

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

PSYCHOPATHOLOGIE 4

- **Psychiatrische Krankheitslehre 4: Störungen der Wahrnehmung – Wahrnehmungs-Ausfall aus organischen und psychischen Gründen – Abnormitäten der Wahrnehmung: veränderte Größen- und Gestaltwahrnehmung, Derealisation, Synästhesie, akustische, optische, olfaktorische, gustatorische, taktile Halluzinationen, Halluzinose, zoenästhetische Halluzinationen, Pseudo-Halluzinationen, illusionäre Verkennungen, Wahn-Wahrnehmungen u. a.**

Eine der schwierigsten und belastendsten Kapitel der psychiatrischen Krankheitslehre, was zum einen das Verständnis der Allgemeinheit, zum anderen aber vor allem das Leid der Betroffenen anbelangt, sind die Störungen der Wahrnehmung. Das hört sich erst einmal nicht so dramatisch an, umfasst aber eine schier unvorstellbare Fülle von z. T. erschreckenden Beeinflussungen und damit Beeinträchtigungen im Alltag. Dazu in Teil 4 folgende

Beispiele: seelische und organisch bedingte Wahrnehmungs-Ausfälle im Sinne von Blindheit, Taubheit, Geruch, Geschmack, Sensibilität, aber auch Störungen der optisch räumlichen Orientierung und des Vorstellungsvermögens für Objekte, Personen u. a., Wiedererkennung-Störungen, Sprachverständnis-Störungen, die Unfähigkeit sich im eigenen Körper zu orientieren u. a. Oder die Abnormitäten der Wahrnehmung: Zum einen lebhafter, farbiger, aber auch das Gegenteil. Noch dramatischer eine veränderte Größen- und Gestaltwahrnehmung fremder Dinge, vor allem aber den eigenen Leib betreffend bis hin zum Erlebnis der Außer-Körperlichkeit. Schließlich die qualitativen Abnormitäten der Wahrnehmung im Sinne von Derealisation (alles so unwirklich um mich herum), Gefühl der ungewöhnlichen Distanz und Nähe, Änderung der Wahrnehmungs-Charaktere bezüglich Raum, Musik, Farbe usw. Nicht zu vergessen die Synästhesien (z. B. Musik als Farbe oder Farben als Musik). Noch am ehesten ertragbar das vermeintliche Wiedererkennen, der krankhafte Vertrautheits-Charakter usf.

In der Allgemeinheit noch am ehesten bekannt: die Halluzinationen, also Sinnestäuschungen oder Trugwahrnehmungen: akustisch, optisch, Geruch und

Geschmack sowie Berührung. Das sind aber nur die groben Einteilungen. Der krankhafte Alltag hingegen zermüht durch eine Vielfalt von zusätzlichen Belastungen, wie sie nachträglich in Stichworten geschildert werden: z. B. die Vielfalt von Geräuschen und Stimmen, nahe, ferne oder aus dem eigenen Körper. Oder die zumeist noch mehr irritierenden optischen Halluzinationen und szenenhaften Abläufe, die krankhafte Verunsicherung durch ungewöhnliche Gerüche und Geschmacks-Empfindungen sowie schließlich die körperlichen Wahrnehmungs-Störungen „von innen“ oder „außen“. Und nicht zu vergessen die Trugwahrnehmungen im Bereich des Gleichgewichtsorgans (Schweben und Fliegen, aber eben auch Schwanken und Stürzen). Und ganz besonders zermüht: die Leib-Halluzinationen, so unvorstellbar vielfältig, dass den Betroffenen dazu meist die Worte fehlen. Da lassen sich die so genannten physiologischen Halluzinationen, die Pseudo-Halluzinationen, illusionären Verkennungen und die ungewöhnlichen wahrnehmungs-ähnlichen Eindrücke von sinnhafter Deutlichkeit noch am ehesten ertragen.

Kurz: Die Störungen der Wahrnehmung suchen an eindrücklicher Vielfalt ihresgleichen – belasten aber ihre Opfer ungeheuer (und bringen deren Umfeld durch die unfassbaren Reaktionen der Patienten oft ebenfalls an den Rand des Ertragbaren).

Dazu eine etwas ausführlichere Darstellung.

Erwähnte Fachbegriffe:

Wahrnehmungs-Störungen: Gegenstands-Charakter, Realitäts-Urteil, Bedeutungs-Gehalt, Lebens-Erfahrung, persönlicher Zustand, soziale Aspekte, Stimmung u. a. – Wahrnehmungs-Ausfall – Blindheit – Amaurose – Gehörstörungen – Hypakusis – Anakusis – Geruchslähmung – Anosmie – Geschmackslähmung – Ageusie – Empfindungslosigkeit – Sensibilitätsstörungen – Hypästhesie – Sensibilitätsausfall – Anästhesie – Agnosie – optische Agnosie – Lese-Unfähigkeit – sensorische Alexie – Zahlen-Alexie – akustische Agnosie – sensorische Aphasie – sensorische Amusie – Somato-Agnosie – Autotopagnosie – Finger-Agnosie – Rechts-Links-Agnosie – taktile Agnosie – Stereoagnosie – Asterognosis – Anosognosie – psychogener Wahrnehmungs-Ausfall: psychogene Blindheit, Taubheit, Geruchs- und Geschmacksausfall, Sensibilitätsstörung – Wahrnehmungs-Abnormitäten – Intensitäts-Abnormitäten der Wahrnehmung – Wahrnehmungs-Minderung – Wahrnehmungs-Steigerung – veränderte Größenwahrnehmung – veränderte Gestalt-Wahrnehmung – Metamorphopsie – Dymorphopsie – Größenveränderung – Dymegalopsie – Kleinersehen – Mikropsie – Größersehen – Makropsie – Dymegalopsie – Heautometamorphopsie – Heautoskopie – Doppelgänger-Erlebnis – Außer-Körperlichkeit – out of body-experience – Todes-Konfrontation – Todesnähe-Erfahrung – Nah-Todes-Erfahrung – Rückblick-Erlebnisse – Panorama-Erlebnisse – Mikropsie des eigenen Genitales – qualitative Wahrneh-

mungs-Abnormitäten – Derealisation – Gefühl der ungewöhnlichen Distanz – Wahrnehmungs-Spaltung – Gefühl der ungewöhnlichen Nähe – geänderte Wahrnehmungs-Charaktere: Gefühls-Beiklang und Raumwahrnehmung – Synästhesie – Wahrnehmungs-Verbindungen verschiedener Sinnesbereiche – vermeintliches Wiedererkennen – vermeintlicher Vertrautheits-Charakter – déjà vu – déjà vécu – Spiegel-Phänomen – Halluzinationen – Sinnestäuschungen – Trugwahrnehmungen – wahrnehmungs-ähnliche Erfahrungen – Ausprägungsgrade der Halluzinationen: Wahrnehmungs-Charakter, Intensität, Klarheit, Prägnanz, Gegenstands-Bewusstsein, Realitäts-Urteil, räumliche Bestimmung u. a. – Halluzinations-Einteilung: einfach, elementar, komplex, szenisch, akustisch, optisch, olfaktorisch, taktil, vestibulär, zoenästhetisch – akustische Halluzinationen – Gehörs-Halluzinationen – Gehörs-Täuschungen – Akoasmen – Phoneme – Ohrgeräusche – Tinnitus – optische Halluzinationen – Gesichts-Halluzinationen – Photome – Photismen – Visionen – wechselnde szenenhafte Abläufe – olfaktorische Halluzinationen – Geruchs-Halluzinationen – gustatorische Halluzinationen – Geschmacks-Halluzinationen – taktile Halluzinationen – haptische Halluzinationen – Berührungs-Halluzinationen – thermische Halluzinationen – hygri-sche Halluzinationen – Halluzinose – Dermatozoen-Wahn – Enterozoen-Wahn – vestibuläre Halluzinationen – kinästhetische Halluzinationen – Trugwahrnehmungen des Gleichgewichtssinnes – Zoenästhesien – zoenästhetische Halluzinationen – Leib-Halluzinationen – leibliche Wahrnehmungstäuschungen – physiologische Halluzinationen – hypnagoge Halluzinationen – hypnopompe Halluzinationen – Pseudo-Halluzinationen – Charles-Bonnet-Syndrom – optische Sinnestäuschungen durch Sehbehinderung – illusionäre Verkennungen – Pareidolien – eidetische Bilder – Wahn-Wahrnehmungen – u. a. m.

STÖRUNGEN DER WAHRNEHMUNG

Die *Wahrnehmung von etwas* (althochdeutsch: einer Sache Aufmerksamkeit schenken) fällt niemand als bedeutsamen Aspekt menschlichen Erlebens und Verhaltens auf – sofern sie ungestört ist. Das basiert auf intakten Sinnes-Organen und normalen Sinnes-Funktionen und ist ein hoch-komplexes Phänomen im Leben aller Lebewesen, ermöglicht es doch die lebens-notwendige Anpassung an die Umgebung, den Alltag. Störungen der Wahrnehmung sind deshalb ein vielschichtiges und folgenreiches Ereignis. Das geht schon aus der nachfolgenden, kurz gefassten Übersicht hervor: Was spielt hier alles eine Rolle spielt – und kann ggf. gestört sein kann.

