

## Chronisches Stimmenhören und persistierender Wahn

Bearbeitet von  
PD Dr. med. Roland Vauth, Prof. Dr. rer. nat. Rolf-Dieter Stieglitz

1. Auflage 2006. Taschenbuch. VI, 110 S. Paperback  
ISBN 978 3 8017 1861 9  
Format (B x L): 16,5 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Sonstige Medizinische Fachgebiete > Psychiatrie, Sozialpsychiatrie, Suchttherapie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

  
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung [beck-shop.de](http://beck-shop.de) ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

# 1 Beschreibung der Störung

## 1.1 Geschichte des Psychosebegriffes

Form und Inhalt  
psychotischer  
Erfahrungen

Dass psychotisches Erleben rein *formal* aufgegriffen wird wie in den aktuellen Diagnosesystemen DSM-IV und ICD-10, war nicht immer so. Psychotische Symptome waren in der *phänomenologischen Schule*, z. B. von Jaspers, Ausdruck individueller Subjektivität und des Ich-Bewusstseins (Jaspers, 1973). Psychodynamische Ansätze wiesen ebenfalls den psychiatrischen Inhalten eine wichtige Rolle zu, da sie (im Gegensatz zu Neurosen als Konflikt zwischen „Ich“ und „Es“) psychiatrische Störungen als Manifestation eines Konfliktes zwischen Ich und externer Welt als Flucht vor Frustrationen in der äußeren Welt ansahen. Strauss (1996) hob hervor, wie notwendig es ist, dass der Kliniker sich mit den Inhalten des psychotischen Erlebens befasst, um herauszufinden, wie der Patient mit seiner Erkrankung gegenwärtig umgeht und wie er sie zu bewältigen versucht. Aber auch aktuelle therapeutische Ansätze wie von Romme und Escher (1989) haben die Bedeutung des subjektiven Zugangs zum psychotischen Erleben schon früh hervorgehoben, um die Bewältigung des chronischen Stimmenhörens zu verbessern. Schließlich findet sich in einer der renommiertesten Zeitschriften des Fachs, dem „Schizophrenia Bulletin“, die Rubrik „first person account“, die Betroffenen selbst die Möglichkeit bietet, über ihre Erfahrungen und Bewältigungsstrategien im Umgang mit der Erkrankung allgemein oder mit wahnhaften Ängsten und chronischem Stimmenhören konkret zu berichten.

## 1.2 Definition von wahnhafter und halluzinatorischer Symptomatik

### Halluzinationen:

Wahrnehmungen ohne entsprechende Reizquelle. Akustische *Halluzinationen* treten bei etwa 50 % aller Personen mit schizophrenen Erkrankungen auf, visuelle Halluzinationen bei 15 % und haptische oder taktile bei 5 % (Cutting, 1995).

Die häufigste akustische Halluzination ist das *Stimmenhören*. Andere akustische Sinnestäuschungen wie undifferenzierte Geräusche oder Knallen (sog. Akoasmen) sind viel seltener. Die Stimmen können laut und deutlich oder leise und verschwommen vernommen werden, aus der Nähe oder aus der Ferne, aus der Außenwelt oder dem eigenen Körper kommen. Häufig können die Patienten angeben, ob es sich um eine männliche oder weibliche Stimme handelt, aber nicht, zu wem diese gehört. Üblicherweise werden nur relativ kurze Sätze oder einzelne Worte vernommen. Bestimmte Formen des Stimmenhörens sind für schizophrene Störungen so charakteristisch, um sofort die Diagnose einer schizophrenen Störung im ICD-10 zu rechtfertigen. Sie wurden von Kurt Schneider als sog. Symptome ersten Ranges bezeichnet (Schneider, 1992). Hierunter fasst man sog. dialogische, kommentierende oder imperative Stimmen.

