

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

WAHN

Der Wahn ist das wahrscheinlich vielschichtigste und beunruhigendste Phänomen im Rahmen der psychiatrischen Krankheitslehre und damit aller seelischen Störungen, die wir kennen. Zahlenmäßig ist der Wahn zwar kein vorrangiges Thema, gehört aber zum schwierigsten, was das Umfeld im Allgemeinen und der Arzt in Diagnose und Therapie im Speziellen zu (er-)tragen haben.

Auch ist er keinesfalls auf schizophrene Psychosen beschränkt, wie man sich das wohl am ehesten vorstellt, sondern kann ein breites Spektrum seelischer, psychosozialer, ja körperlicher Beeinträchtigung abdecken, wobei nicht zuletzt das höhere Lebensalter und Intoxikations-(Vergiftungs-)Bilder immer mehr in das Blickfeld rücken.

Deshalb wird man sich wohl in Zukunft verstärkt mit diesem Thema beschäftigen müssen. Leider ist es eine alte Erkenntnis, dass man vor allem Wahn-Bildern konflikt-vermeidend ausweicht, wo immer und mit welchen Ausreden es geht. Wahn-Phänomene irritieren, ängstigen und verheißten in vielen Fällen Ungemach, nicht nur für die engeren Angehörigen, sondern auch für alle anderen Verwandten, Bekannten, insbesondere Nachbarn und Berufskollegen, ja sogar Behörden, Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal, Sozialarbeiter usw. Deshalb werden Wahn-Phänomene gerne ausgeblendet, bagatellisiert, weiter-delegiert, ggf. sogar verniedlicht, lächerlich gemacht, kurz: zumindest psychologisch, meist aber auch real abgeschoben und isoliert. Dass dies den Wahn-Kranken natürlich noch mehr in seinen Wahn treiben kann, liegt nahe – mit allen Konsequenzen und zwar für beide Seiten.

Nachfolgend deshalb eine etwas ausführlichere Darstellung.

Erwähnte Fachbegriffe:

Wahn – Definition – Klassifikation – philosophische Aspekte – historische Aspekte – Charakteristika – Wahn-Symptome – Wahn-Syndrom – Geisteskrankheiten – Wahn-motivierende Situationen: psychotische Störungen, Schizophrenien, Störungen der Sinnesorgane (z. B. Schwerhörigkeit oder Erblindung), generelle Sinnes-Isolation, geistige und mnestiche Altersfolgen mit Erinnerungsstörungen, sprach- und kultur-fremde Umgebung, politische Verfolgung, Haft, Depressionen, Rauschdrogenkonsum, Alkoholismus, Zwangsstörungen, unerfüllter Kinder-Wunsch, unerträgliche Rechts-Kränkung, langfristige Vereinsamung, erotische Unerfülltheit u. a. – überwertige Ideen – paranoide Wesensart: übertriebene Vorsicht, Verslossenheit, Streitsucht, Feindseeligkeit, Humorlosigkeit usw. – Formen des Wahn-Erlebens: Wahnstimmung, Wahn-Gedanken, Wahn-Einfall, Wahn-Wahrnehmung, Wahn-Erinnerung, Wahn-Arbeit, Wahn-Dynamik, Wahn-System – Wahn-Struktur – Wahn-Gewissheit – Wahn-Wirklichkeit – Wahn-Bedeutung – Bedeutungs-Gewissheit – Abstand/Widerstand von/gegen Allgemein-Erfahrungen und Gruppen-Überzeugungen – Unfähigkeit zum Gesichtspunkt-Wechsel – Wahn-Isolation – Erscheinungsformen des Wahns: Beeinträchtigungswahn, Verfolgungswahn, Bestehlungswahn, Beziehungswahn, Untergangswahn, Fremdbeeinflussungswahn, wahnhafter Identitäts-Wandel, Heils-Wahn, Weltverbesserungs- bzw. Welterneuerungswahn, Abstammungswahn, hypochondrischer Wahn, nihilistischer Wahn, Krankheits-Wahn, Verarmungswahn, Schuld-Wahn, Verdammungswahn, Größen-Wahn, Liebes-Wahn, Schwangerschafts- bzw. Mutterschaftswahn, Reichtums-Wahn, wahnhaftes Rollen-Erhöhung, Begnadigungswahn, Unschuldswahn, Querulanten-Wahn, Eifersuchts-Wahn, Bedrohungswahn, wahnhaftes Situationsdeutung u. a. – nosologische Wahn-Einordnung – Wahn-Phänomene bei seelischen und körperlichen Krankheiten: schizophrene Psychose, organische Psychose, depressive Psychose, endogene Depression, manische Psychose, manisch-depressive Störung, schizoaffektive Psychose, paranoide Entwicklung, sensitiver Beziehungswahn, Paranoia, paranoide Reaktion, schizotypische Störung, schizoide Störung, wahnhaftes Persönlichkeitsstörung, Rauschdrogenkonsum, Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit sowie Störungen der Sinnesorgane, Haft, Folter, politische Verfolgung, Raubüberfall, Hirn-Tumoren, Demenz, Vergiftungszustände u. a. – psychoanalytische Aspekte des Wahns – neuropsychologische Aspekte wahnhafter Störungen – elektro-physiologische Interpretationen – Theory of Mind – psychologische Untersuchungs-Ansätze des Wahns – neuro-psychologische Erkenntnisse – neuronale Netzwerk-Modelle – Kurzschluss-Theorie – der Wahn aus psychodynamischer Sicht – der Wahn aus der Sicht „verstehender Psychodynamik“ – der Zugang zum Wahn-Kranken – zwischenmenschliche Probleme, Konflikte, Irrtümer und gesprächs-strategische Empfehlungen u.a.m.

Vermutlich gibt es im Alltag nichts Verwirrenderes als ein Wahn. Man kann es sich denken. Und wer die nachfolgenden Ausführungen überflogen hat, wird

auch verstehen, welches Schicksal einem vom Wahn betroffenen droht. Denn es ist überaus schwer, einen zwischenmenschlichen (und damit „menschlichen“) Zugang zu einem Wahn-Kranken zu bekommen. Das ist eine alte, eine bittere Erfahrung und Erkenntnis, die auch in Zukunft niemand erspart bleibt, der mit einer solchen Situation konfrontiert wird. Das mag zahlenmäßig selten sein, besteht auch aus einem breiten Spektrum mit weitem Übergang von andeutungsweise bis extrem – doch am Ende läuft es immer auf das Gleiche hinaus: Einen Wahn kann man als Gesunder nicht verstehen, er ist eine rein private und deshalb nur persönlich-gültige, dafür aber oft lebens-bestimmende Überzeugung eines Menschen von sich selber und seiner (Um-)Welt.

Diese Sätze werden sich z. T. wörtlich, im übertragenen Sinne jetzt immer wiederholen. Sie sind auch der Kern des Phänomens – und damit das Schicksal der Betroffenen. Nachfolgend deshalb eine etwas ausführlichere Darstellung neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse, wobei der Wahn den Menschen aber schon seit Jahrhunderten beschäftigt hat, als Alltags-Problem wohl seit Beginn der Menschheit. Um was handelt es sich also?

Um was handelt es sich also und wie häufig muss man damit rechnen?

WAHNHAFTES ERLEBEN BEI GESUNDEN UND PSYCHISCH KRANKEN

Wahnhaftes Erleben kann bei verschiedenen Krankheitsbildern auftreten. Nachfolgend eine kurzgefasste statistische Übersicht*:

Mildere Formen paranoiden Erlebens sind auch in der Allgemeinbevölkerung nicht selten: Verschiedene Studien deuten auf eine Häufigkeit regelmäßigen wahnhaften Erlebens bei ca. 10 bis 15%. Die Verteilung des Schweregrads wahnhaften Erlebens bei Gesunden weist natürlich ein breites Spektrum auf, von mehr oder weniger konkreten, besser: einfühlbaren Gedanken bis zu merkwürdigen, weniger einfühlbaren und nachvollziehbaren Vorstellungen, in Wissenschaftskreisen auch als „paranoia hierarchy“ bezeichnet.

- Am häufigsten scheint sich das Ausmaß paranoiden Erlebens mit Einschränkungen im Beruf, Familie und allgemeinen psychosozialen Bezügen zu verbinden.
- Ungewöhnliche Sinnes-Erfahrungen finden sich bei seelisch Gesunden auch durch Beeinträchtigungen des Hörens und Sehens und natürlich bei Rauschdrogen-Selbstversuchen mit z. B. Cannabis (Haschisch und Marihuana).
- Bei psychischen Krankheitsbildern trifft man auf paranoide Erlebnisse bei etwa der Hälfte aller psychotischen Erkrankungen (vor allem schizophrene Psychosen), bei mehr als einem Viertel aller bipolaren Störungen (ma-

nisch-depressive Erkrankungen) sowie bei bis zu 50% aller unipolaren Depressionen (nur depressive Zustände).

- Außerdem bei bis zu 30% im Zusammenhang mit Kampfhandlungen im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung.
- Auch Menschen mit Angsterkrankungen zeigen offenbar erhöhte Werte für paranoides Erleben (konkrete Häufigkeit?).
- Selbst neuro-psychiatrische oder rein neurologische Leiden wie die Alzheimer-Demenz (bis zu 31%) und Epilepsie (Häufigkeit?) sind nicht selten betroffen.

* Zitiert nach Lucienne Hoffmann und H. Gündel, 2008

ALLGEMEINE ASPEKTE

Der Wahn ist das wahrscheinlich komplexeste Symptom (Krankheitszeichen) oder treffender Syndrom (also eine mehr oder weniger zusammengehörige Gruppe von Symptomen), das die Psychopathologie, die psychiatrische Krankheitslehre generell zu erklären versucht.

Die Entstehung und Struktur des Wahns aufzuklären gehört zu den grundlegenden Anliegen der Psychopathologie. Dennoch gibt es keine allgemein anerkannte Definition des Wahns. Und dies, obgleich sich der Wahn über 100 Jahren eines ungebrochen lebhaften, ja heftig und kontrovers ausgetragenen Disputats der Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten, ja Philosophen u. a. erfreut.

Tatsächlich sah sich der Wahn früher vor allem im philosophischen Spannungsfeld aufgehoben (einige meinen: eher verstrickt), zu dem später psychoanalytische Deutungs-Versuche kamen. Die philosophischen Kategorien wurzeln vor allem in der Nähe der so genannten Phänomenologie und Existenzphilosophie. Die Phänomenologie ist die philosophische Lehre von den Erscheinungen, teils als bloße Beschreibung aufgefasst, teils als Überzeugung, dass sich alles in seinem Wesen, Sinn und Sein an das hält, was sich wirklich zeigt, d. h. die Erfahrung. Die Existenzphilosophie ist ein Sammelbegriff für jene philosophischen Richtungen, die unter Existenz nicht das Dasein überhaupt, sondern die Vollzugsweise des menschlichen Daseins verstehen, was vor allem durch die kriegereischen Katastrophen im 20. Jahrhundert seine besondere Ausprägungen erfahren hat.

Da der Wahn aber ein handfestes Alltags-Problem war, ist und stets bleiben wird, kam man nicht um pragmatische Definitionen herum, die heute die psychiatrische, konkreter: psychopathologische Szene beherrschen.

Definition des Wahns

Eine im Grunde allseits anerkannte klinisch-pragmatische Definition des Wahns lautet deshalb:

Der Wahn ist die private, nur persönlich gültige lebens-bestimmende Überzeugung eines Menschen von sich selber und seiner Welt.

Nicht der Inhalt ist also das Krankhafte am Wahn, sondern die aus der Gemeinsamkeit herausgerückte („verrückte“) Beziehung zu Mitmenschen und Mitwelt auf der Basis eines veränderten Selbst (also allem, was den Menschen ausmacht, die eigene Person, das Gesamt des Psychischen im Gegensatz zu den Objekten der äußeren Welt).

Kurz: Ein Wahn ist die krankhaft entstandene Fehl-Beurteilung der Realität.

Und dazu ein weiterer, ja entscheidender Aspekt: An dieser Fehl-Beurteilung wird mit hoher subjektiver Gewissheit und unkorrigierbar festgehalten. Dies selbst dann, wenn sie im Widerspruch zur objektiven Wirklichkeit, zur eigenen Lebens-Erfahrung und zum Urteil gesunder Mitmenschen steht.

Doch der Wahnkranke will seine wahnhaftige Überzeugung gar nicht korrigieren. Für ihn ist sie ja meist unerschütterlich und unanfechtbar. In seinem übrigen Denken vermag er jedoch folgerichtig zu urteilen.

Wahn ist also nicht nur eine Störung des Denkens oder Urteilens. Wahn ist Ausdruck einer veränderten Beziehung von sich zur Umwelt aufgrund einer veränderten Ich-Zentriertheit des Erlebens und der Unfähigkeit, dieses subjektive Bezugs-System zu wechseln (nach C. Scharfetter, 200..).

Nun könnte man meinen, damit ist alles gesagt. Doch weit gefehlt. Der Wahn ist ein vielschichtiges Phänomen. Je mehr man sich mit ihm beschäftigt, desto weiter wird sein psychopathologisches Feld – und damit nicht nur für die Erkrankten, sondern auch ihre Angehörigen, Freunde, Nachbarn, Berufskollegen – und nicht zuletzt Ärzte, Psychologen und alle damit befassten medizinisch Tätigen. Denn der Wahn ist selten ein isoliertes Ereignis; viel häufiger als uns lieb sein kann fordert er ein ggf. wachsendes Feld an Betroffenen heraus, vom „Urheber“ ganz zu schweigen.

Dabei gilt es einige – nebenbei schon sehr früh gewonnene – Erkenntnisse zu respektieren:

- Zum einen sind Wahn-Symptome nosologisch unspezifisch, wie es die Fachleute nennen. Oder kurz: Der Wahn beschränkt sich nicht auf bestimmte Krankheitsbilder (beispielsweise die Schizophrenien, wie man wohl als erstes annehmen würde); er kann nicht gerade überall, aber doch sehr verbreitet vorkommen. Auf jeden Fall ist er *nicht* charakteristisch für bestimmte seelische Störungen (und nebenbei auch organische Krankheiten, bei denen wahnhaft Reaktionen für große Verwirrung sorgen können, handelt es sich doch offenkundig um keine „Geisteskranken“. Beispiele: Kopf-Unfall, Rauschgift-Intoxikationen, Hirn-Tumoren, Demenz, Vergiftungszustände u. a.

- Im Weiteren entfalten sich Wahn-Symptome im Rahmen der von der psychiatrischen und psychologischen Forschung festgestellten Gesetze nach den Regeln seelischer Motiv-Dynamik, oder auf allgemeinverständlich:

Die dahinter stehenden Beweggründe sind am Wahn-Geschehen wesentlich beteiligt, d. h. es können also auch durchaus einfühlbare Reaktionen oder Umstände eine Rolle spielen.

Solche **wahn-motivierenden** Situationen sind nicht nur psychotische Störungen (beispielsweise im Rahmen der erwähnten Schizophrenien), sondern auch Störungen der Sinnesorgane (z. B. Schwerhörigkeit oder Erblindung), der generellen Sinnes-Isolation (vor allem was Sehen und Hören anbelangt und sich sehr plastisch nicht nur als Folter-Methode, sondern auch im Rahmen entsprechender Experimente mit Freiwilligen beweisen lässt, die man unter bestimmten Bedingungen selbst als Gesunde in hochgradige „Verrücktheits-Zustände“ und wilde Sinnestäuschungen bringen kann).

Ferner durch kognitive (geistige) und / oder mnestiche Alters-Folgen mit Erinnerungsstörungen, in sprach- und kultur-fremder Umgebung, politischer Verfolgung, Haft, aber auch durch Depressionen, Rauschdrogenkonsum, Alkoholismus u. a.

Das kann nebenbei bis zu ansonsten nachvollziehbaren und gar nicht so seltenen Belastungen gehen wie unerfüllter Kinder-Wunsch, unerträgliche Rechts-Kränkung, langfristige Vereinsamung, erotische Unerfülltheit usw.

Solche wahnartigen (also konkreter: wahn-motivierenden) Auslöser bzw. Situationen und damit Reaktionen haben nichts mit beispielsweise genetisch verankerten psychotischen Wahn-Störungen zu tun und sind auch nicht Vorstadien oder Vorbereitungs-Felder später ausbrechender Wahn-Krankheiten. Sie werden deshalb als einfühlbare wahn-artige Symptome bzw. als wahn-ähnliches Erleben oder fachlich als *paranoide Reaktionen* (= *wahnhaft Reaktionen*) bezeichnet.

- Differenzialdiagnostisch (was könnte es sonst noch sein?) muss man auch an Zwangs-Ideen denken, vor allem jene mit mangelnder Einsichtsfähigkeit in den Zwang. Das fällt den Experten allerdings relativ leicht, da eine Zwangsstörung in der Regel eine Reihe charakteristischer Symptome zeigt, die den Weg zur richtigen Diagnose bahnen.
- **Überwertige Ideen** gehören ebenfalls zu jenen Phänomenen, die an einen Wahn denken lassen könnten. Der Begriff stammt aus der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts und hat später verschiedene Deutungen erfahren (s. u.). Überwertige Ideen sind auf jeden Fall ebenfalls nicht mit Wahn gleichzusetzen, auch wenn es fließende Übergänge geben mag.

Erklärung: Im angelsächsischen Sprachbereich werden „overload ideas“ definiert als inhaltlich falsch oder übertrieben, jedoch nicht so offensichtlich unglaubwürdig wie Wahnideen; vor allem weniger intensiv oder dauerhaft. Allerdings fehlt auch hier die Einsicht, dass diese Idee höchstwahrscheinlich nicht zutrifft.

In der europäischen Psychiatrie versteht man derzeit unter einer überwertigen Idee einen grundsätzlich akzeptablen und verstehbaren Gedanken, der den Betroffenen jedoch völlig in Anspruch nimmt, weshalb er diesen Ideen jenseits aller Vernunft nachgeht. Solche überwertigen Ideen seien deshalb durch Selbst-Bezug (betrifft nur mich) charakterisiert und häufig mit Phobien (umschriebenen Zwangs-Befürchtungen) verbunden. Auch wird ihre Ausformung vom jeweiligen Temperament (mit-)bestimmt.

- Und um das Problem noch um einiges komplizierter zu machen, wurde schon früher von einem **paranoiden (wahnhaften) Stil** gesprochen.