Als Erstes aber eine **Definition** aus psychopathologischer Sicht: Wahrnehmung ist die Kenntnissnahme von sinnlichen Gegebenheiten (Sehen, Hören,

Riechen, Schmecken, Fühlen) unserer Welt, der Umwelt und des eigenleiblichen Bereiches. Dabei sind einige allgemein-psychologische Vorgänge zu beachten:

- *Gegenstands-Charakter*: Im Vergegenwärtigen einer Gegebenheit wird uns die Wahrnehmung bewusst.
- *Realitäts-Urteil*: Das Bewusstsein fällt über das Wahrgenommene ein Realitäts-Urteil (wirklich oder nicht). Diese Gabe ist wichtig zur Differenzierung von Halluzinationen und Pseudo-Halluzinationen (s. dort).
- *Bedeutungs-Gehalt*: Die Gestalt des Wahrgenommenen hat eine situativ und lebensgeschichtlich bestimmte Bedeutung (Bedeutungs-Bewusstsein).
- *Zustand des Wahrnehmenden*: Wichtig sind Stimmung (Erwartung), Affektlage (z. B. Angst) und Motivation (Bedürfnis), die die Wahrnehmung wesentlich beeinflussen (wir sehen, was wir erwarten).
- *Lebens-Erfahrung*: Hier bestimmen vor allem Prägungs- und Lernvorgänge die Wahrnehmung mit. Das Gedächtnis ermöglicht das zentrale Einordnen, Vergleichen, Gewichten u. a.
- *Soziale Faktoren*: Gruppen-Norm und Gruppen-Zusammenhalt haben einen großen Einfluss auf den Wahrnehmungs-Charakter. Beispiele: Gemeinsame Gefahr einer eng verbundenen Gruppe (Gruppen-Kohäsion), Erwartungshaltung in der Gruppe, die sogar bei anderen zu gleichartigen Erfahrungen führen kann (Suggestion).
- *Wahrnehmung und Realität*: Real ist etwas Wahrnehmbares, über das sich Gesunde unvoreingenommen zwanglos einigen können. Die Wahrnehmung ist ein Kompromiss zwischen faktischer (objektiver) Information und subjektiver (persönlichkeitseigener) Anschauungsweise.
- *Wahrnehmung und Stimmung*: Wahrnehmung ist umso eindeutiger, je schärfer umrissen und strukturierter etwas Wahrnehmbares sich zeigt und je neutraler die Affektlage des Wahrnehmenden ist. Je stärker aber die Affekte (z. B. Motive) und je mehrdeutiger die Gestalt-Darbietung, umso mehr Einfluss hat die Stimmung auf die Wahrnehmung. Umgekehrt wird die Stimmung wiederum beeinflusst durch die Bedeutung einer Sache für den Wahrnehmenden.
- *Bedeutung und Stimmung*: Je nach Bedeutung des Wahrgenommenen kommt es zu einer bestimmten Stimmung, die ihrerseits wieder die Wahrnehmung prägt (z. B. Gewitter-Wahrnehmung: große Angst im freien Bergland, weniger Angst in einer Schutzhütte). Andererseits bestimmt die Gestimmtheit wesentlich unsere Wahrnehmung: Je stärker die Stimmung, desto geringer die Realitäts-Kontrolle (z. B. Goethes Erlkönig).

Störungen der Wahrnehmung kann man unterteilen in:

AUSFALL EINER WAHRNEHMUNGS-FUNKTION

Beim *Ausfall einer Wahrnehmungs-Funktion* differenziert man vor allem in organische und psychische Gründe. Im Einzelnen:

◆ **Wahrnehmungs-Ausfall aus organischen Gründen:** Blindheit (*Amaurose*), Gehörstörungen (*Hypakusis, Anakusis*), Geruchslähmung (*Anosmie*), Geschmackslähmung (*Ageusie*) und Empfindungslosigkeit (Sensibilitätsstörungen: *Hypästhesie*; Sensibilitätsausfall: *Anästhesie*). Ein besonderer Aspekt sind die so genannten

Agnosien: Wiedererkennung-Störungen bei erhaltenem Bewusstsein, ohne erklärende Intelligenzschwäche und trotz ungestörter Funktion der Sinnesorgane. Beispiele:

- *Optische Agnosie:* Störung der optisch-räumlichen Orientierung und des optisch-räumlichen Vorstellungsvermögens; Agnosien für Objekte, Personen, Farben, Schriftzeichen (Lese-Unfähigkeit = *sensorische Alexie*; Unfähigkeit, Zahlen zu erkennen = *Zahlen-Alexie*).
- *Akustische Agnosie:* Sprachverständnis-Störung mit Rede-Störung (*sensorische Aphasie*) oder Störung des Verständnisses von Geräuschen oder Melodien (*sensorische Amusie*).
- *Somato-Agnosie:* Agnosie hinsichtlich der Orientierung im eigenen Körper. Beispiele: *Autotopagnosie:* Unfähigkeit, Teile des eigenen Körpers zu erkennen, zu zeigen und zu benennen (allenfalls auch am Modell, Zeichnung von Figuren).
- *Finger-Agnosie:* Die eigenen Finger können nicht mehr unterschieden werden.
- *Rechts-Links-Agnosie:* Die Unterscheidung zwischen beiden Seiten, auch am eigenen Körper, ist beeinträchtigt.
- *Taktile Agnosie* (Stereoagnosie, Astereognosis): Unfähigkeit, durch Abtasten Gegenstände zu erkennen (mehrschichtige Störung).

Beispiele: Zum Ausfall einer Wahrnehmungsfunktion aus organischen Gründen kommt es durch Schäden oder Fehlen eines Sinnesorgans bzw. der zuständigen Teile (Nerven, Gehirnregion). Agnosien sind möglich bei parieto-okzipitalen Läsionen, meist der nicht-dominanten Hemisphäre; ferner durch

Schäden des doppelseitigen basalen Okzipital-, des Temporal- oder Parietal-Lappens usw.

Aber Vorsicht: Es gibt auch ein Nicht-Erkennen bzw. Nicht-wahrhaben-Wollen, ein Verleugnen aus psychodynamischen Gründen (Abwehr), mitunter auch bei diffusen Hirnschäden (mit Demenz).

Auch gibt es die so genannte *Anosognosie*: Das ist das Nicht-Erkennen oder Nicht-wahrhaben-Wollen eines realen Funktionsausfalls, z. B. Lähmung nach Schlaganfall.

◆ **Wahrnehmungs-Ausfall aus psychischen Gründen:** psychogene Formen von Blindheit, Taubheit, Geruchs- und Geschmacksausfall, Sensibilitätsstörung.

Beispiele: traumatische Erlebnisse. Unterschiedliche Motivation und Psychodynamik. Teils symbolische Bedeutung (nicht sehen oder nicht hören wollen), teils im Rahmen von Schreck- und Renten-Neurosen. Wichtig: von Simulation (bewusste Vortäuschung von nicht vorhandenen Krankheitszeichen, um einen bestimmten Vorteil zu erlangen) und Aggravation (absichtliche und zweckgerichtete Übertreibung tatsächlich vorhandener Krankheitszeichen) unterscheiden lernen. Das Gleiche gilt für vorgetäuschte Störungen (s. diese).

ABNORMITÄTEN DER WAHRNEHMUNG

Bei Abnormitäten der Wahrnehmung gilt es zu differenzieren in:

◆ Intensitäts-Abnormitäten der Wahrnehmung

1. **Intensitäts-Minderung:** Wahrnehmungs-Charakter weniger lebendig und frisch, eher fade, grau, öde, farblos, wie bedeckt, im Nebel, verschleiert u. a.

Beispiele: schwere Depression, ausgeprägter Erschöpfungszustand, Psychasthenie/Neurasthenie, höhere Dosen von Neuroleptika. Meist mit Derealisation (s. diese) verbunden.

2. **Intensitäts-Steigerung:** Wahrnehmungs-Erlebnisse reicher, lebhafter, farbiger als sonst.

Beispiele: Manie, Halluzinogene (LSD, Mescaline, Haschisch, aber auch Designer-Drogen), in ekstatischen Ausnahmezuständen usw.

◆ **Veränderte Größen- und Gestaltwahrnehmung (Metamorphopsie)**

Die veränderte Größen- und Gestaltwahrnehmung kann sich auf fremde Dinge oder die eigene Person beziehen:

1. Fremde Dinge: veränderte räumliche Wahrnehmung, veränderte Größenproportion oder Gestalt. Verzerrung der Gestalt (*Dysmorphopsie*). Größenveränderung (*Dysmegalopsie*) mit zwei Möglichkeiten: Kleinersehen (*Mikropsie*) und Größersehen (*Makropsie*).

