

## PSYCHIATRIE HEUTE

### Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

---

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

### SEH-TRUGWAHRNEHMUNGEN OHNE GEISTESSTÖRUNG

**Visuelle Halluzinationen – ophthalmologische Halluzinationen – Charles Bonnet-Syndrom (CBS) – Sinnestäuschungen des Sehens ohne psychotische Ursache – Pseudo-Halluzinationen – positive spontane visuelle Phänomene (PSVP)**

Die einen waren verlegen, die anderen bestürzt, alle aber besorgt, was ihnen Vater bzw. Großvater schließlich gestand: Er sieht Dinge, die es offensichtlich nicht gibt, hat also Halluzinationen, Trugwahrnehmungen oder Sinnestäuschungen des Sehens. So etwas – das weiß inzwischen jeder – kommt vor bei Geisteskrankheiten wie den Schizophrenien, bei Rauschgift-Vergiftungen und im Alkohol-Delir. Einige hatten schon gehört, dass es auch bei Gehirngefäß-Verkalkung und Demenz möglich ist. So oder so, die Familie war betreten. Schließlich war der Großvater nach einem arbeitsreichen und gesund geführten Leben nie ernstlich krank, schon gar nicht seelisch, immer guten Mutes und bis zum heutigen Tag beneidenswert rüstig: psychisch, geistig und körperlich (mit Ausnahme einer ständig zunehmenden altersbedingten Sehschwäche, über die er sich aber nie sonderlich beklagt hat). Und jetzt das: sieht Dinge, die es nicht gibt, halluziniert, eine der dramatischsten Formen seelischer Erkrankung.

Um es gleich im Vorspann anzudeuten: Alle, die dezent um Rat gefragt wurden, wussten nichts Tröstliches zu berichten. Auch der Hausarzt hielt sich bedeckt, empfahl – sich wortreich entschuldigend – den Nervenarzt und verordnete schließlich, als man von einer psychiatrischen Fach-Beratung erst einmal Abstand nehmen wollte, ein so genanntes niederpotes Neuroleptikum. Das ist ein Psychopharmakon, also Arzneimittel mit Wirkung auf das Seelenleben, das sowohl beruhigt als auch ein wenig antipsychotisch wirkt, also beispielsweise gegen Halluzinationen. Nebenbei in diesem Fall

ohne Erfolg, außer einer lästigen Müdigkeit. Seither herrscht eine bedrückte Stimmung in dem sonst eher fröhlichen Familienverbund. Schließlich gilt es plötzlich einen – keiner spricht es aus, aber jeder denkt es –, Geisteskranken zu betreuen, der Dinge halluziniert, die es nicht gibt. Wie soll das noch enden?

Die Antwort: Nicht jede Halluzination ist krankhafter Natur. Es kann sich auch um so genannte visuelle oder ophthalmologische Halluzinationen bei psychisch gesunden Personen handeln, das so genannte *Charles Bonnet-Syndrom (CBS)*, das keiner medikamentösen Behandlung bedarf, wohl aber einer umfassenden Aufklärung. Da dieses Phänomen aber weitgehend unbekannt ist, wenn auch sicher nicht so selten (weil nur ängstlich verheimlicht), nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht.

### **Erwähnte Fachbegriffe:**

Alters-Sehschwäche: visuelle Halluzinationen – ophthalmologische Halluzinationen – Charles Bonnet-Syndrom (CBS) – Sinnestäuschungen des Sehens ohne psychotische Ursache – Pseudo-Halluzinationen – positive spontane visuelle Phänomene (PSVP) – Sinnestäuschungen – Trugwahrnehmungen – Wahrnehmungsstörungen – Gesichts-Halluzinationen – Photome – Visionen – Schizophrenie – Psychose – Epilepsie – Depression – Delir – Kokain-Psychose – physiologische Halluzinationen – hypnagogie Halluzinationen – hypnopompe Halluzinationen – illusionäre Verkennungen – Pareidolien – eidetische Bilder – optische Fehlwahrnehmungen – Charles Bonnet-Syndrom: Geschlecht, Alter, Erstmanifestation, Dauer, Beeinträchtigung, Häufigkeit, Halluzinations-Inhalte, Tageszeit, Beleuchtungsstärke, halluzinations-fördernde Umstände – seelische und psychosoziale Folgen – Vorbeugungsmaßnahmen – Therapie – u.a.m.

