

# Nonverbale Indikatoren psychischen Befindens

H. Ellgring

Ausdrucksverhalten gilt, v. a. bei Affektstörungen, als wichtige Informationsquelle für die klinische Urteilsbildung [5]. Bereits Kraepelin [7] hob die Bedeutung nonverbaler Merkmale für die Diagnostik hervor:

„Eine der wichtigsten Quellen für die Erkennung krankhafter Seelenzustände bilden die Ausdrucksbewegungen im weitesten Sinne des Wortes, da wir aus ihnen vor allem unsere Schlüsse auf die psychischen Vorgänge zu ziehen haben, welche sich in unseren Kranken abspielen. Vielfach lassen uns schon der einfache Anblick der Kranken, sein Benehmen, seine Gesichtszüge ein ungefähres Urteil über die seelischen Bewegungen gewinnen, die sein Innerstes bewegen“ (S. 197–198).

Trotz der praktischen Bedeutung existieren im Vergleich zu der großen Zahl von Fragebogenverfahren nur wenig Ansätze zur systematischen Erfassung nonverbalen Verhaltens. Klinische Hinweise beziehen sich meist auf spezielle Zeichen, wie die „Veraguth-Falte“, oder qualitative Beschreibungen, wie die kraftlose Gestik usw. Systematische Untersuchungen zur Beurteilung des psychischen Zustands aufgrund des sichtbaren Verhaltens oder Messungen des Verhaltens selber zeigen jedoch, daß das Ausdrucksverhalten valide Informationen liefern kann [4, 6, 10, 11, 12].

