Phänomen "Erinnerungsbilder") oder den Entstehungsmechanismus von Halluzinationen. Es handelte sich mehr um Spekulationen als um Hypothesen, die zum damaligen Zeitpunkt unbeweisbar waren. Viel grössere und leider negative Auswirkungen hatte die Tatsache, dass die damalige Psychiatrie seinen Gedanken nicht folgen konnte (weder in ihrer Natur als wissenschaftlich sinnvolle und legitime Theorien noch in ihrem Inhalt) und ihm dieses unvollständige Verständnis seiner Vorstellungen über die Hirnfunktionen umgekehrt als Reduktionismus zum Vorwurf machte ("Hirnmythologie") woraufhin seine Überlegungen sozusagen als ungehörig deklariert wurden und in Vergessenheit gerieten bzw. gar nicht perzipiert wurden (so existiert auch keine englische Übersetzung seines "Grundriss der Psychiatrie"). Da Wernicke 1905 im Alter von 57 Jahren bei einem Fahrradunfall starb, konnte er seine Thesen auch nicht lange genug persönlich verteidigen, um national oder gar international Gehör zu erlangen.

Aus diesem stark polarisierten Klima der ersten Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts zwischen Wissenschaftlern, die versuchten Verbindungen zwischen Psyche und Hirnfunktionen herzustellen und jenen, die einen solchen Versuch a priori kategorisch ablehnten, war die Ausgangslage für die Entwicklung verschiedener Dogmen in der wissenschaftlichen Psychologie und Psychiatrie, die im Laufe des 20. Jahrhunderts nicht nur das Verständnis psychologischer und psychopathologischer Phänomene, sondern auch die Entwicklung der wissenschaftlichen Paradigmen entscheidend prägte. Eines der wichtigsten und sicher das folgenreichste dieser Dogmen war die Idee von der "reinen Psychiatrie", die von Kurt Schneider formuliert und sich in der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg mit der Ausbreitung der Heidelberger Schule weltweit durchsetzte. Sie stellt daher bis heute implizit ein grundlegendes Ordnungsprinzip der Psychopathologie in allen gängigen Lehrbüchern und Manualen dar. Die Idee der "reinen Psychiatrie" geht davon aus, dass es einen Teil – sozusagen eine Essenz – der menschlichen Psyche gibt und immer geben wird, der mit naturwissenschaftlichen Methoden nicht erfasst werden kann. Umgekehrt ist demnach all das, was naturwissenschaftlich erklärt werden kann, nicht die "reine Psychiatrie", sondern Neurologie. Schneider war sich dieses Sachverhaltes durchaus bewusst und räumte ein, dass die Psychiatrie mit jeder neuen wissenschaftlichen Erkenntnis über hirnhysiologische Grundlagen von psychischen Krankheiten etwas kleiner werden würde.<sup>1</sup>

Ein weiteres Dogma, das später auf die psychologischen und psychiatrischen Wissenschaften durchaus ähnliche Auswirkungen hatte wie die Idee der "reinen Psychiatrie" war die "black box" von Skinner. Auch mit diesem Postulat wurde versucht der wissenschaftlichen Unnahbarkeit der menschlichen Psyche Rechnung zu tragen, indem

---

<sup>1</sup> So betrachtet mutet es seltsam an, dass die Psychopathologie Kurt Schneiders, die entscheidend von dieser unbewiesenen Theorie geprägt wurde, bis heute die Grundstruktur der explizit atheoretisch angelegten Diagnostik der Psychosen des ICD 10 und des DSM IV vorgibt.

festgestellt wurde, dass die Wissenschaft keine Instrumente zur Verfügung habe, mit der intrapsychische Vorgänge wie Denken oder Bewusstsein untersucht werden könnten. Daher müsse man sich auf die Untersuchung der beobachtbaren Phänomene beschränken. Damit war nicht nur der Grundstein für eine empirische Psychologie gelegt, die sich ausschliesslich mit Umwelteinflüssen (input) und Reaktionen des Individuums (output) sowie mit deren Zusammenhängen beschäftigte, sondern auch für eine Psychotherapie, die das bewusste Erleben des Individuums gar nicht berücksichtigte (Behaviorismus) sowie für Lerntheorien, die den neugeborenen Menschen als ein unbeschriebenes Blatt ansahen, das vom Leben beschrieben wird – womit die "black box" zum "black board" wurde.<sup>2</sup> Vielleicht ist die heute noch vielfach aktuelle, aber völlig unsinnige Polarisierung zwischen dem Menschen als Produkt der Umwelt oder seiner Gene, die immer noch endlosen Stoff und Emotionen für angeregte Debatten in Presse und Talkshows liefert, eine Spätfolge solch absolutistischer Theorien.<sup>3</sup>

Ein dritter wichtiger Schritt, der die heutige psychiatrische Diagnostik prägte, war die Forderung nach "atheoretischen" Diagnosen, die mit der Entwicklung des DSM III aufkam. Diese Forderung entstand aufgrund theoriegetriebener Diagnosesysteme, die bis in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts einen wichtigen Einfluss hatten (hier ist n.b. vor allem die Psychoanalyse zu nennen). Sie verursachten unfruchtbare Richtungsstreitigkeiten und untereinander inkompatible und nicht vergleichbare Diagnosen. Diese Diagnosen wurden zudem nach unterschiedlichen, nicht eindeutig definierten Kriterien (per Entscheid "des grossen Professors") gestellt und waren somit für epidemiologische Fragestellungen, bei denen etwas die Häufigkeit des Auftretens einer bestimmten Erkrankung an verschiedenen Orten untersucht werden sollte, nicht brauchbar. Schliesslich war ihre Zuverlässigkeit (Reliabilität) und Nützlichkeit (Validität) nicht überprüfbar. Nach einer Beratung durch einen Wissenschaftstheoretiker, der streng empirisch-positivistisch geprägt war (Hempel), entwickelte die Amerikanische Gesellschaft für Psychiatrie (APA) das DSM III nach den Prinzipien der Operationalisierung<sup>4</sup> und der atheoretischen Definition der Symptome. Neben den Fortschritten, die diese heute weitgehend unbestrittenen Prinzipien für die psychiatrische Diagnostik gebracht haben, ist aber die konsistente Umsetzung in den heute existierenden Diagnosesysteme in Frage zu stellen. Da die Väter des DSM III auf die Psychopathologie zurückgriffen, die von Adolf Meyer aus der Heidelberger Schule (Jaspers, Schneider) in die USA importiert worden war, greifen das DSM und die ICD auf Definitionen zurück, die keineswegs atheoretisch waren, sondern den in dieser Schule vorherrschenden

---

<sup>2</sup> Wie so oft transformierte sich das wissenschaftliche Postulat, das ursprünglich als eine reflektierte Einschränkung der Interpretationen (angesichts der Unzulänglichkeit der Methoden) gedacht war, in manchen pädagogischen, psychotherapeutischen und soziologischen Strömungen in ein reduktionistisches Dogma. Damit wurde später sogar die Existenz des wissenschaftlich bislang nicht Untersuchbaren (nämlich das Versteckte und das biologisch Vorgeformte wie das Bewusstsein und die Instinkte) negiert und zeitweise sogar die Empörung gegen Versuche legitimiert, diese Phänomene mit neuen Methoden zu untersuchen.

<sup>3</sup> Interessanterweise räumt die biologische Forschung weitreichende Einflüsse der Umwelt auf den Menschen ein, während von manchen Psychiatern, Soziologen, Pädagogen und Psychologen umgekehrt auch heute noch die Bedeutung biologischer Faktoren auf das Verhalten in Abrede gestellt wird. Dabei wird mehr oder weniger explizit unterstellt, eine biologische Sichtweise des menschlichen Verhaltens sei unethisch und müsse deshalb gemieden werden, weil sie zwangsläufig ins Abseits menschenverachtender Ideologien führe (Der Mensch als Maschine). Wissenschaftlich ist es heute glücklicherweise üblich, in Wechselwirkungen zwischen Umwelt und biologischen Anlagen zu denken, was zu modernen Verfahren wie der kognitiven Verhaltenstherapie und zu menschlicheren und respektvolleren Lerntheorien geführt hat, die Menschen nicht als eine primär amorphe, nach Belieben formbare Masse, sondern als Individuen ansehen, jedes mit eigenen und von anderen Menschen verschiedenen Bedürfnissen, Verhaltens- und Reaktionsmustern. Diese können durch erzieherische und therapeutische Massnahmen zwar moduliert, aber glücklicherweise nicht ersetzt oder völlig ausradiert werden.

<sup>4</sup> Diagnosestellung anhand eines Algorithmus aus eindeutig definierten Kriterien

Gedanken bedienten, die Psychiatrie müsse sich von den neuroanatomischen und neurophysiologischen Grundlagen der Hirnaktivität loslösen; damit wurden mögliche Verbindungen zwischen den beiden Ebenen zweifellos nicht nur nicht gesucht, sondern sogar aktiv vermieden. Als zweite Kritik soll genannt werden, dass die Diagnosen aufgrund der nun formal postulierten Absenz einer Theorie zwangsläufig selbst keine prüfbareren Hypothesen mehr zu ätiopathogenetischen Fragen generieren können.<sup>5</sup> Das führt de facto dazu, dass sich die Entwicklung der Diagnosen nach anderen, nämlich rein klinischen Variablen ausrichtet, was sich heute v.a. auf das Ansprechen auf therapeutische Verfahren beschränkt. Wenn man hier begrüsst, dass es sich ja dabei um das eigentliche Ziel der ärztlichen Tätigkeit handelt, so muss man gleichzeitig bedauern, dass die Psychiatrie damit als Wissenschaft und somit auch ihre zukünftige Entwicklung in die Sackgasse gesteuert wird: Man muss sich nur vergegenwärtigen, was es für die Entwicklung der inneren Medizin bedeutet hätte, wenn sie sich bei der Optimierung ihrer Diagnosen auf das Ansprechen auf bestimmte, bereits vorhandene Medikamente beschränkt hätte. Wir hätten dann heute eine Kortison-Krankheit, eine Penicillin-Krankheit, eine Digitalis-Krankheit usw. So wie wir uns in der Psychiatrie auf dem besten Weg dahin befinden, die Depression als jene Erkrankung zu definieren, die auf Antidepressiva anspricht und Schizophrenie als diejenige, die mit Neuroleptika behandelt werden muss. Dies scheint uns dann im bequemen aber idiosynkratischen Umkehrschluss zu berechtigen, die Diagnose in Frage zu stellen, wenn der erwartete Therapieerfolg ausbleibt.

### 3. Neurophysiologische Orientierung der Skala

Vor dem dargestellten Hintergrund soll die Berner Psychopathologieskala eine Ordnung psychopathologischer Symptome herstellen, die den modernen Ansprüchen nach Operationalisierung und Theoriefreiheit genügt. Gleichzeitig hat sie aber den Anspruch, die Symptome auf eine Art zu erfassen und zu ordnen, die es grundsätzlich erlaubt, relevante Fragestellungen zum Zusammenhang zwischen psychopathologischen Phänomenen und hirnelementarischen Prozessen zu stellen und wissenschaftlichen Untersuchungen zugänglich zu machen. Es geht also konkret um ein Instrument, das zum Bau der heute vielbeschworenen Brücke zwischen Psyche und Gehirn beiträgt. Die Symptomdefinitionen selbst und ihre Zuordnung zu den drei Verhaltensdomänen sind rein deskriptiv gehalten und daher unabhängig davon anwendbar, ob sie tatsächlich in entsprechende neurophysiologische Mechanismen übersetzt werden können. Dies ist für einen zusätzlichen, relevanten klinischen Nutzen von Bedeutung, den wir uns aufgrund erster Anwendungserfahrungen erwarten und der im nächsten Kapitel näher beschrieben wird.

Die Frage, ob die in der Einleitung bereits skizzierten Domänen der Skala (d.h. Sprache, Affekte und Motorik) auch wirklich bekannten Regelkreisen und neurophysiologischen Mechanismen des Gehirns zugeordnet werden können, wird durch die Skala a priori nicht beantwortet und ist somit hypothetisch. Sie kann durch die vorgeschlagene Ordnung der Symptome aber überhaupt erst in wissenschaftlich überprüfbarer Form gestellt werden. Ebenfalls zu beweisen bleibt die Frage nach den Polaritäten, d.h. die Ausprägung jeder Domäne zwischen den Gegenpolen der Hemmung und der Enthemmung. Die Skala sieht für die gesunde Normalität nämlich eine Mittellage und für die psychotischen Symptome Auslenkungen in die eine oder andere der beiden polar entgegengesetzten Richtungen vor. Diese Anordnung leitet sich aus einem neurophysiologischen Verständnis psychotischer Störungen ab, wonach bestimmte Regelkreise, die in Zusammenhang mit den Verhaltensdomänen stehen, bis hin zu extremen Zuständen der Verhaltensregulation oder -Blockade ausgelenkt sein können. Dabei gehen wir von antagonistischen, hemmenden bzw.