*Halluzinationen*, also Sinnestäuschungen oder Trugwahrnehmungen (vom Lateinischen: haluzinatio = gedankenloses, verwirrtes Reden, Fasel, Träumerei) gehören zu den spektakulärsten seelischen Symptomen. Dabei gilt es aber zahlreiche Formen zu unterscheiden, je nach krankhaftem Sehen, Hören, Schmecken, Riechen und Fühlen. Halluzinationen sind aber nicht nur bei schizophrenen Psychosen möglich (mit denen man sie als erste in Verbindung bringt), sondern bei einer Reihe weiterer psychischer und sogar körperlicher Erkrankungen, was weniger bekannt ist.

Nachfolgend deshalb erst einmal eine komprimierte Übersicht zu den Halluzinationen im Allgemeinen und anschließend zu den optischen Sinnestäuschungen, wie sie in dem Kapitel über die *Halluzinationen* ausführlicher dargestellt

sind. Wer gleich zu den visuellen Halluzinationen (Charles Bonnet-Syndrom) kommen will, überspringt die folgenden Seiten. Im Einzelnen:

## HALLUZINATIONEN – EIN ÜBERBLICK

Halluzinationen gehören zu den Wahrnehmungsstörungen. Allerdings handelt es sich hier weniger um eine gestörte Wahrnehmung, mehr um eigenständige krankhafte Phänomene von wahrnehmungsähnlichem Charakter. Sie betreffen auch nicht nur den Wahrnehmungsbereich (Sehen, Hören, Schmecken, Fühlen, Riechen), sondern die gesamte Persönlichkeit und bilden deshalb im Grunde eine eigene Gruppe psychopathologischer (seelisch krankhafter) Erscheinungen.

Welche Halluzinationen unterscheidet man (in der Fachsprache)?

- *Akustische Halluzinationen*: Gehörs-Halluzinationen, Gehörstäuschungen, Akoasmen, Phoneme, Stimmenhören
- *Optische Halluzinationen*: Gesichts-Halluzinationen, Photome, Visionen
- *Olfaktorische Halluzinationen*: Geruchs-Halluzinationen
- *Gustatorische Halluzinationen*: Geschmacks-Halluzinationen
- *Taktile Halluzinationen*: haptische, Tast- oder Berührungs-Halluzinationen, körperliche Wahrnehmungsstörungen, thermische Halluzinationen, hygri-sche Halluzinationen, taktile Trugwahrnehmungen des Tastsinns, haptische Trugwahrnehmungen an der Körperoberfläche, chronische taktile Halluzi-nose, Dermatozoenwahn, Enterozoenwahn
- *Vestibuläre Halluzinationen*: kinästhetische Halluzinationen, Trugwahrneh-mungen des Gleichgewichtssinnes
- *Leibhalluzinationen*: leibliche Wahrnehmungstäuschungen, zoenästhetische Halluzinationen
- *Halluzinations-ähnliche Phänomene*: physiologische Halluzinationen, hypnopompe Halluzinationen, hypnagoge Halluzinationen, Pseudo-Halluzinationen, illusionäre Verkennungen, Pareidolien, eidetische Bilder, Wahnwahrnehmungen u.a.m.

Halluzinationen sind möglich auf allen Sinnesgebieten, auch auf mehreren gleichzeitig (kombinierte Halluzinationen). Dabei sind erst einmal **unterschiedliche Ausprägungsgrade** zu beachten:

- *Wahrnehmungscharakter*: breites Spektrum zwischen eindeutigem Sinneserlebnis und vorstellungsnaher Erfahrung. So können z. B. akustische Halluzinationen oder Gehörs-Halluzinationen (siehe später) ein eindeutiges Hören sein, aber auch ein „Vernehmen“, ein „Spüren von Stimmen im Leib“, selbst ein „Wissen um die Stimmen“.
- *Intensität*: sinnenhafte Deutlichkeit zwischen massiv-leibhaftigem Sich-Aufdrängen und blassem In-Erscheinung-Treten.
- *Klarheit und Prägnanz*: zwischen klar umrissenen und strukturierten Gestalten und schemenhaft zerfließend (wie Wolken, Nebel, Rauch).
- *Gegenstandsbewusstsein*: zwischen „leibhaftig“ und „verschwindend“.
- *Realitätsurteil*: zwischen „wirklich vorhanden“ über „zweifelhaft“ bis „unwirklich“ (Übergang zu so genannten Pseudo-Halluzinationen – siehe später).
- *Räumliche Bestimmung*: Optische (Seh-) und Berührungs-Halluzinationen werden meist als „von außerhalb des eigenen Körpers“ erfahren. Doch müssen sich Halluzinationen keinesfalls an das Sinnesfeld halten. So kann auch etwas außerhalb des Gesichtsfeldes gesehen werden. Bei den akustischen Halluzinationen oder Gehörs-Halluzinationen ist die räumliche Bestimmung ohnehin viel schwerer, oft wechselnd.
- *Übergang von Wahrnehmung zu Halluzination*: Echte Geräuschwahrnehmungen (z. B. Vogelstimmen) werden auf dem Weg nach „innen“ z. B. zu Stimmen, die Anweisungen geben.

## Optische Halluzinationen

Nachfolgend nur einige Hinweise zu den in diesem Zusammenhang interessierenden *optischen Halluzinationen*.

*Optische Halluzinationen*, auch *Gesichts-Halluzinationen* genannt, äußern sich z. B. in konturlosen optischen Erlebnissen in Form von Lichtern, Farben, Blitzen u. ä. Oder auch als mehr oder weniger deutliche Gestalten, Figuren, Szenen, statisch oder bewegt, farbig oder schwarz-weiß. Im Einzelnen in entsprechenden Fachbegriffen:

- **Photome:** Blitze, Funken, Flecken, geometrische Figuren oder ein undifferenzierter Licht- oder Farbenschein. Manchmal auch mehr oder weniger deutliche Gestalten sowie farbige oder schwarz-weiße Szenen, bewegt oder unbewegt, bis hin zu schnellen wechselhaften Abläufen.
- **Visionen:** szenisch ausgestaltete optische Halluzinationen, z. B. als farbenprächtige, leuchtende und detaillierte Bilder, Szenen und Gestalten, häufig religiös-mythologischen Charakters oder allegorische (sinnbildliche, gleichnishafte) Darstellungen. Entweder szenisch verändert oder unbewegt. In krankhafter Hinsicht eher selten, im Bereich des „Normalen“ auch im Rahmen religiöser Ekstase, während der Meditation usw. möglich.
- **Schnell wechselnde szenenhafte Abläufe**, meist mit kleinen beweglichen Objekten wie Käfer, Würmer, Spinnen, Mäuse, sonstiges „Ungeziefer“.

### **Wo kommen optische Halluzinationen vor?**

Optische oder Gesichts-Halluzinationen gibt es vor allem bei der schizophrenen Psychose, allerdings seltener als vermutet. Am ehesten die szenisch ausgestalteten Visionen in religiöser Ekstase. Photome, also Blitze, Flecken, Licht- oder Farbenschein usw. finden sich besonders bei Erkrankungen des Auges, der Sehbahnen und der Hinterhauptslappen des Gehirns. So haben Epileptiker gelegentlich optische Halluzinationen, mitunter visionär-szenisch ausgestaltet. Endogen Depressiven mit Versündigungs- und Verdammungsgefühlen können bisweilen flüchtige Teufelsfratzen oder Schattenfiguren von Skeletten (Tod) u. a. erscheinen. Kleinere bewegte Gegenstände oder Tiere bedrohen vor allem den deliranten Alkoholkranken (oftmals auch den Kokainisten: „Kokain-Tierchen“ unter der Haut). Bisweilen auch bei halluzinatorischen Verwirrheitszuständen durch andere organische Psychosen (Geisteskrankheiten mit körperlich fassbaren Ursachen) möglich.

Insgesamt gesehen sind optische Halluzinationen weitaus weniger spektakulär, wie man sich dies in der Allgemeinheit vorstellt. Das, was vor allem bei schizophrenen Erkrankung als schockierend empfunden wird, sind Leibhalluzinationen oder leibliche Wahrnehmungstäuschungen. Einzelheiten dazu siehe die Begriffe zoenästhetische Halluzinationen, Leib-Halluzinationen oder leibliche Wahrnehmungsstörungen in dem speziellen Kapitel über die *Halluzinationen*.