Als häufige Verhaltensweisen – so die Experten – die zwar nicht krankheits-typisch für einen Wahn, noch für Wahn-Symptome selbst sind, wohl aber den Verdacht auf eine Wahn-Erkrankung unterstützen können, werden Überempfindlichkeit, übertriebene Vorsicht, Verschlussenheit, Streitsucht, Feindseligkeit und/oder Humorlosigkeit bezeichnet. Das mache beispielsweise den erwähnten paranoiden Stil aus.

Charakterisiert wird er durch eine (eben wahnhafte) Interpretations-Störung, was die subjektive Wahrnehmung anbelangt. Ferner durch Verzerrungen des Realitäts-Urteils und durch Auffälligkeiten des affektiven (Gemüts-)Erlebens.

Den definitiven Hinweis auf eine wahnhafte Überzeugung erhält man dann allerdings oft eher durch Übermaß und Unangemessenheit im Verhalten, als durch ein Urteil über Wahrheit oder Unrichtigkeit im Gedankengang des Betroffenen.

Denn auch eine inhaltlich mögliche oder tatsächlich objektivierbare Überzeugung kann wahnhaft werden. Beispiele: Einen Verfolgungs-Wahn kann auch ein wirklich Verfolgter, einen Eifersuchts-Wahn ein in der Tat Betrogener und einen hypochondrischen Wahn ein nachweisbar körperlich Kranker entwickeln. Man sieht: „Die Welt ist bunt“.

FORMEN DES WAHN-ERLEBENS

Bei eindeutig vorliegendem Wahn lassen sich in formaler Hinsicht verschiedene Formen und Stadien des Wahns unterscheiden, ideal-typisch zwar, d. h. nur selten so eindeutig fassbar, aber immerhin schon seit mehr als einem halben Jahrhundert weitgehend akzeptiert. Im Einzelnen (nach C. Scharfetter, s. Literaturverzeichnis):

- **Wahnstimmung**

Die Wahnstimmung ist charakterisiert durch den subjektiven Eindruck des Unheimlichen, Bedrohlichen, Sonderbaren, kurz: „Es liegt etwas in der Luft“, ohne dass es näher bestimmt werden kann. Dazu kommen konkrete Veränderungen wie Depersonalisation (bin ich noch ich selber?) und Derealisation (alles so eigenartig, unbestimmt, fremd um mich herum). Einzelheiten dazu siehe das spezielle Kapitel.

Die Folgen sind Ratlosigkeit, Argwohn, angstvolle Erwartung, Misstrauen, Verunsicherung, Bedrückung, Erschütterung, ggf. Schreck und Bedrohungsgefühle, nur selten auch Gehobenheit, Beseligung, Zuversicht oder gar inhaltsloses Glücksgefühl.

Die Wahnstimmung kann diffus, also verschwommen, unklar, ungerichtet sein; es muss noch keine so genannte Eigen-Beziehung („betrifft nur mich“), ja noch nicht einmal eine bestimmte Bedeutung vorliegen. In seltenen Fällen wird sie inhaltlich konkreter. Vielfach ist sie auch ein Vorläufer der Wahn-Wahrnehmung, bei dem das Unbestimmte („es ist etwas los, aber was, wo, wie?“) sich dann an realen Gegebenheiten festmacht (s. u.).

- **Wahn-Gedanken**

Bei den Wahn-Gedanken ist der Betroffene schließlich mit seinem Wahn gedanklich fast unlösbar befasst, mehr oder weniger dauerhaft. Sein Leben ist davon bestimmt. Er grübelt im Wahn nach, konstruiert künstliche Erklärungen, Verknüpfungen usw.

- **Wahn-Einfall**

Der Wahn-Einfall ist eine plötzlich auftauchende wahnhafte Überzeugung, „Eingebung“ oder gar „Erleuchtung“ usw. Ihm kann sich der Kranke nicht entziehen, geschweige denn näher begründen, was dieses unvermittelte Auftreten einzelner Wahnideen und wahnhafter Vorstellungen bedeuten soll. Beispiele in negativer Hinsicht: Verfolgung, Beeinträchtigung u. a.; und in positiver: besondere Fähigkeiten, Berufung, Erhöhung, Beförderung usw.

- **Wahn-Wahrnehmung**

Wahn-Wahrnehmungen sind so genannte abnorme Bedeutungs-Erlebnisse. D. h. reale Wahrnehmungen aus alltäglichen Vorkommnissen erhalten eine andere, für den Betroffenen wirklichkeitsgerecht erscheinende, für den gesunden Beobachter hingegen krankhafte Bedeutungen.

Beispiele: alltägliche Erscheinungen wie eine Bemerkung, ein Gespräch, eine Geste, ein Zeitungsartikel, eine Radio- oder Fernsehsendung usw. Ihnen wird eine spezifische Bedeutung beigemessen, sie gelten als Zeichen, Hinweis, Wink, Aufforderung, Botschaft u. a.

Diese Bedeutung ist fast immer wichtig, eindringlich, gewissermaßen persönlich gemeint (und kann deshalb nach Meinung des Betroffenen auch nicht von anderen erkannt und interpretiert werden).

Früher unterschied man sogar drei Stufen von Wahn-Wahrnehmungen, gleichsam Intensitäts-Unterschiede:

- In der ersten Stufe erlebt der Kranke eine reale Sinnes-Wahrnehmung (z. B. gehört, gesehen, gerochen, geschmeckt, gespürt) als auf sich bezogen, ohne eine Erklärung dafür zu haben.
- Die zweite Stufe zeigt schon einen stärkeren Grad wahnhaften Erlebens, weiß doch der Patient plötzlich, dass das Wahrgenommene in einem Zusammenhang mit ihm gestellt worden sein muss.
- In der dritten Stufe liegt eine Wahn-Wahrnehmung im eigentlichen Sinne vor: die Sinneswahrnehmung bekommt eine konkrete Bedeutung (wer – was – wo – wie).

Wie bereits erwähnt kann einer Wahn-Wahrnehmung eine diffuse Wahn-Stimmung vorausgehen, also das Gefühl des Unheimlichen, Bedrohlichen, Sonderbaren, das nicht näher gedeutet werden kann.

- **Wahn-Erinnerung**

Bei der Wahn-Erinnerung, einer Art Rück-Datierung, wird ein Ereignis oder eine Situation aus der Vergangenheit rückwirkend wahnhaft umgedeutet, bekommt also eine abnorme Bedeutung mit konkreter Beziehung auf den Betroffenen.

- **Wahn-Arbeit**

Bei der Wahn-Arbeit wird der Wahn durch weitere Einfälle, durch „bestätigende“ Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen), durch Beobachtungen (konkreter: Wahn-Wahrnehmungen), die den Wahn weiter erläutern oder ausbauen, durch „Begründungen“, „Beweise“, „Ableitungen“ oder „Verknüpfungen“ ausgestaltet, sprich: wahnhaft bzw. wahnhaft-bezogen bearbeitet.

- **Wahn-Dynamik**

Unter Wahn-Dynamik versteht man die erlebnismäßige und handlungs-bestimmende Bewegtheit des Wahn-Kranken durch seinen Wahn. Oder kurz: Die Wahn-Dynamik ist die gemütsmäßige Anteilnahme am Wahn.

Beispiele: breites Feld zwischen stürmischer Wahn-Produktivität und (damit) starkem affektivem (gemüts-)mäßigem Mitschwingen bis zur Affekt-Leere (Gemüts-Leere); oder gar innerlich unbeteiligten, eingeschliffene Verhaltensweisen im Rahmen eines alten Wahn-Systems, dem der Betroffene nicht mehr entkommen kann.

- **Wahn-System**

Als Wahn-System gelten die krankhaften Verbindungen und Verknüpfungen (Fachbegriff: Assoziationen) verschiedener Wahn-Phänomene untereinander.

Beispiele: Wahn-Einfälle, Wahn-Wahrnehmungen, Wahn-Erinnerungen, ggf. auch mit Sinnestäuschungen (Halluzinationen) und Störungen des Ich-Erlebens (s. später) verbunden. Gelegentlich finden sich aber auch durchaus nicht-krankhafte Erkenntnisse und Reaktionen, was das gesunde Umfeld noch mehr irritiert.

Dadurch kommt es schließlich zu einer systematischen „Ordnung“ wahnhaften Erlebens, also einem regelrechten Wahn-System, dem Ausbau einer in sich geschlossenen, zusammenhängenden Wahn-Struktur.

Durch diese Wahn-Arbeit (s. o.) „stimmen nunmehr alle Beobachtungen überein“ und bestätigen die (Wahn-)„Gewissheit“.

WEITERE ASPEKTE DES WAHNS

Der Wahn – wir hörten schon davon –, gehört zu den vielschichtigsten Aspekten krankhafter seelischer Abläufe. Einzelheiten dazu siehe die verschiedenen Kapitel in dieser Serie, in denen solche Phänomene auf das jeweilige Thema hin erläutert werden. Einige Aspekte seien aber noch gesondert vertieft. Dazu gehören:

• Wahn-Wirklichkeit und Realität

Eine wichtige Frage lautet: Wie ist das Verhältnis zwischen „Wirklichkeit“ des Wahns (also des Betroffenen) und allseits gültiger Realität? Dabei gibt es folgende Möglichkeiten:

- *Wahn-Wirklichkeit als einzige Wirklichkeit:* Hier tritt der Wahn an die Stelle der mitmenschlich gemeinsamen Realität. Diese wird damit ungültig. Damit ist der Betroffene ganz in seiner Wahn-Welt gefangen, der gemeinsamen Welt entrückt (und somit im Verständnis seines Umfelds „ver-rückt“).
- *Wahn-Wirklichkeit als beherrschende, aber nicht einzige Wirklichkeit:* Hier ist der Wahn zwar die wichtigere, weil aufdringlichere Wirklichkeit für den Betroffenen. Daneben aber kann sich noch eine mitmenschliche gemeinsame Realität halten, zumindest zeit- oder stellenweise; sie wird also nicht völlig ungültig (und der Betreffende „immer mal wieder ganz vernünftig“).
- *Wahn und Wirklichkeit bestehen nebeneinander:* Ein eigenartiges Phänomen, wenn Wahn und Wirklichkeit sich nicht stören, nicht ausschließen, aber auch nicht in Beziehung zueinander treten (und deshalb auch für den Betroffenen keine Konflikte auslösen). Beide Welten bestehen demnach in einer Art „doppelter Buchführung“ mehr oder weniger problemlos nebeneinander (was das Umfeld völlig ratlos zu machen pflegt: „Wie kann man nur teils spinnen, teils ganz vernünftig denken und handeln“).
- *Ineinander-Fließen von Wahn-Wirklichkeit und Realität:* Hier können beide Bereiche nicht mehr richtig auseinander gehalten werden. Das ist besonders quälend, ringt der Betroffene doch ständig um sein Realitäts-Bewusstsein, d. h. was ist normal und was ist nicht nachvollziehbar (für die anderen eindeutig krank).

Die Folgen kann man sich denken: ratlos, verwirrt, verzweifelt und damit riskante bis gefährliche, ja „schockierende“ Reaktionen provozierend. Beispiele: Selbstverletzungen, um sich zu vergewissern: „es blutet, also lebe ich noch und bin ein normal empfindender Mensch“.

- **Wahn-Bedeutung**

Im Wahn erhält die bisherige mitmenschliche gemeinsame Erfahrungswelt eine neue Bedeutung oder kurz: Der Wahn-Kranke erlebt als Veränderter eine veränderte Welt. Das kann ausschließlich ihn selber, aber auch seine Umwelt (und damit das Verhältnis von Patient zu Eltern, Geschwistern, sonstigen Angehörigen, Freunden, Schulkameraden, Mitarbeitern, Behörden, Fremden u. a.) betreffen. In Einzelnen:

- *Veränderungen, die vorwiegend den Kranken selber in Beschlag nehmen* (Fachbegriff: Selbst-Sein).

Beispiele: Gewissen (Schuldwahn), Gesundheit (hypochondrischer Wahn, Krankheitswahn), Vitalität (Wahn leiblichen Untergangs bis zu Tod und Verwesung), wirtschaftliche Lage (Wahn wirtschaftlichen Untergangs bis zum Verarmungswahn), Verwandlung (Verwandlungs-Wahn), teils gesellschaftlich wie Abstammungs-Wahn, Rollenerhöhung, Propheten-Wahn, messianischer Wahn, Weltschöpfungs-Wahn, Allmächtigkeits-Wahn oder – auf einer anderen Ebene – verwandelt in einen anderen Menschen, in eine andere Gestalt, andere Gesichtszüge, Hände u. a. bis zur Verwandlung in ein Tier, ein Monstrum usw.; ferner Veränderungen der Ich-Abgrenzung (dadurch Fremd-Beeinflussung, ja Schrumpfung oder Ausdehnung bis hin zum Zerfließen u.a.m.).

- *Veränderungen des Betreffenden in Bezug zur Umwelt* spielen sich vor allem als Derealisation ab (alles eigenartig, sonderbar, unverständlich um mich herum). Das ist nachvollziehbar meist beängstigend, bedrückend, belastend, nicht bewältigbar, was zu panik-artigen oder gar feindseligen Reaktionen führen kann. Nur selten Veränderungen im Sinne von schöner, freier, glücklicher usw.
- *Veränderungen des Betreffenden selber im Zusammenhang mit seiner Umwelt*: vielfältige Konsequenzen bis hin zur selbstverständlichen Gewissheit, dass die Veränderungen des Betreffenden selber und die Umwelt-Veränderungen miteinander zusammenhängen.

- **Spezifische Aspekte des Wahns**

Dazu gehören Fachbegriffe wie Bedeutungs-Gewissheit, Abstand/Widerstand von/gegen allgemeine Erfahrungen und Gruppen-Überzeugungen, die Unfähigkeit zum Gesichtspunkt-Wechsel, die damit verbundene Isolationsgefahr usw. im Einzelnen:

- *Bedeutungs-Gewissheit*: Der Kranke braucht keine Begründung für seine wahnhaftige Bedeutungs-Gewissheit. Der Kern-Satz, ob ausgesprochen oder nicht, lautet: „Es ist so!“
- *Abstand/Widerstand von/gegen Allgemein-Erfahrungen und Gruppen-Überzeugungen*: Die Wahn-Wirklichkeit gilt, auch wenn der Wahn-Inhalt für die anderen noch so unwahrscheinlich und unglaubwürdig ist. Deshalb ist der Wahn auch resistent (widerstandsfähig und damit unbeeinflussbar) gegen logische Gegen-Argumente. (Diese können erst dann zu greifen beginnen, wenn sich der Wahn zurückbildet, z. B. durch medikamentöse Behandlung, aber nicht durch noch so einleuchtende Gegen-Argumente erzwungen werden.)
- Auch kümmert sich der Wahn-Kranke *nicht um bisher (!) akzeptierte Aspekte* von Gesellschaft, Glauben usw. Jetzt ist plötzlich alles anders, in seinem neuen Sinne „endlich einleuchtend“. Die reale Folge aber heißt letztendlich: Rückzug von beiden Seiten und damit Isolations-Gefahr. Der Endzustand ist die
- *Unfähigkeit zum Gesichtspunkt-Wechsel*: Keine Möglichkeit mehr, seine Erfahrungen mit der Umgebung zu teilen, zu vergleichen, ggf. zu korrigieren und sich damit „anzupassen“ bzw. flexibel zu sein. Von der wahnhaften Bedeutungs-Gewissheit überwältigt, von der Welt der anderen entrückt, „in eine nur für ihn gültige Privat-Welt ver-rückt“, das ist das Schicksal des Wahn-Kranken und damit die Gefahr von Isolation (s. o.) und wahnhaftem Autismus (d. h. in seiner eigenen Gedanken- und Vorstellungswelt und ohne Kontakt zu anderen gefangen).
- *Isolation*: Zwar nimmt der Wahn-Kranke seine Umgebung wahr, doch ist die Auffassung des Wahrgenommenen (also was er sieht, hört, schmeckt, riecht, fühlt) eigenartig, abgehoben, den anderen nicht vermittelbar, nicht einmal den engsten Angehörigen. Folge, wie immer wieder betont: Isolations-Gefahr. Der Wahn-Kranke ist (und bleibt ohne Behandlung) allein.

ERSCHEINUNGSFORMEN DES WAHNS

Was bisher erläutert wurde, wird den meisten wahrscheinlich neu, sicherlich nicht gerade geläufig sein. Das ist das Gebiet der speziellen Psychopathologie (psychiatrischen Krankheitslehre). Viel häufiger finden sich dafür Begriffe, die die Erscheinungsformen des Wahns darstellen und besser durchschaubar, erklärbar, verstehbar sind.

Aus den zahlreichen Erscheinungsformen des Wahns seien hier aber nur die wichtigsten wiedergegeben:

Einzelheiten dazu bei Interesse siehe die Fachliteratur. Nachfolgend aber wenigstens einige wenige Erläuterungen, wenngleich in Stichworten:

Beispiele häufiger Wahnformen und Wahn-Themen

Zu den häufigsten und auch am ehesten nachvollziehbaren Wahnformen bzw. -Themen gehören

- **Beziehungs-Wahn:** Wahnhafte Eigen-Beziehung, bei der Personen und Gegenstände in abnormem Bedeutungs-Bewusstsein auf den Wahn-Kranken bezogen werden. Dabei ist der Betreffende der festen Überzeugung, dass bestimmte Ereignisse nur seiner Willen geschehen und für ihn eine besondere Bedeutung haben.

Beispiele: Ein Gespräch handelt von ihm, ein Blick, ein Lächeln, ein Stirnrunzeln, eine Geste gilt ihm; man schreibt über ihn in der Zeitung; man spricht über ihn in Rundfunk, Fernsehen und Internet.

Der Beziehungs-Wahn kann isoliert vorkommen. Er kann sich aber auch auf der Grundlage anderer Wahn-Inhalte bilden. Dies gilt besonders für den Verfolgungs- und Liebes-Wahn (s. u.). Beispiele:

- *Beeinträchtigungs-Wahn:* Alles, was um den Wahn-Kranken herum geschieht, ist gegen ihn gerichtet. Er wird gekränkt, beleidigt, verhöhnt, verspottet, bedroht; man trachtet nach seinem Besitz, seiner Gesundheit usw.
- Der *Verfolgungs-Wahn* ist eine Steigerung des Beeinträchtigungs-Wahns (s. o.). Selbst harmlose Ereignisse werden als Bedrohung und Verfolgung erlebt: Komplott, Mord, Folter, Vergiftungs-Pläne u. a. Behörden, Arbeitskollegen, Nachbarn, selbst Pflegepersonal und Ärzte sowie Angehörige werden zu Verfolgern und Hintermännern, die sich auch technischer Hilfsmittel bedienen (Videokamera, Fernseher, Laserstrahlen, undefinierbare Geräte usw.).
- Der *Liebes-Wahn*, auch erotischer Beziehungs-Wahn genannt, ist die wahnhafte Überzeugung, von einer bestimmten Person verehrt oder geliebt zu werden. Dies wird oft nur Gesten, Blicken oder bestimmten Verhaltensweisen entnommen, denen nur der Betroffene selber diese besondere Bedeutung beimisst. Hier findet sich eine der wissenschaftlich diskutierten Stalking-Motivationen (siehe das entsprechende Kapitel).