---

<sup>5</sup> Wie sie sich z.B. durch Regelmässigkeiten von Vererbbarkeit, intraindividuelle Stabilität der Diagnose oder Komorbiditäten ableiten liessen. An sich wäre das kein grösseres Problem, sofern bei wissenschaftlichen Untersuchungen auch andere Klassifikationen zugelassen würden, was aber heute in der Praxis der meisten wichtigen internationalen Journale nicht der Fall ist.

aktivierenden Funktionssystemen aus, die sich physiologisch in einem dynamischen, d.h. um eine individuelle Mittellage schwingenden Gleichgewicht befinden. Sie können in hoherregten psychotischen Zuständen auf dem Höhepunkt der Erregung von einem Extrem direkt ins andere überspringen (z.B. von extremer Hemmung in die extreme Enthemmung) ohne die ruhige Mittellage zu durchlaufen. Diese Übersetzung von klinisch beobachtbaren Zuständen in neurophysiologische Mechanismen ebenso wie die Anordnung in Polaritäten kann durch Daten, die mit der Skala erhoben werden können, überprüft werden.<sup>6</sup>

Schliesslich müssen die sogenannten "indirekten" Zeichen für die Beurteilung der Affekte erwähnt werden, mit der wir Neuland betreten. Zum ersten Mal werden inhaltliche Denkstörungen explizit nicht primär als kognitive Phänomene sondern als Hinweis auf den Gefühlszustand der Person angesehen, wobei wir den spekulativen Anteil bewusst akzeptieren: nämlich die Frage, ob ein positiv gefärbter Gedankeninhalt tatsächlich immer mit positiven Affekten einhergeht, ein negativer Gedanke mit negativen Affekten. Zur wesentlichen und bisher keineswegs geklärten Frage, nämlich ob positive Gedanken positive Affekte auslösen oder umgekehrt (also die Frage nach der Ursächlichkeit) wird dagegen nichts ausgesagt. Es wird lediglich angenommen, dass das eine mit dem anderen zur gleichen Zeit vorhanden ist. Die ursächliche Verknüpfung ist dann wiederum eine Fragestellung, die sich erst ergibt, wenn die Phänomene entsprechend erfasst werden.

#### **4. Abgrenzung pathologischer Symptome von intakten Ressourcen**

In der traditionellen Psychopathologie ist der Fokus der Aufmerksamkeit auf die Störungsmuster, d.h. auf die pathologischen Phänomene gerichtet. So werden bei der Beschreibung der Psychopathologie Listen von Symptomen erstellt, aus denen sich dann die Diagnose ergibt. Eine umfassende Beurteilung und Beschreibung der intakten Fähigkeiten und Verhaltensweisen wird dagegen nicht vorgenommen. Durch die Zuordnung der Symptome zu einer oder mehreren Verhaltensdomänen bei gleichzeitiger Beurteilung aller Domänen wird mit der Berner Psychopathologie ein systematisches, individuelles Profil sowohl der störungsbedingten Schwächen wie auch der intakten Ressourcen erstellt. Wie unsere bisherige klinische Erfahrung zeigt, ist die Ordnung in Domänen hilfreich, um den Umgang mit dem Patienten so zu gestalten, dass für die Kommunikation vorwiegend jene Domänen verwendet werden, die intakt oder nur wenig beeinträchtigt sind, während stark beeinträchtigte Domänen mit angemessener Behutsamkeit und Rücksicht auf das spezifische Störungsmuster behandelt werden können. Man nehme das Beispiel eines Patienten mit einer schweren Denkstörung mit sprachlicher Erregung und Inkohärenz, der affektiv schwingungsfähig und motorisch ruhig ist. In der Berner Psychopathologie wird das Störungsmuster der sprachlichen Domäne zugeordnet und mit der Polarität der Enthemmung. Das im klinischen Alltag stillschweigend anerkannte Modell sieht im Umgang mit dem Patienten praktisch ausschliesslich die verbale Kommunikation vor, die nicht verbalen Domänen sind dagegen der spontanen Intuition der Betreuer überlassen. In unserem Beispiel ist es durch die Ordnung in Domänen möglich, die Sprache als beeinträchtigt und die beiden Domänen Affekte und Motorik als weitgehend intakt zu bezeichnen. Der Betreuer kann seine Intervention dann individuell anpassen.

Die übliche Ordnung der traditionellen Psychopathologie in die Kategorien formales und inhaltliches Denken, Wahrnehmung, Psychomotorik und Affekte gibt eine Gliederung mit starker Gewichtung kognitiver Symptome. So werden inhaltliche Denkstörungen, bei Psychosen vor allem Wahnideen, als primäre Urteilsstörungen und somit als kognitive Symptome angesehen sogar wenn der Gedankengang und der sprachliche Ausdruck in sich völlig intakt sind. Dabei wird der affektive Aspekt vernachlässigt, sogar wenn sich ein extremes Ausmass der Affektbeteiligung durch das Thema geradezu aufdrängt wie z.B. bei einem Erleuchtung-, Liebes- oder Vergiftungswahn. Weiterhin fehlt eine systematische

---

<sup>6</sup> z.B. die Frage, ob Symptome der Hemmung und Enthemmung innerhalb einer Domäne tatsächlich nie gleichzeitig sondern immer abwechselnd auftreten.



Ordnung der Symptome in Bezug auf ihre Polarität. Zwar wurde ein entsprechender Versuch mit den Negativ- und Positivsymptomen der Schizophrenie unternommen; hier fehlt jedoch ebenfalls eine systematische Trennung der Polaritäten und der betroffenen Verhaltensdomänen, so dass z.B. bei dem Negativ-Symptom "Alogie" nicht unterschieden wird, ob der Patient viel oder wenig "alogisch" spricht. Bei psychomotorischer Erregung wird nicht erfasst, ob sich der Patient gleichzeitig viel bewegt, emotional erregt ist und viel redet oder ob er lediglich eine dieser Störungen aufweist. So ergeben sich in unserer Optik nur ungenaue und unvollständige Beschreibungen der Beeinträchtigungen des Patienten, die es nicht erlauben, die individuellen intakten und somit gesundheits- und autonomiefördernden Ressourcen ausreichend genau zu erkennen und zu fördern. Mit anderen Worten, mit den bestehenden Symptombeschreibungen können wir nicht zuverlässig feststellen, über welche Domänen, die wir in diesem Zusammenhang als Kommunikationskanäle verstehen können, eine erfolgreiche und unmissverständliche Kommunikation mit dem Patienten möglich ist.

Nehmen wir erneut das eingangs im Kapitel beschriebene Beispiel des Patienten mit der schweren formalen Denkstörung. Dieser Patient hat ein massives Kommunikationsproblem in der sprachlichen Domäne, weil er zuviel und durcheinander redet und sich so in ständige Missverständnisse und in Streit mit seiner Umgebung verwickelt. Das Bild wird in gängigen Diagnosesystemen mit den Symptomen Inkohärenz und Erregung beschrieben. Problematisch ist dabei, dass nicht klar wird, ob der Patient auch motorisch und affektiv erregt ist, und wenn ja, ob es sich um eine freudige oder ängstliche Erregung handelt. Das Bild kann zwar auch mit den bisher bestehenden Symptomdefinitionen umfassend beschrieben werden, allerdings überlappen die Begriffe häufig in mehrere Verhaltensdomänen und suggerieren somit implizit, dass z.B. eine Erregung immer gleichzeitig die sprachlichen Äusserungen, die Affekte und die Motorik betreffen, was häufig gar nicht der Fall ist. Das Gleiche gilt z.B. für Symptome wie "psychomotorische Hemmung", die Affekte, Sprache und / oder Motorik betreffen kann, oder "Desorganisiertheit", bei der die Sprache und / oder motorisches Verhalten gemeint sein kann. Weiterhin fehlt eine durchgehende Referenz auf die quantitativen Aspekte des abnormen Verhaltens, nämlich ob es sich um ein "mehr" oder um ein "weniger" an Produktivität handelt. Inkohärenz z.B. sagt nichts darüber aus, ob dabei ein normaler Gedankenfluss, eine Zunahme oder eine Reduktion vorhanden ist. Dies ist von erheblicher Bedeutung einerseits für die vollständige Beschreibung des Krankheitsbildes, da sich der Kontakt zum Patienten natürlich völlig anders gestaltet, wenn er ständig redet, als wenn er denkgehemmt ist. Und zum anderen, weil die klinische Beobachtung vermuten lässt, dass auch die Art der Inkohärenz sich in der Erregung anders als in der Hemmung äussert: mit lustvollen und unbedachten Wortspielereien hier, mit Verlust der Wortbedeutungen und gequältem Rätseln über ständig vermutete verborgene Hintergründe und Doppeldeutigkeiten dort. Selbstverständlich kann auch diese Beobachtung erst untersucht und möglichen neurophysiologischen Mechanismen zugeordnet werden, wenn das Phänomen vollständig und differenziert erfasst wird.

Wenn die Psychopathologie die nötigen Definitionen nicht zur Verfügung stellt, gehen somit wertvolle Elemente verloren und zwar nicht erst in der Beschreibung, sondern schon in der klinischen Beobachtung.<sup>7</sup> Sind Beobachtungen nicht in definierte Begriffe gebannt, dann können sie für die individuelle Beurteilung auch nicht verwendet werden. Diese Sichtweise wird durch die Beobachtung unterstützt, dass es bei verschiedenen klinischen Anwendungsversuchen des Systems tatsächlich gelungen ist, durch die erhöhte Aufmerksamkeit auf die intakten Verhaltensdomänen, die Kommunikation über die intakten

---

<sup>7</sup> Es ist ein interessanter Aspekt der menschlichen Wahrnehmung, dass sprachliche Begriffe die Wahrnehmung gliedern. Z.B. sieht der Laie zwei Bäume, der Förster eine Buche und eine Esche. Um die Buche und die Esche zu erkennen, ja sogar nur um die kennzeichnenden Unterschiede überhaupt erst zu sehen, muss man sich erst eingehend mit der Form beschäftigen. Wenn man den Begriff bereits definiert hat, kann man die Objekte dagegen sofort unterscheiden.

Domänen auch in Fällen herzustellen, in denen vorherige Verständigungsversuche mehrfach gescheitert waren.

Wie bereits erwähnt, fiel vor dem Hintergrund der Berner Psychopathologie auf, dass sich die traditionelle Psychopathologie sehr stark auf die Beurteilung kognitiver Symptome stützt – konkret auf Störungen der Form und des Inhalts des Denkens. Diese Symptome fallen zu einem guten Teil in die Domäne der Sprache in unserer Terminologie. Affekte und in noch stärkerem Ausmass motorische Äusserungen werden dagegen weniger beachtet und implizit als sekundär angesehen. In der Praxis des klinischen Alltags führt diese Betonung des Kognitiven für die Diagnose in manchen Fällen zu einer geradezu verzweifelten Suche nach Symptomen in diesem Bereich, die oft bis zur Pseudoerklärungen von Verhaltensäusserungen durch vermutete kognitive Symptome führt. Damit wird implizit und unzulässigerweise eine Richtung der Ursächlichkeit vom Kognitiven hin zum Affektiven und Motorischen hergestellt, die von den Symptombeschreibungen durch die Betonung des Kognitiven zwar suggeriert, aber sicher gar nicht beabsichtigt ist: Ein Mensch mit Verfolgungsideen hat "natürlich" Verfolgungsangst, ein Mensch, der um sich schlägt, muss einen "Grund" dafür haben und wird vom Untersucher so lange bedrängt, bis er irgendetwas als Erklärung nennt; wenn jemand schweigt und wie abgelenkt ins Leere blickt, so hört er "wahrscheinlich" Stimmen.