## Halluzinations-ähnliche Phänomene

Als den Halluzinationen nahestehende Phänomene, die in diesem Zusammenhang von Interesse sein können, gelten

- **„Physiologische Halluzinationen“:** normale, nicht krankhafte Trugwahrnehmungen während des Einschlafens (so genannte **hypnagoge Halluzinationen**) und während des Aufwachens (**hypnopompe Halluzinationen**). Meist auf optischem und akustischem Gebiet, also Gesichts- und Gehörs-Sinnestäuschungen mit oft stark gefühlsbestimmten Inhalten.

*Vorkommen:* wie erwähnt nicht krankhaft, stehen den Pseudo-Halluzinationen (siehe unten) nahe. Gehäuft bei Narkolepsie (siehe diese).

- **Pseudo-Halluzinationen:** Wahrnehmung von Sinneseindrücken ohne äußeren Sinnesreiz (Gehörtes, Gesehenes, Geschmecktes, Gefühltes, Geruchenes), die im Unterschied zu den eigentlichen Trugwahrnehmungen keinen Wirklichkeitscharakter besitzen und schon gar nicht als „von anderen gemacht und erzwungen“ bezeichnet werden. Bildhafte Erlebnisse im Sinne „plastischer Vorstellungen“. Der Trugcharakter wird aber stets erkannt („nicht wirklich“, „eingebildet“).

*Vorkommen:* nach längerer intensiver Beschäftigung mit einem Gegenstand oder bei lebhafter Vorstellung aus entsprechender Gemütslage heraus. Fließende Übergänge zwischen Halluzinationen und Pseudo-Halluzinationen möglich. Bilden sich während der Pharmakotherapie (z. B. Neuroleptika) echte Halluzinationen zurück, können sie zeitweise den Charakter von Pseudo-Halluzinationen annehmen, also vom Kranken zunehmend als irrealer Sinnestäuschungen erkannt werden.

- **Illusionäre Verkennungen:** vom lateinischen: illudere = verhöhnen, verspotten. Verfälschte Wahrnehmung, d. h. Fehlwahrnehmungen, Täuschungen des Erkennens. Fehldeutungen von Sinneseindrücken, die aber durch ein wirkliches Objekt hervorgerufen werden. Tatsächlich vorhandene Gegenstände werden also in ihrer Bedeutung verkannt. Beispiele: Wanduhr als Fratze, Tapetenmuster oder Schatten als Gestalten. Klassisches Beispiel: Goethes „Erlkönig“. Übergänge zu echten Sinnestäuschungen, zu Pseudo-Halluzinationen und Wahnwahrnehmungen (siehe unten) möglich.

*Vorkommen:* durch Übermüdung, im Fieberzustand, bei Bewusstseinstäubung, in extremer Erwartungsspannung oder unter anderen starken gefühlsmäßigen Einflüssen. Begünstigt durch erschwerte Wahrnehmungsbedingungen wie Dämmerung, Nebel, lautes Stimmengewirr, aber auch hochdosierten Genussmittelkonsum (Kaffee, Alkohol) usw. Bei der schizophrenen Psychose vor allem auf akustischem Gebiet (Gespräche, Straßenlärm, Vogelgesang, Hundegbell, Motorengeräusch). Hier hat plötzlich alles eine andere Bedeutung, von der diffusen Bedrohung bis zur konkreten Beschimpfung. Auch bei Psychosen (Geisteskrankheiten) anderer Ursachen möglich (z. B. Kopf-Unfall, Vergiftung, Stoffwechselstörungen).

- **Pareidolien:** „Hineinsehen“, oder „Herausformen“ in/aus unklar strukturierten optischen Erlebnisfeldern (z. B. Wolken, Tapeten, Mauerwerk, Teppichmuster). Nebeneinander von Gegenstand und Phantasiegebilde, jedoch keine illusionäre Verkennung (siehe diese).

*Vorkommen:* von entsprechend begabten Gesunden aktiv auszulösen und steuerbar, ferner im Fieberdelir u. a.