Arten  
akustischer  
Halluzinationen

#### Dialogische, kommentierende oder imperative Stimmen:

- *Dialogische Stimmen* hört der Patient in Form von Rede und Gegerede, z. B. wie sich andere über ihn unterhalten: „Sie können sich das nicht vorstellen, aber die Nachbarn haben plötzlich mit dem lokalen Radiosender zusammen in der Nachbarswohnung eine Sendung über mich gemacht; ich konnte das direkt durch die Wand in meiner Wohnung hören.“
- *Kommentierende Stimmen*. Patienten berichten, dass Stimmen die Ausführung von Alltagshandlungen, wenn sie sich z. B. anziehen oder wenn sie die Salatschüssel von der Küche hinüber ins Esszimmer tragen, kommentieren („Jetzt zieht er sich an.“ oder: „Jetzt trägt sie die Salatschüssel herüber.“).
- *Imperative Stimmen* geben Anweisungen in der Art: „Tu’ dies ... Lass’ das ...“.

Bei *optischen Halluzinationen* werden von den Patienten nicht alltägliche oder auch bizarre Bilder geschildert. Beispiele hierfür, die Cutting (1995) in einer Übersicht aufführt, sind etwa: „Ein großes Tier wie ein Polyp“, „Etwas wie eine Maus, die über den Flur läuft“, „Luftspiegelungen in einer Wüste“ oder „Rattenschwanz, der aus dem eigenen Gesäß kommt“. Beim Vorhandensein von taktilen (leiblichen) Halluzinationen fühlen sich die Patienten typischerweise am oder im Körper elektrisch, magnetisch, durch Apparate, Strahlen oder andere physikalische Vorgänge beeinflusst oder verändert. Das Kriterium des „Gemachten“, d. h. die Zurückführung auf äußere Einflüsse muss dabei erfüllt sein. Ansonsten ist eher an das Vorliegen von Zoenästhesien (abnorme Leibgefühle von seltsamem, bizarrem Charakter) zu denken. Geruchs- und Geschmackshalluzinationen kommen bei schizophrenen Erkrankten relativ selten vor.

Seltene  
Halluzinationen

### **Wahn:**

Falsche Überzeugung, die auf nicht korrekten gedanklichen Prozessen über die äußere Realität basiert. Diese wird auch aufrechterhalten, wenn eine unbestreitbar und offensichtlich objektive Evidenz das Gegenteil belegt. Die Überzeugung wird nicht von anderen Mitgliedern des Kulturkreises oder einer Subkultur geteilt, ist also z. B. nicht Ausdruck einer religiösen Überzeugung. Wahn tritt bei mehr als 90 % der schizophren Erkrankten im Verlaufe ihrer Erkrankung auf.

### **Wahngedanken und Wahnwahr- nehmungen**

Unterschieden wird meist zwischen Wahngedanken und -wahrnehmungen, wobei es sich bei Letzteren um die wahnhaftige Interpretation realer Wahrnehmungen handelt. Ein Beispiel für eine Wahnwahrnehmung von Conrad (1992) ist, wenn der Patient Tropfen sieht, die sich am Käse gebildet haben, und er dann denkt, dies sei so gemacht, um ihm zu verstehen zu geben, er müsse schwitzen, d. h. sich mehr einsetzen und besser bewähren. Wahngedanken und -wahrnehmungen können mehr oder weniger stark durch Begründungen miteinander verbunden sein (systematisierter Wahn). Wahninhalte können verschiedene Themen umfassen. Am häufigsten anzutreffen sind Themen von Beeinträchtigung durch Verfolgung oder Vergiftung, hypochondrische Befürchtungen (insbesondere der bevorstehende eigene Tod) sowie Größenideen in Form von besonderen Fähigkeiten, politischer oder religiöser Berufung.

## **1.3 Epidemiologie**

Schizophrene Störungen treten weltweit ungefähr gleich häufig auf.