Im Sinne einer wirkungsvollen Beurteilung sowohl der beeinträchtigten wie der intakten Ressourcen des einzelnen Patienten entsteht dadurch ganz offensichtlich eine Verzerrung hin zum Sprachlichen. Erschwerend kommt hinzu, dass die diagnostischen wie auch die psychotherapeutischen Massnahmen ebenfalls sehr stark auf die sprachliche Kommunikation fokussiert sind. Aus unserer Perspektive werden damit nicht nur die Möglichkeiten erheblich eingeschränkt, die klinischen Bilder besser zu verstehen und wissenschaftlich zu untersuchen, sondern auch die Möglichkeiten für eine erfolgreiche Therapie. Erst wenn es gelingt, die Beeinträchtigungen einer Domäne zuzuordnen, ist es gleichzeitig möglich, die intakten Domänen zu bezeichnen und diese für eine erfolgreiche Verständigung mit dem Patienten und für seine individuelle Förderung zu verwenden.

Konkret ist somit die sprachliche Domäne nicht der richtige Kommunikationskanal bei unserem Patienten, der eine zerriffene Spracherregung hat, dabei aber motorisch inaktiv und emotional wenig beteiligt ist. Ein diagnostisches oder gar therapeutisches Gespräch mit Zustimmung und Widerspruch sowie der Suche nach logischen Zusammenhängen, Erklärungen und Interpretationen führt in solchen Fällen unweigerlich zu Missverständnissen und einer weiteren Anregung der sprachlichen Inkohärenz und Erregung, die dann häufig in verbaler Aggressivität und Kommunikationsabbruch mündet. Hier sollte einerseits der Raum gelassen werden, dem Rededrang immer wieder freien Lauf zu lassen, ohne Interaktionen seitens der Betreuer oder Therapeuten (manchmal kann er z.B. auch auf Schreiben umgelenkt werden); der Patient kann dann andererseits mit freundlicher Zuwendung und Begleitung, die durch den affektiven Ausdruck wie Mimik und Stimmlage aber auch durch die Körpersprache der Betreuer vermittelt werden kann, zu den nötigen Massnahmen und Verrichtungen gelenkt werden. Im Beispiel einer Störung der Affektdomäne wird es nicht gelingen, einen in paranoider Bedrohungsangst aggressiven Patient durch jovial-freundliche Gesten (die sein ängstliches Misstrauen wecken) zu beruhigen oder gar durch Einschüchterungsversuche (die seine Angst und in Konsequenz seine Aggressivität eskalieren lassen) fügsam zu machen. Da vorwiegend die Domäne der Affekte betroffen ist, wird die – auch unbewusste – emotionale Kommunikation<sup>8</sup> des Betreuers missverstanden und regt den pathologischen Affekt nur an. Diese Patienten sind dagegen kognitiv oft völlig intakt, wobei das logische Denken gemeint ist und nicht die allfälligen paranoiden Bedrohungsideen. Sie können daher mit klarer Argumentation, "auf gleicher Augenhöhe",

---

<sup>8</sup> Stimmlage, Mimik, Körpersprache aber auch beschwichtigende oder bedrohliche sprachliche Botschaften

bei gleichzeitig respektvoller emotionaler Distanz oft in eine therapeutische Beziehung eingebunden werden.

Es ist offensichtlich, dass die Bezeichnung der intakten Ressourcen von enormem Wert für die Behandlung und Förderung psychotischer Patienten sein kann. Die Beobachtungen im Umgang mit den Patienten in der akuten Krankheitssituation ermutigen uns, diese Frage weiter zu verfolgen und auf die spezifische Förderung der Patienten im Rehabilitations- und Langzeitbereich auszudehnen. Dies ist konvergent mit aktuellen Bemühungen um eine ressourcenorientierte Psychotherapie und Rehabilitation. Die Skala könnte aufgrund der systematischen Beschreibung unter Bezug auf die Verhaltensdomänen einen eigenständigen und potentiell wertvollen Beitrag dazu leisten.

## 5. Beschränkung auf drei Domänen des Verhaltens

Die Skala ist auf drei wichtige Domänen des Verhaltens beschränkt. Damit wird der gesamte Bereich der Wahrnehmungen nicht systematisch erfasst, mit Ausnahme der Störungen, die Rückschlüsse auf den begleitenden Affektzustand erlauben. Hier müsste in analoger Form die hirnanatomische und neurophysiologische Gliederung in die Sinnesdomänen berücksichtigt werden, die sich nach heutigem Wissensstand auch im Bereich der Vorstellungswelt fortsetzt und besonders im sprachakustischen Bereich für die Psychopathologie der Psychosen von grosser Bedeutung ist. Weiterhin werden Bewusstseinsinhalte nicht erfasst, sofern sie nicht Hinweise auf die Gefühlslage enthalten (z.B. gefühlsneutrale wahnhaftige Überzeugungen, Zwangsideen usw.), ebenso wie Bewusstseinslage, Aufmerksamkeit, Gedächtnis und vegetative Störungen, die nicht in direktem Zusammenhang mit Emotionen stehen. Zudem muss streng genommen von weiteren Verhaltensdimensionen ausgegangen werden, die von eigenständigen zerebralen Regelkreisen bzw. Funktionssystemen gesteuert werden, wie z.B. Augenbewegungen, die sicher auch eine bisher nicht weiter beachtete Bedeutung für die nichtverbale Kommunikation haben.

Wir legen Wert darauf, neben den Ansprüchen, welche die Skala erfüllen möchte, auch jene explizit zu bezeichnen, die sie nicht erfüllen kann. Zum derzeitigen Entwicklungsstand ist die Skala als ein Instrument zu verstehen, das es erlaubt, die Veränderungen des Verhaltens bei einer gegebenen Diagnose oder Diagnosengruppe systematisch und differenziert aufzufächern. Somit handelt es sich weder um ein Instrument, das den Anspruch auf eine vollständige Erfassung aller möglichen Symptome oder Verhaltensänderungen erhebt, noch um einen Kriterienkatalog, mit dem die Diagnose oder Differentialdiagnose einer psychiatrischen Erkrankung gestellt werden könnte. Das Fehlen bestimmter psychopathologischer Bereiche bedeutet insbesondere nicht, dass die entsprechenden Phänomene für die Psychopathologie unbedeutend wären.

## 6. Anwendung

Grundsätzlich kann die Skala bei jedem Menschen angewendet werden. Auch beim Gesunden haben die drei erfassten Verhaltensdomänen je eine Richtung und eine Ausprägung, die für ihn charakteristisch sind, und sie unterliegen Schwankungen, die durch die Umwelt moduliert werden, aber Tages-, Monats-, Jahres- und vielleicht sogar Mehrjahreszyklen unterworfen sind. Die Werte gesunder Menschen bewegen sich in dieser Sicht um die Mittellage der Achsen.

Allerdings sind die beschriebenen Phänomene von psychotischen Erkrankungen abgeleitet. Insofern ist der zunächst vorgesehene Anwendungsbereich der Beschreibung der Symptomatik von Psychosen. Während wir uns aufgrund eines Quervergleichs mit der PANSS bei schizophrenen und schizophrenieartigen Erkrankungen wie den zyklischen Psychosen eine sinnvolle und relativ umfassende Beschreibung der Psychopathologie des Verhaltens erwarten, gehen wir bei anderen psychiatrischen Erkrankungen einschliesslich der affektiven Psychosen davon aus, dass wesentliche Charakteristika und Dimensionen

fehlen, wie z.B. der Tatendrang, der als zielgerichtetes, planvolles Handeln die Manie charakterisiert und in unserer Domäne der Motorik nicht vollständig abgebildet werden kann. Gleiches gilt für das sorgenvolle Gedankenkreisen des Depressiven oder die objekt- bzw. situationsgebundenen Ängste des Phobikers. Dennoch kann zu Studienzwecken natürlich die Frage gestellt werden, wie sich die erfassten Domänen bei anderen Diagnosegruppen verhalten.

Die Skala ist eine Fremdbeurteilung durch den Untersucher, der sie nach einer sorgfältigen psychopathologischen Untersuchung des Probanden in wenigen Minuten ausfüllen kann. Die Beurteilung betrifft immer einen Beobachtungszeitpunkt und kann beliebig oft und auch in sehr kurzen Intervallen wiederholt werden, bei Bedarf auch mehrmals an einem Tag. Dies ist insbesondere für die sehr rasch wechselnden zykliden Psychosen von Vorteil.

Ein wesentliches Charakteristikum der Skala ist die strenge Bindung an den psychopathologischen Querschnitt. Insbesondere bei der Beurteilung der Affektivität, aber natürlich auch bei der Frage nach Gleichsinnigkeit oder Gegenläufigkeit der Ausprägung von Symptomen der verschiedenen Domänen dürfen bei jeder Erfassung immer nur Symptome erfasst werden, die auch tatsächlich gleichzeitig aufgetreten sind. Oft unterliegen die Phänomene in einer akuten Psychose nämlich heftigen Schwankungen. Es wäre für den Zweck der Skala irreführend, wenn die vom Vortag berichteten Beglückungsideen mit der aktuell vorhandenen Verfolgungsangst oder akinetischen Hemmung erfasst würden. In diesen Fällen muss jeder Moment, sozusagen als psychopathologischer "Schnappschuss" getrennt erfasst werden.

Die Skala ist noch nicht validiert, d.h. sie muss zunächst auf ihre Reliabilität (gleiches Ergebnis bei verschiedenen Untersuchern) hin geprüft werden. Danach soll sie als Forschungsinstrument eingesetzt werden, um ihre Validität (den Nutzen) zu prüfen, die sich aus ihrer Anwendung für die Identifikation von homogenen Patientengruppen für die neurophysiologische Untersuchung der Verhaltensdomänen und für die Bestimmung der für Behandlung und Betreuung verwendbaren Ressourcen ergibt.

## 7. Domänen und Dimensionen

### a) *Domänen*

Die drei Domänen der Skala beschreiben je einen Verhaltensbereich, der für den menschlichen Ausdruck und Kommunikation wesentlich ist und in denen sich bei Psychosen entscheidende Veränderungen abspielen. Die Domänen Sprache, Affekte und Motorik lassen sich rein phänomenologisch definieren und charakterisieren, ohne sich auf einen theoretischen Rahmen beziehen zu müssen. Die Definition ist also wie die Symptome selbst deskriptiv und atheoretisch. Die Domänen können so als Ordnungsprinzip verstanden werden, nach dem die einzelnen Phänomene gruppiert werden. Natürlich könnten die Symptome auch in irgendeiner anderen Ordnung zusammengestellt sein. Sie sind hier jedoch bewusst so angelegt, dass eine Parallelität mit drei wichtigen und inzwischen gut beschriebenen "output"-loops des menschlichen Gehirns entsteht: dem linkshemisphärischen Sprach-, dem limbischen und dem medialen frontostriatalen motorischen Loop. Diese Parallelisierung der Domänen mit bekannten hirneurophysiologischen Systemen erlaubt die Formulierung einer wissenschaftlichen Hypothese und deren Prüfung: Nämlich dass die Veränderung in einer bestimmten Verhaltensdomäne mit messbaren Veränderungen des entsprechenden Regelkreises einhergeht. Schliesslich muss man davon ausgehen, dass im Gehirn eines Menschen andere Regionen aktiv sind, wenn er motorisch unruhig ist und dabei schweigt, als wenn er logorrhöisch ist und dabei ruhig dasitzt.