Bleibt es beim erotischen Beziehungs-Wahn, sind die Folgen in der Regel weniger dramatisch als wenn noch Verfolgungs- oder Beeinträchtigungs-Ideen (z. B. sexuelle Belästigung) hinzukommen.

- Der *Eifersuchts-Wahn* ist die wahnhafte Überzeugung, vom Partner betrogen und hintergangen zu werden. Männer sind häufiger betroffen. Krankhafte Überzeugung von der Untreue des Partners, auch wenn keinerlei Hinweise oder Indizien vorliegen. Groteske Behauptungen, absurde Vorwürfe und unkorrigierbare Vorstellungen sind bedeutsamer als alles, was tatsächlich vorausgegangen ist.

Der Eifersuchts-Wahn soll selten sein, wird aber wohl nur selten ärztlich und damit statistisch erfasst (nicht nur organische, insbesondere Alkohol-Psychosen und dementielle Entwicklungen im höheren Lebensalter, auch bei endogener Depression und paranoiden Persönlichkeitsstörungen möglich).

- Der *Größen-Wahn* ist die unbegründete Selbst-Überschätzung bis zur abnormen Selbst-Überhöhung, was Kraft, Fähigkeiten, Macht, Größe, Besitz u. a. anbelangt. Je nach Zeit und Gesellschaft unterschiedliche Schwerpunkte bzw. Unterformen.

Beispiele: politischer Wahn (führender Politiker, früher Mitglied eines Herrscher-Hauses, jetzt zu politischen Missionen berufen), Erfinder-Wahn (naheliegende oder skurrile Erfindungen), religiöser Wahn (von einer überirdischen Macht gesandt, mit besonderen Heilaufträgen versehen zu sein) usw.

- *Kleinheits-Wahn* bzw. *Nichtigkeits-Wahn*, d. h. ohnmächtig, verloren, unbedeutend, kann bis zum nihilistischen Wahn gehen (vom lat.: nihil = nichts, d. h. „ich bin ein Nichts“ bzw. noch extremer: „Ich existiere gar nicht mehr“). Dabei meint der Kranke, er gibt ihn nicht mehr, er lebe nur noch zum Schein.
- Im *Schuld-Wahn* handelt der Betroffene gegen Gesetze und Moral, hat das Vertrauen seines Umfelds missbraucht, ist nicht krank, sondern minderwertig, schlecht, verdammungswürdig, verstoßen (Wunsch des Betroffenen selber: nicht behandeln, sondern bestrafen).

Dabei sind vor allem zwei Varianten möglich: 1. Wahn-Einfall (plötzlich auftauchende wahnhafte Überzeugung der eigenen Schlechtigkeit) und 2. eine aus krankhaften Schuldgefühlen herrührende maßlose Überbewertung geringfügiger realer Vergehen oder Verfehlungen von jetzt oder früher.

- Der *Verarmungs-Wahn* trifft nicht nur Besitz und Geld, sondern auch Arbeitsstelle, Kleidung, Nahrung u. a. D. h. nicht nur verarmt und verloren, sondern auch kurz vor dem Hungertod, vor allem auch die Familie der Not

aussetzend. Besonders „grotesk“ für das Umfeld bei offensichtlich wohlhabenden Patienten, beispielsweise mit einer Depression im Rückbildungsalter (depressiver Verarmungs-Wahn).

- Der *hypochondrische Wahn* ist die krankhafte Überzeugung, unheilbar krank, dem Siechtum oder Tod verfallen zu sein. Entweder auf spezielle Krankheiten gerichtet (z. B. Krebs, Multiple Sklerose, AIDS usw.) oder mehr diffus an „Hirnschwund“ zu leiden, geisteskrank geworden zu sein usw.

Dabei kann es beim hypochondrischen Wahn zu hypochondrischen Leibgefühlen kommen. Diese sind dann nicht „von außen gemacht“, sondern von innen, von selber ausgelöst.

NOSOLOGISCHE WAHN-EINORDNUNG – WAHN-MOTIVIERENDE SITUATIONEN

Wichtig für Erfassung und Beschreibung der Wahn-Phänomene sind für den Arzt und Psychologen einerseits die nosologische Einordnung (Krankheitslehre), andererseits die wahn-motivierende und damit psychodynamisch geprägte Individual-Situation.

Nachfolgend einige Beispiele, wie sie bereits angeklungen und im laufenden Text immer wieder zu finden sind (hier stichwortartige Zusammenfassung):

- **Nosologische Einordnung:**

Wahn-Phänomene kommen bei seelischen und körperlichen Krankheiten vor.

- Einige Beispiele in seelischer Hinsicht: schizophrene Psychose, organische Psychose (aufgrund einer körperlichen Störung, z. B. Durchblutung, Tumor, sonstige Beeinträchtigungen), depressive Psychose (früher endogene Depression genannt), manische Psychose (meist im Rahmen einer manisch-depressiven Störung, jetzt als manische Hochstimmung, selten reine Manie allein), schizoaffektive Psychose (depressive, ggf. manische und schizophrene Symptome gemischt oder kurz hintereinander), paranoide (wahnhaft) Entwicklung, sensitiver Beziehungswahn, Paranoia, paranoide Reaktion, schizotypische Störung, schizoide Störung, wahnhaft Persönlichkeitsstörung u. a. Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie.
- Im Bereich seelischer Störungen mit psychosozialen Folgen, allerdings mit einer körperlichen Ursache, sind es zumeist die schon erwähnten hirnorganischen Zustände mit schizophrenen, depressiven, manischen Krankheits-

zeichen, am häufigsten allerdings die so genannten Intoxikations-Psychosen (Rauschdrogen-Vergiftungen).

- **Wahn-motiverende Situationen**

Wahn-motivierende Situationen mit psychodynamischen (zwischenmenschlichen) Aspekten sind beispielsweise in Stichworten:

Störungen des Ich-Bewusstseins, d. h. Ich-Vitalität, Ich-Aktivität, Ich-Identität, Ich-Konsistenz usw., kognitive und/oder mnestiche Altersschwäche (geistige Leistungs- und vor allem Erinnerungsfähigkeit usw.), Störungen der Sinnesorgane (z. B. Schwerhörigkeit); herabgesetztes oder erhöhtes Vitalgefühl (matt und antriebsgestört oder aktiv, dynamisch, initiativ), Depressivität, Schuldgefühle, Sinnes-Isolation (z.B. unter entsprechenden Haft-Bedingungen), Rauschdrogenkonsum (z. B. Halluzinogene), sprach- und kultur-fremde Umgebung, politische Verfolgung, Haft (s. o., besonders lebenslängliche und Einzelhaft, KZ-Haft), sexuelle Impotenz (z. B. Alkoholismus), aber auch – vielleicht nicht so einleuchtend, insgesamt aber nicht selten – entsprechende Ursachen wie unerfüllter Kinderwunsch, Rechts-Kränkung, Vereinsamung, erotische Unerfülltheit u. a. m.

WO KOMMEN WAHN-PHÄNOMENE VOR?

Wahn-Phänomene sind nicht selten und reichen von der leichten und vor allem allseits unbemerkten Irritation des Betroffenen bis zu schwersten Beeinträchtigungen mit Fremd- oder gar Selbsttötungs-Folgen.

Da möchte man meinen, die Nosologie des Wahns sei einfach (unter Nosologie versteht man die systematische Beschreibung und Klassifizierung von Krankheiten). Doch weit gefehlt. Deshalb hat man den eher bescheidenen Begriff „nosografische Kategorien“ des Wahns gewählt, d. h. nicht die allseits anerkannte Klassifikation (Einteilung), sondern die beschreibende bzw. zuschreibende Einteilung.

So ist der Wahn ein „klassifikatorisches Dauer-Thema“ der Experten geworden und zwar kontrovers diskutiert. Was übrig geblieben ist, ist ein so genanntes gemeinsames Spektrum des Wahns, englisch: „paranoid spectrum“ genannt. Damit versucht man die Vielzahl der verschiedenen Krankheits-Kategorien aufgrund von Ähnlichkeiten der Phänomenologie (Erscheinungsweise), der psychologischen Grundform, der neurobiologischen (also damit organischen) Gegebenheiten, der epidemiologischen Merkmale (Häufigkeit, Geschlecht, u. a.), des therapeutischen Ansprechens (Behandlungserfolg oder nicht) oder

wegen der möglichen Ko-Morbidität (wenn eine Krankheit zur anderen kommt) auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen. Einzelheiten dazu siehe die noch lebhaften Diskussionen im Rahmen der vor allem ton-angebenden Organisationen in psychiatrischer Hinsicht, nämlich der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA).

Nachfolgend noch einmal eine verkürzte Übersicht über jene Krankheitsbilder, bei denen der Wahn eine Rolle spielen kann (in Anlehnung an die Ausführungen der Professoren Dr. Dr. Fabisch und Dr. Karin Fabisch von der Universitätsklinik für Psychiatrie in Graz in ihrem Beitrag über Klinik und Verlauf der paranoiden Störungen in der Fachzeitschrift Persönlichkeitsstörungen – PTT 2/2008, die auch zu den bisherigen Ausführungen Wesentliches beigetragen haben):

- **Wahn bei körperlichen Erkrankungen**

Wahn gibt es also nicht nur bei Schizophrenien (s. u.), sondern auch bei körperlichen Erkrankungen. In der Fachsprache des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen – DSM-IV-TR der APA sowie der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 der WHO nennt man dies eine Psychotische Störung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors/Psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Erkrankung; ferner Substanz-induzierte Psychotische Störung/Substanz-bedingte Psychotische Störung.

Oder kurz: Bei einem Wahn aufgrund körperlicher Erkrankungen handelt es sich um körperlich begründbare sowie vergiftungs-bedingte Psychosen. Eine Psychose, früher als Seelen- oder Geisteskrankheit bezeichnet, ist ein allgemein-psychiatrischer Begriff für viele Formen seelischen Anders-Seins bis hin zur psychischen Erkrankung, teils durch erkennbare Organ- oder Gehirnerkrankungen hervorgerufen, meist aber durch so genannte endogene, oft erbliche und durch einen krankhaften Gehirnstoffwechsels ausgelöste Störungen; gelegentlich wird psychotisch auch bedeutungsgleich mit „wahnhaft“ gebraucht. (Früher konnte man dem Begriff Psychose noch zur unterstützenden Erklärung den Begriff „Neurose“ gegenüber stellen; das ist aber inzwischen nicht mehr möglich, die „Neurosen“ werden von WHO und APA nicht mehr angeführt. Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie.)

Auf jeden Fall gibt es eine große Zahl von Krankheitsbildern mit Wahn-Symptomatik aus den neurologischen bzw. neuro-psychiatrischen, internistischen u. a. Gebieten.

Eine für die jeweilige organische Ursache spezifische Wahn-Form gibt es hingegen nicht.

Bei den so genannten *zentralnervös-degenerativen Erkrankungen* (z. B. Abbau der Gehirnzellen durch verschiedene Störungen) ist der Wahn im Gegensatz zu schizophrenen Psychosen weniger komplex und eher durch Unbestimmtheit und Flüchtigkeit charakterisiert. Auch der *Wahn im höheren Lebensalter* kann primär körperlich begründet sein. Überhaupt hängt der Verlauf des wahnhaften Krankheitsbildes bei den körperlich begründbaren und den *toxischen (Vergiftungs-)Psychosen* vor allem davon ab, wie erfolgreich die körperliche Grundkrankheit behandelt werden kann. Bekommt man das organische Leiden therapeutisch in den Griff, verliert sich auch das seelische Symptom Wahn, jedenfalls zumeist.

• Schizophrene, schizophrenie-artige und schizo-affektive Störungen

Zum einen gibt es nach alter psychiatrischer Erkenntnis keine Wahn-Idee, die nicht auch bei den Schizophrenien vorkommen könnte. Doch kann der Wahn in seinem Ausprägungsgrad hinter den anderen Krankheitszeichen eines schizophrenen Beschwerdebildes zurücktreten. Diese Schwerpunkt-Verschiebung (also weniger konkrete Wahn-Hinweise) findet sich vor allem bei den heutigen schizophrenen Krankheitsbildern (Einzelheiten siehe das ausführliche Kapitel über die Schizophrenien).

Früher war das allerdings anders. Deshalb wurden bestimmte Wahn-Formen wie die Wahn-Wahrnehmungen oder wahnhaften Beeinflussungs-Erlebnisse (vor allem Symptome des als „von außen Gemachten“) in die so genannten Symptome des ersten Ranges aufgenommen, weshalb sie in der Diagnose ein besonders Gewicht hatten. Dies gilt besonders für bizarre und kulturell unangemessene Wahn-Inhalte.

Letztlich leiden aber – erkannt oder unerkannt – noch immer etwa 80% der schizophrenen Patienten wenigstens einmal in ihrem Leben unter einer Wahn-Symptomatik, in der Hälfte der Fälle einem Beeinträchtigungs- oder Verfolgungs-Wahn, seltener an Beziehungs-, Größen-, hypochondrischem, Eifersuchts-, Schuld- oder Verarmungs-Wahn.

Die während des akuten Leidens gebildeten Wahn-Ideen können als so genannter Residual-(Rest-)Zustand später in abgeschwächter Form fortbestehen, ja jahrelang andauern. In der Regel klingt der Wahn aber mit dem akuten Stadium weitgehend ab.

Ein besonders belastendes Krankheitsbild sind die so genannten *schizo-affektiven Störungen*, bei denen sowohl ein schizophrenes als auch depressives oder manisches Leiden zusammen oder kurz hintereinander auftreten. Dann sind – entsprechend der zusätzlichen affektiven Belastung – charakteristische Wahn-Bilder wie Versündigungs- oder Katastrophen-Wahn und bei manischer Auslenkung Größen-, aber auch Beziehungs-, wenn nicht gar Verfolgungs-Wahn. Weitere Einzelheiten zu Depression und Manie siehe unten.

• Affektive Psychosen

Mit Major Depression/Depression; Manische Episode/Manie; Bipolare Störung/ Bipolare affektive Störung aus DSM-IV-TR und ICD-10 sind verschiedene Formen der affektiven (Gemüts-)Erkrankungen gemeint, die letztlich mit den altbekannten Fachbegriffen Depression oder Manie charakterisierbar sind.

Auch dort können also durchaus psychotische Symptome und insbesondere ein Wahn auftreten. Lassen sich die Wahn-Formen aus der Stimmung ableiten, spricht man von einem so genannten stimmungs-kongruenten (synthymen oder holothymen) Wahn.

Dazu gehört bei der Depression beispielsweise ein Versündigungs- oder Schuld-Wahn: „ich bin nichts, ich kann nichts, man mag mich nicht und an allem bin ich selber schuld“ – bis hin zur wahnhaften Ausprägung dieser krankhaften Selbst-Verurteilung. Bei der Manie wäre dann ein Größen-Wahn als stimmungs-kongruent zu bezeichnen.

Wird der Wahn jedoch in beiden Fällen immer stärker, dominanter, kann er auch bei Depression und Manie einmal stimmungs-*inkongruent* (parathym, katathym) werden. Dann ist letztlich alles möglich, auch wenn es nicht zur depressiven Herabgestimmtheit oder manischen Heraufgestimmtheit passt.

- Bei der *Depression* kann sich zuerst einmal ein Minderwertigkeitsgefühl bis zur überwertigen Idee steigern und dann in einem Wahn fortsetzen. Der depressive Wahn bezieht sich – wie erwähnt – vor allem auf Themen, die auf Schuld und die Gewissheit persönlichen Versagens, auf Armut bis hin zur existenziellen Bedrohung oder auf unheilbare Krankheit Bezug nimmt – alles ohne Grund, wohlgemerkt.

Beim Krankheits-Wahn ist der Depressive überzeugt, körperlich so schwer erkrankt zu sein, dass nichts mehr hilft (selbst wenn frühere depressive Episoden ihn eines Besseren belehren müssten: „Nein, jetzt ist es wirklich vorbei“). Zu den quälendsten depressiven Wahn-Formen gehören depressive Depersonalisation und Derealisation (ich bin nicht mehr ich und alles um mich herum unfassbar verändert). Siehe nochmals das entsprechende Kapitel in dieser Serie.

- Bei der *Manie* kommt ein echter, primärer, also nicht weiter ableitbarer Wahn kaum vor. Hier sprach man früher eher von einem sekundären Wahn, der aus der expansiv-manischen Grundstimmung hervorgeht. Beispiel: selbst-überschätzend Beförderung, Erhöhung, Ehrung bis hin zur lächerlichen Grandiosität bezüglich Sexualität, Reichtum, Religion, Politik, Kultur, Sport, Schönheit u. a. Hier sind die Wahn-Inhalte aber – im Gegensatz zur oft systematisierten Wahn-Bildung Schizophrener – vielfältig und wechselnd und vor allem flüchtig. Manchmal schimmert sogar etwas Unsicherheit bis Selbst-Ironie durch.

• **Wahnhafte Störung (Paranoia)**

Der Begriff der Paranoia ist schon über 100 Jahre alt und wurde bereits früher definiert als „chronische Entwicklung eines dauernden Wahn-Systems bei jedoch vollkommener Erhaltung der Besonnenheit“. Die Prognose (also die Heilungsaussichten) wurden schon damals eher pessimistisch beurteilt, was sich auch heute trotz effektiver medikamentöser Ausgangslage nicht viel besser darstellt (etwas mehr als ein Drittel „Heilungs-Aussichten“?). Der chronische Verlauf scheint zu überwiegen.

Charakteristisch dabei ist einerseits, dass der Wahn bei einer wahnhaften Störung zumeist gut systematisiert erscheint (d. h. für den Betroffenen einleuchtend, unumstößlich und damit konsequent gelebt), der übrige Befund jedoch weitgehend unauffällig ist. Das macht das Erkennen mitunter deutlich schwieriger.