### **Wichtige Daten zur Prävalenz und Inzidenz:**

- Das Lebenszeitrisko liegt bei 1 %.
- Die Neuerkrankungsrate liegt bei ca. 2 bis 4 neuen Fällen pro Jahr und pro zehntausend Einwohner.
- 87 % der Patienten remittieren nach einer ersten psychotischen Episode.
- Etwa 82 % der Betroffenen haben innerhalb von fünf Jahren mindestens einen Rückfall (Robinson et al., 1999).
- 10 bis 12 % der Patienten bleiben über einen 15-Jahres-Follow-up-Zeitraum ohne weitere Symptome (Ohmori et al., 1999; Wiersma et al., 1998).

Wiederholt wurde darauf hingewiesen, dass ein Behandlungserfolg kein Alles-oder-Nichts-Prozess ist, sondern sehr häufig heterogen in unterschiedlichen Funktionsbereichen ist. Es gibt also mehr oder weniger Therapieerfolg oder eine mehr oder weniger vorhandene Restfunktionseinschränkung. Etwa 20 bis 30 % aller therapie-complianten Patienten sind nach internationalen Studien Non- bzw. Partialresponder (Davis et al., 1980; Lieberman et al., 1994).

**Behandlungserfolg kein Alles-oder-Nichts-Prozess**

#### **Persistierende Positivsymptomatik hat eine Vielzahl ungünstiger Folgen:**

- Es treten häufig negative Affekte wie Angst und Depression auf.
- Weitere Einschränkungen: Sozialer Rückzug, Einschränkung der Lebensqualität, Belastung des Familiensystems und Beeinträchtigung sozialer und beruflicher Integration.
- Bei 40 bis 50 % der bei der Erstuntersuchung wahnhaften Patienten zeigt sich während einer 8-Jahres-Katamnese eine Wahnsymptomatik.
- Bei 57 % der Patienten kommt es zu einem episodisch remittierenden und bei 43 % der Patienten zu einem chronischen Verlauf.
- Nur bei einem Drittel der Patienten wechselt die Wahnthematik.
- Eher ungünstige Verläufe bzgl. Symptomatik, allgemeinem Funktionsniveau, sozialer und beruflicher Integrationen bei schwerer initialer Wahnsymptomatik und bei im Vordergrund stehenden Fremdbeeinflussungserlebnissen und Verfolgungswahn.
- Die Suizidrate ist mehr als 30-mal erhöht im Vergleich zur Gesamtbevölkerung.

Insgesamt weisen empirische Ergebnisse jedoch auch darauf hin, dass Stimmenhören und wahnhafte Erlebnisse und Interpretationen auch außerhalb von psychiatrischen Störungen auftreten können. Dies macht deutlich, dass der qualitative Unterschied zwischen psychotischen Störungen und Erfahrungen in der Allgemeinbevölkerung, was ICD-10 und DSM-IV suggerieren, unangemessen ist. Psychotische Erfahrungsinhalte werden somit besser als ein Erfahrungskontinuum angesehen, an dessen einem Ende schwere seelische Störungen auftreten können. Diese so genannte *Kontinuitätshypothese* wird im Rahmen der Kognitiven Verhaltenstherapie bei persistierender Positivsymptomatik in der Psychoedukation genutzt. Das psychotische Erleben als extreme Form normalpsychologischen Erlebens darzustellen („Normalizing“), dient dabei der Entstigmatisierung (Kingdon & Turkington, 1994). Andererseits legitimieren solche Befunde, die die Kontinuitätshypothese untermauern, auch die Anwendung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze.