Relativ einfach zu definieren waren die Domänen der Sprache und der Motorik, grössere Anstrengungen hat dagegen die Domäne der Affekte erfordert, da der Ausdruck hier sowohl motorisch (z.B. Mimik, Gestik, Prosodie, Körperhaltung), als auch vegetativ (Blässe, Errötung, Palpitation, Trophismus und Piloerektion der Haut usw.) ist. Zudem werden Affekte

beim Gesunden und Kranken spontan "erklärt", d.h. wenn eine Person nach ihrer Stimmungslage gefragt wird, dann beschreibt sie oft gar nicht diese selbst, sondern den vermeintlichen Grund dafür, der dann sogar das Gefühl selbst ersetzen kann, d.h. die Emotion selbst wird kognitiv gar nicht mehr wahrgenommen. Im Extremfall kann ein Paranoiker, der sich und seine Familie in seiner Existenz bedroht sieht, das Gefühl der Angst negieren, da er ja weiss, wer daran Schuld ist und wen er bekämpfen muss. Er verspürt dann stattdessen Zorn oder Hass, die aber wegen ihrer geringen sozialen Akzeptanz ihrerseits oft negiert werden, oder Empörung. So ergibt sich eine Kausalität, die offensichtlich in der Natur der menschlichen Psyche liegt und auch von der Psychiatrie bisher nicht ausreichend in Frage gestellt wurde, nämlich die stillschweigende Annahme, dass immer eine erkennbare, äussere oder bewusste intrapsychische Ursache das Gefühl erzeugt, auch wenn sich in vielen normalen und pathologischen Situationen die umgekehrte Sachlage aufdrängt: Das autochton entstandene, übermächtige Gefühl der Angst kann nämlich auch durch eine falsche Erklärung beruhigt, ein überschwängliches Glücksgefühl durch die vermeintliche "rationale" Ursache bestätigt und gesichert werden. Wie in der Beschreibung dieser Domäne näher ausgeführt wird, wurde in der Skala das Problem dadurch gelöst, dass eine Gleichsinnigkeit der angebotenen Erklärung mit den Gefühlen selbst angenommen wird (z.B. Verfolgungsideen und Angst, Erlösungsideen und Glück). Damit werden also Rückschlüsse vom Denkinhalt auf den gleichzeitig bestehenden Affekt zugelassen. Dagegen werden keine Annahmen über die Richtung der Ursächlichkeit getroffen.<sup>9</sup>

#### *b) Bipolare Dimensionen*

Als weitere Frage sind die Dimensionen zu klären, auf der die Ausprägung der Veränderungen innerhalb einer Domäne abgebildet wird. Hier muss einerseits die Beziehung der Menge (d.h. die Quantität) des Verhaltensänderungen innerhalb einer Domäne im Verhältnis zur Normalität geklärt werden, andererseits die Beziehung zwischen Quantität und Qualität der Veränderungen. Anhand der bekannten Störungsbilder bei Psychosen ist evident, dass sich die Veränderungen sowohl in einem "mehr" als auch in einem "weniger" als normal ausdrücken können. Diese quantitativen Veränderungen werden gewöhnlich mit den Begriffspaaren Hemmung-Enthemmung, Ruhe-Erregung oder Spannung-Entspannung beschrieben, wobei für diese Begriffe in der Psychiatrie bisher keine befriedigenden Definitionen vorliegen. Insbesondere wird dabei nicht deklariert, welche Beschreibungsebene gemeint ist (subjektiv, objektiv, Verhalten oder Neurophysiologie) und die Begriffspaare werden zum Teil gemischt verwendet.<sup>10</sup>

Für die in der Skala angewendete Lösung stützen wir uns auf klinische Beobachtungen, und versuchen, die Begriffe konsistent den verschiedenen Betrachtungsebenen zuzuordnen.<sup>11</sup> So führen wir die folgende Begriffsbestimmung durch, die innerhalb der drei Domänen eine befriedigende bipolare Ordnung der Dimensionen, das heisst der Ausprägung der Symptome zwischen zwei Polen erlaubt: Wir ordnen das Begriffspaar Hemmung-Enthemmung dem Verhalten zu, Spannung-Entspannung dem subjektiven Empfinden und Erregung-Ruhe dem neurophysiologischen Systemzustand. Weiter ist evident, dass sowohl der Enthemmung als auch die Hemmung auf Verhaltensebene eine neurophysiologische Erregung zugrunde liegen muss: einmal in Form der Erregung verhaltensauslösender, also vorwiegend motorischer Systeme, im anderen Fall in Form einer Erregung verhaltenshemmender Systeme. Entsprechend ist das an sich unangenehme subjektive

---

<sup>9</sup> Mit anderen Worten, die Frage, ob zuerst das Huhn oder das Ei da war, bleibt offen; aber man stellt fest, dass es ohne Ei kein Huhn gibt.

<sup>10</sup> z.B. wird der Hemmung häufig die Erregung gegenüber gestellt.

<sup>11</sup> Dabei ist u.a. die Beobachtung von Karl Leonhard hilfreich, dass Enthemmung in der Regel lustvoll und Hemmung meist quälend ist.

Gefühl der Spannung regelmässig mit Verhaltenshemmung, das Gefühl der Entspannung dagegen mit Enthemmung auf der Verhaltensebene verbunden.<sup>12</sup>

Das Begriffspaar Aktivität-Inaktivität haben wir in diesem Zusammenhang vermieden, da wir hier noch den Aspekt der Reihenfolge von Handlungen sehen und ihn gerne für eine weitere Ebene der Psychopathologie reservieren möchten. Vermutlich lässt sich mit diesem Gegensatzpaar nämlich am besten das zielgerichtete, geplante Handeln<sup>13</sup> bezeichnen, das bei einer umfassenden Beschreibung affektiver Erkrankungen näher zu definieren sein wird.

Die Dimensionen der drei Verhaltensdomänen wurden schliesslich wie folgt definiert: Spannung, Hemmung und Erregung an einem Pol der Phänomene; Entspannung, Enthemmung und ebenfalls Erregung am anderen Pol. In der Mittellage befindet sich ein dynamisches Gleichgewicht aus Spannung und Entspannung, aus Hemmung und Enthemmung sowie die neurophysiologische Ruhe. Um diese Mittellage schwingt in diesem Verständnis die Normalität, mit mehr oder weniger ausgeprägten Amplituden und Frequenzen. Innerhalb der Verhaltensdomänen gruppieren sich der Rededrang, das Glück und die Bewegungslust zu Enthemmung und Entspannung; die Denkhemmung, die Angst und die Akinese zur Hemmung und Spannung (Abb.).

## 8. Mögliche Fragestellungen

Mit der Berner Psychopathologie sollen, wie bereits erwähnt, verschiedene Perspektiven für Weiterentwicklungen und neue Erkenntnisse geöffnet werden, ohne die Errungenschaften der modernen Psychopathologie zu verlieren. In dieser Logik wurde die Berner Psychopathologie deskriptiv angelegt, ohne theoretische Bindungen aber mit dem expliziten Anspruch, falsifizierbare Hypothesen für zeitgemässe neurophysiologische Fragestellungen generieren zu können. Daher wurde unter einer potentiell unbegrenzten Anzahl von Ordnungsprinzipien dasjenige gewählt, das eine Parallelisierung mit bekannten neurologischen Mechanismen und Systemen erlaubt, die in ihren Bedeutungen für das Verhalten auch weitgehend abgesichert sind. Diese potentielle Verknüpfung ist die spekulative Perspektive des Systems, von der es gleichwohl nicht abhängig ist. Der Unterschied zu bestehenden Systemen liegt darin, dass wir eine Ordnung (die Domänen) einführen, die es erlaubt, die Phänomene zu differenzieren. Das System kann grundsätzlich mit derselben Berechtigung weiter existieren, sollten die spekulierten Zusammenhänge mit neurophysiologischen Mechanismen nicht nachgewiesen werden können, ebenso wie jedes andere bisher etablierte psychopathologische System; die Gruppierung in die Verhaltensdomänen ist für sich genommen schon aus klinischer Sicht sinnvoll. Es würde lediglich den Reiz der Hoffnung verlieren, die jahrhundertealte Empasse der Psychiatrie verlassen zu können.

Wir erhoffen uns von der Anwendung der Skala Fortschritte im Verständnis psychiatrischer Erkrankungen, insbesondere im Bereich der Psychosen. Dazu ist ihre Anwendung als Instrument zu Beschreibung der Verhaltensdomänen und zur Generierung von wissenschaftlichen Fragestellungen nötig. Einige Fragestellungen, die untersucht werden sollen, sind:

---

<sup>12</sup> Entspannung und Enthemmung haben dabei nicht in jedem Fall eine erhöhte motorische Aktivität zur Folge. Sie können sich durchaus in einem reinen Glücksgefühl, d.h. in unserem Verständnis in einer isolierten affektiven Enthemmung äussern. Wenn motorische und sprachliche Äusserungen dazu kommen, dann jedoch typischerweise gleichsinnig, z.B. mit Tanzen und Singen

<sup>13</sup> Hiermit ist nicht einfach motorische Aktivität zu einem bestimmten Zeitpunkt gemeint, sondern Reihenfolgen von Bewegungen. Das heisst, die Sequenz der Bewegungen ist im Rahmen eines Handlungsplans festgelegt. Der Unterschied zum einfachen "mehr" oder "weniger" an Bewegungen liegt somit in der zeitlichen Ordnung und der Zielorientierung der Bewegungen über mehrere Handlungsschritte hinweg. Aktivität in diesem Sinne ist um eine Dimension (die zeitliche Aneinanderreihung von einzelnen Aktivitäten) reicher, als die in der Skala beschriebene Domäne der Motorik.

- Verhalten sich die Domänen beim einzelnen Patienten immer gleichsinnig oder sind "gemischte" Muster möglich (gleichzeitige Hemmung und Enthemmung in verschiedenen Verhaltensdomänen)?
- Sind bestimmte Symptome charakteristisch für eine bestimmte Polarität einer Domäne (z.B. falsch positive bzw. falsch negative Zuordnung von Wortbedeutungen bei formalen Denkstörungen)?
- Schlägt die extreme Erregung eines Pols immer in den anderen Extrempol (z.B. Hyper- / Akinese, Angst / Glück) um oder durchquert sie die Mittellage?
- Wie ist der zeitliche Verlauf? Wie stark variiert die Frequenz der Veränderung? Wie stark die Amplitude? Gibt es einen Zusammenhang zwischen den beiden?
- Welche Zusammenhänge gibt es zwischen den neu definierten Parametern und der Diagnose? Wieviel tragen die Verhaltensdomänen zur Diagnose bei, welche Elemente fehlen?
- Welche Zusammenhänge gibt es zwischen den Parametern der Skala im Querschnitt und der Primärpersönlichkeit?
- Existieren Zusammenhänge zwischen den Verhaltensdomänen der Skala und den bekannten hirnelektrischen Regelkreisen zur Steuerung des Verhaltens? Konkret: wenn ein Patient viel und verworren spricht, sind die Regionen des linkshemisphärischen Sprachloops aktiv? Und unterscheidet sich dieses Aktivierungsmuster von demjenigen von Patienten, die gerade in einem entspannten Glücksgefühl schwelgen?

## **II. Handbuch der Berner Psychopathologieskala**

### **1. Allgemeiner Aufbau der Domänen**

#### *a) Gliederung der Symptome*

Die einzelnen Symptome werden deskriptiv erfasst und sind in quantitative, qualitative und subjektive Symptome gegliedert, bei den Affekten in objektive, subjektive und indirekte Zeichen. Die Symptome wurden in Gegensatzpaaren jeweils unter einer Überschrift angeordnet, welche das zu beurteilende psychopathologische Phänomen bezeichnet. Die Symptome können so den + und – Bereichen der jeweiligen Domäne zugeordnet werden. Daneben kann ein Befund als unauffällig beurteilt werden. Jede Domäne wird auf einer visuell-analog-Skala global beurteilt.

#### *i) quantitative Symptome*

Es handelt sich um Veränderungen, die grundsätzlich als ein mehr oder ein weniger an Verhaltensäusserungen angesehen werden können. Es geht dabei um die Menge und Geschwindigkeit der Produktion, und um die Fähigkeit, Wechselwirkungen mit Anderen durch Pausen in der eigenen Produktion zuzulassen.

#### *ii) qualitative Symptome*

Hier sind Symptome gelistet, die Störungen der Qualität der Produktion ausdrücken. Mit Störungen der Qualität sind hier Regelverletzungen gemeint. Bei der Sprache betrifft das die Einhaltung der grammatikalischen, syntaktischen, semantischen und logischen Konventionen, bei der Motorik in gewisser Analogie dazu die sinnvolle, harmonische und zweckmässige Abfolge von Bewegungen. Dem + Bereich der Domänen wurden jene Symptome zugeordnet, die in diesem Sinne durch "commission-errors", d.h. durch zusätzliche und überflüssige Elemente oder Intrusionen in einer Sequenz von Worten oder Bewegungen charakterisiert sind. Hier wird in gewissem Sinne also eine falsche Regel

angewendet. Dem – Bereich wurden dagegen "omission-errors" zugeordnet, also Nicht-Anwendungen einer Regel bzw. das Auslassen von Elementen, die für einen geordneten Ablauf nötig sind.

### iii) subjektive Symptome

Dies sind in allen drei Domänen die Symptome, die der Patient selbst empfindet und beschreiben kann. Auch hier war für die Ordnung in + und – entscheidend, ob es sich um ein mehr oder um ein weniger an Produktion handelt.

### iv) objektive Symptome

Diese Kategorie wird nur in der Affektdomäne verwendet. Auf eine Unterscheidung von qualitativen und quantitativen Symptomen wurde verzichtet, da bei den Affekten keine ähnlichen Gesetzmässigkeiten von Sequenzen erkennbar sind wie bei der Sprache und der Motorik.<sup>14</sup> Es wurden hier einige vegetative und psychomotorische Zeichen aufgenommen, die in der psychiatrischen Untersuchung bisher wenig Beachtung fanden, aber zweifellos spontaner Ausdruck der Gefühlslage sind. Im Laufe der Validierung der Skala wird festzustellen sein, ob diese Symptome für die klinische Beurteilung der Gefühle valide sind.

