

2 Theoretische Grundlagen zu Wahn und Halluzinationen

2.1 Definitionen, Häufigkeit und Verteilung

Historisch wurden Wahnideen nach Karl Jaspers (1946) durch die drei Kriterien der Unmöglichkeit des Inhalts (als unpassend, bizarr, falsch oder irrational), der absoluten subjektiven Gewissheit sowie der Unkorrigierbarkeit (Unbeeinflussbarkeit) durch logische Argumente oder widerlegende Beweise definiert. Jaspers war außerdem der Ansicht, dass echte Wahnideen nicht verständlich und nachvollziehbar seien (Bentall, 2004). Dabei werden sogenannte wahnhaftige Ideen als weniger stabil als echte Wahnideen, Wahnvorstellungen oder Wahnsysteme angesehen.

Die klassischen Kriterien erfuhren jedoch im Lauf der Zeit immer mehr Kritik. So sind wahnhaftige Inhalte sehr oft prinzipiell möglich (z.B. Verfolgung durch einen Geheimdienst, Untreue des Partners). So räumte Jaspers (1946, S. 89) selbst ein, dass die jeweilige Idee an sich nicht immer notwendigerweise inhaltlich falsch sein muss:

So kann ein Eifersuchtswahn an typischen Merkmalen erkannt werden, ohne zu wissen, ob der Betroffene zur Eifersucht Grund hat oder nicht. Der Wahn hört nicht auf, Wahn zu sein, auch wenn die Gattin des Kranken (manchmal erst infolge seines Wahns) ihm untreu ist.

Auch wird nicht zu jedem Zeitpunkt mit absoluter Gewissheit am Inhalt des Wahns festgehalten; Fluktuationen sind bei vielen Patienten beobachtbar (Bentall, 2004; Chadwick et al., 1996). Schließlich liegt eine Vielzahl positiver Ergebnisse aus dem Bereich der Therapie-forschung vor, welche belegen, dass Wahngedanken beispielsweise durch kognitive Therapie erfolgreich verändert werden können (vgl. Abschnitt 3).

Unter Berücksichtigung dieser Befunde kann ein Wahn mit Kingdon und Turkington (2005) als „strongly held belief“ (S. 21), welcher nicht durch (sub-)kulturelle Zugehörigkeit erklärbar ist (bzw. nicht vom sozialen Umfeld geteilt wird) und welcher in weiterer Folge durch übermäßige Beschäftigung (*preoccupation* oder *pervasiveness*) zu subjektivem Leidensdruck und Stress führt, definiert werden. Außerdem sind Wahnideen für andere Menschen meist schwer nachvollziehbar, sie sind unbegründet und insgesamt veränderungsresistent (Freeman, 2007). Weitere Kriterien bzw. Dimensionen wahnhaften Erlebens sind in der persönlichen Signifikanz (Bedeutung/Wichtigkeit im Leben des Patienten) und der Selbstbezogenheit, der Intensität (also dem Ausmaß, in welchem andere, realistische Aspekte des Lebens verdrängt werden), in den Konsequenzen auf der emotionalen und Verhaltensebene sowie in der Beeinträchtigung im Alltag zu sehen (A. T. Beck, Rector, Stolar & Grant, 2011).

Diese unterschiedlichen Dimensionen der Definition eröffnen auch neue Forschungsfragen:

The implication is that there can be no simple answer to the question „What causes a delusion?“ Instead, an understanding of each dimension of delusional experience is needed: What causes the content of a delusion? What causes the degree of belief conviction? What causes resistance to change? What causes the distress? Is it plausible that different factors are involved in different dimensions of delusional experience. (Freeman, 2007, S. 426)

Unter einer pragmatisch orientierten Perspektive kann ein paranoider Wahn definiert werden als „[...] a false belief one holds that other persons are focussing their attention upon him or her with malevolent intentions and plans, which results in significant disruption in daily life“ (Salvatore et al., 2012, S. 247).

Im Bereich der Halluzinationen bestehen hingegen weniger unterschiedliche Sichtweisen, sodass diese als Sinneswahrnehmungen bei Fehlen eines äußeren Auslöseereignisses definiert werden können (Bentall, 2004). Ist der erlebenden Person bewusst, dass es sich um eine Halluzination handelt, so spricht man von einer Pseudohalluzination (Katschnig, 2005), wobei diese Unterscheidung von manchen Autoren als therapeutisch wenig relevant bzw. hilfreich bewertet wird (vgl. z.B. Bentall, 2004).