**Psychotisches Erlebnis eher ein quantitativer als ein qualitativer Unterschied**

## 1.4 Differenzialdiagnosen

PTSD  
nicht vergessen

Wahnhaftes und halluzinatorisches Symptomatikon können bei einer Reihe *anderer psychischer Störungen* auftreten, vor allem bei anhaltenden wahnhaften Störungen, affektiven Störungen mit psychotischen Symptomen (Depression oder Manie), schizoaffektiven Erkrankungen oder psychotischen Symptomen im Rahmen von posttraumatischen Belastungsstörungen. In einer Studie von Olfson et al. (2002) konnte an einer Stichprobenserhebung an über 1.000 Patienten in einer repräsentativen Auswahl von Allgemeinarztpraxen eine Punktprävalenz von ca. 21 % psychotische Erlebnisse meist im Sinne von Stimmenhören nachgewiesen werden. Weniger als die Hälfte der Patienten (47,6 %) nahmen Neuroleptika ein.

## 1.5 Verlauf und Prognose

„Recovery“  
wie oft?

Die größte Variabilität im Verlauf *schizophrener Erkrankungen* findet sich in der initialen Phase der Erkrankung innerhalb der ersten fünf Jahre, wo sich ein Plateau hinsichtlich der Beeinträchtigung ausbildet (Ram et al., 1992). In einer Kohorte von ca. 1.400 erkrankten Patienten in Melbourne konnte gezeigt werden, dass der Prozentsatz der Patienten, die auch nach neun bzw. zwölf Wochen eine noch persistierende Positivsymptomatik aufwiesen, mit ca. 40 % bzw. 20 % relativ gering ausfällt (Edwards & McGorry, 2002). Vollständige Wiederherstellung wird häufig definiert als Vollremission der Positiv- und Negativsymptomatik und gleichzeitig volle soziale/berufliche Rollenfunktionsfähigkeit. Letzteres meint das Erfüllen altersangemessener Rollenerwartungen mit der Fähigkeit zu sozialer Interaktion und Ausführung von Alltagsaufgaben ohne Anleitung. In einer Längsschnittstudie an schizophrenen und schizoaffektiven Ersterkrankten über einen Nachuntersuchungszeitraum von fünf Jahren konnten Robinson et al. (2004) zeigen, dass nach 5 Jahren 47,2 % der Untersuchten eine Vollremission der Symptomatik und 25,5 % eine altersangemessene soziale Rollenfunktionsfähigkeit für die Dauer von zwei Jahren oder länger aufwiesen. Aber lediglich 13,7 % erfüllten die Kriterien einer vollständigen Wiederherstellung über zwei Jahre oder länger. Eine bessere kognitive Funktionsfähigkeit in der postakuten Stabilisierungsphase war mit vollständiger Wiederherstellung, angemessener Rollenfunktionsfähigkeit und Symptomremission verbunden. Dabei sagte eine kürzere Zeitspanne vor einer gezielten Behandlung, vollständige Wiederherstellung und psychopathologische Vollremission voraus. Nur wenige Studien liegen vor, die schizophrene Patienten über die mittleren Lebensdekaden hinaus im Verlauf beobachtet haben (Bleuler, 1976; Ciompi, 1980). Diese zeigen einen diskreten klini-

schen Besserungstrend und eine Abnahme positiver Symptome mit zunehmendem Lebensalter. Grundsätzlich können auch nach Jahren von Symptommfreiheit noch Rückfälle auftreten (Bleuler, 1976).