### v) indirekte Zeichen

Hier handelt es sich um einen neuartigen Versuch von Denkinhalten auf die Gefühlslage zu schliessen, der etwas ausführlicher erläutert werden muss. Wie in der Einleitung bereits ausgeführt wurde, ist der ursächliche Zusammenhang zwischen Denkinhalten und Gefühlen oft unklar. Sowohl in der Normalpsychologie des Alltags, als auch in Psychologie und Psychiatrie besteht aber ein Bias dahingehend, dass Gefühle als Folge von Gedanken oder von gerade aktuellen und bewussten Erlebnissen interpretiert werden. Der umgekehrte Zusammenhang, nämlich dass autochthone, d.h. im Moment dem Bewusstsein nicht zugängliche Vorgänge oder gar unbewusste somatische Veränderungen Gefühle erzeugen können, wird von den Betroffenen praktisch immer negiert<sup>15</sup> und von der Psychiatrie vernachlässigt. Da diese Frage nicht allgemein und abschliessend geklärt werden kann, wir aber dennoch nicht auf diese wichtigen Zusammenhänge – in welche Richtung sie auch immer zeigen mögen – in der Beurteilung der aktuellen Affektlage verzichten wollen, beschränken wir uns auf die einfache Annahme, dass positive Denkinhalte in der Regel von Glücksgefühlen, bedrohliche Inhalte von Angstgefühlen begleitet sind, ungeachtet der Frage, was Ursache und was die Wirkung ist. Bei der Beurteilung sind zwei wichtige Dinge zu beachten, die eine Prüfung und Validierung dieses Versuches verhindern können: 1. muss streng auf die Gleichzeitigkeit geachtet werden. Da die Gefühle bei vielen Psychosen rasch wechseln, werden oft Aussagen über die eigene Gefühlslage und die Denkinhalte in der Anamnese zeitlich verdichtet und über einander projiziert. So kann ein Patient erzählen,

---

<sup>14</sup> Es bleibt zu klären, ob die Stärke des Affektausdrucks und der Zeitverlauf der Affekte (Dauer, Wechselspiel) nicht doch in ähnlicher Weise unterschieden und beschrieben werden können. Dies könnte für die Psychopathologie von Affektpsychosen von Bedeutung sein, da Angst-Glückspsychosen durch extreme Affektauslenkungen, affektvolle Paraphrenien dagegen durch andauernde Affekterregungen charakterisiert sind, wobei ein normales Wechselspiel der Affekte aufgehoben zu sein scheint.

<sup>15</sup> Dabei dominiert die Vorstellung, dass Gefühle keine Berechtigung haben bzw. dass sie nicht ernst genommen werden, wenn man sie nicht erklären kann. Dies wird im zwischenmenschlichen Bereich auch tatsächlich eingefordert ("Warum bist du so gereizt?"). Sogar noch weniger akzeptiert wird die umgekehrte Ursächlichkeit, nämlich die eigenen Gedanken seien gar nicht rational, sondern gefühlsgetrieben. Auch wenn als Lippenbekenntnis das Gefühl oft menschlicher als die Ratio dargestellt wird, lässt kaum ein Mensch zu, dass seine Ideen als Ausdruck seiner Gefühlslage interpretiert werden – stattdessen wird das praktisch regelmässig als Entwertung und Missachtung empfunden. Da die meisten Menschen mit Empörung auf derartige Interpretationsversuche reagieren, wird wohl auch im professionellen Setting lieber gleich darauf verzichtet.



dass er "gestern panische Angst hatte und von Gott Befehle erhalten habe, um die Welt zu retten". Bei genauer Nachfrage beziehen sich die beiden Aussagen auf zwei verschiedene Zeitpunkte, im ersten hatte er Angst und fühlte sich existentiell bedroht, kurz danach kam die Erlösung in Form einer Botschaft Gottes, die von einem Glücksgefühl begleitet war. 2. Bei rasch wechselnden Affekten kann der Denkinhalt gemischt sein. Dies trifft besonders bei religiösen Wahnideen zu, bei denen es um die Erlösung durch Aufopferung oder um das Erleiden von Höllenqualen zur Rettung der Menschheit u.ä. geht. Diese gemischten Ideen sind zwar auch psychopathologisch hochinteressant und weisen auf ein starkes und rasches Schwanken zwischen zwei emotionalen Polen hin, das der Patienten durch die religiösen Ideen begreifen und somit kognitiv kontrollieren kann. Für einen Rückschluss auf die aktuelle Gefühlslage des Patienten sind sie allerdings ungeeignet

### *b) Globale Beurteilung der Domänen*

Im Anschluss an die psychopathologische Beurteilung wird jede Domäne auf einer visuell-analog-Skala global beurteilt. Dabei wird der Schweregrad der Ausprägung jeder Domäne in der + und – Richtung geschätzt und auf den drei Achsen eingetragen.

Hierbei handelt es sich um die Erfassung der bipolaren Dimension jeder Domäne. Die Ausprägung der Veränderung soll umfassend auf einer Achse beurteilt werden, die zwischen den zwei extremen Polaritäten -3 (maximale Hemmung / Spannung) und +3 (maximale Enthemmung / Entspannung) aufgespannt ist. Ein Wert von 0 kennzeichnet ein normales, unauffälliges Gleichgewicht oder Wechselspiel zwischen Hemmung und Enthemmung. Dabei wird die Variationsbreite von gesunden Personen als Masstab angenommen. Der Schweregrad der Symptomatik wird für jede Domäne global beurteilt, wobei nicht nach quantitativen oder qualitativen Symptomen unterschieden wird. Es wird auch nicht a priori angenommen, dass qualitative Veränderungen schwerer wiegen als quantitative. Bei der Einschätzung soll kein Summenscore der feststellbaren Symptome angewendet werden. Vielmehr ergeben z.B. mehrere schwach ausgeprägte Veränderungen eine schwache Ausprägung der Domäne, ein einzelnes, aber hochgradig ausgeprägtes Symptom dagegen eine starke Ausprägung.

Die Skala darf sich jeweils nur auf einen Moment beziehen, d.h. wenn Symptome in raschem Wechsel auftreten und dieses Phänomen erfasst werden soll, muss die Einschätzung für jeden Moment mit Angabe des Zeitpunktes getrennt erfolgen.

## **2. Sprache**

### *a) Quantitative Symptome*

Diese Symptome beinhalten ein "mehr" (S+) oder ein „weniger“ (S-) an Sprachproduktion.

#### *i) Spontanität der Sprachproduktion*

##### *Zunahme der spontanen Sprache*

Der Patient redet ohne Anregungen auffällig viel mehr als die Durchschnittspopulation. Z.B. wird eine Eröffnung des Gesprächs durch den Untersucher nicht abgewartet oder Pausen im Gespräch werden sofort vom Patienten genutzt eigene Ideen zu äussern.

##### *Reduktion der spontanen Sprache*

Ohne Anregung wird weniger als erwartet oder gar nicht gesprochen. Zur Beurteilung muss der Untersucher Pausen im Gespräch zulassen, die an sich schon einen Aufforderungscharakter für den Gesprächspartner haben, der aber etwas geringer ist als eine direkte Frage und mehr eigene Ideenproduktion erfordert als eine Antwort.

## ii) Sprechpausen

*Abnahme der spontanen Pausen*

Der Redefluss wird nicht spontan unterbrochen, wenn ein Gedankengang abgeschlossen ist, sondern es wird sogleich ein neuer angeknüpft, so dass der Gesprächspartner kaum Gelegenheit findet zu Wort zu kommen.

*Zunahme der spontanen Pausen*

Im Gespräch versiegt der Gedankengang und wird erst nach einer unverhältnismässig langen Pause spontan oder - in ausgeprägteren Fällen - erst nach Aufforderung wieder aufgenommen.

## iii) Sprechgeschwindigkeit

*Beschleunigte Sprache*

Der Patient spricht auffällig viel schneller als der Durchschnitt der Bevölkerung über die grösste Zeit des Gesprächs.

*Verlangsamte Sprache*

Der Sprachfluss ist auffällig viel langsamer als der Durchschnitt der Bevölkerung über die grösste Zeit des Gesprächs.

## iv) Ideen

*Ideenreichtum*

Eine Idee jagt die andere. Die Abfolge neuer Ideen ist auffällig viel schneller und vielfältiger als bei einem Gespräch mit einem durchschnittlichen Gesprächspartner. Hier wird nicht beurteilt, ob es sich um zusammenhängende oder sprunghaft aneinander gereimte Ideen handelt. Einfache Wiederholungen der selben Ideen werden nicht gewertet. Ebenso wenig soll die Originalität weniger Ideen als Ideenreichtum missverstanden werden.

*Ideenarmut*

Die Anzahl von geäusserten Ideen ist auffällig viel geringer als in einem Gespräch mit einem durchschnittlichem Gesprächspartner (reduziert). Dies kann sich durch eine inhaltliche Verarmung der sprachlichen Äusserungen ausdrücken oder durch stereotype Wiederholungen. Subjektiv entspricht der Ideenarmut oft das Gedankenkreisen oder das Grübeln.

## v) Antwortlatenz

*Verkürzte Antwortlatenz*

Antworten werden sehr schnell gegeben. Sie können geistreich und schlagfertig sein, aber auch unbedacht. Es geht nur um die Geschwindigkeit und nicht um die Korrektheit der Antworten.

*Verlängerte Antwortlatenz*

Auch auf einfache Fragen wird erst nach langem Überlegen geantwortet. Die entstehenden Gesprächspausen sind auffällig viel länger als in einem Gespräch mit einem durchschnittlichem Gesprächspartner.

## vi) Reaktion auf Gesprächspartner

*Tendenz zum Monolog*

Dieses Symptom wird als eigener Punkt beurteilt, da hier zur erhöhten Spontanität der Sprache und den reduzierten spontanen Pausen zusätzlich noch die reduzierte Sensibilität für den Gesprächspartner mit einfließt. Z. B. lässt sich der Patient nicht durch Einwürfe des Untersuchers unterbrechen oder von seinem Gedankengang abbringen. Statt dessen unterbricht er den Untersucher bei dessen Äusserungen ohne auf dessen Inhalte einzugehen.

*Reduzierte sprachliche Anregbarkeit im Dialog*

Zusätzlich zur langen Antwortlatenz und der reduzierten Spontanität der Sprache wird hier beurteilt, in wie weit der Patient im Laufe eines Gesprächs anregbar ist. Lässt sich der Patient trotz wiederholter einladender Äusserungen des Untersuchers nicht im Sinne einer Steigerung der Sprachproduktion und -geschwindigkeit auflockern wird dieses Item gewertet.

b) *Qualitative Symptome*

Damit sind bezogen auf S+ Veränderungen gemeint, die den normalen Sprachausdruck im Sinne von Regelverletzungen beeinträchtigen. Im Gegensatz zu den S+ Symptomen werden bei den S- Symptomen Hinweise darauf erfasst, dass der Sprachfluss gestört wird, weil der Patient Mühe hat, den Sinn eines Wortes zu begreifen und festzuhalten oder weil ein ganzer Gedanke verloren geht.

## i) Personenverwechslungen

*Falsch positive Personenverwechslungen*

Eine unbekannte Person wird irrtümlich erkannt oder eine bekannte Person mit einer anderen verwechselt.

*Falsch negative Personenverwechslungen*

Eine bekannte Person wird irrtümlich nicht erkannt oder ihre wahre Identität wird in Frage gestellt.

## ii) Zusammenhalt der Sprache

*Unterbrüche des Zusammenhalts durch Themenwechsel*

Diese Art von Inkohärenz entsteht durch die Unterbrechung des normalen Sprachflusses durch eingeschobene, thematisch nicht zusammenhängende neue Gedankengänge. Im Gegensatz zu den Intrusionen handelt es sich nicht nur um Fragmente, sondern um wiederum in sich zusammenhängende ganze Sätze. Themenwechsel, die durch Ablenkungen aufgrund starker emotionaler Schwankungen oder Aussenreize ausgelöst worden sein könnten, werden hier nicht erfasst.

*Blockaden*

Der Zusammenhalt der Sprache wird dadurch gestört, dass der Gedanke verloren geht und nicht weiter verfolgt wird. Die dadurch entstehende auffällig lange Pause (Sperrung) unterbricht die Kohärenz des Gedankens, der an einem anderen Punkt oder gar nicht wieder aufgenommen wird.