- **Eidetische Bilder:** wahrnehmungsähnliche Eindrücke von sinnenhafter Deutlichkeit, meist das Sehen und Hören betreffend.

*Vorkommen:* nicht krankhaft. Eidetisch begabte Menschen können von eidetisch reproduzierten Bildern Einzelheiten wiedergeben. Sie wissen aber, dass es „Bilder“ und keine realen Gegebenheiten, vor allem keine krankhaften Trugbilder sind.

## VISUELLE HALLUZINATIONEN (Charles Bonnet-Syndrom – CBS)

Als visuelle Halluzinationen (visuell = das Sehen betreffend, mit den Augen wahrgenommen), manchmal auch etwas unglücklich als ophthalmologische Halluzinationen (also in etwa übersetzt mit: nicht psychiatrische, sondern augenärztliche Ursachen betreffend) werden Phänomene bezeichnet, die in der Tat nicht zum Kerngebiet seelischer Störungen gehören. Das dürfte der wichtigste Satz für die Betroffenen und ihre Angehörigen sein. Oder auf deutsch: Hier spielen nicht psychiatrische, insbesondere Geisteskrankheiten die entscheidende Rolle, sondern augenheilkundliche Ursachen, auch wenn psychosoziale Zusatz-Belastungen bahrend wirken können (s. u.).

Das war damals für den Erstbeschreiber, nämlich den bekannten schweizerischen Philosophen und Naturforscher Charles Bonnet aus Genf nicht so ein-

deutig erkennbar. Dabei traf es nicht nur seinen Großvater, sondern später auch ihn selber, wie er 1760 beschrieb. Soviel weiter kam man allerdings auch in den folgenden zwei Jahrhunderten nicht. Noch vor etwa 15 Jahren fand man in der Weltliteratur nur einige Dutzend Fälle beschrieben und folgerte daraus: Das Charles Bonnet-Syndrom ist selten.

Dies ist nach neueren Erkenntnissen ein Irrtum, den es zu korrigieren gilt, und zwar im Interesse von zahlreichen Betroffenen, die sich nur nicht getrauen mit diesen für sie vielleicht erschreckenden (wenn auch nicht extrem belastenden) Erscheinungen klar zu kommen.

Außerdem wird hier wieder eines deutlich, was die Medizin im Allgemeinen nicht gerade vorteilhaft dastehen lässt, nämlich eine mangelnde wissenschaftliche Kooperation (Stichwort: interdisziplinäre Verbunds-Studien) und die Neigung der Ärzteschaft im Allgemeinen und der Experten im Speziellen, nicht allzu gern und oft über „den Gartenzaun ihres eng umschriebenen Spezialgebietes“ zu schauen. Oder kurz:

Das psychiatrisch relevante Phänomen der visuellen Halluzinationen findet sich kaum in der Psychiatrie, sondern – wenn überhaupt – in der Augenheilkunde (des älteren Patienten) beschrieben.

Hier wäre also eine wissenschaftliche und später praxis-relevante Zusammenarbeit sinnvoll, doch derlei beginnt sich erst nach und nach einzubürgern.

Aus diesem Grunde gab es bisher nur wenig gezielte Untersuchungen und – folgerichtig – keine allgemein akzeptierten diagnostischen Kriterien (kennzeichnende Merkmale, nach denen alle gleich diagnostizieren).

### **Wie definiert man ein Charles Bonnet-Syndrom?**

Bisher gibt es noch immer keine allgemeinverbindliche Definition. Dafür ist man sich inzwischen darin einig, dieses Phänomen auf „visuelle Halluzinosen ohne eine gleichzeitige delirante, dementielle, psychotische, affektive oder neurologische Erkrankung mit Läsion der Sehbahnen zu begrenzen“. Oder allgemein verständlich:

Es handelt sich um ein Phänomen, bei dem Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen) so sehr im Vordergrund stehen, dass andere Symptome fast randständig erscheinen. Außerdem dürfen als Ursachen **nicht** in Frage kommen:

- ein Delirium oder Delir: desorientiert, wahnhafte Verkennungen, seelisch-körperliche Unruhe, Bewusstseinsminderung, Beispiel: Alkohol-Delir,



- eine Demenz: Geistesschwäche, z. B. durch höheres Lebensalter,
- eine Psychose: Geisteskrankheit wie beispielsweise Schizophrenie, aber auch durch körperliche Beeinträchtigungen auslösbar,
- eine affektive Störung: z. B. Depression
- oder eine neurologische Erkrankung, bei der die Sehbahnen im Gehirn geschädigt werden: z. B. Epilepsien, Parkinson-Syndrom u. a.