Beispiele: Bei Gesunden in der Kindheit, während Übermüdung, im Einschlaf-erleben, aber auch epileptische Aura, Schizophrenie (vor allem initial) und bei akuten organischen Psychosen (z. B. Halluzinogene = Intoxikations-Psychose). Die veränderte Gestalt-Wahrnehmung wird meist bemerkt. Aber Vorsicht: Bei „neurotischer“ *Dysmegalopsie* (Kleinersehen/Größersehen) kann es sich auch um einen symbolischen Gehalt handeln (Mutter mit ambivalenter Einstellung zum Neugeborenen sieht dessen Kopf kleiner).

2. Den eigenen Leib betreffend: z. B. eigene Extremitäten weit weg oder riesig groß (*Heautometamorphopsie*). Oder Wahrnehmung der eigenen Gestalt wie ein Doppelgänger (*Heautoskopie*).

Besonders beunruhigend ist das so genannte Doppelgänger-Erlebnis, die *Heautoskopie* (vom griech.: heautou = sich selbst, skopein = betrachten). Diese autoskopische Halluzination, auch Phantomspiegelbild genannt, ist eine Trugwahrnehmung der eigenen Person, die als Begleiter oder Spiegelbild wahrgenommen wird. Sie basiert sowohl auf einer Wahrnehmungs-Täuschung und Erinnerungs-Verfälschung wie auf einer Störung des Ich-Erlebens.

Beispiele: Veränderte Größen- und Gestaltwahrnehmungen wie Füße weit weg, riesig groß, winzig klein, große Hand usw. finden sich im Einschlaf-Erleben, bei Übermüdung, häufig auch bei Rauschdrogen-Intoxikation (LSD, Mescaline u. a.)

Das Doppelgänger-Erlebnis kommt ebenfalls bei Übermüdung, im Einschlafen, aber auch während der epileptischen Aura, bei manchen Hirntumoren und verschiedenen Psychosen vor.

3. Erlebnis der „Außer-Körperlichkeit“ (out of body-experience): Erfahrung, sich selbst, den eigenen Körper, von außerhalb zu sehen.

Beispiele: Als kurz dauernde normal-psychologische Erfahrung möglich, z. B. bei Meditation, in besonderen Bewusstseinszuständen, sogar während Übermüdung, beim Fasten, im Halbschlaf und in luziden Träumen. Nicht selten nach plötzlicher Todes-Konfrontation allein oder in Zusammenhang mit

„Todesnähe-Erfahrung“ („Nah-Todes-Erfahrung“), Rückblick- und Panorama-Erlebnissen usw. (s. posttraumatische Belastungsstörung). Auch bei Schizophrenie und bestimmten Rauschdrogen (vor allem Halluzinogene).

4. Varia: Eine Besonderheit ist die ängstlich registrierte *Mikropsie des eigenen Genitales* bei Männern in bestimmten Regionen Süd-Ost-Asiens sowie die für manche Patientinnen mit Anorexie bzw. Bulimie typische negative Bewertung des eigenen Körpers als dick, plump, unansehnlich usw.

◆ **Qualitative Abnormitäten der Wahrnehmung**

Hier unterscheidet man:

1. Derealisation: Umgebung unwirklich, wie verschleiert, fremd, unvertraut.

Beispiele: gelegentlich bei Gesunden, bei verschiedenen „neurotischen“ Störungen als Konfliktreaktion, nicht selten bei körperlich begründbaren Psychosen, bei Schizophrenie, bei Depressionen (vor allem bei „neurotischen“ Depressionen). Kommt meist zusammen mit Depersonalisation vor (s. dort).

2. Gefühl der ungewöhnlichen Distanz: ungewöhnliche Kluft zwischen Wahrnehmungs-Gegenstand und Wahrnehmendem. Auch als Wahrnehmungs-Spaltung bezeichnet. Nicht nur die Umwelt erscheint fremd und fern, auch der Kranke empfindet sich selbst als fern und distanziert und nicht an die Dinge herankommend. Enge Beziehung zur Derealisation und Depersonalisation (s. dort).

Beispiele: Intoxikations-Psychose durch Halluzinogene (LSD, Mescaline u. a.), ferner schizophrene Psychose.

3. Gefühl der ungewöhnlichen Nähe: Gefühl größerer Nähe als real gegeben. Selten. Phänomen, das vor allem der Intensitätssteigerung nahe steht (s. dort).

Beispiele: Intoxikations-Psychose (z. B. LSD, Mescaline), ferner schizophrene Psychose.

4. Änderung der Wahrnehmungs-Charaktere: z. B. Änderung des Gefühls-Beiklangs von Farbe, Musik, Raumwahrnehmung.

Beispiele: Intoxikations-Psychose (z. B. LSD, Haschisch), ferner bei schizophrener Psychose.

5. Synästhesie: Wahrnehmungs-Verbindungen in verschiedenen Sinnes-Bereichen, meist ein akustisch-musikalisches Erlebnis, gelegentlich auch Berührungs- und andere Körperempfindungen. Entscheidend ist der Umstand, dass es beim Farben-Sehen anklingt (auditiv-visuelle Synästhesie). Kurz: Farben-Sehen bei Musikhören oder Musik als Farben, Farben als Musik.

Beispiele: gelegentlich als Einzelerfahrung von entsprechend Begabten, häufig bei psychedelischen Psychosen (z. B. LSD, Haschisch, Mescaline). Auch Halluzinationen (s. diese) können synästhetisch verbunden sein.

6. Vermeintliches Wiedererkennen: vermeintlicher Vertrautheits-Charakter einer an sich neuen Wahrnehmungs-Erfahrung (déjà vu, déjà vécu usw. - s. dort). Auch als identifizierende Erinnerungsfälschung bezeichnet. Oft zusammen mit Depersonalisation und Derealisation (s. dort).

Beispiele: Bei Epilepsieformen mit komplex-fokalen Anfällen, bisweilen auch bei Gesunden.

KLINISCHE BEISPIELE ZU DEN ABNORMITÄTEN DER WAHRNEHMUNG

Abnormitäten der Wahrnehmung sind ein komplexes, für den Betroffenen meist sehr belastendes Geschehen. Grundsätzlich wird die reale Umwelt zwar erkannt, jedoch in ihrer Intensität und in ihrem Erscheinungsbild verändert wahrgenommen. Die Dauer schwankt zwischen Sekunden und mehreren Wochen und tritt meist phasisch, manchmal sogar überfallartig auf.

- Die **quantitativen Abnormitäten der Wahrnehmung** (Intensitäts-Minderung bzw. -Steigerung) sind allerdings auch bei Gesunden in seelisch-körperlichen Ausnahmezuständen oder unter hochgradiger Erschöpfung möglich.
- Die veränderten **Größen- und Gestaltwahrnehmungen und qualitativen Abnormitäten** hingegen sind nicht nur ein krankhaftes, sondern auch sehr belastendes, mitunter sogar dramatisches Ereignis. Und oft das, was man als Laie den optischen Halluzinationen zuschreibt, nämlich befremdliche, schockierende, ja Entsetzen erregende Phänomene, die dann auch zu entsprechenden Reaktionen führen können, bis hin zur panischen Flucht, zu fremdgefährlichen Aggressionen und selbstgefährlichen Suizidhandlungen.

Nachfolgend eine kurze Übersicht dieser Phänomene, die z. T. auch aus anderen psychopathologischen Bereichen stammen können und häufig fließend ineinander übergehen:

Gesicht entstellt, verzerrt, verschoben, erschreckende Dimensionen, befremdliche bis schockierende Veränderungen von Augen, Nase, Ohren, Behaarung,

Haarfarbe, Zähnen. Das Gleiche für Hände, Arme, Beine, Füße, die ganze Gestalt.

Auch Verschwommen- oder Trüb-Sehen, ungewöhnliche Farben oder alles grau in grau, sogar Seh-Ausfälle.

Oder die Umgebung, Menschen, Tiere, Gebäude, die ganze Landschaft kommt gefährlich nahe oder rückt in weite Ferne, wird bedrohlich groß oder ungewöhnlich klein, verzerrt sich in den Dimensionen, verdoppelt sich, wird schräg oder schief oder gerät in sonderbare Scheinbewegungen. Größe und Entfernungen lassen sich nicht mehr abschätzen, feste Konturen lösen sich auf.

Bestimmte optische Eindrücke haften abnorm lange, obwohl das Objekt schon längst verschwunden sind. Oder es irritieren nachträgliche Szenen von zuvor tatsächlich Registriertem.

Stimmen klingen anders als sonst, leise und entfernt oder laut, schrill und hohl.

Die Wahrnehmungen bleiben an bestimmten Details haften, von denen man nicht mehr loskommt, förmlich gefesselt ist.

Eigene Handlungs-Abläufe sind nicht mehr optisch oder von der Bewegung her überwachbar, sondern laufen gleichsam unbeeinflussbar weiter.

Alles so sonderbar, komisch, fremdartig, schwer beschreibbar, noch nie gesehen.

Oder eines der am meisten beängstigenden Phänomene: Ich bin gar nicht mehr ich selber. Hierher gehört auch das so genannte „Spiegelphänomen“: Das Gesicht hat sich verändert: Augen, Haar, Gesichtszüge oder - unfassbar - das ganze Gesicht ist leer, nicht mehr vorhanden (und muss dann durch verzweifeltes Überschminken von Augenbrauen und Lippenrot „wieder hergestellt“ werden).