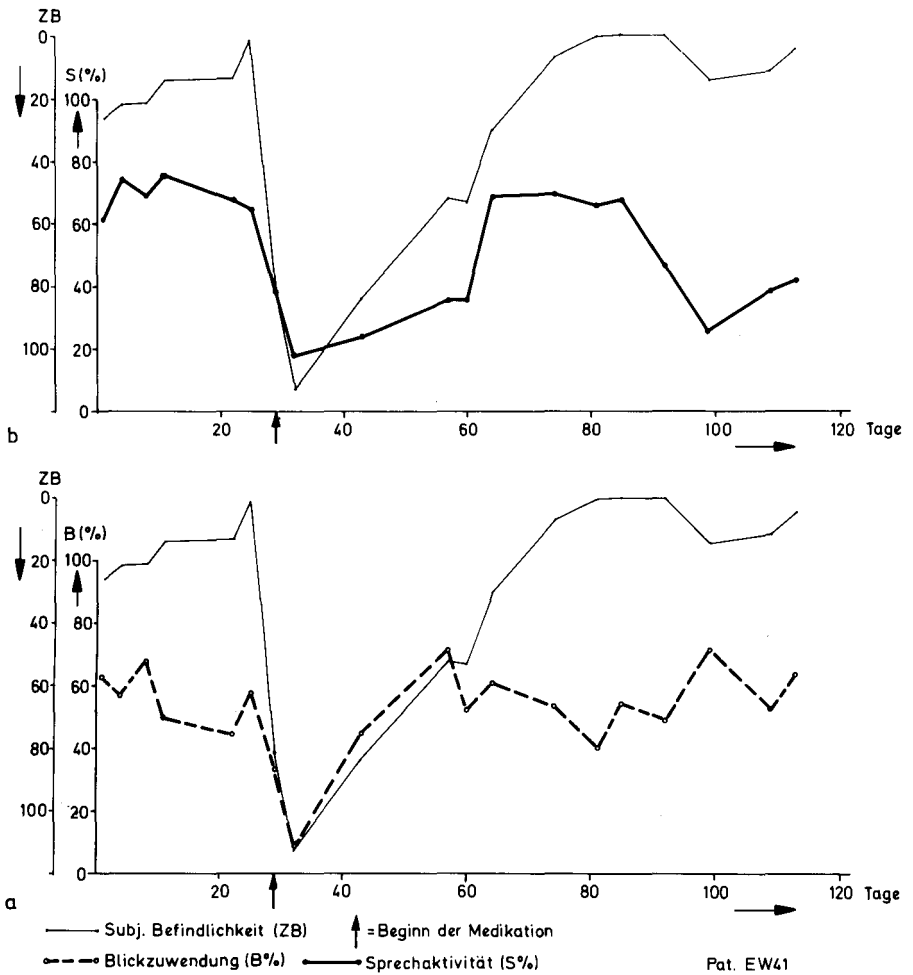
## Empirische Befunde

Anhand von Verlaufsuntersuchungen<sup>1</sup> an endogen und neurotisch depressiven Patienten soll im folgenden erläutert werden, wie sich Veränderungen psychischen Befindens im Verhalten manifestieren. Nonverbale Verhaltensweisen, wie Mimik, Gestik, Blickzuwendung und – als inhaltsunabhängiger Teil von Äußerungen – die Muster der Sprechaktivität wurden anhand von Videoaufzeichnungen mit entsprechenden Beobachtungsverfahren gemessen, d. h. nicht nur beurteilt.

In den individuellen Verläufen der depressiven Erkrankung zeigen sich sehr enge Beziehungen zwischen Befinden und Verhalten im Einzelfall. Ein solcher Verlauf ist für eine 56jährige Patientin mit phasisch verlaufender Depression dargestellt (s. Abb. 1).

---

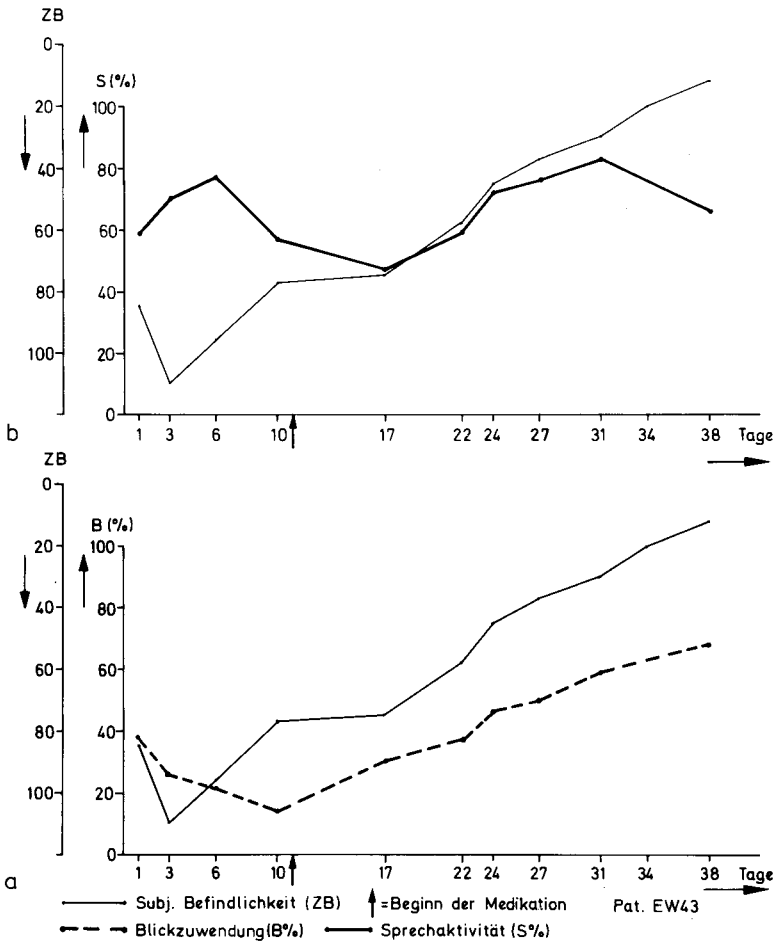
<sup>1</sup> Die Untersuchungen sind auch Teil eines interdisziplinären Projekts über biologische Grundlagen endogener Depression am Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München. Teile wurden gefördert durch die DFG (EL 67/2)