### iii) Unterbrechungen

#### *Sprachintrusionen*

Hier werden Unterbrechungen des Sprachflusses durch eingeschobene, in sich nicht zusammenhängende Fragmente erfasst, wie sie z.B. bei Wortneubildungen, Stereotypien oder Verbigerationen vorkommen.

#### *Unterlassungen*

Wesentliche Elemente des korrekten Sprachflusses werden ausgelassen. Das können einzelne Wörter sein oder Satzteile. Der Gedanke wird aber weiter verfolgt.

### iv) Begriffszuordnung

#### *Voreilige, spielerische Begriffszuordnung*

Eine Bezeichnung für ein Objekt, eine Idee oder ein Urteil wird sehr schnell und unkritisch ausgesprochen. Das kann sich in Form von unpassenden aber auch treffenden provokativen oder polemischen Äusserungen ausdrücken. Der Umgang mit der Sprache wirkt dabei oft spielerisch.

#### *Ständiges Hinterfragen von Begriffszuordnungen*

Objekte, Situationen und Absichten werden nicht in ihrer offensichtlichen Bedeutung erfasst und akzeptiert. Dies führt oft zu langen und ergebnislosen Diskussionen.

### v) Erfassen von Bedeutung

#### *Affirmative Sprache*

Nicht nachvollziehbare Interpretationen einer Situation, Aussage oder Erlebnisses werden mit absoluter Sicherheit wie Selbstverständlichkeiten vorgetragen, ohne dass ihre Richtigkeit oder ihr Sinn hinterfragt würden.

#### *Quälendes und suchendes „sich wundern“, „rätseln“*

Aussagen und Erlebnisse führen zu Verwunderung, zu einem Rätseln und aktivem Suchen nach ihrem eigentlichen Sinn. Der Patient hat den Eindruck, dass alles eine versteckte Bedeutung hat. Der offensichtliche, einfache Sinn von Situationen, Erlebnissen oder Handlungen anderer Menschen wird nicht akzeptiert sondern es wird eine andere, hintergründige, versteckte oder mystische Bedeutung vermutet, aber nie konkret gefunden.

### c) *Subjektive Zeichen*

Dieser Bereich wird vom Patienten selbst empfunden und spontan oder auf Nachfrage berichtet. Es wird angenommen, dass diese subjektiven Erfahrungen parallel zu den entsprechenden Verhaltensäusserungen auftreten.

### i) Gedankenfluss

#### *Gedankeneinschübe*

Der Patient hat das Gefühl, seine Gedanken nicht zu Ende führen zu können, weil ihn schon wieder der nächste ablenkt. Entspricht dem objektiven Symptom der Inkohärenz der Themenwahl.

#### *Gedankenverlust*

Der Patient hat den Eindruck, gedanklich den Faden zu verlieren. Entspricht den Blockaden.

## ii) Gedankenmenge

*Gedankendrängen*

Es wird subjektiv eine grosse Gedankenfülle wahrgenommen, viele Ideen sind gleichzeitig im Kopf. Dieser subjektive Eindruck hat einen Bezug zum Ideenreichtum.

*Gedankenleere*

Das Gefühl, wenige oder gar keine Gedanken im Kopf zu haben. Möglicherweise besteht eine Beziehung zu dem Gefühl des Gedankenkreisens, bei dem nur einer oder wenige Gedanken das Bewusstsein beherrschen und als quälend empfunden werden.

## iii) Gedankenklarheit

*Durcheinander*

Hier ist das subjektive Gefühl gemeint, die Gedanken nicht mehr ordnen oder "sortieren" zu können. Es ist oft mit dem Eindruck der Gedankenfülle verbunden, bezieht sich aber auf objektiver Ebene vermutlich auf die Inkohärenz, d.h. die Unterbrüche im Zusammenhalt der Sprache.

*Ratlosigkeit*

Das subjektive Gefühl "nicht weiter zu wissen". Es entspricht objektiv vermutlich der Ideenarmut mit der Unfähigkeit, Lösungen und Entscheidungen zu finden. Ein verwandter Begriff ist die Perplexität, wobei aber v.a. das objektive Symptom des Bedeutungserlebens gemeint ist.

## iv) Bedürfnis zu Sprechen

*Rededrang*

Den eigenen Gedanken muss ständig Ausdruck verliehen werden. Schweigen kostet eine besondere Anstrengung. Das Symptom entspricht der Zunahme der spontanen Sprache. Dem Rededrang wird manchmal durch Singen oder sogar durch Schreiben nachgegeben. Wenn er behindert wird, reagiert der Patient ungehalten, verärgert oder sogar offen aggressiv.

*Fehlendes Bedürfnis zu sprechen*

Es fehlt das Bedürfnis, den eigenen Gedanken Ausdruck zu geben. Sprechen wird als Anstrengung empfunden.

**3. Affekte**a) *Objektive Zeichen*

Hier wird erstmals versucht, die Beschreibungs- und Erfassungsebene von affektiven Symptomen eindeutig zu deklarieren. Bei den objektiven Zeichen handelt es sich um Phänomene, die der Betrachter beobachten kann und mit hoher Wahrscheinlichkeit einem bestimmten Affektzustand zuordnen kann. Sie betreffen das Vegetativum, die spontanen mimischen Äusserungen, die Körperhaltung und die Prosodie.

## i) Emotionale Reaktion

*Rührbarkeit*

Unbedeutende Ereignisse lösen tiefe, pathetisch anmutende Gefühlsregungen aus. Alltagskontakte sind stark gefühlsbetont, die Patienten könnten "die ganze Welt umarmen".

### *Schreckhaftigkeit*

Unbedeutende Geräusche oder Ereignisse können den Patienten stark erschrecken oder sogar einen plötzlich auftretenden Zustand panischer Angst auslösen.

#### ii) Körperhaltung

##### *Sehr entspannte Körperhaltung*

Der Patient hat eine für die Untersuchungssituation ungewöhnlich lockere Körperhaltung. Der Muskeltonus ist dabei niedrig. Z. B. lehnt sich der Patient lässig irgendwo an und positioniert die Extremitäten raumgreifend. Nicht erfasst wird hier betont lässiges Verhalten, z.B. aus Unsicherheit bei Jugendlichen.

##### *Gespannte Körperhaltung*

Der Patient hat eine für die Untersuchungssituation ungewöhnlich angespannte Körperhaltung. Der Muskeltonus ist dabei hoch. Z. B. ist die Sitzposition steif und aufrecht. Die Extremitäten werden in der Nähe des Rumpfes gehalten.

#### iii) Bewegungsabläufe

##### *Ausdrucksvolle, feierlich getragene Bewegungen*

Die Bewegungsabläufe sind auffällig feierlich und drücken Wohlbefinden aus. Z. B. sind die Bewegungen sanft, getragen, ausdrucksvoll oder symbolisieren positive Erlebnisse. Als Ausdruck eines wohligen Körpergefühls räkeln sich die Patienten gerne mit Beteiligung der Extremitäten.

##### *Hastige Bewegungen*

Die Bewegungsabläufe sind auffällig kurz, heftig und abrupt, vor allem im Bereich des Kopfes. Der Blick ist unstet.

#### iv) Gestik

##### *Gesten der Zuwendung*

Die Gesten sind auffällig jovial, freundlich und einnehmend. Z. B. nähern sich die Patienten dem Gegenüber ungewöhnlich stark, fassen dessen Hände oder umarmen ihn in unpassenden Situationen.

##### *Droh-, Abwehr- und Schutzgesten*

Der Patient wendet sich vom Gegenüber ab, weicht aus oder nimmt eine konfrontative Abwehrhaltung ein. Z. B. ist das Kinn leicht angehoben, die Hände sind verkrampft. Oder der Kopf ist gesenkt, der Oberkörper abgewendet und der Blick weicht aus.

#### v) Mimik

##### *Wohligen, beseeltes Lächeln*

Erfasst wird ein in sich gekehrtes, ruhiges Lächeln, das auch spontan auftritt. Der Gesichtsausdruck ist entspannt. Die Lippen sind eventuell leicht geöffnet. Die Stirn ist glatt, die Lidspalte eher klein. Hier ist nicht das höfliche, soziale Lächeln gemeint, bei dem ein direkter Blickkontakt hergestellt wird, oder das verschmitzte Lächeln, bei dem ein "schräger" Blickkontakt gesucht wird. Insgesamt drückt die Mimik entspannte Heiterkeit oder stilles Glück aus.

### *Angespannter Gesichtsausdruck*

Der Gesichtsausdruck ist ernst und starr. Die Augen sind aufgerissen, die Lippen schmal, die Zähne zusammengebissen. Die Augenbrauen sind gehoben.

### vi) Atmung

#### *Ruhige, tiefe Atmung mit wohliger Durchatmen*

Der Patient atmet in der Untersuchung mehrmals auffällig mit sichtlichem Wohlgefühl durch. Die Atmung wird mit geringer Frequenz ohne Anstrengung durchgeführt.

#### *Flache, schnelle, abgehackte oder schwere Atmung*

Es wird mit hoher Frequenz in kurzen Stößen geatmet, so dass der Eindruck von Atemnot entstehen kann.

### vii) Hautfarbe

#### *Rosige Hautfarbe*

Dieses Symptom ist nicht einfach festzustellen, v.a. aufgrund der verschiedenen Einflussfaktoren und der interindividuellen Varianz. Es soll nur erfasst werden, wenn es eindeutig auffällig ist und die intraindividuelle Beurteilung im Längsschnitt möglich ist.

#### *Blasse Hautfarbe und / oder Flush*

Blässe muss mit Vorsicht beurteilt werden, aufgrund der interindividuellen Variabilität. Eine einschliessende Errötung ist zwar relativ selten und nur in sehr akuten, meist noch unbehandelten psychotischen Erregungszuständen zu beobachten. Tritt sie aber auf, so ist sie ein zuverlässiges Zeichen für die vegetative Erregung.

### viii) Augen

#### *Glänzende Augen*

In Momenten der Rührung bekommt der Patient wiederholt feuchte Augen.

#### *Weite Pupillen*

Die Pupillen sind für die Lichtverhältnisse auffällig weit, ohne dass dies auf eine pharmakologische Wirkung zurückgeführt werden kann.

### ix) Schweisssekretion

#### *Warme, trockene Haut*

Die Haut des Patienten ist auffallend trocken, warm, nicht schwitzig, was sich z.B. beim Händedruck überprüfen lässt.

#### *Kalter Schweiss*

Muss durch Händedruck oder Berührung der Stirn festgestellt werden. Der Schweiss ist typischerweise kalt, kann aber auch heiss sein, wobei ausgeschlossen werden muss, dass die Umgebungstemperatur verantwortlich ist.

## x) Reflexe

*Hyporeflexie/seltene Augenlidschläge (Blinzelfrequenz niedrig)*

Bei einer neurologischen Untersuchung des Reflexstatus kann eine Hyporeflexie festgestellt werden. Oder die Blinzelfrequenz ist auffällig viel niedriger als beim Durchschnitt der Bevölkerung.

*Hyperreflexie/häufige Augenlidschläge (Blinzelfrequenz hoch)*

Bei einer neurologischen Untersuchung des Reflexstatus kann eine Hyperreflexie festgestellt werden. Oder die Blinzelfrequenz ist auffällig viel höher als beim Durchschnitt der Bevölkerung.

## xi) Prosodie

*Gleichbleibend ruhige, feierlich getragene Stimme*

Die Person spricht mit auffällig gerührter oder übertrieben feierlich getragener Sprachmelodie.

*Gepresste, bebende Stimme*

Die normale Modulation der Satzmelodie ist reduziert. Die Stimme ist gepresst leise oder erregt laut.

## xii) Muskeltonus

*Lockere Muskeln*

Die Muskulatur ist auffällig entspannt und passiv völlig frei beweglich. Die Extremitäten befinden sich in lockerer Ruhehaltung.

*erhöhter Muskeltonus, Zittern*

Der Muskeltonus ist auffällig hoch und bei passiver Bewegung stark angespannt. Zittern kann auftreten.

## b) subjektive Zeichen

## i) Emotion

*Glücksgefühl*

Der Patient fühlt sich subjektiv aussergewöhnlich glücklich. Dieses Gefühl ist selbstgenügsam, so dass der Patient kaum Bedürfnisse nach weiteren Aktivitäten empfindet. Dieser direkte Ausdruck der glücklichen Gefühlslage wird allerdings nicht immer spontan berichtet. Oft wird stattdessen auf die Frage ("Sind sie glücklich?") eine Erklärung abgegeben ("Ja ist doch klar, wenn man von Bruce Willis geliebt wird!"). In diesem Fall wäre die Antwort als Bestätigung des Symptoms zu werten. Wenn das subjektive Glücksgefühl aber nicht explizit bestätigt wird, ist eine solche Erklärung nicht hier sondern unter den indirekten Zeichen zu werten.