HALLUZINATIONEN (SINNESTÄUSCHUNGEN, TRUGWAHRNEHMUNGEN)

Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen vom lat.: halucinato = Träumerei) sind wahrnehmungs-ähnliche Erfahrungen, die in der intersubjektiven Realitätsprüfung nicht bestätigt werden können. Es wird etwas gesehen, gehört, gerochen, geschmeckt oder gespürt, was für den Außenstehenden nicht nachweisbar ist. Halluzinationen können aufdringlich sein, bisweilen deutlicher und eindrücklicher als jede reale Wahrnehmung. Doch muss man auch beachten: Nicht jede Halluzination ist pathologisch.

Halluzinationen werden zu den Wahrnehmungs-Störungen gerechnet, auch wenn es sich weniger um gestörte Wahrnehmungen handelt als vielmehr um eigenständige psychopathologische Phänomene von wahrnehmungs-ähnlichem Charakter. Sie betreffen auch nicht nur den Wahrnehmungsbereich, sondern die gesamte Persönlichkeit und bilden deshalb im Grunde eine eigene Gruppe psychopathologischer Erscheinungen. Halluzinationen sind möglich auf allen Sinnesgebieten, auch auf mehreren gleichzeitig (kombinierte Halluzinationen). Dabei sind *unterschiedliche Ausprägungsgrade* zu beachten:

1. *Wahrnehmungs-Charakter*: breites Spektrum zwischen eindeutigem Sinnes-Erlebnis und vorstellungs-naher Erfahrung. So können akustische Halluzinationen ein eindeutiges Hören sein, aber auch ein „Vernehmen, aber nicht mit den Ohren“, ein Spüren von Stimmen im Leib, „wie Wellen“, also Vermischungen mit leiblichen Empfindungen. Selbst ein „Wissen um die Stimmen“, das außersinnlich ist, ist möglich (Übergang zum Gedanken-laut-Werden).
2. *Intensität*: sinnenhafte Deutlichkeit zwischen massiv-leibhaftigem Sich-Aufdrängen und blassem In-Erscheinung-Treten.
3. *Klarheit und Prägnanz*: zwischen klar umrissenen und strukturierten Gestalten und schemenhaft zerfließend (wie Wolken, Nebel, Rauch).
4. *Gegenstands-Bewusstsein*: zwischen „leibhaftig“ und „verschwindend“. Letzteres hat zwar weniger sinnlichen Anschauungs-Charakter, kann aber immer noch räumlich bestimmt sein.
5. *Realitäts-Urteil*: zwischen „wirklich“ vorhanden über „zweifelhaft“ bis „nicht wirklich“ (Pseudo-Halluzinationen - s. diese).
6. *Räumliche Bestimmung*: Optische und taktile Halluzinationen werden meist als von außerhalb des eigenen Körpers herrührend erfahren. Doch müssen sich Halluzinationen keineswegs an das Sinnesfeld halten. Es kann auch etwas gesehen werden in einem Raum außerhalb des Gesichtsfeldes (so genannte *extracampine Halluzinationen*). Bei den akustischen Halluzinationen ist die räumliche Bestimmung ohnehin viel schwerer, oft wechselnd, zumal diese Sinnesqualität schon für sich allein keine so genaue Ortung erlaubt.
7. *Transformation von Wahrnehmung zu Halluzination*: Echte Geräuschwahrnehmungen (z. B. Vogelstimmen) werden auf dem Weg nach „innen“ z. B. zu Stimmen, die Anweisungen geben.

Einteilung der Halluzinationen

Halluzinationen können eingeteilt werden nach ihrer Komplexität:

1. *einfache, elementare Halluzinationen* wie amorphe Geräusche, Blitze, Lichter u. a. oder
2. *komplexe bzw. szenische Halluzinationen*: Bilder, Theater- oder Musikstücke usw.

Am häufigsten werden die Halluzinationen jedoch nach dem jeweiligen *Sinnesgebiet* unterteilt. Im Einzelnen:

◆ Akustische Halluzinationen (Gehörs-Halluzinationen, Gehörs-Täuschungen)

Akustische oder *Gehörs-Halluzinationen*, auch *Gehörs-Täuschungen* genannt, werden differenziert in

- *Akoasmen* (vom griech.: akusma = das Gehörte): ungestaltete, amorphe akustische Wahrnehmungen, Lärm, Geräusche u. a. wie Klingeln, Klirren, Klopfen, Zischen, Zwitschern u. a.
- *Phoneme* (vom griech.: phone = Laut, Stimme): Laute, Worte, Sätze, Geflüster, Stimmen

Akustische Halluzinationen als **Phoneme** können sein:

deutlich/undeutlich, nah/fern, außerhalb/innerhalb des eigenen Körpers, verständlich/unverständlich, eine/mehrere Stimmen, direkte/indirekte Ansprache bzw. Bemerkungen, die Tun, Gedanken oder Gefühle des Betroffenen begleiten. Ferner Aufträge, Befehle, Rede und Gegenrede, Diskussionen über und mit ihm u. a. Was heißt das konkret?

Meist dominieren Stimmen einer oder mehrerer Personen bis zum Chor, bekannt oder unbekannt, männlich, weiblich, Erwachsenen- oder Kinderstimmen, laut, leise, deutlich, verwaschen, aus Nähe oder Ferne, aus der Umgebung, der Wand, dem Nachbarhaus, einer Antenne oder dem eigenen Leib, dem Ohr, dem Magen, dem Blut, dem Kopf oder Gehirn usw.

Gewöhnlich sind es nur einzelne Worte oder kurze Sätze, manchmal Sekunden oder Minuten, selten länger, kaum andauernd. Meist handelt es sich um Stimmen, die den Kranken beim Namen rufen, kritisieren, beschimpfen, bedrohen, warnen, aber auch ermuntern, loben, ja sogar Witze erzählen, in der Regel sich einfach über den Betroffenen unterhalten (dialogische Halluzinati-

onen), sein Tun oder Lassen kommentieren (kommentierende Halluzinationen). Oder ihm auch einmal Befehle erteilen (imperative Stimmen oder Halluzinationen).

Solche Befehle werden mitunter auch ausgeführt und sind dann Anlass zu unverständlichen Handlungen, vielleicht sogar Gewalttaten, was jedoch deutlich seltener vorkommt als allgemein befürchtet (s. Aggressionen). Auf jeden Fall sprechen die Stimmen gern über gefühlsbetonte und meist unangenehme Angelegenheiten, aber auch völlig gleichgültige Dinge.

In den jeweiligen Gedankengang passen sie meist nicht hinein, sondern unterbrechen und stören ihn, wie wenn eine wirkliche Person hinzutritt und sich in das Gespräch einmischt. Je nach Inhalt werden diese Halluzinationen des Gehörs als unterhaltender Zeitvertreib empfunden, wobei man dann manche Kranke auch einmal in sich hineinlachen sieht. Oder sie sind lästig bis quälend, was zum Zurückschimpfen, zum Schreien oder Toben führen kann.

Schizophrene, die „Selbstgespräche“ führen, sind meist im Zwiegespräch mit ihren Stimmen. Auch plötzliche Schimpf-Tiraden sind oft nur eine Antwort auf solche Beleidigungen, Kränkungen oder Beschimpfungen.

Manche Kranke führen auch lange „Unterhaltungen“ mit Nicht-Anwesenden, Verstorbenen, politischen oder kulturellen Persönlichkeiten, mit Gott und der Welt. Gelegentlich werden „Anrufe“ aus Umgebungsgeräuschen herausgehört.

In vielen Fällen stumpfen die Patienten langsam ab und werden gleichgültig, was ihre Stimmen anbelangt. Manchmal aber werden sie auch zum Ausgangspunkt wahnhafter Deutungen, also eines so genannten „Erklärungswahns“. Dann ziehen die Betroffenen einen Rückschluss auf „böse“ Angehörige, Nachbarn, „Verfolger“, auf Rundfunk, Fernsehen, den „6. Sinn“, „Telepathie“, magische oder okkulte Kräfte, göttliche Offenbarungen usw. Dann kann es für das ahnungslose Umfeld, das hier - ohne sein Wissen - in diese krankhaften Abläufe einbezogen worden ist, auch einmal Probleme geben. Auf jeden Fall ist der Umgebung völlig unklar, weshalb sich der vielleicht noch nicht als krank Erkrankte plötzlich so sonderbar verhält.

Die etwas selteneren **Akoasmen** sind ungestaltete Halluzinationen wie Rauschen, Summen, Pfeifen, Klopfen. Knallen, Klirren, Schießen, Trommeln, Sausen, Zischen, Bellen, Heulen, Wiehern, aber auch differenziertere Gehörstäuschungen wie Orgeltöne, Glockengeläut, Wasserplätschern usw.