**Abb. 1 a, b.** Verlauf von subjektiver Befindlichkeit (ZB = „Zustandsbarometer“) und relativer Zeitdauer von **a** Blickzuwendung (B%) und **b** Sprechaktivität (S%) bei einer endogenen depressiven Patientin (56 Jahre). Die Werte beziehen sich auf 5 min eines standardisierten klinischen Interviews. Hohe Zahlenwerte im „Zustandsbarometer“ geben schlechtes subjektives Befinden an

In dem dargestellten Beispiel tritt im Verlauf des Klinikaufenthaltes dieser Patientin eine plötzliche Depression auf. Unter medikamentöser Therapie bessert sich das Befinden und mündet nach einer depressiven Nachschwankung, deren Form sich hier als eine „gedämpfte Schwingung“ darstellt, in einen stabil guten Zustand. Auffällig ist hier, daß nur bei extremer Befindlichkeitsänderung das Blickverhalten reagiert, während die Sprechaktivität deutlicher und sensibler die Stimmungsänderungen abbildet.

In dem nächsten Fall einer endogenen Depression zeigt sich eine Reaktion auf Änderungen des subjektiven Befindens nur im Blickverhalten, nicht dagegen in der Sprechaktivität (s. Abb. 2). Das Ausmaß der Blickzuwendung folgt



**Abb. 2 a, b.** Verlauf von subjektiver Befindlichkeit (ZB) und relativer Zeitdauer von a Blickzuwendung (B%) und b Sprechaktivität (S%) (Erläuterung s. Abb. 1).

der stetigen Besserung des subjektiven Befindens, während das Ausmaß der Sprechaktivität unabhängig von den Befindlichkeitsänderungen variiert.

Die generellen Zusammenhänge zwischen Verhaltensmaßen, subjektivem Befinden und klinischem Eindruck lassen sich anhand von 120 Interviews mit depressiven Patienten und Kontrollpersonen folgendermaßen kennzeichnen (s. Tabelle 1).

Bis auf die Gestik bestehen allgemein hochsignifikante ( $p < 0.01$ ) Korrelationen zwischen Verhaltensmaßen einerseits und subjektivem Befinden bzw. klinischem Eindruck andererseits. Folgende Punkte sind dennoch zu bedenken:

1. Im Durchschnitt liegt die gemeinsame Varianz, ausgedrückt im Determinationskoeffizienten, von Verhalten und Befinden zwischen 16 und 30%. Dies erscheint für eine valide Inferenz des Befindens im Einzelfall kaum hinreichend.

**Tabelle 1.** Korrelationen von subjektivem Befinden (*ZB*), klinischem Eindruck (*KLIN*) und Verhalten. *LA*=Anzahl der Lächelreaktionen, *B%*=relative Dauer der Blickzuwendung, *S%*=relative Dauer der Sprechaktivität, *GEFA*=Anzahl der Gesten bezogen auf die Sprechmenge. *n*=120 Interviews von jeweils 5 min Dauer, bei 20 endogen, 16 neurotisch-depressiven Patienten und 9 Kontrollpersonen. (Es gehen jeweils 2–3 Interviews pro Person in die Berechnung ein)