Die Gliederung der Wahn-Inhalte bei einer wahnhaften Störung kann man beispielsweise nach der vorherrschenden Problem-Stellung bzw. Sinn-Richtung einteilen. Dann unterscheidet man einen primär auf das Verhältnis zu anderen bezogenen und einen primär auf den eigenen Leib gerichteten Wahn. Beispiele:

- *Wahn auf andere bezogen* im Sinne von Beeinträchtigung oder gar Aggression (Verfolgungs-, Eifersuchts- oder Querulanten-Wahn) oder im Sinne von Selbst-Überhöhung bis hin zur Grandiosität (Größen- oder Liebeswahn). Aber auch im Sinne von Scham bzw. Zurückweisung (z. B. Eigengeruchs-Wahn oder körperdysmorpher Wahn durch eine angebliche Entstellung).
- *Auf den eigenen Körper bezogener Wahn* wäre dann beispielsweise der Dermatozoen-Wahn und hypochondrische Wahn. Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie.

• **Paranoide Persönlichkeitsstörung**

Die paranoide Persönlichkeitsstörung, die zunehmend an Bedeutung gewinnt, wird von den Experten im Rahmen der gängigen Klassifikationen (ICD-10 und DSM-IV-TR) ungern als „kategoriales Phänomen“, sprich: diagnostisch konkrete Einheit gewertet. Denn vor allem die Persönlichkeitsstörungen generell sind so genannte dimensionale Erkrankungen. Das heißt es gibt einen fließenden Übergang von normaler Vorsicht und begründetem Misstrauen über die akzentuierten Persönlichkeiten mit auffälliger Bereitschaft für Verschwörungs-Annahmen und schließlich der manifesten Persönlichkeitsstörung mit wesentlicher Beeinträchtigung der Lebensführung. Gerade bei den Persönlichkeitsstö-

rungen gibt es mehrere Formen, bei denen auch wahnhaftige Züge vorkommen (können).

Dabei erscheint – wissenschaftlich gesehen – die Einführung des Begriffs „paranoid“ in diesem Zusammenhang unlogisch. Denn sobald sich ein ausgeprägtes wahnhaftes Leidensbild entwickelt, kann man eigentlich nicht mehr von einer (wenn auch paranoiden) Persönlichkeitsstörung sprechen, sondern je nach Gesamtbild und organischer Begründbarkeit von funktionellen oder organischen Psychosen (also nach wie vor für das allgemeine Verständnis am besten mit „Geisteskrankheiten“ im herkömmlichen Sinne übersetzt).

Gleichwohl hat sich die paranoide Persönlichkeitsstörung als „offizielles“ Krankheitsbild eingebürgert. Ihre Haupt-Merkmale sind ein situations-übergreifendes und vor allem durchgängiges Misstrauen und eine unverständliche und damit für den Betreffenden folgenschwere Neigung, neutrale oder gar freundliche Handlungen anderer als feindselig oder verächtlich zu missdeuten. So fallen sie oft dadurch auf, dass sie beharrlich bis starrköpfig und vor allem der Situation nicht angemessen, ja streitsüchtig auf eigenen Rechten bestehen.

Umgekehrt sind sie höchst empfindsam gegenüber Zurückweisung und Zurücksetzung und neigen zu ständigem Groll, nicht zuletzt aufgrund der unflexiblen Weigerung, scheinbare Missachtungen, Beleidigungen oder gar Verletzungen zu verzeihen.

Und so sind sie auch unfähig, oder zumindest eingeschränkt in der Lage, anderen zu vertrauen und / oder bei Konflikten Kompromisse einzugehen. Auch haben sie Schwierigkeiten, befriedigende zwischenmenschliche Beziehungen aufzubauen und vor allem aufrechtzuerhalten. Die Konsequenzen sind nachvollziehbar: zunehmende soziale Ausgrenzung und schließlich Isolierung.

Dabei glauben sie – beharrlich und selbst von harscher Kritikneigung geleitet – sie selber seien rechtschaffen, untadelig, offen, kompromissbereit u. a. – nur eben von anderen schlecht behandelt (und zwar dauernd). Warum eigentlich? Weil sie die anderen im Wesentlichen als unaufrichtig erleben, als Betrüger und Verräter, die – wenn auch meist verdeckt – nur andere manipulieren wollen.

Diese subjektive Wahrnehmung führt natürlich in eine psychosoziale Sackgasse. Aber auch dazu, dass sich Partner, Freunde, Nachbarn oder Kollegen nach und nach mehr in Mitleidenschaft gezogen fühlen als die paranoiden Persönlichkeitsstörungen selber, die von einer krankhaften Selbst-Gerechtigkeit und damit erstaunlich beharrlichen (und leidensfähigen) Ausdauer gestützt sind.

Ein Wahn kann also verschiedene Ursachen haben. Das erstreckt sich von nachvollziehbaren Reaktionen bis hin zu biologischen Ursachen (s. später).

Aus psychodynamischer Sicht haben dabei vor allem psychoanalytische Theorien eine besondere Bedeutung erlangt. Unter Psychodynamik versteht man im Rahmen der Psychoanalyse den Erklärungsversuch für seelische und psychosoziale Erscheinungen aus der dynamischen Beziehung der einzelnen Persönlichkeits-Anteile untereinander. Einzelheiten dazu, insbesondere was die Konstruktion von Unbewusst-Bewusstem und damit Es – Ich – Über-Ich angeht, siehe das Kapitel über „Neurosen einst und heute“ in dieser Serie.

Kurz gesagt lassen sich unter dieser Sichtweise psychische Erscheinungen wie Verdrängung, Fehl-Leistungen, aber auch (phobische = zwanghaft sich aufdrängende) Ängste psychodynamisch erklären, wenn man die Aktionen der einzelnen Instanzen des so genannten „psychischen Apparates“ (d. h. der Gesamtheit seelischer Verläufe) gegeneinander klärend abwägt.

Damit trägt auch die Psychoanalyse zu einem besseren Verständnis von Beschwerdebild und Verlauf des Wahns bei, was vor allem auf die entscheidenden Arbeiten des Vaters der Psychoanalyse, Prof. Dr. Sigmund Freud zurückgeht. Ihn interessierten besonders die Neurosen, doch hatte er sich auch mit psychotischen Störungen beschäftigt und versuchte, hier die psychoanalytische Psychodynamik, beispielsweise des Wahns erklärend voranzubringen.

Psychoanalytisch interpretiert ist der Wahn keine rein kognitive, also geistige, wahrnehmende, schlussfolgernde, erkennende, die reinen Denkprozesse betreffende Störung, sondern auch die Folge von Gemüts-Störungen. So S. Freud: „Man wird paranoisch über Dinge, die man nicht verträgt...“. Und weiter: „In allen Fällen wird die Wahn-Idee gehalten, mit derselben Energie, mit welcher eine andere, unerträglich peinliche Idee vom Ich abgewehrt wird“.

Allerdings räumte schon Freud selber ein, dass diese Vorstellungen ggf. nicht für alle wahnhaften Erkrankungen zutreffen, wenn auch – aus heutiger Sicht – die Psychoanalyse durchaus einen Beitrag zum besseren Verständnis des Wahns leisten konnte. Weitere Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur.

NEUROPSYCHOLOGISCHE ASPEKTE WAHNHAFTER STÖRUNGEN

Wahnhafte Störungen können ganz unterschiedliche Ursachen und Auslöser haben. Dazu gehören auch, wie bereits angedeutet, medizinische Erkrankun-

gen nicht-seelischer Art, vor allem aus dem neurologischen und internistischen Bereich. Beispiele, jetzt etwas konkreter: Hirntumore, Schädel-Hirn-Traumen (Unfallfolgen), zerebrovaskuläre Erkrankungen (der Gehirngefäße), die Chorea Huntington (volkstümlich: Veitstanz), die Epilepsien, eine Reihe von Infektions-Krankheiten mit zentral-nervöser (Gehirn-)Beteiligung (z. B. HIV bzw. AIDS), endokrine Störungen (z. B. Hypothyreose, d. h. Unterfunktion der Schilddrüse sowie Nierenfunktionsstörungen) und eine Reihe von Auto-Immunerkrankungen, bei denen sich der Körper durch sein eigenes Abwehr-System schädigt (z. B. beim systemischen Lupus erythematodes).

Außerdem finden sich wahnhaftige Störungen als Folge neurotoxischer Einflüsse, die also das Nervensystem schädigen (z. B. Schwermetall-Vergiftungen) sowie durch bestimmte Rauschdrogen.

Kurz: Es gibt dann doch erstaunlich viele Formen wahnhafter Störung, die durch organische (körperliche und nicht seelische) Ursachen bedingt sind.

Das ist nebenbei eine alte Erkenntnis, „alt“ in Bezug auf die moderne Forschung. So fand man beispielsweise schon vor über 50 Jahren, dass die fokalen (örtlich konzentrierten) epileptischen Herde in bestimmten Gehirn-Regionen (vor allem in der linken Gehirnhälfte) mit schizophrenie-ähnlichen Symptomen verbunden sein können. Dasselbe bei äußeren Einwirkungen mit entsprechenden Schäden, besonders im linken Gehirn-Schläfenlappen. Auch bei Hirntumoren oder zerebro-vaskulären Erkrankungen der Gehirn-Gefäße wurden wahnhaftige Reaktionen registriert. Wissenschaftlich umstritten, letztlich bis heute, sind die genauen Gehirn-Regionen mit entsprechenden Wahn-Konsequenzen (Fachbegriffe: subkortikale und/oder limbische Schädigungen bzw. entsprechende Dysfunktionen, dasselbe im Bereich kortiko-striato-thalamischer Bahnen, im Hippokampus, frontalen Cortex u. a.).

Das hört sich alles sehr verwirrend an, beweist aber wieder einmal, wie dieses an sich formlos erscheinende Menschen-Gehirn nicht nur faszinierend funktioniert, sondern auch sehr differenziert aufgebaut ist, auch wenn uns das beispielsweise ästhetisch auf dem Sektions-Tisch in der Pathologie, Gerichtsmedizin oder Anatomie nicht sonderlich beeindruckt.

Noch wichtiger aber sind die wissenschaftlichen Aspekte. Und hier geben auch die Hirn-Forscher (also Neuro-Psychologen, Neuro-Psychiater, Neuro-Pharmakologen u. a.) zu bedenken, dass es sich bei den bisher vorliegenden Fällen von wahnhaften Störungen in Folge neurologischer und / oder anderer organischer Erkrankungen am ehesten um „dramatische klinische Erkrankungsfälle“ handeln dürfte, und nicht um eine repräsentative Patienten-Gruppe. Oder in der Forscher-Sprache: Qualitative, quantitative und zeitlich-dynamische Aspekte des Wahns und der Wahn-Entwicklung sind bisher kaum in die wissenschaftliche Überlegungen eingegangen. Dabei könne man sich sehr wohl vorstellen, dass wahnhaftige Störungen von „einfachen Verfolgungs-Ideen“ bis zu komplizierten Wahn-Systemen abhängig sind von genetischer Aus-

gangslage, individuellen Auslösern, Belastungs-Faktoren, von Schweregrad und vor allem Spezifität, auch wenn es sich um neurologische oder internistische Erkrankungen mit wahnhaften Folgen handelt.

In den letzten Jahren neuropsychologischer Forschung wurden deshalb auch konkretere Modell-Vorstellungen über die hirnorganischen Grundlagen wahnhafter Störungen entwickelt. Dabei zeigten sich eigenartige, bei einigem Nachdenken aber auch klinisch nachvollziehbare Erkenntnisse: So fand man bei Patienten mit ausgeprägten neuro-psychologischen Beeinträchtigungen eher einfache und wenig verfestigte wahnhafte Überzeugungen, häufig sogar nur vorübergehend. Waren die Kranken aber mit weniger kognitiven Leistungs-Beeinträchtigungen geschlagen (also was Wahrnehmen, Erkennen, Denken, Vorstellen, Erinnern und Urteilen, kurz wie schon erwähnt: reine Denkprozesse anbelangt), waren sie also diesbezüglich weniger beeinträchtigt, hatten sie mit einem komplexen und inhaltlich hoch strukturiertem Wahn zu kämpfen. Also eine so genannte inverse (umgekehrte) Beziehung zwischen neuro-psychologischen Funktions-Beeinträchtigungen und qualitativen Merkmalen wahnhafter Störung. Oder stark vereinfacht: Je weniger im Denken beeinträchtigt, desto ausgeprägter der Wahn – und umgekehrt, so die Hypothese.

Außerdem stellte man fest, dass Patient mit einer Alzheimer-Demenz oder Multi-Infarkt-Demenz (Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie), bei denen überwiegend bestimmte Rinden-Anteile des Gehirns betroffen sind, eher einfache wahnhafte Überzeugungen aufweisen (die man zudem medikamentös gut behandeln kann). Dagegen haben Patienten mit traumatischen (z. B. Unfall), neoplastischen (Krebs) oder zerebrovaskulären (Gefäß-) Schädigungen, die tiefere Gehirn-Regionen betrafen (so genannte subkortikale Strukturen, z. B. Basalganglien oder den Thalamus) komplexere Wahn-Störungen zu erdulden. Außerdem sollen Letztere eher von einer Chronifizierung der Wahn-Erkrankung bedroht sein und auf gezielte Behandlungs-Maßnahmen weniger gut anzusprechen.

Solche Erkenntnisse könnten nun den Verdacht aufkommen lassen, dass wahnhafte Störungen generell und grundsätzlich auf Hirn-Funktions-Störungen zurückgeführt werden können, räumen die Experten Privat-Dozent Dr. H. J. Kunert (AHG – Allgemeine Hospital-Gesellschaft, Rieden), Dr. Christine Norra (LWL Universitätsklinik Bochum für Psychiatrie) sowie Prof. Dr. Dr. P. Hoff (Psychiatrische Universitätsklinik Zürich) in ihrem Beitrag über Psychologische und Neuropsychologische Aspekte paranoider Störungen in der Fachzeitschrift Persönlichkeitsstörungen 12/2008 ein. Doch die Wirklichkeit ist komplizierter:

Denn betrachtet man die neuro-psychologischen Funktionen der erwähnten Hirn-Areale, die mit Wahn in Verbindung gebracht werden können, so fällt auf, dass diese in komplexe neuronale Regelkreise eingebunden sind, die vor allem für sprach- und wahrnehmungs-bezogene sowie emotionale (Gemüts-) Verarbeitungs-Prozesse verantwortlich sind. Deshalb muss man annehmen, dass wahnhaften Störungen ungewöhnliche emotionale Erfahrungen voraus-

gehen, die auf der einen Seite auf gestörte Hirn-Funktionen mit spezifischen Aufgaben treffen, was dann in anderen, intakten Gehirn-Regionen wahnhaft umgedeutet wird. Wobei sich das Ganze dann auf neuro-chemischer Ebene, d. h. im Bereich der Neurotransmitter (Botenstoffe) abspielt, die für die verbindende Funktionsfähigkeit der einzelnen Nervenzellen verantwortlich sind.

Die heutigen Modelle fassen die zahlreichen klinischen Beobachtungen und neuro-psychologischen Erkenntnisse wie folgt zusammen:

Wahnhaftige Störungen können durch unterschiedliche Schädigungen oder Dysfunktionen (Funktionsstörungen) bestimmter Hirnstrukturen ausgelöst werden, wobei eine ausreichende intellektuelle Kapazität vorhanden sein muss.

Da aber nicht alle Patienten mit entsprechenden Schädigungen wahnhaftige Störungen entwickeln, müssen noch weitere prädisponierende Faktoren (also im Vorfeld wirksame) angenommen werden. Dazu gehören genetische (Erb-)Einflüsse, spezifische Gehirn-Lokalisationen (was schädigt wo) und ein entsprechend ausreichendes Maß der Schädigung. Aber auch die Faktoren Alter sowie prämorbidie Persönlichkeitsmerkmale (die also vor der Schädigung bereits vorhanden und erst nach der Schädigung so richtig negativ sichtbar werden) spielen ihren Part.

Inzwischen hat die Forschung große Fortschritte gemacht, vor allem auf technisch-apparativer Ebene. Dazu gehören vor allem die Möglichkeiten der so genannten bild-gebenden Verfahren. Fach-Beispiele: Single-Photon-Emissions-Computer-Tomographie (SPECT), Positronen-Emissions-Tomographie (PET) sowie die funktionelle Magnet-Resonanz-Tomographie (fMRT). Mit ihnen versucht man bei Patienten mit Wahnstörungen, die keine strukturellen Schädigungen aufweisen (z. B. durch Tumoren oder Unfallfolgen), lokalisierbare funktionelle Entsprechungen dieser Erkrankung zu identifizieren. Oder kurz: In welchem Gehirnteil liegt der Fehler?

Dies scheint tatsächlich möglich zu sein, fürs Erste aber „lediglich“ über Hinweise durch den zerebralen Blutfluss. Oder allgemeinverständlich: Wenn in einer bestimmten Gehirnregion mehr Blut fließt als sonst üblich, die Durchblutung also verstärkt ist, dann hat dies etwas zu bedeuten. Dort geschieht etwas, was über das normale Funktions-Niveau hinausgeht. Dadurch lässt sich erkennen, welche Gehirn-Teile besonders aktiv sind, und zwar anlässlich bestimmter Funktionen oder eben Funktions-Störungen bis hin zu Krankheitszeichen, z. B. wahnhaften Reaktionen.

Hier werden vor allem schizophren Erkrankte untersucht, wobei – um es kurz zu machen – teils erstaunliche Erkenntnisse resultieren, dann aber wieder Enttäuschungen, Verwirrungen, zumindest schwer interpretierbare Neben- oder

Zusatz-Resultate „zurückwerfen“, falls man sich auf einem ergiebigen Erkenntnis-Pfad zu bewegen glaubte.