Wenn dies alles also *nicht* vorliegt und trotzdem Halluzinationen auftreten, dann kann man sich über die mögliche Diagnose eines Charles Bonnet-Syndroms unterhalten.

Es liegen demnach optische Fehlwahrnehmungen vor oder – definitorisch exakter – so genannte Pseudo-Halluzinationen (siehe oben).

Meist handelt es sich um stereotype (immer wiederkehrende) optische (Pseudo-)Halluzinationen ohne Wahn bei psychisch gesunden älteren Personen und normalem Wachbewusstsein.

Diese Phänomene treten in der Regel nur kurzzeitig auf und haben vor allem keinen bedrohlichen Charakter. Oft beziehen sie sich auf immer das gleiche Objekt, das bei genauem Nachdenken häufig in einem lebensgeschichtlich bedeutsamen Zusammenhang steht.

### **Wie häufig ist ein Charles Bonnet-Syndrom?**

Über die Häufigkeit dieses Phänomens gibt es keine genauen Daten. Der Grund ist nachvollziehbar und schon mehrfach angedeutet: Es handelt sich in der Regel um ältere (oft auch alleinstehende oder kontaktarme) Menschen, denen dieses Phänomen zwar nicht unbedingt Angst macht, aber darüber reden wollen sie auch nicht. Die Gründe sind bekannt. Wer will schon als geisteskrank eingestuft werden (denn Halluzinationen sind zusammen mit dem Wahn auch im Meinungsbild der Allgemeinheit die charakteristischsten Symptome einer Psychose oder Geisteskrankheit).

In Altenheimen wird man auf so etwas nur selten achten und in gerontopsychiatrischen Fach-Abteilungen muss man die schwersten Fälle betreuen, bei denen dann Wahn oder Halluzination wirklich zu einer (Alters-)Psychose gehören. Deshalb ist ein solches Phänomen in diesen Einrichtungen nur selten ein Problem.

Dagegen fand und findet man in Augenkliniken bei bis zu 10 bis 15% der älteren Patienten entsprechende Hinweise. Das legt zumindest die Vermutung nahe: Das Charles Bonnet-Syndrom ist häufiger als angenommen, nur eben aus verschiedenen Gründen verheimlicht bzw. nicht psychiatrisch diagnostiziert. Der Umstand, dass die Augenkliniken der Ort der Diagnose sind, legt also einen oder wahrscheinlich *den* entscheidenden Grund einer solchen Pseudo-Halluzination nahe, nämlich eine im fortgeschrittenen Alter verminderte Sehkraft.

Nachfolgend deshalb eine der interessantesten und wohl auch wegweisendsten Untersuchungen zu diesem Phänomen, wie sie 1996 in einer niederländischen Untersuchung in der international renommierten medizinischen Fachzeitschrift „The Lancet“ von R. J. Teunisse und Mitarbeitern publiziert wurde (Einzelheiten siehe Literaturverzeichnis), in vorliegender Nutzung übersetzt von P. Allen (Franz Bardon-Forschung, 2001: [www.geocities.com/franzbardon/CharlesBonnetSyndrome\\_d.html](http://www.geocities.com/franzbardon/CharlesBonnetSyndrome_d.html)). Im Einzelnen:

Bei der groß angelegten niederländischen Untersuchung zum Charles Bonnet-Syndrom (CBS), bei der von 505 sehbehinderten Patienten der Universitäts-Augenklinik von Nijmegen 60 über komplexe visuelle Halluzinationen berichteten, ergaben sich folgende epidemiologische Erkenntnisse:

- *Geschlechtsspezifisch* waren mehr als doppelt so viel Frauen wie Männer betroffen (was auch mit dem jeweiligen Alter zu tun hat – s. u.).
- Das *Alter* variierte zwischen 46 und 98 Jahren, bei einem allerdings durchschnittlichen Alter von mehr als 75 Jahren.
- Das durchschnittliche *Alter der Erstmanifestation* (erstmaliger Ausbruch dieser visuellen Halluzinationen) lag bei 72 Jahren.
- Die *Dauer des Phänomens* zur Zeit der Untersuchung reichte von einem Monat bis zu 30 Jahren. Etwa die Hälfte hatte solche Phänomene erst seit weniger als einem Jahr, ein Drittel zwischen einem und 5 Jahren und der Rest seit mehr als 5 Jahren.
- Die häufigsten augenärztlich nachgewiesenen *Beeinträchtigungen* dieser visuellen Halluzinationen finden sich im Kasten.