Beispiele: Akustische Halluzinationen finden sich zumeist bei schizophrenen Psychosen. Aber auch (endogen) Depressive können Vorwürfe, Drohungen und Beschimpfungen hören. Betroffen sind auch Menschen mit organischen Psychosen, z. B. einem Delirium tremens beim Alkoholismus (Stimmen, Musik, Straßenlärm) oder durch andere Noxen. Jedoch wichtig: Nicht jede akus-

tische Halluzination ist ein Krankheitszeichen (z. B. ein Witwer „hört“ die Stimme seiner verstorbenen Partnerin; ein einsamer Wanderer in Extremsituation erfährt „höheren“ Zuspruch usw.).

Vorsicht: Auch die **Ohrgeräusche (Tinnitus)** wie Rauschen, Sausen, Klingen u.a.m. sind von akustischen Halluzinationen zu unterscheiden.

Manche Tinnitus-Patienten sind - besonders am Anfang ihres zermürbenden Leidens - völlig verunsichert, ob es sich um konkrete oder undefinierbare Außengeräusche oder ihre Ohrgeräusche handelt. Einige reden darüber, informieren sich, manche aber sind erst einmal ratlos, verlegen, verängstigt und niedergeschlagen und wirken auf das ahnungslose bzw. nicht informierte Umfeld bisweilen „unverständlich“, „komisch“: „der wird doch nicht etwa absonderlich werden“ usw.

Der Tinnitus nimmt aber zu und damit auch der allgemeine Informationsstand.

◆ **Optische Halluzinationen**

Optische Halluzinationen, auch *Gesichtshalluzinationen* genannt, äußern sich z. B. in elementaren, amorphen optischen Erlebnissen (Photome), in Form von Lichtern, Farben, Blitzen, u. ä. oder auch als mehr oder weniger deutliche Gestalten, Figuren, Szenen, statisch oder bewegt, farbig oder nicht. Im Einzelnen:

- **Photome** oder **Photismen** (vom griech.: photos = Licht) sind Blitze, Funken, Schatten, Flecken, Farbkleckse, geometrische Figuren oder ein undifferenzierter Licht- oder Farbenschein. Manchmal auch mehr oder weniger deutliche Gestalten sowie farbige oder schwarz-weiße Szenen, unbewegt oder bewegt, bis hin zu schnellen, wechselhaften Abläufen.
- **Visionen** (vom lat.: videre = sehen) sind szenisch ausgestaltete optische Halluzinationen, z. B. als farbenprächtige, leuchtende und detaillierte Bilder, Szenen und Gestalten, häufig religiös-mythologischen Charakters oder allegorische Darstellungen. Sie können sich entweder szenisch verändern oder unbewegt bleiben. Psychopathologisch nicht so häufig, kommen sie eher außerhalb krankhaften Geschehens vor (z. B. religiöse Ekstase, Meditation, u. ä.).
- Schließlich können optische Sinnestäuschungen auch in Form **schnell wechselnder szenenhafter Abläufe** auftreten, meist mit kleinen beweglichen Objekten wie Käfer, Würmer, Spinnen, Mäuse, sonstiges „Ungeziefer“. Wenn sie sich bedrohlich auf den Kranken zubewegen, kann es zu Angstreaktionen kommen.

Beispiele: Optische Halluzinationen sind bei der schizophrenen Psychose seltener als vermutet, am ehesten noch die szenisch ausgestalteten Visionen in religiöser Ekstase o. ä.

Photome finden sich vor allem bei Erkrankungen des Auges, der Sehbahnen und der Hinterhauptlappen des Gehirns. Epileptiker haben gelegentlich optische Halluzinationen, mitunter visionär-szenisch ausgestaltet.

„Endogen“ Depressiven mit Versündigungs- und Verdammungsgefühlen können bisweilen flüchtige Teufelsfratzen oder Schattenfiguren von Skeletten (Tod) erscheinen.

Kleinere bewegte Gegenstände oder Tiere bedrohen vor allem den deliranten Alkoholkranken (bisweilen auch den Kokainisten - s. auch taktile Halluzinationen). Gelegentlich auch bei halluzinatorischen Verwirrheitszuständen durch andere organische Psychosen.

◆ **Olfaktorische (Geruchs-) und gustatorische (Geschmacks-)Halluzinationen**

- *Olfaktorische Halluzinationen* (vom lat.: *olere* = riechen sowie *facere* = machen) oder *Sinnestäuschungen des Geruchs* haben meist unangenehmen Charakter: Die Betroffenen riechen Benzin, Schwefel, Teer, Rauch, Gas, Verbranntes oder einfach undefinierbar Gift, Aas, Fäulnis, Verwesung, Leichengeruch usw.

Meist ist der Geruch ätzend, ekelhaft, stinkend und belästigt entweder unlokalisierbar und diffus oder kommt aus bestimmten Richtungen bzw. Objekten, also Löchern, Ritzen, Töpfen, Geräten sowie Herd, Schreib- oder Waschmaschinen u. a.

- Für *gustatorische* (vom lat.: *gustus* = Geschmack) oder *Geschmacks-Halluzinationen* gilt ähnliches, zumal sie oft erlebnismäßig mit den Geruchshalluzinationen zusammen auftreten. Auch sie sind meist unangenehmer Art wie bitter, salzig, übersüßt, sauer, gallig, fäkalisch, schwefelig, nach Seife oder Reinigungsmitteln, nach Formalin, Formaldehyd und ähnlichen intermittierend medien-wirksamen Gewerbegiften (ob geruchlich wahrnehmbar oder nicht riechend), aber auch nach Petroleum, Kloake, Klärbecken usw.

Das alles ist auf Dauer eine gewaltige Belastung und bleibt nicht ohne Reaktion der Betroffenen: z. B. Nahrungsverweigerung aufgrund von Vergiftungs-ideen, im Extremfall sogar verbale und brachiale Angriffe, Anzeigen und Racheakte auf/gegen vermeintliche Verursacher, Schädiger, Peiniger, Hintermänner u. a.

Beispiele: Geruchs- und Geschmacks-Halluzinationen treten meist zusammen auf, nicht selten auch in Verbindung mit anderen Sinnestäuschungen. Möglich bei Tumoren in der Area olfactoria des Gehirns, gelegentlich auch während der Aura von epileptischen Anfällen.

Wahnkranke mit Verfolgungs- und Vergiftungsängsten können Gift riechen oder schmecken. Hier findet sich dann auch häufig das "hypnotische Gemachtwerden" von unangenehmen Gerüchen durch andere.

Depressive mit darniederliegenden Vitalgefühlen und der Angst zu „verrotten“ („ich bin Müll“) findet man bei systematischem Nachfragen mitunter von Leichen- oder Fäulnisgeruch gequält, oft verbunden mit dem depressiven Wahngedanken, damit auch andere anzustecken.

◆ **Taktile (haptische, Berührungs-)Halluzinationen**

Die *taktilen, haptischen, Tast- oder Berührungs-Halluzinationen* (vom lat.: tactus = Berührung sowie griech.: haptesthai = berühren), auch *körperliche Wahrnehmungs-Störungen* genannt, beziehen sich auf Haut-Empfindungen. Häufig sind sie von allgemeinen Leib-Halluzinationen (s. u.) nicht zu trennen. Auf jeden Fall sind sie in der Regel lästig bis quälend und können außerdem kaum adäquat geschildert werden, so verwirrend und belastend treten sie auf.

Am häufigsten handelt es sich um ein Berühren, Angreifen, Festhalten, Anblasen, Brennen, Stechen, Bohren, Krabbeln, Würgen, Sengen, Durchsägen usw. Oder auch komplexere Empfindungen wie Elektrisieren, Bestrahlen, Magnetisieren, durch Ultraschall, Kathoden- oder Laserstrahlen Anpeilen, durch Suggestion oder Hypnose Beeinflussen, Verändern, Schwächen, Manipulieren oder gar Zerstören.

Im Extremfall werden die inneren Organe angefressen oder zermalmt, sind hohl oder verkohlt, und das alles teils ohne, aber auch mit zusätzlichen Schmerzen.

Oft sind auch noch andere Sinnesqualitäten betroffen. Dann kommt es zu Empfindungen wie kalt oder heiß angerührt oder angeblasen (*thermische Halluzinationen*) bzw. von Feuchtigkeit benetzt zu werden (*hygrische Halluzinationen*).

Schließlich gibt es auch sexuell getönte Berührungs-Halluzinationen wie sexuell manipuliert, missbraucht, vergewaltigt, geschwängert oder körperlich misshandelt zu werden. Heute werden allerdings die körperlichen Beeinflussungs-Erlebnisse sexueller Natur meist zu den Leib-Halluzinationen (s. u.) gezählt.

Gelegentlich werden die körperlichen Wahrnehmungs-Störungen noch unterteilt, wobei man in taktile Trugwahrnehmungen des Tastsinns sowie haptische Sinnestäuschungen an der Körperoberfläche differenziert.

Beispiele: Taktile/haptische Halluzinationen kommen vor bei organischen Psychosen (toxische Delirien, Kokain-Delirium, „Kokain-Paranoia“), gelegentlich auch bei schizophrener Psychose sowie diffusen zerebralen Erkrankungen, also im Rahmen eines organischen Psychosyndroms.