	LA	B%	S%	GEFA
ZB	.47	.55	.42	.10
KLIN	.57	.44	.42	.03

2. Betrachtet man die Einzelfälle, so reagieren einige Personen stark, einige gar nicht, andere entgegen der Erwartung. Das Resultat ist ein schwacher bis mittlerer durchschnittlicher Zuwachs in den Verhaltensmaßen bei Besserung des Befindens. Diese individuell unterschiedlichen Verhaltensänderungen zusammen mit der Besserung des Befindens weisen auf eine Personenspezifität der Reaktionen hin.
3. Personen, die in einem Merkmal reagieren, reagieren nicht notwendigerweise in anderen. Änderungen nonverbalen Verhaltens in Abhängigkeit vom Befinden erfolgen offensichtlich als logische „Oder-Verbindungen“. Danach verbietet sich ein additives Modell, in dem unterschiedliche Verhaltensmaße zu einem Summenscore verbunden werden könnten.
4. Einige Merkmale verändern sich häufiger zustandskonkordant als andere. Die Depression ist danach durch vermindertes Lächeln, verminderte Blickzuwendung und vermindertes Sprechen (dies wird als einziges Merkmal im DSM III [1] genannt) gekennzeichnet, weniger durch eine verminderte Gestik. Die Korrelationen als Gruppenkennzeichen weisen also auf Unterschiede der Verhaltensaspekte hinsichtlich ihrer Merkmalsgeneralität hin.
5. Bei extremen Zuständen kann das System vollkommen zusammenbrechen. Bei extrem schlechtem Befinden in der äußerst tiefen Depression findet sich auffälliges nonverbales Verhalten in sämtlichen Merkmalen.

## Klinische Urteile

Betrachtet man die Befunde – die geringe gemeinsame Varianz von Verhalten und Erleben für die Gesamtgruppe, die „Personenspezifität“ der Reaktionen, deren logische „Oder-Verbindung“, die unterschiedliche Merkmalsgeneralität und den nur in extremen psychischen Zuständen beobachtbaren Zusammenbruch des gesamten Kommunikationssystems –, so stellt sich notwendigerweise die Frage, woher die subjektive Sicherheit des klinischen Urteils aufgrund des aus dem Verhalten gewonnenen Eindrucks kommt. Beruht er auf Prozessen wie selektiver Wahrnehmung, Halo-Effekt usw? Ist er letztlich fehlerhaft? Wird nonverbales Verhalten nur so wahrgenommen und interpretiert, wie es die verbalen Informationen zulassen?

Tatsächlich existiert eine hohe Urteilsgenauigkeit aufgrund des sichtbaren Verhaltens. Nicht nur die intraindividuelle Veränderung des subjektiven Befin-

dens wird im unmittelbaren Vergleich aufgrund kurzer Videosegmente mit hoher Genauigkeit beurteilt [11]. Selbst aus dem sichtbaren Verhalten des Therapeuten ist dies bei kurzer Darbietung von 10 s dauernden Videosegmenten möglich [2, 8]. Die Details der letztgenannten Untersuchungen können aus Platzgründen hier nicht diskutiert werden. Es läßt sich daraus jedoch schließen, daß Verhaltensinformationen valide genutzt werden. Die jeweiligen Verhaltens-effektoren, die von Person zu Person verschieden sein können, sind offensichtlich brauchbare Informationsquellen für valide Urteile über Befindlichkeits-änderungen, sofern sie in einer Form dargeboten werden, die einen unmittelbaren Vergleich erlaubt.

## **Folgerungen**

Ähnlich wie bei psychophysiologischen Maßen finden wir im Ausdrucksverhalten eine Personenspezifität in deren zustandsabhängigen Veränderungen. Nicht jedes Merkmal nonverbalen Verhaltens ist für jede Person relevant. Es gilt also, die Merkmale personenspezifisch zu bestimmen, die dann allerdings effizient und differenziert Veränderungen des Befindens widerspiegeln.

Ein nomothetischer Ansatz, in dem bei einem Verhaltensmerkmal eine allgemeine indikative Valenz angenommen wird, vermittelt für die Population das Bild mittlerer bis schwacher Zusammenhänge von Verhalten und Befinden [3]. Er trifft für die Population zu, die sich aus „Reagierern“ und „Nicht-Reagierern“ zusammensetzt.