Hinweise auf eine gewisse Variabilität der *wahnhaften Symptomatik* im Zeitverlauf zeigten sich in einer Längsschnittuntersuchung über 12 Monate von Appelbaum et al. (2004), bei der Patienten mit im Vordergrund stehender wahnhafter Symptomatik in 10-Wochen-Abständen nachexploriert wurden. Lediglich 36 % der insgesamt über 1.130 Patienten zeigten bei mindestens einer Nachexploration eine stabile wahnhafte Symptomatik, bei mehr als zwei Explorationszeitpunkten nur noch 23 %. Die Persistenz von wahnhafter Symptomatik stand in Verbindung mit der Diagnose einer Schizophrenie, hoher psychopathologischer Gesamtgestörtetheit und damit, dass der Patient in der Vergangenheit auf der Basis von wahnhafter Symptomatik gehandelt hat. Das Persistieren von wahnhafter Symptomatik mit hoher emotionaler Beteiligung ging mit deutlicher Beeinträchtigung der Rollenfunktionsfähigkeit und einer erhöhten Rehospitalisierungswahrscheinlichkeit im Verlauf einher (Harrow et al., 2004). Allerdings zeigten die frühen Untersuchungen von Jorgensen (1994) an einer kleineren Gruppe von Patienten (N=88) im 2-, 4- und 8-Jahres-Follow-up, dass 43 % der Patienten mit wahnhafter Symptomatik einen chronifizierten Verlauf aufwiesen. Hierbei trat die massivste Beeinträchtigung der Rollenfunktionsfähigkeit bei Beziehungs- und Beeinträchtigungserleben auf, weniger bei Schuldgefühlen und anderen Themen. Das relative Risiko für erfolgte Suizide war bei chronifiziertem Wahn um das 31,5-fache erhöht.

**Wahnhafte  
Symptomatik  
fluktuiert**

## **2 Störungstheorien und -modelle**

### **2.1 Dopamin als der Wind im Feuer der Psychose und aktivierte Hirnzentren**

Es gibt eine Reihe empirischer Befunde (Kapur, 2003), die für die Bedeutung einer Dopamindysregulation bei der Entstehung psychotischer Symptome sprechen und die Anwendung der antipsychotischen Basistherapie neurobiologisch begründen.

Indizien  
dopaminerges  
Imbalance

### Befunde, die für eine Dopamindysregulation sprechen:

- Ergebnisse von *Bildgebungsverfahren* wie der Positronenemissionstomographie (PET) oder der Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT): Die meisten als wirksam bekannten Neuroleptika binden an die dopaminergen D<sub>2</sub>-Rezeptoren.
- *Stimulanzien*, die zu einer vermehrten Ausschüttung von Dopamin führen, können experimentelle Psychosen induzieren.
- *Histologische Untersuchungen* in post mortem Gehirnen von schizophrenen Patienten geben Hinweise auf vermehrte Dopaminaktivität. Diese Befunde sind jedoch nicht eindeutig von Medikamenteneffekten nach langjähriger neuroleptischer Behandlung zu trennen.
- In akuten psychotischen Zuständen wird *Dopamin vermehrt* synthetisiert, es wird auf die Vorbereitung einer Impulshandlung hin vermehrt ausgeschüttet und ist im synaptischen Spalt vermehrt nachweisbar. Es zeigt sich eine eher präsynaptische Dopamin-Fehlregulation und weniger eine Veränderung der Anzahl der Dopamin-Rezeptoren.

Dopamin-  
überschuß  
nur sekundär?

Insgesamt gibt es für diese sog. *Dopaminhypothese der Positivsymptomatik* die meisten empirischen Belege. Relativierend muss jedoch angemerkt werden, dass die Fehlregulation dopaminerges Aktivität im Gehirn von Menschen mit schizophrenen Störungen keineswegs die einzige Form von neurobiologischer, zerebraler Stoffwechselabweichung darstellt und auch nicht ganz geklärt ist, ob die Fehlregulation dopaminerges Aktivität überhaupt primär ist. Unklar ist, inwieweit die mesolimbische Dopaminüberaktivität primär ist oder sekundär eine Folge von Hypofrontalität, ob sie also Folge einer glutaminergen Unterfunktion (Carlsson et al., 1997; Goff & Coyle, 2001; Javitt et al., 1996) oder sekundär Folge einer zu Grunde liegenden neuronalen Entwicklungsstörung (Harrison, 1997; Keshavan, 1999) ist. Die Dysregulation der dopaminerges Aktivität konnte lediglich als „state marker“ nachgewiesen werden. Die *Ergebnisse der funktionellen Bildgebung zu wahnhafter Symptomatik* (Blackwood et al., 2001) sprechen für einen zweistufigen Prozess. PET- und SPECT-Studien betonen v. a. die Rolle der *Amygdala* und des ventromedialen *Präfrontalkortex*. Die *Amygdala* ist für die automatische, sehr schnelle Verarbeitung von potenziell bedrohlichen Informationen nötig, während der *Ventromedialkortex* dieser Wahrnehmungsrepräsentation (Perzept) die emotionale und soziale Bedeutung solcher und ähnlicher Situationen in der Vergangenheit zuordnet und so die angemessenen emotionalen Konsequenzen aktiviert. Überaktivierungen der *Amygdala* würden so eine Verzerrung der Informationsse-