Anhang: Halluzinose

Zu den Berührungs-Halluzinationen gehört auch die *chronische taktile Halluzinose*. Hier finden sich dann mehr oder weniger fortlaufende Berührungsmissempfindungen in Form von Kribbeln, Brennen, Krabbeln u. a. Die wichtigsten Beispiele sind

- der *Dermatozoen-Wahn*: auf oder unter der Haut krabbelnde Tierchen
- der *Enterozoen-Wahn*: im Körperinneren, im Darm und in den Geschlechtsteilen wühlende kleine Würmer, Käfer oder sonstiges Ungeziefer („Würmer, Würmer überall...!“).

◆ Vestibuläre Halluzinationen

Vestibuläre Halluzinationen, auch *kinästhetische Halluzinationen* (vom lat.: vestibulum, Vorhalle - siehe Vestibular-Apparat = Gleichgewichtsorgan bzw. griech.: kinein = bewegen) genannt. Das sind *Trugwahrnehmungen des Gleichgewichts-Sinnes*: Am ehesten Empfindungen des Schwebens, Fliegens, Fallens, Schwankens, Erhebens, Gehoben-Seins, Bewegt-Werdens u. a.

Beispiele: meist bei Intoxikations-Psychosen (vor allem Halluzinogene wie Haschisch/Marihuana, LSD) und hirnorganischen Psychosyndromen, gelegentlich auch bei der Schizophrenie. Oft kommt es zu Überschneidungen mit Leib-Halluzinationen (s. u.), weshalb sie heute überwiegend zu diesen gerechnet werden.

◆ Zoenästhetische Halluzinationen (Leib-Halluzinationen, leibliche Wahrnehmungstäuschungen)

Unter *Zoenästhesien* (vom griech.: koinos = gemeinsam, zusammen sowie aisthesis = Wahrnehmung, also „Gemein-Gefühle des Leibes“), auch Leib-Halluzinationen oder *leibliche Wahrnehmungstäuschungen* genannt, versteht man eigenartige Leibgefühle, die als körpereigene Störungen oder als „von außen gemacht“ empfunden werden. Manchmal anfallsweise, manchmal in raschem Wechsel oder auch chronisch.

Sie sind oft so schwer zu schildern, so dass sich viele Betroffene gezwungen sehen, fast schon groteske Vergleiche oder Bilder oder gar Wortneubildungen zu bemühen. Häufig fließender Übergang zu den taktilen und vestibulären Halluzinationen (s. o.).

Beschwerdebild: versteinert, vertrocknet, geschrumpft, leer, hohl, verstopft, durchflutet, durchstrahlt, dazu Bohren, Reißen, Brennen, Stechen, Elektrisieren sowie Temperaturbeeinflussungen wie Hitzewallungen, Kälteschauer und schließlich diffuse oder umschriebene Schmerzempfindungen, anfallsweise oder langsam an- und abschwellend.

Besonders qualvoll die unfassbaren, grotesken Leib-Entstellungen: Der Körper wächst, wird verzerrt, dicker, schwerer, leichter, einzelne Körperteile wechseln ihre Größe und Form, sind inwendig aus Gold, Stein, Metall, Holz, Plastik usw. Noch grotesker sind Hinweise wie Einschnürung oder Verfaulen der Leber, Heraus- oder Zerschneiden des Herzens, Verwesung des Darms, Parasitenbefall der Milz, Verfaulen der Bauchspeicheldrüse, Zerfressen der Lunge, Verflüssigen des Gehirns, „Verpestung, wohin man sieht“ u. a.

Auch bizarre Bewegungs-, Zug- und Druckempfindungen im Körperinneren, oder Reifen-, Band- und Ringgefühle bis zum panischen Empfinden, dass die entsprechenden Körperteile stranguliert werden.

Dazu abnorme Schwere- oder Leichtigkeit-Gefühle, das Empfinden von Leere, von Fall-, Sink-, Schweben- und sonstigen Elevations-Phänomenen (vom lat.: *elevare* = auf- und emporheben).

Die Verkleinerungen, Schrumpfungen oder das Sich-Zusammenziehen und Einschnüren vermögen bis zu Atemnot- und Erstickungsgefühlen zu gehen.

Erschreckend sind auch Schein-Bewegungserlebnisse der Gliedmaßen und plötzliche Bewegungsschwäche bis zu so genannten Bannungs-Zuständen, in denen der Betroffene sich nicht mehr bewegen und sprechen kann.

Weniger dramatisch, dafür aber doch beunruhig bis ggf. quälend sind Beeinträchtigungen des Befindens in Form von Erschöpfung, Schwäche, Abgespanntheit, Kraftlosigkeit, Unbeweglichkeit, Unwohlsein, Übelkeit, Hitzegefühl, Frösteln u.a.m.

Die schon erwähnten sexuellen Halluzinationen von der Berührung bis zur Vergewaltigung (s. o.) werden inzwischen ebenfalls zu diesen leiblichen Wahrnehmungs-Störungen gezählt.

Zoenästhetische Halluzinationen überschneiden sich auch vielfältig mit den bereits erwähnten taktilen, haptischen, vestibulären bzw. kinästhetischen Halluzinationen (Bewegungs-Sinnestäuschungen). Schwierig oder unmöglich ist

häufig auch die Abgrenzung von wahnhafter Körper-Beeinflussung bzw. Körper-Entstellung.

Beispiele: Zoenästhetische Halluzinationen finden sich bei schizophrenen Psychosen, aber auch hirnorganischen Veränderungen und bei der Kokain-Intoxikation. Weniger ausgeprägt bei organisch gefärbten hypochondrisch-depressiven Syndromen (darniederliegende Vitalgefühle mit dem Eindruck von Verfall, Verrotten usw.).

Differentialdiagnostisch sind Leib-Halluzinationen von hypochondrischen Klagen bei hypochondrisch-ängstlicher Persönlichkeitsstruktur mit Neigung zu überzogener Selbstbeobachtung abzugrenzen.

DEN HALLUZINATIONEN NAHESTEHENDE ERFAHRUNGS-FORMEN

◆ „**Physiologische Halluzinationen**“: Trugwahrnehmungen während des Einschlafens (*hypnagoge Halluzinationen*) und während des Aufwachens (*hypnopompe Halluzinationen*): meist auf optischem und akustischem Gebiet und mit stark gefühlsbestimmten Inhalten.

Beispiele: nicht krankhaft, stehen den Pseudo-Halluzinationen (s. u.) nahe. Aber auch gehäuft bei Narkolepsie.

◆ **Pseudo-Halluzinationen** (vom griech.: pseudein = täuschen): Trugwahrnehmungen von Sinneseindrücken ohne äußeren Sinnesreiz, die im Unterschied zu den Halluzinationen keinen Wirklichkeits-Charakter besitzen und als nicht wirklich außerweltlich (objektiv) gegeben erkannt werden. Bildhafte Erlebnisse im Sinne „plastischer“ Vorstellungen. Der Trugcharakter wird erkannt („nicht wirklich“), der Betreffende erkennt, dass er sich täuscht und kann sich korrigieren.

Pseudo-Halluzinationen sind selten und kommen praktisch nur auf akustischem und optischem Gebiet vor.

Beispiele: nach längerer intensiver Beschäftigung mit einem Gegenstand oder bei lebhafter Vorstellung aus entsprechender Gemütslage heraus. Auch bei leichter Bewusstseinsstrübung (z. B. Fieber), bei starker Ermüdung oder Erschöpfung, in Ekstase oder in meditativer Versenkung u. a. Fließende Übergänge zwischen Halluzinationen und Pseudo-Halluzinationen möglich. Bilden sich während der Therapie echte Halluzinationen zurück, können sie zeitweise den Charakter von Pseudo-Halluzinationen annehmen, also vom Kranken zunehmend als unreaale Sinnestäuschungen erkannt werden.

◆ **Charles-Bonnet-Syndrom - CBS** (nach dem Erstbeschreiber): Sonderform der Pseudo-Halluzinationen, auch als visuelle oder ophthalmologische Halluzinationen, positive spontane visuelle Phänomene (PSVP) bezeichnet. Sinnestäuschungen des Sehens ohne psychotische Ursache.

Beispiel: Meist ältere, oft auch allein stehende oder kontaktarme Menschen, die darüber nicht sprechen wollen („geisteskrank“?). Am ehesten in Augenkliniken diagnostiziert in Folge von Makula-Degeneration, Diabetes-Retinopathie, Glaukom, Hornhaut-Erkrankungen u. a. Halluziniert werden zumeist Menschen (Erwachsene, seltener Kinder, in der Regel Einzelpersonen, aber auch Gruppen), mitunter nur Köpfe oder Gesichter, bisweilen auch Miniatur-Männchen oder Liliputaner-Figuren. Etwas seltener Tiere, Pflanzen, Bäume, Gebäude oder andere Objekte, gelegentlich auch Stoffreste, Steinhäufen, Blumengebinde, Beete, Engel u. a. Die meisten halluzinieren nur mit offenen Augen und sind sich der unwirklichen Natur ihrer Halluzinationen sofort bewusst. Häufige Auslöser: Abendzeit oder Nacht, schwache Beleuchtung, Inaktivität, Allein-Sein u. a.