Psychotische Symptome kommen im Rahmen verschiedener Störungsbilder vor. So finden sich akustische Halluzinationen bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, affektiven Störungen (Depression, Manie, bipolare Störung), dissoziativen Störungen, Suchterkrankungen sowie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der posttraumatischen Belastungsstörung (A. T. Beck & Rector, 2003; Diederer & Sommer, 2012; Hubl, Koenig, Strik & Dierks, 2008; Read, van Os, Morrison & Ross, 2005; vgl. auch die *International Classification of Diseases*, ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt, 2011).

Wahnideen können ebenfalls bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (und in leichter Form bei der paranoiden Persönlichkeitsstörung) sowie bei affektiven Störungen (bei schweren Depressionen und in manischen Phasen) auftreten (A. T. Beck & Rector, 2002; Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood & Kinderman, 2001; Freeman, 2007). Wahnhafte Gedanken können auch Symptome schwerer Zwangsstörungen und körperdysmorpher Störungen sein (A. T. Beck & Rector, 2002).

Darüber hinaus können Wahn und Halluzinationen im Rahmen von bestimmten somatischen Krankheiten auftreten (etwa bei neurodegenerativen Erkrankungen wie Demenz, bei Neurosyphilis, multipler Sklerose, Migräne, Tumorerkrankungen, Gehirnläsionen und Gehirnfarkten, Epilepsie, Infektionen, Vergiftungen, Delirien oder bei einer körperlichen Erkrankung bzw. Veränderung des entsprechenden Sinnesorgans) (A. T. Beck & Rector, 2003; Bentall, 2004; Davison, Neale & Hautzinger, 2007; Diederer & Sommer, 2012; Freeman, 2007; Hubl et al., 2008).

In Hinblick auf Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis liegt nach Freeman et al. (2004) und nach Ross, Freeman, Dunn & Garety (2011) bei ca. 75% der Patienten ein (meist paranoider) Wahn vor. Die Kombination von akustischen Halluzinationen und paranoiden Wahnvorstellungen wird als das am häufigsten im Rahmen von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis auftretende Syndrom angesehen (A. T. Beck et al., 2011; Bentall et al., 2001). Es spricht allerdings immer mehr dafür, psychotische Symptome weniger auf der Ebene der jeweiligen Diagnose, sondern vielmehr auf syndromaler Ebene zu betrachten (vgl. z.B. Bentall, 2004). So wurden beispielsweise viele der in Abschnitt 4.3 beschriebenen Prozesse, welche bei wahnhaft-schizophrenen Patienten beobachtet wurden, auch bei manischen Patienten gefunden. Dies erschwert die Angabe von Häufigkeitswerten von Wahnideen und Halluzinationen in klinischen Stichproben. Es kann allerdings festgehalten werden, dass es sich beim paranoid-halluzinatorischen Erleben um eine zentrale Symptomatik bei schizophrenen Psychosen handelt; besonders typisch sind diese Symptome für die paranoide Schizophrenie, welche die größte und wichtigste Subgruppe schizophrener Psychosen darstellt und welche durch das Vorliegen von Wahn und Halluzinationen charakterisiert und definiert ist (Dilling et al., 2011). Darüber hinaus werden Wahn und Halluzinationen von vielen Forschern als prototypische psychotische Symptome angesehen: „Delusional beliefs are the core of psychotic symptoms, including hallucinations, as it is the beliefs about voices, visions, and the like that are fundamentally important rather than the experience of the phenomena themselves“ (Kingdon & Turkington, 2005, S. 21).