Da wird dann wieder deutlich, was schon die früheren Forscher-Generationen erkennen mussten, nämlich dass es ein mehrschichtiges Phänomen ist, bei dem beispielsweise Erb-Faktoren, vorbestehende Persönlichkeits-Struktur, Alter und Belastung(s-Auslöser) u. a. mit hereinspielen, wahrscheinlich sogar mehr, als wir uns bisher vorzustellen vermochten. Zwei weitere Forschungsbereiche bzw. -Modelle spielen deshalb in letzter Zeit eine verstärkte Rolle:

- Das Eine sind **elektro-physiologische Untersuchungs-Ansätze** (Fachbegriff: ereignis-korrelierte Potenziale – EKP), die vor allem Informationen über die Stimulus-Verarbeitung geben, d. h. wie bestimmte Teile des Organismus auf einen bestimmten (z. B. elektrischen) Reiz reagieren. Einzelheiten dazu, insbesondere was die offenbar interessanten Blink-Reflexe angeht (Fachbegriff: sensomotorische Reaktion, gemessen an der Präpuls-Inhibition des Startle-Blink-Reflexes), siehe die entsprechende Fachliteratur.
- Der zweite Forschungs-Weg beschäftigt sich mit dem Erklärungsmodell des „**Theory of Mind**“: Unter diesem, in letzter Zeit öfters zu hörenden Terminus (für den es offenbar keinen deutschen Fachbegriff gibt), versteht man die Fähigkeit, anderen und sich selbst mentale (geistige, Verstand, Denkvermögen und seelische Aspekte betreffende) Zustände zuschreiben zu können. Beispiele: Intentionen (Absichten, Pläne, Ziele, Neigungen), aber auch Wissen, Überzeugungen, Denken und Wollen. Diese Fähigkeit dient u. a. dazu, das Verhalten anderer Personen vorherzusagen und damit den Alltag berechenbarer zu machen. Vor allem gehört zur „Theory of Mind“ das Wissen, dass sich die Überzeugungen und Wünsche anderer Menschen von unseren eigenen Überzeugungen und Wünschen unterscheiden können.

Dies führt im Normalfall vielleicht zu einem spannenden, aber in der Regel problemlosen Zusammenspiel von Handlungen, die von der Wirklichkeit bestimmt werden. Bei wahnhaften Störungen aber kommt es zu einer ggf. folgenreichen Diskrepanz zwischen Realität (der „normalen“, d. h. gesunden Mitmenschen) und der „ver-rückten“ Interpretation des Wahn-Kranken. Damit könnte man ein paranoides Zustandsbild als ein spezifisches Defizit an „Theory of Mind“ bezeichnen. So würden beispielsweise Beziehungs- und Verfolgungswahn sowie wahnhafte Fehl-Identifikationen dadurch erklärbar, dass sich die Betroffenen als unfähig erweisen, adäquat in das Verhalten und die Absichten einer anderen Person hineinzusetzen.

Tatsächlich lässt sich derlei in experimentellen Untersuchungen nachspielen. Wenn man dann dabei die bild-gebenden, elektro-physiologischen u. a. Verfahren einsetzt, lassen sie wiederum bestimmte Gehirn-Regionen als besonders aktiv (wenn auch unter „normalen“ Gesichtspunkten fehlgeleitet und damit krankhaft) identifizieren. Hier spielen vor allem so genannte Selbst-Wahr-

nehmungs-Prozesse eine Rolle (also wie man sich selbst sieht), was dann beispielsweise durch Gedanken-Eingebung oder andere krankhafte Fremd-Beeinflussungen allseits zur entsprechenden Verwirrung führen kann oder gar muss.

Und hier kommen dann wieder Gehirn-Regionen ins Spiel wie der mediale präfrontale oder laterale inferiore frontale Cortex. Außerdem ein neueres, faszinierendes Wissenschafts-Kapitel, nämlich die so genannten Spiegel-Neurone im Rahmen geplanter oder ausgeführter Handlungen (Einzelheiten siehe Fachliteratur).

Fazit: Die Wissenschaft macht Fortschritte, aber bescheiden bleiben sollte man trotzdem. Denn eines wird immer deutlicher: Einfache Erklärungen gibt es nicht, zumindest was das menschliche Gehirn betrifft. Und was die bisher z. T. ja erstaunlich ergiebigen neuro-psychologischen Kenntnisse anbelangt, so regen die gewonnenen Resultate zwar zu interessanten neuen Theorien an, die aber letztlich auch von den gewählten Forschungs-Methoden und den jeweils untersuchten Patienten-Gruppen abhängig sind. Je kritischer man deshalb nachfasst, desto zurückhaltender müsste man also werden – was aber nicht zur Resignation verleiten, sondern zu weiteren Forschungs-Bemühungen anregen sollte.

PSYCHOLOGISCHE UNTERSUCHUNGS-ANSÄTZE ZUM WAHN

Bei den psychologischen Untersuchungen über den Wahn gibt es verschiedene Ansatzpunkte, z. B. neuro-psychologische Verfahren, Theorien zur Aufmerksamkeits-Verzerrung, zu Informations-Zugängen sowie Hypothesen über so genannte neuronale Netzwerk-Modelle. Im Einzelnen, wenn auch nur kurz gestreift:

Den **neuro-psychologischen Untersuchungsansätzen** über den Wahn liegt die Vermutung zugrunde, dass es möglicherweise Hinweise auf feinere hirnorganische Funktions-Störungen geben könnte, und zwar nicht nur – nachvollziehbar – im organischen (körperlichen) Bereich, sondern auch „endogen“ begründbar oder reaktiv ausgelöst. Dabei erwartete man, dass wahnhaftige Störungen ggf. mit Einschränkungen elementarer oder auch höherer kognitiver Verarbeitungs-Prozesse verknüpft sein könnten (z. B. Aufmerksamkeit, Lernen, Gedächtnis, Wahrnehmung, planendes und schlussfolgerndes Denken).

Eine solche Hypothese lautete beispielsweise: Störungen kognitiver Verarbeitungs-Prozesse, z. B. Einschränkungen im Bereich der Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeits-Kapazität könnten auch zu wahnhaften Störungen führen. Der Grund: Relevante (wichtige) Reize im Wahrnehmungs-Prozess könnten

nicht mehr zielgerichtet ausgewählt und irrelevante (unerhebliche, unwichtige) nicht mehr gehemmt, gleichsam herausgefiltert werden. Deshalb würden die Reiz-Einflüsse der Umwelt immer mehr zunehmen, immer komplexer werden und schließlich an Kohärenz (Zusammenhang) und Konsistenz (gefestigtem und damit logischem Aufbau) verlieren. Dies führe zur Verunsicherung und Desorientierung in einer schließlich als nicht mehr erklärbar, weil verändert erlebten Umwelt.

Um diesen – natürlich ausgesprochen belastend erlebten – Zustand zu neutralisieren, bestehe für den Betroffenen die Notwendigkeit, diese Wahrnehmungs- und Erlebnis-Veränderungen neu zu klären bzw. zu erklären. Und das wären neue, für Außenstehende wahnhaftige Bedeutungs-Zuweisungen, die alles wieder in normale Beziehungen zu setzen vermögen, jedenfalls für den Betroffenen selber. Aber nicht für sein Umfeld, dass diesen „Hilfs-Korrekturen“ natürlich nicht folgen kann. Für den Wahn-Kranken jedoch bedeutet dies erst einmal: Es ist (alles) wieder verstehbar, nachvollziehbar, einordenbar, man fühlt sich wieder als subjektiv normal (obgleich man objektiv durch seine wahnhaften Erklärungen ins gesellschaftliche Aus zu geraten droht).

Solche Theorien (im vorliegenden Falle als „perzeptiv-kognitive Anomalien“ bezeichnet) haben durchaus etwas für sich. Nur – und hier ist die Wissenschaft natürlich „gnadenlos objektivierend“ – in neueren neuro-psychologischen Studien ließ sich zeigen, dass Patienten mit einem „reinen“ Wahn eher nicht durch die erwähnten neuro-psychologischen Störungen (s. o.) auffallen, wie man es zur Untermauerung dieser Theorie gerne gesehen hätte.

Fasst man alle Ergebnisse zusammen – so die Experten, Privat-Dozent Dr. H. J. Kunart, Dr. Christine Norra und Prof. Dr. P. Hoff – weisen paranoide (wahnhaftige) Schizophrene insgesamt weniger neuro-psychologische Störungen als nicht-paranoide Schizophrene auf, obwohl sie sich tatsächlich durch unterschiedliche kognitive (Denk- und Erfassungs-)Stile belastet sehen. Auch ließen sich neuro-psychologisch keine zerebralen Dysfunktionen (Gehirnfunktions-Störungen) bei paranoiden Störungen objektivieren bzw. gar je nach Gehirn-Region lokalisieren.

Da dennoch einige interessante, wenn auch abweichende Befunde zur Diskussion Anlass geben könnten, einigte man sich schließlich auf eher methodisch erklärbare Gründe. Beispiele: unterschiedliche diagnostische Kriterien (wer wird wie eingestuft), Medikamenten-Einflüsse (meist handelt es sich ja um klinisch oder zumindest ambulant behandelte schizophrene Erkrankte), um Stichproben-Artefakte (Auswahl der erfassten Patienten) sowie unterschiedliche neuro-psychologische Mess-Instrumente. Das klingt vielleicht erst einmal nach Ausrede, sind aber reale Forschungs- und vor allem Vergleichs-Probleme.

Warum aber trotz aller Vereinheitlichungs-Bemühungen doch immer wieder unterschiedliche Forschungs-Erkenntnisse? Wahrscheinlich – so manche Ex-

perten – liegt es eher am jeweiligen Schweregrad wahnhafter Störung einschließlich ko-morbider psychischer Erkrankungen, je nach Untersuchungs-Kollektiv als an „elementaren“ kognitiven Leistungs-Differenzen. Oder kurz: Je nach dem, welche Patienten-Gruppierungen man untersucht (schwer – mittel – leicht) und vor allem welche zusätzlichen seelischen Leiden sie zur erwähnten wahnhaften Störung noch haben (Ko-Morbidität), gibt es natürlich unterschiedliche Resultate – und damit Hypothesen. So bleibt die mögliche Identifikation neuro-psychologischer Studien-Ergebnisse des Wahns noch immer eine offene Frage.

Eines wird aber dabei immer deutlicher: Es ist ein komplexes, vielschichtiges, vor allem aber faszinierendes neuronales (Nerven-)Netzwerk, was den Mensch als Menschen ausmacht.

Um aber wenigstens einige Gehirn-Regionen anzudeuten, die die Wissenschaft nicht nur „im luftleeren Theorie-Raum“, sondern mit sehr konkreten Alltags-Konsequenzen im Auge hat, nachfolgend noch einmal ein kurzer Überblick in Fachbegriffen:

Linker lateraler inferiorer frontaler Cortex (beispielsweise was semantische Verarbeitungs-Prozesse anbelangt, also die Bedeutung eines Wortes betreffend), ventrales Striatum (selbst-bezogenes Gedächtnis), anteriore Abschnitte des zingulären Cortex (der Bedeutungs-Gehalt gehirn-stimulierender Einflüsse), Amygdala und ventro-medialer präfrontaler Cortex (wichtige Bedeutung für die soziale Urteilsbildung, d. h. die vom Individuum als relevant erachteten Aspekte in sozialen Situationen im Hinblick auf ihre emotionale und soziale Bedeutsamkeit, was vor allem für den Wahn, nicht zuletzt den Verfolgungswahn von besonderer Bedeutung sein könnte).

- Eine weitere Theorie betont, dass Menschen mit einem Wahn im Vergleich zu „Normalen“ weniger Informationen benötigen, um zu einer Entscheidung zu kommen. Dies ist übrigens auch experimentell nachweisbar. Und es zeigt, dass hier die „abwägende Vernunft“ oft zu kurz kommt, was dann zu entsprechenden **Kurzschluss-Reaktionen** führen kann, beispielsweise wahnhaften Unterstellungen oder Reaktionen – mit entsprechenden Konsequenzen.
- Interessant sind auch so genannte **neuronale Netzwerk-Modelle**, die schon vor mehr als 10 Jahren diskutiert, aber auch heute immer wieder zur Erklärung mancher Phänomene herangezogen werden. Dabei wird der Wahn als ein komplexes Aktivitäts-Muster neuronaler (Nerven-)Verbände bezeichnet, die ein ganz spezifisches Organisations-Prinzip aufweisen. Das ist u. a. durch seine Plastizität (in diesem Fall sich anpassende Formbarkeit) charakterisiert, und zwar in Abhängigkeit von der Lebenserfahrung des Individuums sowie bedeutsamen aktuellen Erkenntnissen und Erfahrungen.

Bei akuten Wahn-Belastungen werden neuronale Netzwerke aktiviert, an denen höhere geistige Leistungen beteiligt sind. Das könnte beispielsweise dazu

führen, dass zunächst belanglose Umwelt-Ereignisse stärker ins Blickfeld rücken, was die Wahrnehmung subjektiv als bedeutungsvoll erscheinen lässt, überzogen bedeutungsvoller (und damit ggf. verhängnisvoller) als unter normalen Bedingungen von Gesunden registriert. Sind diese Bedeutungs-Verschiebungen oder krankhaften Bedeutungs-Wertungen aber erst einmal in die so genannten semantischen Netzwerke gelangt (semantisch = die Bedeutung eines Wortes betreffend, in diesem Fall ggf. subjektiv irreführend, d. h. wahnhaft), beeinflussen sie weitere Wahrnehmungs- und Denk-Prozesse. Und die können schließlich in feste wahnhafte Verarbeitungs-Prozesse münden. Beispiele: unbegründete Bedeutungs-Zuschreibungen oder Beziehungs-Setzung ohne Anlass, vor allem die Unfähigkeit zum kritischen Abwägen von Gesehenem, Gehörtem, Gerochenem, Gefühltem, Geschmecktem. Aber auch – gleichsam auf höherer Ebene – von unterschiedlichen Standpunkten usw. Oder kurz: Jetzt nimmt der Wahn auf verschiedenen Ebenen Gestalt an – mit allen Konsequenzen für die Beziehung zur Umwelt des Betroffenen.

Im weiteren Verlauf können dann ursprünglich akute Wahn-Phänomene schließlich in immer höhere neuronale Netzwerke gelangen, bis hin zu „hochstufigen kortikalen Ebenen“, um schließlich dort mit individuellen Erfahrungen oder anderen, ggf. bereits psychose-bezogenen Wahrnehmungs-Verzerrungen in Wechselwirkung zu geraten. Je länger sich dieser Zustand dann hinzieht, desto größer die Wahrscheinlichkeit (bzw. Gefahr), dass sich das Wahrnehmen, Denken und Fühlen der betreffenden Person schließlich in einem chronischen Wahn „verstrickt“.

Schlussfolgerung

Eine neurowissenschaftlich fundierte und empirisch gestützte Theorie des Wahns ist gegenwärtig noch nicht in Sicht, geben die Experten zu. Immerhin ist man sich aber einig, dass die Ursachen wahnhafter Störungen auf einer komplexen neuronalen (Nerven-) und psychologischen Organisations-Ebene zu suchen sind. Daher überrascht es auch nicht, dass die gegenwärtig diskutierten theoretischen Ansätze zumeist nur miteinander konkurrieren, die Datenlage damit an Übersichtlichkeit verliert, stellenweise sogar Widersprüchlichkeit zunimmt. Eine gemeinsame Erkenntnis-Endstrecke ist noch nicht in Sicht.

Zu wünschen ist deshalb eine stärkere interdisziplinäre Zusammenarbeit aller wissenschaftlichen Fachbereiche, vor allem auch von Klinik und Forschung. Dann geht es nicht nur um eine „dogmatische Konfrontation von neurobiologischen, psychologischen und sozialwissenschaftlichen Konzepten“, sondern um eine sinnvolle Integration, wie es die dafür zuständigen Experten erhoffen.

DER WAHN AUS PSYCHODYNAMISCHER SICHT

Das Wort „Wahn“ hört man häufiger als man glaubt, und zwar nicht nur negativ: Es kann auch Ausdruck freudiger Überraschung sein, etwas Unvorhergesehenes, Unvorhersehbares charakterisieren, was mit dem Begriff „Wahnsinn!“ oder „das ist ja wahnsinnig!“ erläutert oder besser „entspannend neutralisiert“ wird, durchaus positiv, man kann aufatmen, sich freuen, begeistert sein.

Dann aber gibt es auch die negative Komponente von „wahnsinnig“, ein Ausdruck, der abwegiges, ungewöhnliches, schwer verständliches, „hirnrissiges“, „ver-rücktes“ Verhalten charakterisieren soll. Damit ist etwas geschehen, was die Psychiatrie öfter trifft: Zum einen die so genannte Pathologisierung (also bildhaft gesprochen „Krank-Machung“) und zum anderen und vor allem negativ die stigmatisierende oder gar diskriminierende Bewertung eines Fachbegriffs bzw. – noch schmerzlicher – der davon Betroffenen. Das kennt man schon von den Fachwörtern Psychopathie, Hysterie, Hypochondrie, in letzter Zeit verstärkt Narzissmus u. a. Oder kurz: „nicht normal“, abwegig, nicht ernst zu nehmen usw.

Dabei verweisen die Psychologen und psychologisch bzw. psychodynamisch (s. u.) orientierten Ärzte darauf, dass der Wahn nicht nur eine Störung des Denkens darstellt, sondern auch Ausdruck einer Störung des Bezugs zur Umwelt ist. D. h. hier geschieht etwas zwischen Umfeld und Betreffendem, der dadurch zu einem psychisch oder psychosozial Betroffenen wird.

Dabei kann paranoides (wahnhaftes) Denken im Kleinkind-Alter durchaus normaler kindlicher Denkweise entsprechen. Denn ein Kind verfügt noch nicht über die Fähigkeit zu beurteilen, ob die Einschätzung der Realität auch für die umgebenden Menschen gültig ist. Die Fähigkeit zur Relativierung der eigenen Person und damit Einordnung in den Gesamt-Zusammenhang setzt eine bestimmte Entwicklung voraus, vor allem was den Aufbau des Realitäts-Bezugs anbelangt.

Dieser positive, konstruktive Entwicklungs-Schritt kann aber auch unter bestimmten Bedingungen wieder verloren gehen. Es beginnt mit schwerem akutem oder schließlich chronischem Stress, wohl auch unter dem Einfluss von Angst, Ermüdung oder unter Alkohol bzw. Rausch-Drogen-Einfluss (siehe die Einleitung).

Wenn man also das Krankheitszeichen „Wahn“ aus einseitig biologischem Krankheits-Verständnis heraus auf eine Störung in der zentral-nervösen Erregungsleitung bzw. auf eine Neurotransmitter-Dysbalance (also ein Ungleichgewicht der Botenstoffe im Gehirn) reduziert und sofort mit Neuroleptika (antipsychotisch wirkenden Psychopharmaka) vorgeht, dann droht die persönliche Lebensgeschichte des wahnhaft Betroffenen zu wenig gewürdigt zu werden. So Frau Dr. Lucienne Hoffmann und Prof. Dr. H. Gündel von der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover in

ihrem Beitrag über *Psychodynamische Aspekte zum Verständnis paranoid-wahnhaften Erlebens* in der Fachzeitschrift *Persönlichkeitsstörungen (PTT)* 12/2008.