Wichtig: Die meisten Patienten teilen ihre außergewöhnlichen Erfahrungen niemand mit, auch nicht ihrem Arzt, von dem sie offensichtlich nur Unverständnis oder die Diagnose einer Schizophrenie mit neuroleptischer Medikation erwarten.

◆ **Illusionäre Verkennungen** (vom lat.: illudere = verhöhnen, verspotten): Verfälschte Wahrnehmung, d. h. Fehlwahrnehmungen, Täuschungen des Erkennens, Fehldeutungen von Sinneseindrücken, die aber durch ein reales Objekt hervorgerufen werden. Kurz: Tatsächlich vorhandene Gegenstände oder Situationen werden in ihrer Bedeutung verkannt: Wanduhr als Fratze, Tapetenmuster oder Schatten als Gestalten. Klassisches Beispiel: Goethes „Erlkönig“. Übergänge zu Halluzinationen, Pseudo-Halluzinationen und Wahnwahrnehmungen (s. u.) möglich.

Beispiele: möglich durch Übermüdung, Erschöpfung, Unaufmerksamkeit, Ablenkung, Suggestibilität, entsprechende Gestimmtheit, Motivation, Reizoffenheit, Phantasie Reichum, im Fieberzustand, bei Bewusstseinsstrübung, in extremer Erwartungsspannung oder unter anderen starken affektiven Einflüssen. Begünstigt durch erschwerte Wahrnehmungsbedingungen wie Dämmerung, Dunkelheit, Nebel, Flüchtigkeit des Eindrucks, unübersichtliche Situation, mangelnde Strukturiertheit, unscharfe Konturen des Objekts, lautes Stimmengewirr, aber auch hochdosierten Genussmittelkonsum (Kaffee, Alkohol, vor allem im Rausch oder gar Delir), unter Rauschdrogen, beim dementiellen Syndrom usw.

Bei der schizophrenen Psychose vor allem auf akustischem Gebiet (Gespräche, Straßenlärm, Vogelgesang, Hundegebell, Motorengeräusch). Alles hat plötzlich eine andere Bedeutung, von der diffusen Bedrohung bis zur konkre-

ten Beschimpfung. Auch bei Psychosen anderer Genese, z. B. hirnorganisch, intoxications-bedingt u. a. möglich.

◆ **Pareidolien** (vom griech.: para = neben und eidolon = kleines Bild): meist positiv gefühlsbetontes „Hineinsehen“ oder „Herausformen“ in/aus unklar strukturierten visuellen Erlebnisfeldern (z. B. Wolken, Tapeten, Mauerwerk, Teppichmuster u. a.) bzw. „Hineinhören“ oder „Heraushören“ von Worten aus amorphen Geräuschen. Nebeneinander von Gegenstand und Phantasiegebilde, jedoch keine illusionäre Verkennung (s. o.).

Beispiele: von entsprechend begabten Gesunden aktiv auszulösen und entsprechend steuerbar, wobei allerdings misstrauische, kontaktarme und ichschwache Personen auch zu wahnhaft getönten Umdeutungen neigen können. Ferner im Fieberdelir u. a.

◆ **Eidetische Bilder** (vom griech.: eidos = Aussehen, Gestalt): wahrnehmungs-ähnliche sensorische (meist visuelle oder akustische) Eindrücke von sinnenhafter Deutlichkeit.

Beispiele: nicht krankhaft. Eidetisch begabte Menschen können von eidetisch reproduzierten Bildern Einzelheiten wiedergeben. Sie wissen dabei, dass es „Bilder“ und nicht Gegenstände sind.

◆ **Wahn-Wahrnehmungen** sind keine (wie der Name vielleicht nahe legt) Halluzinationen (s. diese). Vielmehr wird hier das Objekt richtig wahrgenommen, erhält aber eine wahnhafte (autistisch-dereelle) Bedeutung. Reale Sinneswahrnehmungen bekommen also Kraft des Wahnes eine krankhafte (paranoide) Bedeutung (meist Eigenbeziehung). Die Sinneswahrnehmung stimmt, die Interpretation aber ist aus der Sicht des neutralen Beobachters nicht zu bestätigen.

So werden z. B. alltäglichen Erscheinungen wie einer Bemerkung, einem Gespräch, einer Geste, einer Handlung, einem Zeitungsartikel, einer Radio- oder Fernsehsendung eine spezifische Bedeutung beigemessen, meist auf den Betroffenen selber bezogen und durchaus belastend, nur selten positiv.

Beispiel: Wahn-Wahrnehmungen sind ein wesentliches Phänomen des Wahns (s. dieser) und eines der wichtigsten Symptome zur Diagnose einer schizophrenen Psychose.

Untersuchungsgang

Wahrnehmungs-Störungen werden in der klinischen Situation erfragt und aus dem Verhalten erschlossen. Allerdings handelt es sich hier um einen besonders schwierigen Ablauf. Das liegt im Wesentlichen an folgenden Faktoren:

Die wahrgenommenen Erscheinungen und Eindrücke werden zwar für wahr genommen (wenn es sich nicht um Pseudo-Halluzinationen handelt - s. dort). Sie verunsichern aber dennoch, weil sie im Widerspruch zu Wissensstand und bisherigen Erkenntnissen des Patienten stehen, ganz zu schweigen vom Meinungsbild der Angehörigen, Freunde und Nachbarn, die deshalb auch nur selten vom Patienten darauf angesprochen werden.

Besonders im Vorfeld einer Psychose, vor allem „endogener“ Art, speisen sich aus diesen Diskrepanzen zwischen „psychotischer Realität“ und verbliebenen Zweifeln auch die diffusen Ängste oder konkreten Befürchtungen, „verrückt“ oder „geisteskrank“ zu werden. Nach und nach (und in manchen Fällen auch umgehend) werden die Wahrnehmungs-Störungen schließlich zur subjektiven „Realität“. Und was soll man dann noch darüber diskutieren, fragt sich deshalb so mancher Betroffener?

So muss man sich grundsätzlich an das vermutete Phänomen „Wahrnehmungs-Störungen“ vorsichtig herantasten. Die geläufige und vor allem vorschnelle Frage: „Hören Sie Stimmen?“ ist nicht nur unsensibel, sondern auch unergiebig, weil sie den Betroffenen schockieren und damit das Arzt-Patient-Verhältnis empfindlich stören kann. (Ganz abgesehen von transkulturellen und vor allem sprachlichen Problemen in einer immer stärker durchmischten Gesellschaft, charakterisiert durch den originellen, aber realistischen Dialog: Arzt: „Hören Sie Stimmen?“ Ausländischer Patient: „Ja, ich kann Sie gut verstehen“.)

Deshalb empfiehlt sich erst einmal unauffällig zu beobachten bzw. beobachten zu lassen: Blickt der Patient mitunter verwundert, gefesselt, verängstigt oder einfach aufmerksam in verschiedene Richtungen, die ansonsten keine Besonderheiten bieten? Hört er angestrengt in sich hinein oder in eine bestimmte Richtung? Wird er ggf. von unhörbaren Geräuschen, Stimmen oder Dialogen abgelenkt, mischt sich evtl. ein, antwortet, schimpft zurück, kichert oder lacht, wirkt betroffen, verunsichert, furchtsam oder verstimmt?

Im *Delir* hantieren manche Patienten unentwegt herum, wehren sich gegen (unsichtbare) Käferkolonnen, wickeln Drähte auf, blasen Fusseln weg, ja, sie können - nach vorangegangener Suggestion und vor allem bei entsprechender Suggestibilität - mitunter vom leeren Blatt ablesen oder aus einem unsichtbaren Glas trinken.

Auch *taktile oder haptische Halluzinationen* lassen sich ggf. leicht erkennen durch Jucken, Kratzen, Reiben, Zurückzucken, Abwehrgesten u. a. Bei Geschmacks- und Geruchshalluzinationen kann es zwar schwieriger werden, doch können vor allem diese Trugwahrnehmungen so viel Angst und Unruhe provozieren, dass daraus komplexe Reaktionen, nicht zuletzt Verdächtigungen, Anschuldigungen und sogar aggressive Durchbrüche resultieren, die dann auf die richtige diagnostische Fährte führen.

Andererseits begegnet man immer wieder Patienten, bei denen man Sinnes-täuschungen aufgrund ihres Verhaltens gar nicht vermuten würde, die sie aber auf unbefangene Nachfrage hin freimütig, ja sogar erleichtert einräumen. Es ist also alles möglich.