In letzter Zeit häufen sich zunehmend Befunde, die zeigen, dass Wahn und Halluzinationen nicht nur im Rahmen von krankheitswertigen Zuständen auftreten, sondern dass diese Phänomene auch in nicht-klinischen Stichproben relativ häufig vorkommen. Schon Jaspers (1946) stellte fest: „Es ist erstaunlich, wie die meisten Menschen an Realitäten glauben und sie in der Diskussion unüberzeugbar aufrechterhalten, obgleich diese Irrtümer einem wissenschaftlichen Fachmann des betreffenden Gebiets kaum anders denn als Wahn erscheinen“ (S. 87). Bentall (2004) kommt in seiner Zusammenfassung von Studien zu dem Ergebnis, dass bis zu 25% der Bevölkerung Ideen aufweisen, die als wahnhaft im weiteren Sinne bezeichnet werden können. Freeman et al. (2004) schätzen die Häufigkeit in der Allgemeinbevölkerung mit 5-10% etwas niedriger ein. In diesen Untersuchungen wurden Inhalte wie der Glaube an Gedankenübertragung, Geister, Ufos und außerirdische Lebensformen, religiöse Inhalte sowie die Zukunft voraussehen zu können, erhoben. Nach Freeman (2007) weisen 1-3% der Bevölkerung einen echten Wahn auf, 5-6% der Bevölkerung Wahnideen, und 10-15% weisen *delusional ideation* (wahnhaftes Denken) auf (vgl. auch Cox & Cowling, 1989).

Auch das Auftreten von Halluzinationen ist in der Normalbevölkerung wesentlich häufiger als bisher angenommen. Nach Bentall (2004) variieren die Ergebnisse einzelner Studien in diesem Bereich zwischen 8 und 13% Lebenszeitprävalenz; A. T. Beck und Rector (2003) geben mit 4-25% höhere Werte an, wobei Life-Events und Belastungen als mögliche Auslöser

diskutiert werden. Ähnlich wie beim Wahn wird aber auch bei halluzinatorischem Erleben davon ausgegangen, dass die meisten Betroffenen aufgrund der vorübergehenden Natur der Halluzinationen keiner Behandlung bedürfen (vgl. Abb. 2). Für Personen, welche subklinische psychotische Symptome erleben, besteht jedoch ein stark erhöhtes Risiko, später an einer klinisch relevanten psychotischen Störung zu erkranken (van Os, Linscott, Myin-Grmeys, Delespaul & Krabbendam, 2009).

Es kann also grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass im Bereich von Wahn und Halluzinationen ein Kontinuum (mit den Polen Gesundheit und Krankheit) der Realität eher entspricht als ein dichotomer Ansatz (van Os, 2003; vgl. Abb. 2).

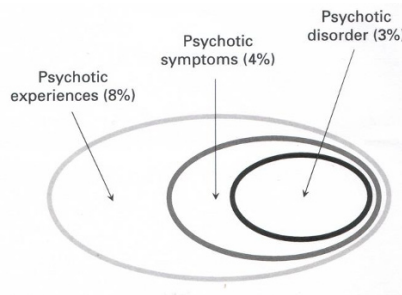


Abb. 2: Veranschaulichung des Kontinuums psychotischer Erlebnisse (van Os et al., 2009, S. 185). Psychotische Erfahrungen führen meist nur zu geringem und vorübergehendem Leidensdruck, wohingegen psychotische Symptome, die als subklinisch anzusehen sind, zu Leidensdruck und eventuell zu Hilfe suchendem Verhalten führen; psychotische Störungen werden als klinisch relevant und behandlungsbedürftig definiert. Abdruck mit freundlicher Genehmigung der *Cambridge University Press*.

Des Weiteren scheinen die beschriebenen klinischen und subklinischen Ausprägungen psychotischer Erlebnisse ähnliche Risikofaktoren (im Sinne einer ätiologischen Kontinuität) sowie eine ähnliche dimensionale Struktur aufzuweisen (van Os et al., 2009).

Bentall (2004) sieht die Idee eines Kontinuums ebenfalls als sinnvoll an, indem er feststellt: „There is no clear boundary between mental health and mental illness. Psychological complaints exist on continua with normal behaviours and experiences. Where we draw the line between sanity and madness is a matter of opinion“ (S. 143). Van Os (2003, S. 242) demonstriert dies anhand eines einfachen Beispiels aus dem somatischen Bereich:

Thus, blood pressure and glucose tolerance are continuously distributed characteristics in the general population, but because the clinical decision to treat is dichotomous, terms such as hypertension and diabetes are used in medicine. This clinical perspective, however, cannot be taken as evidence that these conditions exist as such in nature: they are the extremes of a continuous characteristic.