*Angst, Flucht- oder Verteidigungsbedürfnis*

Der Patient empfindet aussergewöhnliche Angst. Auch dieses subjektive Symptom muss oft aktiv erfragt werden, wenn es im Bewusstsein des Patienten durch die vermeintliche Ursache (Bedrohung, Verfolgung, Beschuldigung) ersetzt wird. In vielen Fällen wird sie jedoch bestätigt. In manchen Fällen führt eine vermeintliche Bedrohung nicht zu dem Gefühl der Angst, sondern zu Hass oder Empörung, vor allem, wenn die Ideen schon länger anhalten und bereits zur Gegenwehr oder Schutzstrategien des Patienten geführt haben. In



diesen Fällen wird dieses Symptom nicht gewertet, auch wenn man davon ausgeht, dass die Aggression als Folge der Angst auftritt.

ii) Besorgnis

*Sorglosigkeit*

Der Patient hat den Eindruck einer unbeschwernten Zukunft entgegen zu gehen und sieht keine Probleme, die er lösen müsste. Er ist selbstsicher in seinen Gedanken und Handlungen. Auch fühlt er sich gefestigt und sicher vor Bedrohung.

*Gefühl der Bedrohung*

Hier handelt es sich um eine objektiv nicht gerechtfertigte oder übertriebene Befürchtung. Diese betrifft die eigene physische, psychische, materielle oder moralische Integrität.

iii) Ruhe

*Gefühl der tiefen inneren Ruhe*

Der Patient spürt ein aussergewöhnlich angenehmes Gefühl innerer Ruhe und Ausgeglichenheit. Dieser Zustand wird oft auch als in sich ruhend beschrieben.

*Unruhe*

Der Patient fühlt sich innerlich unruhig und ziellos angetrieben.

iv) Spannung

*Vollständige Entspannung*

Der Patient empfindet ein aussergewöhnliches Gefühl vollständiger Entspannung.

*Beklemmungs- / Spannungsgefühle*

Der Patient empfindet ein Gefühl aussergewöhnlicher innerer Anspannung.

v) Körperliches Wohlbefinden

*Absolutes körperliches Wohlbefinden*

Der Patient fühlt sich in seinem Körper äusserst wohl und hat das Gefühl absoluter physischer Gesundheit.

*Allgemeines körperliches Unwohlsein*

Der Patient verspürt ein unbestimmtes körperliches Unwohlsein (Schmerzen, Verspannungen, Atemnot oder Druck auf der Brust, etc.)

vi) Körperliche Empfindungen

*Angenehmes Durchströmungsgefühl*

Wahrscheinlich ein vegetatives Phänomen, das gelegentlich mit einer umfassenden, wogenden ("kosmischen") Durchflutung verglichen wird. Wir nehmen an, dass es sich um eine extreme Ausprägung dessen handelt, was in der Normalpsychologie als Glücksschauer bezeichnet wird.

### *Missempfindungen*

Unangenehme körperliche Empfindungen wie Stechen, Ziehen, Reissen, Stossen usw., oft auch im Genitalbereich. Die letztere Lokalisation wird fast nie spontan genannt und muss erfragt werden. Sie ist aber überraschend häufig.

#### vii) Vertrauen

##### *Gefühl der Harmonie, Zutrauen*

Der Patient fühlt sich im Einklang mit der Welt, ist z.B. der Überzeugung, dass alle Konflikte der Menschheit durch seinen liebevollen Beitrag gelöst werden können. Der Gefühlszustand auch mit Gutgläubigkeit, Zutrauen oder Zutraulichkeit beschrieben werden

##### *Misstrauen*

Dieses Symptom bezeichnet die objektiv unbegründete, übertriebene Befürchtung, dass der Gegenüber schlechte Absichten hat.

#### viii) Hilfsbedürfnis

##### *Bedürfnis anderen zu helfen*

Das Leid anderer wird übermässig stark wahrgenommen und es entsteht ein unangemessenes Bedürfnis zu helfen.

##### *Bedürfnis sich zu schützen, nach Hilfe*

Der Patient spürt den Wunsch, Hilfe zu suchen (z.B. bei einem Angehörigen, Arzt, Seelsorger oder einer Behörde) oder eine vermeintliche Gefahr mit bestimmten Verrichtungen oder Apparaten abzuwehren.

#### ix) Gewissheit

##### *Sicherheitsgefühl*

Der Patient ist selbstbewusst in seinen Gedanken und Handlungen, auch fühlt er sich gefestigt, in sich ruhend und dadurch sicher vor Bedrohung.

##### *Ungewissheit*

Es handelt sich um eine abgeschwächte Form des Bedrohungsgefühls, bei dem keine konkrete Bedrohung bewusst wird, aber eine ängstliche Unsicherheit oder böse Ahnungen um die Zukunft bestehen.

#### x) Zwischenmenschlicher Kontakt

##### *Bedürfnis am eigenen Gefühl teilhaben zu lassen*

Es besteht das übermässige Bedürfnis, andere am eigenen Gefühlsleben teilhaben zu lassen. Dies wird in der Regel von der Umgebung als unangenehm oder aufdringlich empfunden.

##### *Bedürfnis sich abzugrenzen*

Es handelt sich hier nicht wie im Symptom ‚Bedürfnis sich zu schützen‘ um die aktive Suche nach Hilfe, sondern um ein aktives Abgrenzen nach aussen, um zwischenmenschliche Kontakte zu vermeiden. Ein einfaches, selbstgenügsames Fehlen von Kontaktbedürfnis wird hier nicht erfasst.

### c) *indirekte Zeichen*

Hier handelt es sich um einen Versuch, Denkinhalte in Beziehung zu den Emotionen zu setzen, die sie begleiten. Damit werden Rückschlüsse gezogen, die letztlich keinen Beweis dafür darstellen, dass die Emotion auch tatsächlich dem Denkinhalt entspricht. Allerdings gehen wir davon aus, dass der gleichsinnige Zusammenhang in der Regel besteht, sofern man strikt die Gleichzeitigkeit beachtet. Affekte können innerhalb von Minuten in ihr Gegenteil umschlagen und stimmen dann nicht mehr mit den kurz vorher berichteten Denkinhalten zusammen. Die indirekten Zeichen der Affekte sind in jedem Fall relativ unsichere Hinweise auf den Affekt. Sie werden deshalb explizit als indirekte Zeichen ausgewiesen und müssen entsprechend bewertet werden. Wie bereits oben erwähnt, werden keinerlei Annahmen darüber getroffen, ob es sich bei den indirekten Zeichen um primäre oder um sekundäre Phänomene handelt, die von den Affekten selbst verursacht werden. Diese Frage bleibt bei dieser rein deskriptiven Skala offen.

#### i) Überwertige oder Wahnideen

*Erlösung, Auserwähltsein, besondere Fähigkeiten (heilen, helfen, hellsehen) Besondere Kontakte (zu Gott, hochgestellten Persönlichkeiten), geliebt zu werden, Reichtum, Gefühl der Berufung, Verbündung*

Es handelt sich um jede Art von Ideen, die die eigene Stellung, Bedeutung, körperliche und geistige Kraft oder Zukunft überhöhen und in ein besonders positives Licht rücken. Dazu gehören sehr oft auch Ideen, die die Person, ihre Ideen oder Handlungen moralisch oder religiös besonders legitimieren und unterstützen. Zu häufigen Ideen der besonderen Bedeutung und Stärke gehören bei Männern häufig die Zeugungskraft, bei Frauen die Schwangerschaft und bei beiden Geschlechtern die sexuelle Anziehungskraft, die zur Überzeugung führen kann, von einer hochgestellten, an sich unerreichbaren Person geliebt zu werden. Wir gehen davon aus, dass diese Ideen von einem entspannten Glücksgefühl begleitet sind, solange sie im Bewusstsein vorherrschen.

Das Item wird dann als zutreffend bewertet, sobald ein Thema klar hervorgebracht wurde.

*Vernichtung, Verdammnis, besondere Schwächen (Krankheit, Schutzlosigkeit, Ausgeliefertsein), negative Kontakte (Teufel, Verbrecher), gehasst zu werden, Bedrohung durch Armut, Verfolgung, Verschwörungen, Vergiftung*

Inhaltlich handelt es sich jeweils um das Gegenteil der Ideen, die oben mit einem glücklichen Affekt in Verbindung gebracht werden. Analog dazu sind es Überzeugungen oder Befürchtungen, die eine Bedrohung der eigenen körperlichen, seelischen, materiellen, sozialen oder moralischen Integrität beinhalten. Diese Bedrohungsideen können auf das Umfeld der Person z.B. nähere Angehörige ausgeweitet werden, wobei besonders oft die eigenen Kinder betroffen sind.

Das Item wird dann als zutreffend bewertet, sobald ein Thema klar hervorgebracht wurde.

#### ii) Trugwahrnehmungen

*Gott, Engel, Maria, Himmelsstrahlen, positive Naturerlebnisse*

Diese Erlebnisse sind in extrem ausgeprägten, akuten Psychosen relativ häufig und betreffen im Gegensatz zu den häufigeren, auch bei chronischen Psychosen auftretenden akustischen Halluzinationen die visuelle Modalität. Es ist nicht immer eindeutig zu klären, ob es sich um Halluzinationen, illusionäre Verkennungen oder Wahnwahrnehmungen handelt. Diese Unterscheidung ist in diesem Zusammenhang ohne weitere Bedeutung, weil lediglich gefolgert wird, dass ein Mensch, der ein derartig aussergewöhnlich positives Erlebnis hat, im entsprechenden Augenblick mit grosser Wahrscheinlichkeit auch ein Glückserleben haben

wird. Auch kann zunächst offen bleiben, ob ein autochtoner, extremer Affekt die Trugwahrnehmung verursacht, oder die Trugwahrnehmung den Affekt.

#### *Wahrnehmung von Teufel, Polizei, Schatten, Fratzen, Zeichen des drohenden Untergangs*

Auch hier handelt es sich um das entsprechende Gegenstück zu den Trugwahrnehmungen, die unter den indirekten Zeichen für Glücksgefühle aufgeführt sind. Es wird angenommen, dass die Wahrnehmung der aufgelisteten Objekte, Situationen oder Personen im entsprechenden Moment mit Angstgefühlen verbunden sind.

#### iii) Emotionale Erregung

##### *Ergriffenheit*

Die pathetisch überzeichnete Beteiligung an Ereignissen, an denen die Person teilnimmt. Es handelt sich dabei nicht um eine Angst- oder Alarmreaktion, sondern um eine besondere Gefühlstiefe der Beteiligung an den Gefühlen anderer, die für sich als positiv und angenehm empfunden wird, auch wenn es sich um Mitleid handelt.

##### *Alarmreaktionen*

Im Gegensatz zur Schreckhaftigkeit handelt es sich hier nicht um rasche, reflexartige Reaktionen, sondern um komplexe Handlungen, die durch die Fehlinterpretation einer Situation in Gang gesetzt und von der Person auch gerechtfertigt werden.

#### iv) Zuwendung

##### *Dankbarkeit*

Das tiefe und übertrieben empfundene Gefühl der Dankbarkeit gegenüber anderen Menschen oder einer höheren Macht auch wenn es sich objektiv nicht um aussergewöhnliche positive Erfahrungen handelt.

##### *Feindseligkeit*

Hier ist eine misstrauische, abweisende Anspannung im Umgang mit anderen Menschen gemeint. Es muss sicher unterschieden werden, ob die Person feindselig ist, weil sie tatsächlich in ihren Willensäusserungen oder Plänen behindert wird (dies kommt z.B. auch bei an sich freudig erregten Manien vor) oder ob die Feindseligkeit aus dem Gefühl einer Bedrohung heraus entsteht. Der Unterschied ist nicht in jedem Fall eindeutig festzustellen. Im Zweifelsfall sollte auf dieses Symptom als indirektes Zeichen der Angst verzichtet werden.

#### v) Kontakt

##### *Übermässige Hilfeleistungen*

Es handelt sich hier um übermässige, unangemessene oder gar aufdringliche aber offensichtlich gutgemeinte Hilfeleistungen oder Einmischungen in die Angelegenheiten anderer. Hier werden die Handlungen erfasst, auch wenn der Patient das subjektive Gefühl des Helfenwollens nicht berichtet.