Wenn nichts aus den verfügbaren Unterlagen, den eigen- und fremdanamnestischen Hinweisen hervorgeht, aus Unkenntnis oder Widerstand oder bei dem heraus, sollte man sich vorsichtiger „Umgehungsfragen“ bedienen:

Bei *illusionären Verkennungen* kann man sich auf das verkannte Objekt beziehen, also Wanduhr, Tapete, Bild, Teppichmuster usw. Bei Geschmacks-Halluzinationen wird man nach der letzten Mahlzeit fragen, bei Geruchs-Halluzinationen, ob man lüften solle. Bei Tast-Halluzinationen wird es schon schwieriger, wenn man nicht indiskret sein will. Auf jeden Fall braucht es ein Stichwort, harmlos oder zumindest alltäglich, in dessen Windschatten sich der Patient „freireden“ kann, einen Aufhänger, einen Impuls. Glücklicherweise sind diese Wahrnehmungs-Störungen vergleichsweise selten (oder werden selten eruiert bzw. vorgebracht), im Gegensatz zu optischen und akustischen Halluzinationen.

Über *optische Trugwahrnehmungen* berichten die Betroffenen erfahrungsgemäß spontaner als über akustische. Hier kann man dann konkret nachfassen mit der Frage, ob etwas Auffälliges, Ungewöhnliches oder Unerwartetes beobachtet werden konnte. Fragt man wieder zu direkt, kann dies aber auch miss-trauisch machen. So ist die Formulierung: „Sehen Sie etwas Ungewöhnliches?“ meist nicht so günstig wie das allgemeiner gehaltene: „Hat man da irgend etwas beobachtet?“ Es ist immer schwer für einen Einzelnen, anders als die anderen zu sein. Natürlich kommt es letztlich wieder auf den Patienten selber hinaus, doch die initiale Frage bzw. ihr neutraler, allgemeiner Grundtenor macht es ihm leichter, das Unfassbare in Worte zu fassen, oftmals zum ersten Mal überhaupt (s. u.).

Manchmal hilft auch die Bemerkung, dass bestimmte, unter den Jugendlichen grassierende Rauschdrogen wie Haschisch, LSD, Kokain, ggf. Designer-Drogen u. a. ebenfalls optische Trugwahrnehmungen auslösen. Das ist zwar kein Trost und der Patient wird sofort beteuern, dass er keine Drogen schluckt, aber es nimmt dem Ganzen ein wenig den Nimbus des „verrückten Einzelgänger-Schicksals“. Ähnliches gilt auch für strukturelle Veränderungen bestimmter Hirnregionen (z. B. Tumoren), aber das ist schon weit weniger „tröstlich“ und lenkt die Ängste ggf. nur in eine neue, in der Regel unnötige Richtung.

Akustische Halluzinationen gelten wegen der populären Verknüpfung mit der Schizophrenie als besonders heikel. „Stimmen hören“ scheint in der Allgemeinheit bedeutungsgleich mit „verrückt“. Das liegt vor allem daran, dass die Umgebung diese Stimmen zwar nicht hört, wohl aber bestimmte Reaktionen registriert, nämlich das Antworten, Zurückschimpfen, Kichern oder Lachen des Betroffenen, ohne dass jemand in der Nähe ist. Das geht soweit, dass be-

stimmte selbst-psychotherapeutische Behandlungsverfahren wie das halblaute Gespräch mit sich selber (Soliloqui), zuerst mit dem erschreckten Kommentar abgelehnt wird: „Dann halten mich die Leute ja für geisteskrank, wenn ich mit mir selber rede“.

Letztendlich kommt man aber nicht um dieses, vor allem für die schizophrene Psychose wegweisende Thema herum. Man kann allerdings den Schwerpunkt des Problems erst einmal auf andere verlagern: „Klingen die Stimmen der Menschen plötzlich anders als früher?“ oder: „Sind die Geräusche lauter oder leiser geworden bzw. „Gibt es neue Geräusche, z. B. menschliche Stimmen?“ Bejaht der Patient, kann man vorsichtig konkreter werden: „Welche Geräusche oder Stimmen hört man? Kann man etwas davon verstehen? Oder sind es eventuell mehrere Stimmen, die durcheinander reden? Sind es Frauen-, Männer oder Kinderstimmen, oder nicht unterscheidbar?“ Oder noch konkreter: „Will man etwas Besonderes ausdrücken: Fragen, Anweisungen, Aufträge, Lob, Tadel, Befehle, vielleicht sogar Verleumdungen, Beschimpfungen, Peinlichkeiten, Selbstmordanweisungen? Kommen die Stimmen bekannt vor oder kann man sie nicht identifizieren?“ Oder weiter: „Könnte es auch sein, dass das die eigenen Gedanken sind, die einfach laut werden?“ Oder am Schluss: „Woher kommen die Stimmen, im Ohr, im Kopf, aus der Wand, einfach im Raum?“

Manchmal kommen *mehrere Sinnestäuschungen* zusammen, also z. B. akustische, optische und haptische Halluzinationen. Dann kann es für den Patienten schwer werden, alles auseinander zuhalten und in eine befriedigende Situationsschilderung zu bringen. Grundsätzlich sollte der Kranke deshalb in Ruhe überlegen und nachdenken können. Vorschnelle Zwischenfragen, vor allem aber Ungeduld oder mechanisches Abfragen können nicht nur ärztliche Gleichgültigkeit oder gar Überheblichkeit signalisieren, sie können den Betroffenen auch aus seinem mühseligen Unterfangen herausreißen, vielleicht zum ersten Mal in diesen „Wirrwarr“ etwas Klarheit zu bekommen. Viele Kranke finden sich nämlich erst beim Arzt mit der Notwendigkeit konfrontiert, ihre diffusen und verwirrenden Erlebnisse etwas klarer zu schildern. Bis dahin waren sie nur ein hilfloses, getriebenes, gepeinigtes Opfer und hatten weder die Kraft noch den Impuls, dieses Chaos zu analysieren. Jetzt, mit Hilfe des Arztes, sind sie zwar auf dem besten Weg, brauchen aber seine Leitung und Unterstützung und dürfen sich nicht durch Ungeduld abgefertigt fühlen.

Über allem schwebt ohnehin eine besondere Dimension der Belastung: die Scham und Bedrückung, so etwas „Verrücktes“ zu haben, also vielleicht doch „geisteskrank“ zu sein. Damit erklären sich auch so manche Gegenfragen, die dem Arzt besorgt, verschüchtert, angstvoll oder auch einmal erregt gestellt werden: Ob so etwas überhaupt möglich ist, ob dererlei normalerweise vorkommt, ob es überhaupt sein darf? Hinter all dem steht die Furcht, nicht durch ein nachvollziehbares körperliches Leiden mit Umsorgung und vermehrter Zuwendung rechnen zu dürfen, sondern durch eine Geisteskrankheit aus der Gesellschaft der Gesunden ausgegrenzt zu werden.

Hier muss der Arzt zwei Strategien verfolgen: 1. Nicht schockieren, sich aber auch nicht aus der Realität stellen. 2. Nichts Schönreden, keine falschen Versprechungen, sondern konkreten Trost vermitteln, wie es die heutigen Behandlungsmöglichkeiten in der Tat auch in Aussicht stellen. Hilfreich ist auch die ruhig, gelassen und überzeugend vorgebrachte Versicherung, dass es sich bei solchen Phänomenen um ein nicht seltenes Ereignis handelt, das zu keinen Befürchtungen Anlass gibt, zumal der Patient ja jetzt in den richtigen Händen ist. Das alles lässt sich inzwischen durch die modernen therapeutischen Möglichkeiten wieder regeln, nur braucht man dazu die Mitarbeit und das Vertrauen des Betroffenen und möglichst viel Informationen.

Grundsätzlich wichtig, besonders aber bei Wahrnehmungs-Störungen, ist die Erkenntnis, keine Fachbegriffe zu verwenden, die zwar bequem sind und versiert aussehen lassen, aber letztlich wenig aussagen. Effektiver ist es, möglichst viel Beobachtungen seitens des Arztes und wörtliche Bemerkungen durch den Patienten selber festzuhalten. Beobachten, gezielt fragen, adäquat reagieren, lückenlos dokumentieren *und* sofort diagnostizieren ist auch dem erfahrenen Arzt nicht in jedem Fall gegeben. Vor allem wird er auch nicht darauf aus sein. Manches muss erst innerlich reifen. Deshalb ist es vor allem für den Anfänger viel wichtiger, zuerst eine umfassende Dokumentation zu erstellen, ehe er sich in eine schnelle, ggf. aber nicht fundierte Diagnose treiben lässt. Oft kommt man auch erst später, nämlich beim Vergleich zwischen den (wörtlich festgehaltenen) Antworten und Bemerkungen und dem Verhalten, dessen Schlussfolgerungen aus der längeren Beobachtung *aller* Beteiligten gespeist wird, zur richtigen Enddiagnose und damit Therapie.

LITERATUR

Umfassendes Angebot an Fach-Literatur zu den erwähnten Störungen. Ein ausführlicher Überblick in der letzten Ausgabe dieser Serie.

Grundlage vorliegender Ausführungen aber ist das Fachbuch:

C. Scharfetter: **Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung.** 6. Auflage. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2010

Weitere Hinweise in den entsprechenden Kapiteln von
www.psychosoziale-gesundheit.net