**Die häufigsten augenärztlichen Gründe für die visuelle Beeinträchtigung (in der Fachsprache):**

Makula-Degeneration (Zerstörung des „gelben Flecks“ der Netzhaut, dem Ort des schärfsten Sehens), Diabetes-Retinopathie (durch Zuckerkrankheit ausgelöste Erkrankung der Netzhaut), Glaukom (Erhöhung des Augeninnendrucks: „grüner Star“), Erkrankungen der Hornhaut u. a.

- Die *Häufigkeit der Halluzinationen* lag zwischen mehrmals täglich und bis zu zweimal jährlich. Bei den meisten blieb diese individuelle Frequenz konstant, bei einigen verminderte sie sich, nur wenige berichteten von immer häufigeren Erscheinungen.
- Die *Dauer der halluzinatorischen Episoden* reichte von wenigen Sekunden bis zu vielen Stunden.
- Der *Inhalt der Halluzinationen* war vielfältig und enthielt folgende Häufigkeitsverteilungen:

In der überwiegenden Zahl der Fälle (Mehrfachnennungen, deshalb in der Summe auch mehr als 100%) waren es Menschen, die auftauchten, meist Erwachsene, seltener Kinder, in der Regel Einzelpersonen, aber auch Gruppen. Nicht selten nur Köpfe oder Gesichter, bisweilen auch Miniatur-Männchen oder Liliputaner-Figuren. Etwas seltener waren Tiere, Pflanzen bzw. Bäume, ferner Gebäude oder andere Objekte, gelegentlich auch (wie in anderen Untersuchungen festgestellt wurde) Stoffreste, Steinhaufen, Raketen, u. a. Mitunter, wenn auch vergleichsweise selten, wird von ganzen Szenen berichtet.

**Die häufigsten Halluzinations-Inhalte:** Menschen (vor allem Erwachsene, seltener Kinder, aber auch Gesichter, Menschen-Gruppen oder Miniatur-Menschen), Tiere, Pflanzen, Blumen, Bäume, Gebäude, bewegliche Szenen u. a.

- *Thematisch* war der Inhalt der Halluzinationen in der Regel nicht weiter aufregend, konnte sogar durchaus lustig sein (z. B. bei den „Mini-Personen“ beispielsweise Mini-Polizeimännchen, Zwerge, Liliputaner u. a.). In Einzelfällen waren auch gespensterartige, z. B. durchscheinende oder leuchtende, durch den Gang schwebende Figuren möglich. Auch bizarre Bilder oder Szenen galt es zu ertragen (Drachen, eigenartig angezogene oder geschmückte Menschen), wenngleich ebenfalls nicht sonderlich beunruhigend. Auch sehr schöne oder anrührende Phänomene werden geschildert: Engel, wundervolle Blumensträuße, Gebirge oder Beete usw.
- Die meisten Ereignisse waren durchaus *variabel*. So kam eine relativ große Menge unterschiedlicher Sinnestäuschungen zustande, die bei jeder neuen halluzinatorischen Episode anders ausfielen. Manchmal wurden auch be-

stimmte Objekte mehrmals gesehen. So genannte stereotype Halluzinationen (also identische Objekte) sind eher selten.