##### *Aggressivität*

Verbale oder tätliche Angriffe mit dem Ziel der Einschüchterung, der Befreiung oder des Selbstschutzes. Damit Aggressivität als indirektes Zeichen der Angst gedeutet und hier erfasst werden kann, muss sie durch ein Gefühl der Bedrohung ausgelöst werden und somit

aus subjektiver Sicht eine Verteidigungshandlung sein. Sie darf nicht einfach durch ein Begehren motiviert sein.

#### 4. Motorik

Bei der Zusammenstellung und Definition der motorischen Symptome fanden sich überraschend viele Analogien zu den sprachlichen Störungen. So liessen sie sich problemlos in die gleichen Kategorien – quantitativ, qualitativ und subjektiv aufteilen. Bei den quantitativen Störungen liessen sich die Symptome in gleicher Weise wie bei der Sprache in einer Zunahme bzw. Reduktion der Menge und Geschwindigkeit und in einer Reduktion bzw. Verlängerung der spontanen Pausen beschreiben. Weiterhin ergibt sich aus der klinischen Erfahrung, dass sowohl sprachliche, als auch motorische Enthemmung in der Regel lustvoll, die Hemmung dagegen als quälend empfunden wird. Da es sich dabei um emotionale Aspekte handelt, werden sie nicht als Teil des jeweiligen Symptoms erfasst, sondern in der Affektdomäne. Damit kann auch geprüft werden, wie stark die Verknüpfung bei verschiedenen Patienten tatsächlich ist. Ebenso liessen sich die qualitativen Veränderungen ebenso wie bei der Sprache als Störungen der Sequenz von Bewegungen beschreiben, wobei uns aber selbstverständlich nicht die gleichen formalen Kriterien zur Beurteilung eines korrekten Bewegungsablaufes wie bei der Sprache (Grammatik, Logik etc.) zur Verfügung stehen.

##### a) *Quantitative Symptome*

##### i) *Bewegungsmenge*

###### *Zunahme der Spontanbewegungen*

Die Person bewegt sich ohne Anregung auffällig viel mehr als die Durchschnittspopulation. Hier wird nicht beurteilt, ob es sich um harmonische, zielgerichtete oder um unsinnige oder einschliessende Bewegungen handelt.

###### *Abnahme der Spontanbewegungen*

Die Person bewegt sich auffällig viel weniger. (gilt auch für *Flexibilitas cerea*, *Akinese* ect.)

##### ii) *Bewegungspausen*

###### *Abnahme der Pausen*

Es sind auffällig wenige Momente motorischer Ruhe zu beobachten.

###### *Zunahme der Pausen*

Die spontan eingelegten Momente der motorischen Ruhe sind auffällig viel häufiger und/oder länger. Im Gegensatz zur Unterbrechung, die unter den qualitativen Störungen erfasst wird, werden die normalen Bewegungssequenzen aber abgeschlossen. Zur Beurteilung dieses Phänomens muss der Untersucher wie bei der Beurteilung der spontanen Sprache Momente ohne motorische Anregungen zulassen.

##### iii) *Bewegungsgeschwindigkeit*

###### *Zunahme der Bewegungsgeschwindigkeit*

Die Bewegungen laufen auffällig schnell ab.

###### *Abnahme der Bewegungsgeschwindigkeit*

Die Bewegungen sind auffällig viel langsamer.

## iv) Bewegungsausdruck

*Spielerischer Bewegungsvielfalt*

Es werden Bewegungen durchgeführt, die rein objektiv übertrieben oder unnötig sind: Tanzen, Springen, Kung Fu Bewegungen, Gestikulieren im Übermass oder ganz ohne Anlass.

*Bewegungsmonotonie*

Hier wird nicht die Menge, sondern die reduzierte Vielfalt des motorischen Ausdrucks erfasst. Die Bewegungsabläufe wirken eintönig oder stereotyp.

## v) Anregbarkeit der Bewegung

*Lebhafte motorische Reaktionen*

Auf Anregung durch eine anwesende Person aber auch durch andere Stimuli wie z.B. rhythmische Musik werden lebhafte Mit- oder Gegenbewegungen ausgelöst.

*Verhaltene motorische Reaktionen*

Reaktionen auf Aussenreize mit Aufforderungscharakter sind auffällig verlangsamt, verzögert oder fehlen ganz (z.B. Kopfbewegungen wie Nicken oder Kopfschütteln, Änderung der Körperhaltung während des Gespräches).

b) *Qualitative Symptome*

Die M+ Symptome betreffen nicht ein einfaches "Mehr" von Bewegungen, sondern es handelt sich um Störungen des Bewegungsablaufes durch zusätzliche Bewegungselemente (auch hier könnte man wie bei der Sprache sagen, es handelt sich um commission errors, sozusagen um falsch positive Bewegungen, die eine harmonische und zielgerichtete Sequenz unterbrechen). Gleiches gilt für die M- Symptome, wobei dort von Störungen des Bewegungsablaufes durch fehlende Bewegungselemente auszugehen ist.

## i) Bewegungsabläufe

*Parakinesen/Dyskinesien*

Es handelt sich um einschliessende, zusätzliche Bewegungen, die nichts mit dem regulären Bewegungsablauf assoziiert sind. Die Ätiologie bleibt offen. Es kann sich um Parakinesen oder Dyskinesien handeln. Auch das unwillkürliche Grimassieren oder tic-artige einschliessende Bewegungen können hier erfasst werden.

*Blockierungen*

Die normalen Bewegungsabläufe werden unterbrochen; jedoch nicht durch konkurrenzierende Bewegungen, sondern durch ein Erstarren oder Abbrechen einer Bewegungssequenz vor ihrer Beendigung.

## ii) Willentliche Bewegungskontrolle

*Befehlsautomatismen/Echophänomene/Verbigerationen*

Diese Gruppe von Symptomen ist dadurch gekennzeichnet, dass eine willentliche Unterdrückung von Handlungsimpulsen ausbleibt. Die Betroffenen scheinen keinen eigenen Willen zu haben. Externe Aufforderungen werden prompt ausgeführt (Befehlsautomatismen), Gesten, Bewegungen oder Worte wiederholt (Echopraxie bzw. Echolalie). Verbigerationen sind wiederholte sinnfreie Silben, Worte oder Geräusche. Sie

werden häufig gemurmelt oder gesungen. Es handelt sich um klassische katatone Symptome.

### *Negativismus*

Im Gegensatz zu den Echophänomenen und Befehlsautomatismen kommen Negativismen als bewusste Auslassung von Handlungen vor. Es können einfache Unterlassungen von Aufforderungen des Untersuchers sein, oder aber komplexe Verweigerungen von Kontakt (Abwenden vom Untersucher), Ausführen des genauen Gegenteils einer Aufforderung bis hin zur Unterlassung von Nahrungsaufnahme.

### iii) Bewegungszweckhaftigkeit

#### *Manierismen und Stereotypien*

Es handelt sich um komplexe Bewegungsabläufe, die unsinnig und in ihrer Ausführung überzeichnet erscheinen (Manierismen), oder um unsinnige repetitive Bewegungen (Stereotypien). Die Patienten können den Zweck der Handlungen nicht erklären oder geben jeweils ad hoc Erklärungen ab.

#### *Rituale*

Im Gegensatz zu den Manierismen und Stereotypien erscheinen Rituale auch für den Beobachter zweckmässig. Auch hier kann häufig kein klarer Grund angegeben werden. In Abgrenzung von phänomenologisch ähnlichen Zwangshandlungen gibt es vom Betroffenen weder eine kognitive Erklärung noch unangenehme Affekte wie Angst bei Unterlassung. Die Rituale sind Ich-Synton.

### c) *Subjektive Zeichen*

Die gehemmten motorischen Symptome haben interessanterweise selten ein subjektives, d.h. kognitives Äquivalent. Häufig wird auf Nachfragen, warum sich der Patient nicht oder nur wenig bewegt, mit Achselzucken oder Unverständnis reagiert, auch wenn der Patient die Hemmung bereits überstanden hat. Oft werden gar keine Erklärungen abgegeben ("es war einfach so"), manchmal ad hoc Erklärungen mit irgendeinem gerade gleichzeitigen Umstand ("weil ich in die Klinik musste"). Jedenfalls scheinen die meisten Patienten nicht sehr beunruhigt über den Zustand zu sein, obwohl er oft als eher unangenehm bezeichnet wird, und erwarten sich auch vom Arzt keine Erklärung dafür.

### i) Bewegungsantrieb

#### *Bewegungsdrang*

Die Person spürt einen aussergewöhnlich starken Antrieb, sich zu bewegen. Dabei ist es unerheblich, ob diesem Antrieb gern oder ungern nachgegeben wird.

#### *Fehlender Bewegungsantrieb*

Die Person spürt keinen Antrieb, sich zu bewegen, sie fühlt sich unmotiviert und hat Mühe, eine Handlung zu beginnen. Dieses Empfinden wird häufig nicht verbal geäussert. Auch hier ist unerheblich, ob der fehlende Antrieb stört oder angenehm empfunden wird.

### ii) Bewegungsbedürfnis

#### *Bewegungslust*

Subjektiv werden die motorischen Äusserungen als aussergewöhnlich lustvoll empfunden. Hier vermischt sich der motorische mit dem affektiven Aspekt. Da es sich um ein typisches

subjektives Symptom handelt, das mit einer Zunahme der Bewegungen einhergeht, wird es dennoch hier erfasst.

### *Trägheit*

Bewegungen werden als besonders unangenehm empfunden und möglichst vermieden.

## **5. Globale Beurteilung**

### *a) Sprache*

#### i) S+: Zunahme der Sprachproduktion

In der Einschätzung des Schweregrades reicht die Beurteilung von der Normalität bis zur extremen Logorrhoe. Dabei können qualitative Veränderungen vorhanden sein ("Wortsalat"), sind aber nicht zwingend.

#### ii) Unauffällig

Hier wird die normale Schwankungsbreite ohne das Auftreten deutlicher Auslenkungen im Sinne einer Zu- oder Abnahme der Symptomatik oder spezifische psychopathologische Symptome dieser Domäne beschrieben.

#### iii) S-: Reduktion der Sprachproduktion

Die globale Beurteilung reicht von der Normalität bis hin zum Mutismus. Wenn qualitative Störungen hinzukommen, handelt es sich um eine Ratlosigkeit, bei dem der Patient abgelenkt erscheint und eine grosse Unsicherheit über sprachliche Regeln zeigt. Häufig sind Unsicherheiten über die Semantik, d.h. die Bedeutung von Begriffen oder Objekten.

### *b) Affekte*

#### i) A+: glückliche Affekte

Auf der Achse des globalen Schweregrades wird zusammenfassend die quantitative Ausprägung des Glücksgefühls beurteilt. Dabei steht kein einzelnes objektives, subjektives oder indirektes Zeichen im Vordergrund. Auch ist bei extremen Zuständen nicht die freudige Erregung mit Tatendrang gemeint, sondern eher die ruhige, selbstgenügsame Beseeltheit.

#### ii) Unauffällig

Hier wird die normale Schwankungsbreite ohne das Auftreten deutlicher Auslenkungen im Sinne einer Zu- oder Abnahme der Symptomatik oder spezifische psychopathologische Symptome dieser Domäne beschrieben.

#### iii) A-: ängstliche Affekte

Der globale Schweregrad der Angst wird zusammenfassend aus den erfassten Symptomen beurteilt. Den extremen Pol stellt die existentielle Vernichtungsangst dar, wobei das entsprechende Gefühl nicht zwingend subjektiv erkannt werden muss. Als Äquivalent können die Überzeugung, dass eine solche Bedrohung existiert und die entsprechenden vegetativen und Verhaltensäusserungen gelten.

### *c) Motorik*

#### i) M+: Zunahme motorischer Äusserungen

Der extreme Pol auf der globalen Skala des Schweregrades ist hier der Bewegungsturm. Wie bei den anderen Domänen wird dabei die Ausprägung der quantitativen Störung



zusammenfassend beurteilt, wobei die qualitativen Störungen vorhanden sein oder auch fehlen können.

ii) Unauffällig

Hier wird die normale Schwankungsbreite ohne das Auftreten deutlicher Auslenkungen im Sinne einer Zu- oder Abnahme der Symptomatik oder spezifische psychopathologische Symptome dieser Domäne beschrieben.

iii) M-: Abnahme motorischer Äusserungen

Am Extrempol der globalen Achse des Schweregrades befindet sich hier die Akinese. Dabei ist es nicht von Bedeutung, ob qualitative Symptome hinzukommen wie Haltungsverharren.