Und weiter: Die diagnostische Etikettierung paranoid-wahnhaften Erlebens in Klinik und Praxis birgt auch prinzipiell die Gefahr, dass der Diagnostizierende eine zu sehr wertende, aus seiner persönlichen Sicht kommende Position einnimmt und über „richtig“ oder „falsch“ entscheidet. Oft ist es aber gar nicht der Inhalt einer Überzeugung allein, der als Wahn-Kriterium gelten darf, sondern auch die Einbettung des wahnhaften Erlebens in das gesamte Lebensgefüge, das meist Zentrale und scheinbar Unverrückbare, wie es auch der Psychopathologe Prof. Dr. C. Scharfetter von der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich immer wieder betonte.

Gerade am Beispiel wahnhaften Erlebens lässt sich gut zeigen, wie die Seele gleichsam mit einem kontinuierlichen Spektrum zwischen „gesund“ und „krank“ arbeitet. Denn wahnhafte Gedanken im Sinne von Fantasien über negative Absichten anderer Menschen können genauso wie bestimmte Befürchtungen durchaus einen realitäts-adäquaten und sinnvollen Charakter haben. Erst wenn sich das Ganze einer bestimmten Grenze nähert oder schließlich bis zum Realitäts-Verlust oder eindeutigem Krankheits-Wert durchbricht, ist Handlungsbedarf geboten.

Der Wahn aus der Sicht „verstehender Psychodynamik“

Schon in der Einleitung gab es entsprechende Hinweise auf historische Betrachtungen in der Fachliteratur vom extremen und chronischen Wahn bis zum Paranoia-Begriff. Der Wahn in welcher Form und Intensität auch immer war seit jeher ein Kern-Punkt psychiatrischer Praxis und Theorie.

Dabei stieß man schon früher auf eine Untergruppe von Patienten, die einerseits wahnhaftes Erleben, ja ggf. einen manifesten, ausdrücklichen, deutlich erkennbaren Wahn ausbildeten, an ihm auch unerschütterlich festhielten, aber sonst keine begleitenden, seelisch eindeutig krankhaften Beeinträchtigungen aufwiesen wie beispielsweise formale Denk-, Willens-, Antriebs- und Wahrnehmungs-Störungen, von einer Veränderung ihrer Persönlichkeit mit völligem Verlust des Realitäts-Kontaktes ganz zu schweigen.

Das wurde schon vor über 100 Jahren als Paranoia bezeichnet. Man sah also bereits damals verschiedene Varianten, was später in der Wahn-Forschung eigene Akzente setzte, vor allem was die vorschnelle Feststellung bzw. dann Festlegung der „Uneinfühlbarkeit“ eines Wahns anbelangt.

Das war und ist die Stunde der psychodynamischen Forschung, Wahn-Diagnose und -Therapie. Man versuchte und versucht noch immer die thematischen und funktionellen Zusammenhänge eines Wahn-Erlebens auch psychologisch oder konkreter psychodynamisch zu verstehen. Psychodynamisch, um

es noch einmal zu wiederholen, ist der Erklärungsversuch der Psychoanalyse für seelische Erscheinungen aus dem Beziehungs-Geflecht der einzelnen Persönlichkeits-Anteile untereinander, (siehe der entsprechende Beitrag über „Neurosen einst und heute“ in dieser Serie).

Auf jeden Fall ergab sich schon früher aus einer mehr-dimensionalen Diagnostik (also das Phänomen Wahn aus verschiedenen Blickwinkeln und Ebenen interpretierend) eine Vielzahl z. T. als neu (wieder-)erkannter Gesichtspunkte, die schließlich auch in neue Krankheits-Bezeichnungen mündeten (z. B. den „sensitiven Beziehungswahn“ des Tübinger Professors E. Kretschmer, 1915). Daneben wurde der „uneinfühlbare Kern“ von Wahn-Phänomenen (also das, was die meisten Menschen ratlos macht) besonders von den psychiatrischen Meinungs-Bildnern ihrer Zeit, nämlich K. Schneider (1931), H. Gruhle (1932), P. Berner (1986), G. Huber (2002) u. a. vorangetrieben.

Vor allem die so genannte dialektische Vermittlung des Heidelberger Psychiatrie-Professors W. Janzarik (1949) ermöglichte es schließlich, die Bedeutung der verschiedenen Erklärungs- und Verstehens-Ansätze zu einer konstruktiven Einheit zu bündeln. Dabei ging es insbesondere um die Synthese von sowohl „biografisch bedeutsamen“ Aspekten (Lebensschicksal) als auch „biologischen Veränderungen im Zentralen Nervensystem“. In diesem Zusammenhang gab schon früher ein Satz zu denken, der vor allem heute (wieder), in einer Epoche biologischen Forschungs-Fortschritts, die gemeinsame Zielrichtung vorgibt, nämlich dass die Paranoia-Lehre kein Feld für Klassifikationen, sondern für das Studium von Persönlichkeiten ist.

Damit wird erneut ein psychodynamischer Verständnis-Ansatz paranoiden Denkens empfohlen, der auch auf das konflikthafte Zusammenspiel triebhafter, kontrollierender und regulierender Persönlichkeits-Anteile zielt, und zwar sowohl in den bewussten als auch unbewussten Erlebnis-Schichten, so die Experten L. Hoffmann und H. Gündel.

Dabei spielen vor allem so genannte projizierte Wünsche sowie die Verwandlung von Liebes- in Hass-Gefühle als psychodynamischer Motor paranoider Verfolgungs-Ideen eine Rolle, oft im Zusammenhang mit Demütigungs-Erfahrungen. Der Wunsch eines Menschen mit wahnhaftem Erleben nach positiven Gefühlen trifft oft auf Angst und Bloßstellung der eigenen Schwäche. Dabei könnten solche Nähe- und Abhängigkeits-Wünsche immer auch eine Bedrohung des eigenen Selbst darstellen. (Selbst: ein psychoanalytischer Ausdruck für die Gesamtheit des Seelischen in einem Menschen, die Zusammenfassung der bewussten und unbewussten Anteile der Psyche.)

Jede Annäherung an einen anderen Menschen birgt in diesem Fall auch die Gefahr der Enttäuschung, des Betrugs und Verrats; die misstrauische Unverbindlichkeit schützt also vor der Offenbarung persönlicher Wünsche und Probleme“, wie es die Fachleute ausdrücken. Deshalb steht im psychodynamischen Mittelpunkt des wahnhaften Erlebens oft die konflikthafte Frage nach

Selbst-Definition (wer bin ich?) und Selbst-Kontrolle, nach Selbst-Wert und persönlicher Identität. Das kann weit zurückreichende Wurzeln haben.

Denn in der Kindheit von Menschen mit später wahnhaftem Erleben finden sich oft früh traumatisierende (seelisch verwundende) Erfahrungen, z. B. narzisstische Kränkungen oder seelische bzw. körperliche Misshandlungen. Aus emotionalen Überlebens-Gründen sei das Kind dann u. a. gezwungen, rasch gute und böse Anteile seines Selbst- und Objekt-Erlebens zu unterscheiden, ja, regelrecht in eine gute und eine böse Welt zu spalten. Und – wichtig – beide Erlebnisbereiche getrennt zu halten, was einen großen Energie-Aufwand erfordert. (Anmerkung: Unter einem Objekt versteht man in der Trieblehre der Psychoanalyse eine Person oder einen Gegenstand, durch den ein Trieb sein Ziel erreichen, d. h. befriedigt werden kann. Dabei kann es sich um einen Menschen handeln, um etwas Wirkliches oder nur in der Fantasie Vorhandenes. Das Irritierende am Begriff „Objekt“ ist natürlich die erhebliche Abweichung von der umgangssprachlichen Bedeutung; ein Objekt aus psychoanalytischer Sicht ist also nicht nur ein Gegenstand, sondern kann – wie erwähnt – auch eine Person bedeuten.)

Vor dem Hintergrund einer solchen frühkindlichen Prägung sind inner-seelische Kompensations-Versuche eines paranoiden Individuums allenfalls in ruhigen Zeiten eines übersichtlich strukturierten, an klaren Autoritäten orientierten psychosozialen Umfelds aussichtsreich, geben die Autoren zu bedenken. Und weiter: Im günstigen Fall ist ein labiles Gleichgewicht zu erreichen, das aber schon in Momenten geringfügiger Enttäuschung oder belangloser Kritik zu kippen droht. Schnell kann sich dann ein solcher Moment zu einer Existenz-Krise ausweiten, wenn über die kompensatorisch affektiv kontrollierte Fassade tiefere Gefühle der zwischenmenschlichen Zuneigung und triebhaften Versuchung konflikthaft belebt werden. Aufgrund der damit einhergehenden Ambivalenz entsteht eine kaum zu ertragende Anspannung, nicht selten auch Aggressivität.

So kann der Betreffende auf die eher primitiven Abwehrmechanismen von Spaltung (d. h. Trennung von „total guten“ und „total bösen“ Aspekten, seien es Personen oder Situationen) und Projektion (Verlagerung eines gefürchteten Trieb-Impulses in die Außenwelt, in eine Person oder ein Gegenstand) zurückgreifen, um wieder eine halbwegs tragbare Ordnung des Erlebten herstellen zu können.

Diese – für nicht Fach-Leute zugegebenermaßen komplizierte – Theorie paranoiden Erlebens sei vor allem als intra-psychische (inner-seelische) Abwehr-Bewegung zu verstehen; sie hat in der Tat etwas für sich, ist aber unter Experten nicht unumstritten und sicher auch nicht die einzig mögliche Erklärung für die Entstehung paranoider Vorstellungen, geben die Experten Dr. L. Hoffmann und Prof. Dr. H. Gündel zu bedenken.

Manche Psychoanalytiker vertreten die Auffassung, dass paranoides Erleben im Sinne einer gegenseitigen zirkulären Verstärkung oft direkt mit dem Auftreten anderer negativer Emotionen zusammenhänge, vor allem Angst, aber auch Depressivität. Gerade überbordende Angst könne – sicherlich bei entsprechender individueller seelischer Verwundbarkeit und weiter gefördert durch frühere traumatische Erfahrungen bis hin zur sozialen Isolation – eine ursprünglich vorhandene Besorgnis steigern und in einer „katastrophisierenden“ Weise zur Entwicklung von wahnhaften Vorstellungen führen. Selbst-Bezogenheit und entsprechendes Sicherheits-Verhalten förderten dann natürlich diese Reaktionen bzw. verfestigten sie.

Auch bestimmte kognitive Denk-Stile spielen hier eine wichtige Rolle, z. B. die Neigung zu „vorschnellen Schluss-Folgerungen“, wie sie bereits angedeutet wurden (z. B. was hat dies oder jenes zu „bedeuten“, vor allem in misstrauisch-negativer Hinsicht).

Solche Modelle können allerdings nur einen Teil des Phänomens erklären, wie die zuständigen Experten zugeben. Denn zum einen ist dazu wohl jeder Mensch fähig (siehe Einleitung). Zum anderen braucht es dann doch eine spezifische Prä-Disposition (bereits vorliegende Anlage oder Neigung). Denn bei den meisten Menschen, die in gleichartigen unbewältigten Konflikt-Situationen stehen, entwickelt sich trotzdem kein Wahn (vielleicht eine Neurose, wie man dies früher klassifizierte, oder ein anderes psychisches Leiden, aber eben kein Wahn). Mit anderen Worten: Man muss beides im Auge behalten, den biologischen und psychologischen Teil, um auch einen möglichst umfassenden Zugang zum Phänomen Wahn zu erhalten.

Interessant nebenbei auch der Hinweis auf den Unterschied zwischen dysfunktionalem Verhalten und kreativer Schaffenskraft. Beispiel: Der Dichter verfügt über die Möglichkeit, seine (möglicherweise konflikthaftern und belastenden) Gefühle, Erlebnisse und Erinnerungen in Geschichten auszudrücken und somit zu neutralisieren, d. h. sein Selbst im Kern von innen zu schützen, sich ggf. zu distanzieren – und dabei gleichzeitig andere zu unterhalten. Ein Mensch, der einen Wahn ausbildet, verfügt in der Mehrzahl der Fälle nicht über eine solche distanzierende Möglichkeit, vielmehr demonstriert er unfreiwillig, wie im Einzelfall quälend wahrgenommene Gefühle zu einer Beschädigung seines Selbst führen können (was auch die psychoanalytische Hypothese stützt, dass die Ausbildung eines Wahns als unzureichender Selbst-Rettungsversuch zu verstehen sei).

DER ZUGANG ZUM WAHN-KRANKEN

Es ist schwer, einen zwischenmenschlichen (und damit „menschlichen“?) Zugang zum Wahn-Kranken zu bekommen. Das ist eine alte, eine bittere Erfahrung und Erkenntnis, die auch in Zukunft niemand erspart bleibt, der mit einer solchen Situation konfrontiert wird. Das mag zahlenmäßig selten sein, wenn man sich nur an den schizophrenen Wahn hält (Schizophrenien kommen auf etwa 1% in der Allgemein-Bevölkerung, seit jeher). Es wird aber schon schwieriger bei den Persönlichkeitsstörungen, z. B. den schizoiden oder gar paranoiden Persönlichkeitsstörungen.

Je mehr sich die Wissenschaft damit beschäftigt, desto mehr keimt der Verdacht, dass die Zahl dieser Wahn-Betroffenen deutlich höher liegt als bisher angenommen (was der Alltag ohnehin seit jeher nahegelegt hat) – und damit die Zahl der Opfer, auch in deren Umfeld.

Ein Beispiel, das nicht nur auf den aggressiven Wahn Bezug nimmt, ist der melancholische Wahn, heute als wahnhafte Depression bezeichnet. Depressionen haben in den letzten Jahrzehnten besorgniserregend zugenommen und gelten inzwischen als „Volkskrankheit Nr. 1“. Und damit auch der depressive Wahn, vor allem der verängstigende Verarmungs- und zermürbende Schuld-Wahn, vom hypochondrischen Krankheits-Wahn ganz zu schweigen.

Dazu kommt der Gegenpol zur Depression, die manische Hochstimmung. Sie kann ebenfalls mit entsprechend gelagerten wahnhaften Zuständen irritieren und psychosozial sogar noch folgenreicher ausufern.

Und immer häufiger wird offenbar das Mischbild aus affektiver Störung und Schizophrenie, die schizoaffektive Psychose (d. h. depressive, ggf. manische und schizophrene Symptome gemischt bzw. kurz hintereinander).

Auch wahnhafte Störungen mit entsprechendem Konflikt-Erleben und nachfolgender Wahn-Entwicklung nehmen zu. Und Wahn-Entwicklungen bei organischer Hirnschädigung, teils durch Vergiftung (z. B. Rauschdrogen, Medikamente u. ä.), vor allem aber durch eine durchaus positive Entwicklung: die gestiegene Lebens-Erwartung, sprich Wahn im höheren Lebensalter.

Kurz: Wer der Meinung ist, der Wahn sei ein zahlenmäßig vernachlässigbares, ggf. sogar „exotisches“ Phänomen, dem man so gut wie nie in einem „normalen Leben“ begegnen müsse, der irrt, und zwar gewaltig – und ggf. folgenreich. Deshalb ist das Problem des Zugangs zu einem Wahn-Betroffenen nicht nur eine humane Aufgabe, es kann für jedermann zu einem bedeutsamen, vielleicht sogar bedeutungsschweren Zusammentreffen werden. Also stellt sich die schon generelle Frage: Was tun? Vor allem: wie mit einem Wahn-Kranken oder zumindest Wahn-Verdächtigen umgehen? Welche Fehler vermeiden und dafür vielleicht sogar hilfreich sein, nicht nur für den Betroffenen, auch für sich selber?

Nachfolgend deshalb eine kurze Übersicht auf der Grundlage entsprechender Fachbücher, z. B. C. Scharfetter, W. Schulte und R. Tölle, nicht zuletzt auch der Psychiater und Psychotherapeuten der älteren Generationen, wie sich aus der Literatur-Übersicht am Ende dieses Beitrags ergibt. Wie also soll man sich verhalten, wie vorgehen, wo Zurückhaltung bis Vorsicht walten lassen, wo sich eher an „normalen“ Bedingungen orientieren?

Dafür gibt es – wie erwähnt – vor allem Hinweise in der Fachliteratur, in wissenschaftlichen Publikationen, Fachbüchern, Weiterbildungs-Artikeln und Unterrichts-Materialien für die Medizin-Studenten, in zunehmendem Maße auch Pflegepersonal, insbesondere psychiatrische Fach-Schwestern und -Pfleger, für Sozialarbeiter, ErgotherapeutInnen u. a.

Was leider nicht sonderlich adäquat und vor allem ausreichend häufig verfügbar ist, sind entsprechende Informationen und praktische Hinweise für Laien im weitesten Sinne. Dabei pflegen diese über Jahre oder gar Jahrzehnte nicht nur intensiver, meist sogar leid-voller eingebunden bzw. betroffen zu sein als die Therapeuten.

Und nicht zu vergessen jene Berufs-Gruppierungen, die vielleicht nur kurz, dann aber ggf. unangenehm bis bedrohlich tangiert sind. Man denke nur an die Mitarbeiter, vor allem aber Mitarbeiterinnen von Behörden, Verkehrsmitteln, aber auch im Handel und Gewerbe, und natürlich Polizei, Sanität, Feuerwehr, Technisches Hilfswerk usf.

Hier ist das entsprechend angepasste Informations-Angebot eher dürftig. Das ist allerdings nicht nur eine mangelhaft angebotene „Bring-Schuld“ der zuständigen Experten, es ist auch eine durchaus verständliche „Hol-Schuld“ aller jener Bevölkerungskreise, die sich natürlich nicht freiwillig, sondern nur unter den gegebenen Zwängen im Alltag solche Auskünfte bzw. Handlungs-Empfehlungen abholen. Da dies eher selten geschieht, verständlicherweise, gerät das fachliche Angebot rasch in Vergessenheit (sofern es überhaupt vorgelegen hat, obgleich es durchaus erfreulich positive Beispiele gibt – siehe Literaturverzeichnis).