lektionen in Richtung auf ein Präferieren potenziell bedrohlicher Reize begründen, eine Überaktivierung des ventromedialen Präfrontalkortex hingegen die vorschnelle Interpretation von eigentlich neutraler Information als bedrohlich (vgl. kognitive und emotionale Prozesse, s. u.).

Insgesamt gibt es bezüglich der neueren *Ergebnisse funktioneller Bildgebung zur Entstehung akustischer Halluzinationen* eine gewisse Konvergenz. Sie machen für das Stimmenhören im Wesentlichen Defizite im Bereich der frontalen motorischen und prämotorischen Areale sowie der temporoparietalen Sprachareale (rezeptives Sprachverständnis) verantwortlich, die für die Dekodierung und Enkodierung von Sprache notwendig sind. Für normale Sprachfunktionen ist eine intakte Verbindung zwischen den frontoparietalen und temporalen sprachlichen Hirnbereichen notwendig (tractus-fronto-pario-temporalis). Genau diese konnte aber in der funktionalen Bildgebung als beeinträchtigt nachgewiesen werden (Hubl et al., 2004). Weiter konnte gezeigt werden, dass während des Auftretens akustischer Halluzinationen bei schizophrenen Patienten im primären auditorischen Kortex sowie in anderen sprachassoziierten Gebieten eine vermehrte Aktivität auftrat. Passend zu dem Aktivsein der Sprachzentren während des Auftretens akustischer Halluzinationen konnte gezeigt werden, dass schizophrene Patienten mit Halluzinationen und Wahn im Gegensatz zu solchen, die diese Symptomatik nicht hatten und Normalprobanden, selbst bzw. von anderen gesprochene Worte schlechter unterscheiden konnten. Hierbei handelte es sich nicht um ein unspezifisches Wahrnehmungs- oder Diskriminierungsdefizit, da bei der Kontrollbedingung die Unterscheidung von mit Hintergrundrauschen präsentierten Worten, die von männlichen versus weiblichen Sprechern gesprochen worden waren, nicht beeinträchtigt war (Allen et al., 2004). Diese Ergebnisse unterstützen die Hypothese, dass *akustische Halluzinationen fehlattribuierte innere Sprache* sein könnten. Dieses „*Externalisierungsdefizit*“ nimmt bei größerer Häufigkeit akustischer Halluzinationen und bei negativen-affektiven Stimuli zu, korreliert jedoch nicht mit genereller psychopathologischer Gestörtheit und Ausmaß der Wahnsymptomatik. Dass die Unterscheidungsprobleme auch beim Wiedererkennen auftraten, bei dem keine Handlungsintention gebildet werden musste, spricht dafür, dass nicht zwingend ein zentrales Monitoring-Defizit angenommen werden muss. Frith hatte postuliert, dass Stimmenhören daraus resultiert, dass durch eine Schwäche der zentralen kognitiven Überwachungsfunktion, die Handlungsintention („Ich will das und das sagen“) nicht mehr mit dem gehörten Sprechakt („Was ich sage“) zusammengebracht werden kann und daher als fremd oder von außen kommend erlebt wird (Frith et al., 2000). Dies gilt vor allem dann, wenn die Stimuli negativ-emotionaler Art sind.

Sprachzentren  
und akustische  
Halluzinationen