Aus praktischen Gründen können jedoch für die Unterscheidung zwischen störungswertigem (und damit behandlungsbedürftigem) wahnhaftem und/oder halluzinatorischem Erleben und nicht-störungswertigen Varianten die von Davison et al. (2007) vorgeschlagenen allgemeinen klinisch-psychologischen Kriterien herangezogen werden. Dabei wird Erleben als störungswertig angesehen, wenn es in der vorliegenden Intensität statistisch selten auftritt, wenn es nicht der jeweiligen sozialen Norm entspricht, wenn dadurch beträchtliches persönliches Leid verursacht wird, wenn es zu Dysfunktionen in bestimmten Bereichen der Lebensführung und zu unerwartetem, unangemessenem oder gar gefährlichem Verhalten führt. Dabei ist anzumerken, dass nicht einzelne der angeführten Kriterien, sondern erst deren Kombination einen nützlichen Rahmen für die Definition von behandlungsbedürftigem Erleben und Verhalten ergeben.

2.2 Forschungsbefunde

Nachdem vor 1990 noch relativ wenig psychologische Befunde zu den Themen Wahn und Halluzinationen existierten, besteht das Problem heute in der Unübersichtlichkeit und damit der Integration der Vielfalt an Forschungsergebnissen. Obwohl diese Vermehrung von störungsspezifischem Wissen grundsätzlich zweifelsfrei positiv zu bewerten ist, liegt gerade in der Spezifizierung von Teilprozessen und Teilerklärungen von psychischen Phänomenen eine gewisse Gefahr:

In der störungsspezifischen Forschung - das gilt für die neurowissenschaftliche wie für die psychologische gleichermaßen - ist aus methodischen Gründen kein Platz für die Berücksichtigung individueller motivationaler Kontexte. [...] Die individuellen Motive und sonstige individuelle Merkmale der Versuchspersonen repräsentierenden neuronalen Strukturen und Prozesse variieren frei und stellen allenfalls störende Einflüsse oder Fehlervarianz dar. Die Aussagen, die aus Untersuchungen dieser Art resultieren, müssen zwangsläufig von den motivationalen Besonderheiten der Versuchspersonen absehen. Mit hunderten solcher Untersuchungen entsteht dabei aber so etwas wie eine Scheinwelt, wie wenn es die untersuchten Störungen losgelöst von dem Menschen gäbe, der sie hat. [...] Ich bin in der neurowissenschaftlichen Literatur zu psychischen Störungen praktisch nirgendwo einer Stelle begegnet, aus der ein explizites Bewusstsein dieser Sachverhalte hervorging oder in der diese Problematik ausdrücklich angesprochen wurde. (Grawe, 2004, S. 180f.)

Bei Durchsicht der störungsspezifischen Literatur zum Thema Wahn und Halluzinationen scheint sich die Befürchtung von Grawe zu bewahrheiten. Es findet sich eine kaum überblickbare Fülle von Einzelhypothesen, die genauer spezifiziert und getestet werden wollen. Dieser Trend spiegelt sich auch in der Entwicklung störungsspezifischer Therapien wider: Für sehr viele der beforschten Bereiche (wie etwa Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Bewertungen, metakognitive Fähigkeiten, Attribution, soziale Kompetenz oder Emotionen) werden spezifische Therapien (meist in Form von Trainingsmanualen) entwickelt und evaluiert. Vielleicht stellt aber gerade die Konzentration auf einen einzelnen Zielbereich der Behandlung den Grund für die Stagnation der erzielten Effektstärken dar.

Eine mögliche Lösung für dieses Problem besteht einerseits in der Erweiterung des therapeutischen Angebots, sodass ein Patient seriell mehrere spezifische Behandlungsbausteine (z.B. ein kognitives, ein soziales und ein emotionszentriertes Training) durchläuft. Allerdings erscheint dies unter praktischen Bedingungen schwer durchführbar und damit wenig realistisch. Andererseits könnten mehrere wesentliche Teilaspekte im Rahmen einer Therapie integriert und miteinbezogen werden, um so höhere Effektstärken erzielen zu können. Die Behandlung auf diese Weise zu individualisieren ist ein wesentliches Ziel der SPT. Aktuelle Forschungsbefunde zu Wahn und Halluzinationen stellen einen Teil der theoretischen Basis einer solch integrierten Behandlung dar. Um Redundanzen zu vermeiden, wird auf diese Forschungsergebnisse bei der Vorstellung des Erklärungsmodells (Abschnitt 4.3) genauer eingegangen.

Die systemtheoretisch-psychologische Therapie zur
Behandlung von Wahn und Halluzinationen

W. Kornberger, M.

2017, XIII, 149 S. 14 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-17733-1