Berücksichtigt man die Personenspezifität, so wird in einer Art von ideographischem Ansatz der individuelle Zusammenhang deutlich. Die individuell manifesten Zusammenhänge lassen sich wiederum auf der Grundlage allgemeiner Gesetzmäßigkeiten beschreiben. Der intraindividuell starke Zusammenhang von Verhalten und Befinden bildet wahrscheinlich auch im täglichen Umgang mit derselben Person die Basis für unsere Inferenzen. Anzunehmen ist, daß wir in der Regel nicht bewußt die Verhaltenseffektoren analysieren, auf die wir unsere Urteile stützen.

Schließlich ist herauszustellen, daß nonverbales Verhalten psychische Vorgänge widerspiegeln kann, die nicht spezifisch für ein nosologisches Krankheitsbild sein müssen. Da die gedrückte Stimmung bei endogen wie neurotisch depressiven Patienten eine Rolle spielt, wird man bei beiden entsprechendes Ausdrucksverhalten finden. Im nonverbalen Verhalten werden psychische Vorgänge wie Stimmungen und Affekte reflektiert, zusammen mit der Kontrolle des Verhaltens anderen Personen gegenüber [9]. Zwar gibt es unterscheidbare Reaktionstypen im nonverbalen Verhalten. Eine eindeutige Zuordnung dieser Typen zu den bisher existierenden nosologischen Krankheitsbildern scheint bisher kaum möglich und ist vielleicht auch nicht erreichbar. Lohnend erscheint es, unabhängig von vorgegebenen nosologischen Einheiten nach Verbindungen von Reaktionsweisen im nonverbalen Verhalten zu biologischen Reaktionstypen zu suchen.

## Literatur

1. American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III. American Psychiatric Association, Washington
2. Avarello M (1982) Zum klinisch-diagnostischen Eindruck. Arbeitsbericht über Eindrucksexperimente zum nonverbalen Verhalten in klinisch-diagnostischen Gesprächssituationen (Mimeo). Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München
3. Bem DJ, Allen A (1974) On predicting some of the people some of the time: The search for cross-situational consistencies in behavior. *Psychol Rev* 81: 506–520
4. Ellgring JH, Clarke AH (1978) Verlaufsbeobachtungen anhand standardisierter Videoaufzeichnungen bei depressiven Patienten. In: Helmchen H, Renfordt E (Hrsg) Fernsehen in der Psychiatrie. Thieme, Stuttgart, S 68–77
5. Hill D (1974) Non-verbal behavior in mental illness. *Br J Psychiatry* 124: 221–230
6. Jones JH, Pansa M (1979) Some nonverbal aspects of depression and schizophrenia occurring during the interview. *J Nerv Ment Dis* 167: 402–409
7. Kraepelin E (1896) Psychiatrie – Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Barth, Leipzig
8. Pattay S (1982) Stimmungsbeeinflussung und Stimmausdruck. – Läßt sich die Befindlichkeit des Patienten aus der Stimme des Therapeuten erkennen? Diplom-Arbeit, Universität München
9. Ploog D (1980) Der Ausdruck der Gemütsbewegungen bei Mensch und Tieren. In: Max-Planck-Gesellschaft (Hrsg) Jahrbuch 1980. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 66–97
10. Renfordt E, Busch H (1976) Neue Strategien psychiatrischer Urteilsbildung durch Anwendung audiovisueller Techniken. *Pharmakopsychiatr Neuropsychopharmakol* 9: 67–75
11. Renfordt E, Busch H (1978) Quantifizierende Beurteilung des psychopathologischen Längsschnittprofils mit Hilfe audiovisueller Aufzeichnungen. *Arzneimittelforsch* 28: 1286–1288
12. Ulrich G, Harms K, Fleischhauer J (1976) Untersuchungen mit einer verhaltensorientierten Schätzskaala für depressive Hemmung und Agitation. *Arzneimittelforsch* 26: 1117–1119