Deshalb einige Informationen, die im Allgemeinen den Fachkräften gelten, deren Kenntnis aber auch für Laien nützlich sein kann; wobei man sich dann aber selbstredend fachlichen Rat holen sollte, der dann auch auf die individuelle Situation eingehen kann (was bei einer globalen Darstellung natürlich nicht möglich ist). Im Einzelnen:

Ein Wahn hat viele Ursachen

Als Erstes gilt die medizinische Erkenntnis: Ein Wahn, wie er sich dem Laien auch immer darstellen mag, muss keinesfalls das sein, was man sich als Erstes darunter vorstellt: eine Geisteskrankheit, hier insbesondere eine Schizophrenie. Ein Wahn kann also vielerlei Ursachen haben. Das geht von den frü-

her so genannten „endogenen“ Psychosen („von innen“ heraus entstehenden, oft erblichen Störungen) wie die erwähnte Schizophrenie, aber auch bestimmte Depressions-Typen über Unfall- (vor allem Schädel-Hirntraumen) und Vergiftungs-Folgen (wie erwähnt: Rauschdrogen, Alkoholismus, Medikamente) bis zur wahnhaften Verwirrtheit alter Menschen, von spezifischen Wahn-Formen wie Dermatozoen-Wahn (z. B. „Parasiten unter der Haut“), Folie à deux (induzierter Wahn von einem zum anderen) ganz zu schweigen (Einzelheiten siehe die speziellen Kapitel in dieser Serie).

Das heißt aber auch: Wer dem Betroffenen wirklich helfen will, muss ihn zu überzeugen versuchen, erst einmal eine allgemeine medizinische Untersuchung über sich ergehen zu lassen, um mögliche organische Gesundheitsstörungen mit Auswirkung auf die Hirnfunktionen auszuschließen (oder im gegebenen Fall abzuklären und gezielt zu behandeln). Oder kurz: Eine körperliche Untersuchung sollte auch beim seelischen Krankheitsbild „Wahn“ nie fehlen.

Das lässt sich in der Regel noch am ehesten arrangieren, fühlt sich doch der Wahn-Betroffene durch die direkte Aufforderung, sich sofort an einen Nervenarzt oder Psychiater zu wenden, eher stigmatisiert oder diskriminiert. Schließlich steckt er völlig in der erwähnten Wahn-Gewissheit („es ist so“), die ihm in der Regel gar keine anderen Überlegungen, Gesichtspunkte oder Klärungs-Alternativen bereithält bzw. zulässt.

Wie verhält man sich gegenüber einem Wahn-Kranken?

Was aber tun im alltäglichen Kontakt? Das Gleiche, wie es dem Arzt, dem Pflegepersonal oder sonstigen Fach-Personen empfohlen wird:

Zuerst einmal aufmerksam zuhören und lediglich bei Bedarf zu weiteren Schilderungen ermuntern. Oft ist es ja auch „nur“ der zentrale Punkt, die Sorge, Angst, Kränkung u. a., der den Betreffenden beschäftigt (und mit dem er mit niemand so recht, d. h. objektiv in seinem Sinne (?) reden konnte). Dann hat man es leichter. Doch die Regel ist es leider nicht. Deshalb sollte man sich aber nicht entmutigen lassen. Wer echtes Interesse an einem anderen zeigt, vor allem in schwieriger oder gar Not-Situation, ist selten (geworden), falls es so etwas früher tatsächlich öfter gegeben haben soll. Doch wenn es einmal zutrifft, ist für beide Seiten wenigstens eine konstruktive Grundlage gegeben.

Man darf jedoch nicht werten, kein Befremden erkennen lassen oder gar Ablehnung signalisieren. Man soll nicht gegen die Wahn-Vorstellungen argumentieren oder dem Patienten etwas ausreden wollen. Es hat auch keinen Sinn, den Wahn zu ignorieren oder zu bagatellisieren. Vor allem darf man ihn nicht lächerlich machen, auch nicht in Form eines schnell als abwertend empfundenen Schmunzelns oder lautlosen In-sich-Hineinlachens. Um es noch einmal zu wiederholen: Für den Betroffenen ist sein Wahn Realität, belastende, ängstigende, ggf. schreckliche Realität, ein Tatbestand, aus dem man nicht ausbrechen kann, wie immer man es auch anstellen mag.

Die beste Einstellung ist deshalb das interessierte, neutrale Zuhören, das weder bestätigt noch in Abrede stellt. Mehr braucht es für die ersten Schritte der Kontakt-Aufnahme nicht.

Diese neutrale Haltung heißt aber nicht, keine konkreten Zwischenfragen zu stellen. Das wird in der Regel sogar positiv vermerkt, zeigt es doch, dass man den Betroffenen ernst nimmt. Man kann sogar ggf. erstaunte, ja durchaus ungläubige Zwischenfragen stellen, nicht aber Korrekturen oder gar Zurechtweisungen. Auch soll das Erstaunen auch die ansonsten im Alltag üblichen Dimensionen nicht überschreiten. Dies vor allem dann, wenn das Geschehen allzu absonderlich und in keiner Weise mehr nachvollziehbar ist.

Manche Patienten deuten dies allerdings bereits als Misstrauen und werden dann einsilbiger, zurückhaltender, ggf. eingeschüchtert oder verärgert. Nicht, dass sie sich ihrer Erlebnisse nicht sicher sind, da werden oft keine Bedenken zugelassen (bzw. sind gar nicht möglich). Zweifel bekommen sie höchstens an der Einstellung des anderen, seiner neutralen und objektiven Wertung. Hier muss man rechtzeitig herauszuspüren versuchen, wie weit man auch mit sachlichen Verständnis-Fragen gehen kann.

Manche Patienten können aber durchaus akzeptieren, dass ihre Schilderungen Erstaunen auslösen und geben offener auf die vorsichtige Frage Antwort, ob es sich hier nicht um Täuschung, Missverständnisse, Irrtümer handeln könnte, ob nicht ganz natürliche Dinge und Vorgänge eine Rolle spielen, die lediglich falsch verstanden oder gesehen wurden. So etwas kann die Diskussion und damit den Informations-Fluss sogar stimulieren, hat der Betroffene doch Gelegenheit, seine stichhaltigen Beweise zu verteidigen. Aber – wie gesagt – es kann auch bereits das Ende des Kontaktes bedeuten. Man muss sich einfach im Klaren sein: Beim Wahn ist alles möglich, vom anregenden Disput bis zur Flucht oder gar feindseligen Reaktion (Zitat eines alten Nervenarztes).

Was sollte man einem Wahnkranken gegenüber vermeiden?

Zweierlei sollte man aber auf jeden Fall vermeiden:

- Erstens die Frage, ob sich der Patient nicht etwa „krank fühle“. Krank im organischen Sinne ist kein Problem, im psychiatrischen sehr wohl. Dort hat es eine ganz andere Dimension. Ein gebrochenes Bein macht sein Opfer nicht unglaubwürdig oder gar lächerlich, ein Wahn oder ähnliches seelisches Symptom sehr wohl (jedenfalls ist das die Angst des Betroffenen). Außerdem bedeutet krank in psychiatrischer Hinsicht vor allem „geisteskrank“, also die extremste Form seelischen Leids im Verständnis der Allgemeinheit, und deshalb mit den negativsten psychosozialen Konsequenzen verbunden.

Das weist jeder zurück, vor allem aber diejenigen, die es am ehesten betrifft. „Krank“ kann also rasch in die Sackgasse der „Diffamierung“ geraten, jedenfalls in den Augen des Patienten.

- Zweitens soll man nie Partei ergreifen. Das ist umso folgerichtiger zu vermeiden, je mehr die Schilderung Anlass zu begründeten Zweifeln gibt. Das gilt für den Eifersuchts-Wahn des alkoholkranken oder dementen Ehemanns, den Beeinträchtigungs-Wahn bei organischen Psychosen im höheren Lebensalter, den Verfolgungs-Wahn des Schizophrenen, den Beleidigungs- oder Missachtungswahn paranoider Persönlichkeitsstörungen u. a.

Selbst eine „positive Parteinahme“ kann sich als hinderlich für Information und Kontakt erweisen. Es mag zwar gut gemeint sein, die krankhaften Hintergründe eines depressiven Schuld-Wahns nicht als „abscheuliche, bestrafungswürdige Tat“ zu akzeptieren, doch ist es erfahrungsgemäß ergiebiger, den Betroffenen nicht gleich „aufzurichten“ oder von seiner Unschuld überzeugen zu wollen, schon gar nicht in seine Verdächtigungen mit einzusteigen, sondern erst einmal die scheinbaren (!) Hintergründe herauszufragen, weil erfahrungsgemäß schon die so genannte Entäußerung („endlich einmal einer, der mich anhört“) zu einer gewissen Beruhigung, Entlastung und möglicherweise zu einem konstruktiven Einstieg in weitere Maßnahmen führen kann.

Gelegentlich fühlt sich der Patient auch nicht negativ, sondern positiv „beeinträchtigt“, also erhoben, beglückt, auserwählt, mit besonderen Fähigkeiten, Kräften und Beziehungen ausgestattet. Das betrifft nicht nur schizophren Erkrankte, sondern auch die meist eher kurzen und auch oft mehr „spielerisch“ bis „schelmisch“ vorgetragenen manischen Wahn-Zustände.

Doch auch hier soll man nicht glauben, durch eine schmunzelnde Aufklärung alles gleich klären zu können. Auch hier gilt es eher reden zu lassen als zu korrigieren, denn auch ein „erhebender Wahn“ ist ein Wahn und wer ihn in Abrede stellt, der kränkt oder beleidigt genauso, kann auf jeden Fall die notwendigen Informationen rasch blockieren.

Schließlich können sich Wahn und wahn-ähnlich Zustände auch von Sinnes-täuschungen herleiten (Riechen, Sehen, Schmecken, Hören, Fühlen); und sogar von illusionären Verkennungen, bei denen eine objektiv wahrgenommene Situation aber wahnhaft umgedeutet wird. Dann hat der Wahn eine ganz andere Ausgangslage, muss anders interpretiert oder „verstanden“ werden. Das erfährt man aber nur, wenn man dem Patienten neutral und offen begegnet und ihn kontinuierlich zum Reden ermuntert.

So ein Wahn-Syndrom ist in der Regel nicht schwer zu erkennen (Anmerkung: Symptom = einzelnes Krankheitszeichen, Syndrom = mehrere zusammengehörige Symptome). Es gibt aber Ausnahmen. Das sind jene Grenz-Situatio-

nen, die unter Umständen und ohne genaue Nachprüfungsmöglichkeiten einfach nicht sicher auszuschließen sind. Gibt es das wirklich?

Ist es immer und grundsätzlich ein Wahn?

In eine solche Lage gerät man beispielsweise bei manchen Berufen, die der öffentlichen Einsichtnahme weithin entzogen sind: Spionage-Verdacht eines Diplom-Ingenieurs aus der Rüstungs- oder Raumfahrt-Industrie, Versuch von Einflussnahme oder gar Druck in der Politik, Schutzgeld-Erpressungen bei ausländischen Gastwirten u. ä. Hier kommt man nur zu einigermaßen schlüssigen Überlegungen, wenn der Betreffende möglichst viel erzählen kann – und dabei vielleicht irgendwann einmal den Grenzbereich des Nachvollziehbaren überschreitet, wenn es sich nicht um eine reale Gefährdung, sondern eine wahnhaftige Entwicklung handeln sollte.

Aber auch das gilt es vorsichtig zu deuten. In dem Kapitel über *Wahnhafte Störungen* in dieser Serie gibt es eine kurzgefasste Übersicht, wie man mit den modernen Mitteln unserer Zeit eine fast perfekte Überwachung realisieren kann („reiskorn-große Wanzen“, Körperschall-Mikrophone, Laser-Lauschen, Mobiltelefone und Videokameras in technisch perfekter Effektivität und zugleich Winzigkeit, ISDN-Anlagen als ideale Geheimnisvermittler u. a.). „Wer sich hier von den zuständigen Experten nüchtern und umfassend informieren lässt, gerät fast schon selber in Gefahr, wahnhaft zu reagieren...“ (Zitat). Hier hilft also nur das schon mehrfach erwähnte Reden-Lassen. Es ist der Faktor „Rede-Zeit“, der in der Tat für Klarheit sorgt, irgendwann einmal; sicher aber nicht bei vorschneller (Gegen-)Überzeugung, Stellungnahme und Reaktion.

Gezielte Fragen sind möglich

Wenn es sich ergibt, kann man im Laufe des Gespräches aber auch vorsichtig gezielte Fragen stellen, die nicht nur Staunen oder gar Misstrauen signalisieren, dafür aber ggf. in die tiefere Problematik tiefer einzuführen vermögen. Beispiele: Ob man den Betreffenden beobachtet, über ihn redet, sich über ihn lustig macht, ihn zu schädigen, zu beeinflussen versucht, wenn nicht gar verfolgt, quält, aus dem Wege räumen, an seine Erfindungen, sein Vermögen will u. a. Das ist natürlich sehr direkt, kann auch nicht gleich zu Beginn empfohlen werden, hat aber zur gegebenen Zeit durchaus häufig ein erstaunliches Ergebnis. Man wird bisweilen regelrecht überrascht sein, welche konkrete Antworten auf konkrete Fragen zu bekommen sind, was der Betroffene verneinen oder offen lassen kann, vor allem was er bejaht oder zumindest befürchtet. Solche Fragen, interessiert und aufrichtig gestellt, sind kein kumpelhaftes „Anbiedern“, sind auch keine „heimtückischen Fang-Fragen“, sondern respektieren die Wahn-Welt, aus dem die andere Seite derzeit nicht herauskommt, auch wenn es die Gesunden als lächerlich, absurd, eben ver-rückt finden mögen.

Deshalb können in diesem Fall auch Methoden zur Sprache kommen, denen sich der Patient ausgesetzt fühlt: z. B. Zeichen, Signale, verschlüsselte Sätze, ja Strahlen, Abhörgeräte, Videokameras, die Implantation von technischem Material oder gar kompletten Apparaten (im Schlaf, unter Narkose) in den Körper des Patienten (z. B. Kamera im Auge, Sensoren im Rückenmark).

Schließlich auch die Frage, wer dahinter stecken könnte: Angehörige, Nachbarn, Vorgesetzte, Untergebene, Behörden, (ausländische) Geheimdienste und -Organisationen (z. B. Mafia, CIA, früher der sowjetische KGB, heute die bekannten Terror-Organisationen usw.).

Zuletzt der Grund: Warum, weshalb jetzt, gerade er / sie, wieso mit diesen Methoden, was will man erreichen, wo liegt der Sinn (nicht des Wahns, sondern dieser Ereignisse, Methoden, Strategien; keine für den Patienten abträgliche Wertung erkennen lassen!).

Gelegentlich können neutrale Zwischenfragen nicht nur den Informationsfluss am Laufen halten, sondern bei dem Patienten die Schwierigkeit in Erinnerung rufen, dass nicht jedem Außenstehenden das problemlose Nachvollziehen dieses dann doch sonderbaren Geschehens gegeben ist. Man muss sich also auch als Wahn-Betroffener anstrengen, den verdächtigen Ablauf umfassend zu schildern, was wieder einer möglichst kompletten Information zu Gute kommt. Also: Wie kommt das, wie ist so etwas heute noch möglich, woran kann man das erkennen, wie erklärt man sich das, fällt so etwas nicht auf, ruft es nicht die Behörden auf den Plan usw.? Auf jeden Fall müssen diese Fragen interessiert wirken und dürfen keine Verwunderung ausdrücken, die den Patienten und seinen Schicksalsschlag in Frage stellen. Bestenfalls Verwunderung über das inhaltliche Geschehen („was es alles gibt...“).

Die Grenzen von Verständnis und Erklärungs-Willigkeit, vor allem aber Erklärungsmöglichkeit bzw. -Fähigkeit, hängen natürlich vom Schweregrad, der ggf. komplexen Vielschichtigkeit und nicht zuletzt vom Zeitpunkt des Wahns ab (d. h. erste Wahn-Vermutungen überhaupt oder zuletzt völlig unkorrigierbares Wahn-System seit langem). Wer sich dieser Unwägbarkeiten bewusst ist, der kann auch bei seinen Kontakt-Versuchen mit Fehlschlägen leben. Manchmal aber kann man sich auch wundern, wie ergiebig die Auskünfte des Betroffenen, vielleicht sogar angedeutete Wege aus dem Wahn sind, je nach Zustandsbild (wozu sicher auch eine entsprechende medikamentöse, d. h. anti-psychotische Behandlung beiträgt, wenn sie denn je zustande kommen sollte).

Kann der Wahn-Kranke auch über sich selber reflektieren?

Wenn sich nun das Gespräch gut entwickelt und man glaubt, ein solides Vertrauens-Verhältnis aufgebaut zu haben, kann man auch einige Reflektionen des Patienten über sich selber anregen, die sein Umfeld verwundert haben könnten:

Hat sich aufgrund dieser „Machenschaften“ sein Verhalten gegenüber Angehörigen, Kollegen, Nachbarn usw. verändert. Ist es vielleicht schwer für die anderen geworden, die die Hintergründe und Belastungen nicht kennen, die Reaktionen des Opfers objektiv zu beurteilen? Ist es nicht nachvollziehbar, dass sich daraus – unnötige, aber wie ist es auch anders denkbar – Irritationen, Spannungen, Auseinandersetzungen oder gar lautstarke Szenen entwickeln?

Ist eine Fremd-Anamnese sinnvoll, möglich und erlaubt?

Fühlt sich der Patient beim Gesprächspartner gut aufgehoben, kann er manchmal durch solche Fragen einsehen, dass seine Handlungen in diesem oder jenem Fall überzogen waren, was unnötige Konflikte auslöste. Wer nicht die Hintergründe kennt, schaut zwangsläufig nur auf den äußeren Rahmen.

Das sich dabei langsam entwickelnde Verständnis des Patienten für sein näheres und weiteres Umfeld ermöglicht es vielleicht, mit seiner Erlaubnis (!) mit dieser oder jener Person Kontakt aufzunehmen, teils um aus den bekannten Gründen zu vermitteln, teils um weitere Informationen zu erlangen, die zur gesamten Entspannung beitragen könnten.

Kann man den Patienten davon überzeugen, dass die Angehörigen, Nachbarn, Kollegen, Vorgesetzten usw. in diesem ohnehin ungewöhnlichen Fall „völlig überfordert waren“, so lässt er vielleicht eher entsprechende Kontakte zu, um „endlich das Ganze rückhaltlos aufzuklären“.

Kontakt-Aufnahmen mit anderen im Falle eines Wahns ist und bleibt allerdings ein heikles Unterfangen, weil das Vertrauen eines Wahn-Kranken eine sehr dünne Basis ist, weil jederzeit durch neue oder „bestätigende“ Ereignisse auflösbar, was nicht im Ermessen, Verstehen oder Helfen noch so wohlwollender Dritter liegt. Auf jeden Fall zeigt sich immer wieder die alte Erkenntnis, was besonders die beteiligten Ärzte bestätigen können, dass die (erlaubte!) Befragung mehrerer Verwandter, Freunde oder Bekannter grundsätzlich ergiebiger ist als die Schilderung eines Einzelnen, und sei er noch so „nah dran“ (vielleicht sogar deshalb).

Leider ist schon die an sich notwendige Fremd-Anamnese des Arztes (also die Befragung des Umfelds) bereits im Allgemeinen und in einer Wahn-Situation im Speziellen ein völlig ungeklärtes Problem, und zwar nicht nur menschlich, sondern auch juristisch. Insofern kann man hier nur inhaltlich, keineswegs formal raten; und beim Wahn-Kranken kann sich das noch von Tag zu Tag ändern. Dabei ist der Wahn oft noch weit weniger belastend als die psychosozialen Konsequenzen, die sich daraus ergeben können. Für viele Experten macht ihn das zum „letztlich tragischsten Krankheitsbild im Leben eines Menschen“ (Zitat).

Inwieweit kann man dem Wahn-Kranken inhaltlich entgegenkommen?

Schließlich soll noch auf die „strategische Frage“ eingegangen werden, auf die sicher mancher Interessierte oder Betroffene wartet: Also man soll nicht *gegen* die Wahnvorstellungen argumentieren oder dem Patienten seinen Wahn ausreden wollen. Das leuchtet ein. Ist es aber hilfreich und ziel-führend, die wahnhaften Erlebnisse des Kranken zu bestätigen? Oder gar den Wahn teilen zu wollen?

Die Antwort der Fachleute ist eindeutig: Den Wahn bestätigen oder gar teilen zu wollen wäre vielleicht eine bequeme, aber doch unehrliche und unfaire Vorgehensweise – und außerdem ineffektiv. Nein, der gesunde Gegenüber muss einen gesicherten Standpunkt außerhalb des Sinn-Systems des Wahns einnehmen. Es ist deshalb unerlässlich, wenngleich mit Fingerspitzen-Gefühl zu praktizieren, dem Wahn-Kranken offen, aber behutsam zu sagen: Man könne seine Auffassung in dieser Form nicht teilen, da sei man regelrecht überfordert. Aber man akzeptiere, dass dies, was er als Betroffener, ggf. sogar als Opfer erlebe (aber ja nicht als Kranker oder Patient bezeichnet!), dass dies *seine* Realität sei, die ihn dann auch zu entsprechenden Überlegungen oder Handlungen zwingt. Dazu vielleicht noch die Bitte um seine Nachsicht, dass man sich hier – nochmals das gleiche Wort, es erweist sich nicht nur als treffend, sondern auch als neutral –, dass man sich hier überfordert sehe (was den Wahn-Betroffenen sogar eine gewisse Genugtuung sein kann, wie schwer es das Schicksal derzeit mit ihm treibe).

Tatsächlich ist im Allgemeinen die gegenseitige Verständnis-Basis dann am sichersten, wenn man sich nicht auf seine eigene „vernunft-gesteuerte“, „realitäts-gerechte“ Grundlage versteift. Und schon gar nicht, wenn man sich darauf von anderen festlegen lässt, seien es gestresste Angehörige, Nachbarn oder Berufskollegen, denen es natürlich auch leichter fällt, „vernünftiger“ zu sein, weil sie nicht in das krankhafte innerseelische Geschehen so direkt eingebunden sind.

Dies kann zwar im Laufe eines Gesprächs durchaus schwierig werden, doch kommen hier zwei Aspekte zur Hilfe: Zum einen das erwähnte Reden-Lassen (Reden-Reden-Reden, nebenbei günstig unterstützt durch gemeinsames Gehen-Gehen-Gehen, falls möglich). Zum anderen erwarten die meisten Patienten gar nicht, dass man vorbehaltlos ihrer Meinung ist, auf jeden Fall zwingen sie den Betreffenden nicht dazu (Ausnahmen bestätigen die Regel und finden sich dann bei speziellen wahnhaften Krankheitsbildern gehäuft, z. B. paranoide Persönlichkeitsstörung mit fanatischen Anteilen).

Wenn notwendig, kann man in vorsichtigen Schritten auch andeuten, dass es neben der Wahn-Welt des Betreffenden (natürlich aber nicht als Wahn, sondern bestenfalls als „Neben-Realität“ bezeichnet), dass es neben der Wahn-Welt auch eine Realitäts-Ebene gebe, der man selber angehöre. Im besten Fall kann sich hier etwas ergeben, was die Experten als „Konsens über den

Dissens“ bezeichnen. Also man einigt sich darüber, dass – mit dem notwendigen Respekt voreinander – jeder in seiner Welt lebt.

Hilfreich für manche Kranke ist auch der Hinweis, dass es außer der objektiven Realität „der anderen“ auch eine innere Realität des Betreffenden gebe. Und dass diese Diskrepanz einen erheblichen „Stress“ verursache (ein alltägliches Modewort, das die Situation aber ggf. entschärft); auf jeden Fall strapaziere, bedrücke, vielleicht sogar erschöpfungsbedingt behandlungsbedürftig mache (z. B. Beruhigungs- oder Schlafmitteln gegen lange Schlaflosigkeit). Letzteres also natürlich nicht im psychiatrischen Sinne, sondern (erst einmal) als Regeneration in eigener Regie, d. h. nicht nur durch ausreichend Schlaf, sondern auch körperliche Aktivität, geregelte Nahrungs-Aufnahme (was gerade beim Wahn-Kranken manchmal schon geraume Zeit gelitten hat) u. a. m. Und später vielleicht durch stützende Gespräche, was sich der psychiatrischen Aufgabe im Sinne eines Arbeitsbündnisses nähern könnte.

Bei Patienten mit chronischem Wahn, bei dem manchmal sogar ein Wahn-System unerschütterlich fortbesteht, ist auf dieser Ebene ebenfalls eine durchaus stabilisierende Beziehung denkbar. Hier bleiben zwar beide Seiten ihrer Auffassung treu, finden aber zu einer verständnisvollen Zusammenarbeit. Das muss nebenbei nicht nur das Arzt-Patient-Verhältnis betreffen, es kann auch ein nicht-therapeutisch Tätiger sein, wobei in beiden Fällen nicht der Wahn, sondern die persönlichen Konflikte und situativen Probleme des Patienten das gemeinsame Thema sind.

Unterschiede je nach Wahn-Form

Zuletzt sei in diesem Zusammenhang noch einmal darauf hingewiesen, was zu Beginn dieses Beitrags zur Sprache kam, nämlich die einzelnen Wahn-Formen und damit die Frage: Gibt es Unterschiede im Kontakt (und auch in der Behandlung) der einzelnen Wahn-Krankheiten?

Solche Unterschiede gibt es, und zwar von ganz erheblicher Bedeutung, was (biologische oder psychosoziale) Ursachen, Auslöser, was Verlauf und Beschwerdebild anbelangt (und damit auch Belastung für das Umfeld, vor allem die Angehörigen). Einzelheiten würden hier zu weit führen, doch gibt es in dieser Serie für eine ganze Reihe möglicher Wahn-Formen eigene Kapitel, in denen dann auch auf Umgang und Therapie eingegangen wird. Beispiele: die Schizophrenien, die entsprechenden (z. B. paranoiden, schizoiden und schizotypischen) Persönlichkeitsstörungen, die wahnhaften Störungen, die wahnhaft-depressive Depression, der Dermatozoen-Wahn, die Folie à deux, die Wahn-Entwicklungen im höheren Lebensalter, vor allem was die verschiedenen Demenz-Formen anbelangt, die Borderline-Störung u. a. Einzelheiten siehe diese.

Schlussfolgende Empfehlung

Der Wahn ist zwar zahlenmäßig kein vorrangiges Thema in der Medizin, nicht einmal in der Psychiatrie. Er gehört aber zum Schwierigsten, was den zwischenmenschlichen Bereich anbelangt. Das beginnt bei den Angehörigen (die aufs Schwerste belastet sein können, meist aus Scham aber nach außen nichts durchdringen lassen); es setzt sich fort beim Jugendlichen (schizophrene Psychosen beginnen vor allem beim männlichen Geschlecht oft schon um die Zeit der Pubertät – meist unzutreffend diagnostiziert und schon gar nicht konkret behandelt, was vor allem die Suizidgefahr drastisch erhöht); sie erreichen in den mittleren (den ansonsten „besten“) Jahren oft ihren dramatischen, ja tragischen Höhepunkt; und sie pflegen im Rückbildungs- und schließlich höheren Alter nur deshalb „ruhiger“ zu werden, weil nach einem solchen seelisch-körperlich und psychosozial zermürenden Leiden letztendlich die Kräfte fehlen. Dabei gibt es allerdings unterschiedliche Schwerpunkte, je nach Art der Wahn-Krankheit, wobei im höheren Lebensalter dann eine eigene organisch-seelisch-psychosoziale Dimension beginnt, nämlich die hirnorganisch bedingten Veränderungen mit ihren Wahn-Folgen.

Wie gesagt: Statistisch nicht zu den schwerwiegendsten Problemen zählend, vom Einzelschicksal und seinem Umfeld her aber eine gewaltige Last, ja Qual – und nicht selten mit dem Tod durch eigene Hand endend.

Deshalb ist es so wichtig, sich mit diesem Thema zu beschäftigen, und zwar möglichst fach-spezifisch, wenn sich hier eine „dunkle Front auftut“, die bekanntlich viel weitere Kreise zieht als man gemeinhin annimmt. Und man muss im Ereignisfall lernen, sich dieser mühseligen, mitunter aufreibenden, wenn nicht gar deprimierenden und in Rat- und Hoffnungslosigkeit stürzenden Aufgabe zu stellen. Dabei pflegt es die Regel zu sein, auszuweichen, sich zurückzuziehen, sich für nicht zuständig zu erklären, vielleicht sogar regelrecht zu fliehen; ja, diese konflikt-vermeidenden Reaktionen sind nachvollziehbar. Doch diese Strategie führt nur selten zum gewünschten Erfolg, gleichgültig, mit welchen Argumenten oder Ausreden auch immer.

Andererseits: Wahn-Phänomene bzw. ihre Opfer irritieren, ängstigen, erfüllen mit Scham, ohnmächtigem Zorn und wütender Hilflosigkeit, verheißen auf jeden Fall zumeist Ungemach, auch für Fachleute wie Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal, Sozialarbeiter usw. Deshalb werden sie sogar dort bisweilen ausgeblendet, mitunter bagatellisiert, nichts selten gerne weiterdelegiert und so rasch wie möglich (und dann oft noch ausschließlich neuroleptisch zu hoch dosiert behandelt) ihren Angehörigen wieder zurückvermittelt.

Letzteres muss nicht falsch sein, aber erst, wenn man alles erfahren konnte, was für Diagnose, Ursache, Verlauf, zusätzliche Belastungs- und Verstärkungs-Faktoren u. a. unerlässlich ist. Und dann – so immer es geht – zusammen mit einer stützenden Psycho- und Soziotherapie. Das hört sich zwar selbstverständlich an, muss aber gerade beim Wahn immer wieder in Erinnerung gerufen werden.

LITERATUR

Ahrens, S., B. Schneider (Hrsg.): Lehrbuch für Psychosomatik und Psychotherapie. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2002

APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV-TR. Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2003

Bäumli, Josef: Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Springer-Verlag, Heidelberg 2008

Bänder Th., Th. Aucher (Hrsg.): Destruktiver Wahn zwischen Psychiatrie und Politik. Psychosozial-Verlag, Gießen 2004

Beck, A. T. und Mitarb.: Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Beltz-Verlag, Weinheim 1999

Benedetti, G.: Todeslandschaften der Seele. Psychopathologie, Psychodynamik und Psychotherapie der Schizophrenie. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1983

Berger, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Verlag Urban & Fischer, München 2000

Berner, P.: Psychiatrische Systematik. Verlag Hans Huber, Bern 1982

Berner, P.: Wahn. In: C. Müller (Hrsg.): Lexikon der Psychiatrie. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1986

Binswanger, L.: Wahn. Neske-Verlag, Pfullingen 1965

Bleuler, E.: Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. Deuticke-Verlag, Leipzig-Wien 1911

Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Springer-Verlag, Berlin 1916

Bleuler, M. und Mitarb.: Akute psychische Begleiterscheinungen körperlicher Krankheiten. Thieme-Verlag, Stuttgart 1966

Blonski, H. (Hrsg.): Wahn und wahnhaftige Störungen im Alter. Reinhardt-Verlag, München-Basel 1996

Bock, Th. und Mitarb.: Themenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2002

Conrad, K.: **Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns.** Thieme-Verlag, Stuttgart 1978

Custance, J.: **Weisheit und Wahn.** Rascher-Verlag, Zürich 1954

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.): **S2-Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen.** Steinkopff-Verlag, Heidelberg 2009

Fiedler, P.: **Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 2000

Freud, S.: **Die Abwehr-Neuropsychosen.** Fischer-Verlag. Frankfurt 1894 / 1999

Fuchs, Th.: **Wahnkrankheiten.** In: H. Helmchen und Mitarb. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart* 4. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000

Gaebel, W., F. Müller-Spahn: **Diagnostik und Therapie psychischer Störungen.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2002

Gruhle, H. W.: **Die Schizophrenie.** In: O. Bumke (Hrsg.): *Handbuch der Geisteskrankheiten.* Springer-Verlag, Berlin 1932

Haefner, H.: **Das Rätsel Schizophrenie.** C. H. Beck-Verlag, München 2000

Helmchen, H. und Mitarb. (Hrsg.): **Schizophrene und affektive Störungen.** *Psychiatrie der Gegenwart* 5. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000

Hermann, F., Th. Buchheim (Hrsg.): **Das Leib-Seele-Problem.** Verlag Wilhelm Fink, München 2006

Herpertz, S., H. Saß (Hrsg.): **Persönlichkeitsstörungen.** Thieme-Verlag, Stuttgart 2003

Huber, G.: **Psychiatrie.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 1994

Huber, G., G. Gross: **Wahn.** Enke-Verlag, Stuttgart 1977

Janzarik, W.: **Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie.** Enke-Verlag, Stuttgart 1998

Jaspers, K.: **Allgemeine Psychopathologie.** Springer-Verlag, Berlin 1946 / 1973

Kapfhammer, H. P.: **Entwicklung der Emotionalität.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart-Berlin-Köln 1999

Kaschka, W. P., E. Lungershausen (Hrsg.): **Paranoide Störungen.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1992

Kendell, R. E.: **Die Diagnose in der Psychiatrie.** Enke-Verlag, Stuttgart 1978

Kisker, K. P.: **Der Erlebniswandel der Schizophrenen.** Springer-Verlag, Berlin 1960

Kraepelin, E.: **Psychiatrie.** Barth-Verlag, Leipzig 1896/1915

Kretschmer, E.: **Der sensitive Beziehungswahn.** Springer-Verlag, Berlin 1918

Mentzos, S.: **Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie.** Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1996

Möller, H. J. und Mitarb. (Hrsg.): **Psychiatrie und Psychotherapie.** Springer-Verlag, Heidelberg 2003

Müller, C.: **Die Gedanken werden handgreiflich.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1993

Müller, C. (Hrsg.): **Lexikon der Psychiatrie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1986

Müller, M.: **Über Heilungsmechanismen in der Schizophrenie.** Karger-Verlag, Berlin 1930

Pauleikhoff, B.: **Das Menschenbild im Wandel der Zeit.** Pressler-Verlag, Hyrtgen-Wald 1987

Perrez, M., U. Baumann (Hrsg.): **Lehrbuch Klinische Psychologie/Psychotherapie.** Verlag Hans Huber, Bern 2005

Peters, U. H.: **Das exogene paranoid-halluzinatorische Syndrom.** Karger-Verlag, Basel-New York 1967

Peters, U. H.: **Lexikon der Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie.** Verlag Urban & Fischer, München-Jena 2007

Prins, S.: **Religiöse Psychosen – Religiosität auf freier Wildbahn.** In: M. Krisor, K. Wunderlich (Hrsg.): *Vom Kopf auf die Füße.* Pabst-Verlag, Lengerich 2003

- Risso, M., W. Böker:* **Verhexungswahn.** Karger-Verlag, Basel 1964
- Romme, M., S. Escher:* **Stimmenhören akzeptieren.** Psychiatrie-Verlag, Bonn 1997
- Scharfetter, C.:* **Anstöße zu einer anthropologischen Psychiatrie.** Psychiatrie-Verlag, Bonn 2004
- Scharfetter, C.:* **Symbiotische Psychose.** Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1970
- Scharfetter, C.:* **Wahn im Spektrum der Selbst- und Weltbilder.** Verlag Wissenschaft und Praxis, Sternenfelz 2003
- Scharfetter, C.:* **Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2002
- Schimmelpenning, G. W.:* **Die paranoiden Psychosen der zweiten Lebenshälfte.** Karger-Verlag, Basel-New York 1965
- Schneider, K.:* **Die psychopathischen Persönlichkeiten.** Deuticke-Verlag, Leipzig 1923
- Schenk, G.:* **Panik – Wahn – Besessenheit.** Feuerberg-Verlag, Hannover 1962
- Schneider, K.:* **Psychopathologie im Grundriss.** Thieme-Verlag, Leipzig 1931
- Schostak, W.:* **Folie à deux in psychodynamischer und gestaltpsychologischer Sicht.** Med. Diss. Tübingen 1966
- Schott, H., R. Tölle:* **Geschichte der Psychiatrie.** Verlag C.H. Beck, München 2005
- Schulte, W., R. Tölle (Hrsg.):* **Wahn.** Thieme-Verlag, Stuttgart 1972
- Tölle, R., K. Windgassen:* **Psychiatrie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2006
- Tölle, R.:* **Wahn – seelische Krankheiten, geschichtliche Vorkommnisse, literarische Themen.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2008
- Tress, W. und Mitarb. (Hrsg.):* **Persönlichkeitsstörungen. Leitlinien und Quellentext.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2002

Ulbrich, H. M. (Hrsg.): Halluzination und Wahn. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 1987

WHO: Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10. Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto 2009

Zapotoczky, H. G., P. K. Fischhof (Hrsg.): Psychiatrie der Lebensabschnitte. Springer-Verlag, Wien-New York 2002

Zapotoczky, K. (Hrsg.): Gesundheit – Mensch – Gesellschaft. Universitätsverlag Trauner, Linz 2000