- In *farblicher Hinsicht* waren diese Halluzinationen sowohl farbig (in der Mehrzahl der Fälle) als auch (gelegentlich) schwarz-weiß möglich.
- Im Vergleich zu Objekten der normalen Wahrnehmung konnten sie genauso *klar und deutlich* wie im Alltag oder weniger klar umrissen sein, mitunter erstaunlicherweise „noch klarer als in Wirklichkeit“.
- Was die *Dynamik*, also die Bewegung innerhalb des Bildes bzw. der Szene oder des Objektes anbelangt, so war in etwa gleich häufig zu erfahren: nie bewegt bzw. immer oder zumindest manchmal in Bewegung. Bisweilen bewegte sich die Halluzination auch gemeinsam mit den Bewegungen der Augen.
- Die meisten Patienten halluzinierten nur *mit offenen Augen*. Einige nahmen halluzinierte Objekte als durch die Luft schwebend wahr oder als an die Wand oder an die Decke projiziert. Auch wurde davon berichtet, dass sich die halluzinierten Objekte gut in die reale Umgebung eingefügt hätten (z. B. eine nicht wirkliche Person in einem vorhandenen Sessel sitzend. Die eher geringe Zahl jener Patienten, die mit geschlossenen Augen halluzinierten, nahmen die Trugwahrnehmungen in dem dunklen subjektiven Raum „hinter den Augenlidern“ wahr.
- Vier Fünftel aller Patienten gaben an, dass sie sich der *unwirklichen Natur ihrer Halluzinationen* sofort bewusst waren. Nur wenige gestanden ein, getäuscht worden zu sein, allerdings nur gelegentlich und dann für kurze Zeit. Und dies auch nur, wenn die halluzinierten Objekte wie Alltags-Objekte aussahen und genau in diese Umgebung passten.

So scheint es dann für andere Menschen auch leicht zu sein, die Patienten zu korrigieren, selbst während sie halluzinieren. Da sie sich ihrer Sinnes-täuschungen meist selber gleich bewusst sind und nur ganz selten und für begrenzte Zeit täuschen lassen, ist die Korrektur des Umfelds also ein hilfreich korrigierender Faktor – sofern er zustande kommt (d. h. sofern der Patient davon berichtet und ein Angehöriger beispielsweise erstaunt aber umgehend richtig stellt: „Aber hier gibt es doch gar keine Blumen“).

- Drei Viertel aller Patienten konnten *keine persönliche Beziehung* zu ihren Trugwahrnehmungen erkennen. Selbst wenn ihnen die halluzinierten Objekte bekannt waren, waren sie jedoch von keinerlei erkennbarer gemüts-mäßiger Bedeutung.

Es scheint ähnlich zu sein wie bei Träumen. Natürlich erlebt man seine Träume selber und allein und irgendwie haben sie schon etwas mit dem eigenen Leben zu tun. Aber in der Regel so abstrakt, abgehoben oder realitäts-fern, dass man sie gleich wieder vergisst. So auch bei den visuellen Halluzinationen der Seh-Behinderten.

Andererseits haben ja nicht wenige Träume auch einen „psychodynamisch relevanten Hintergrund“, können also etwas über die unbewusste Seelenlage des Betroffenen aussagen (und werden deshalb auch in der psychoanalytischen Traumdeutung genutzt). So kann natürlich im Einzelfall auch hier eine immer wiederkehrende Sinnestäuschung auf unbewusste Wünsche, Sorgen, Kümernisse oder erlebte Belastungen hinweisen. Doch das dürfte die Ausnahme sein. Manchmal taucht in solchen Trugwahrnehmungen deshalb auch ein früher nahestehender Verstorbener auf oder es wird an Objekte erinnert, die einem einmal etwas bedeutet haben.

### **Was kann visuelle Halluzinationen beeinflussen?**

Offensichtlich ist es den Betroffenen nicht gegeben, ihre Halluzinationen bewusst zu produzieren oder den Inhalt in irgendeiner Form willentlich zu beeinflussen. Allerdings fällt den meisten Patienten auf, dass bestimmte Umstände solche Trugwahrnehmungen erleichtern oder erschweren und einige scheinen sogar verschiedene Methoden zu entwickeln, um das Halluzinieren zu unterbrechen. Um was handelt es sich hier?

- **Umstände, die visuelle Halluzinationen fördern können**, sind beispielsweise
  - die *Tageszeit*, nämlich am ehesten am Abend oder in der Nacht, seltener mittags oder gar morgens.
  - Auch die *jeweils herrschende Beleuchtungsstärke* hat einen Einfluss, nämlich zumeist schwache Beleuchtung und eher selten helles Tageslicht.
  - *Weitere halluzinations-fördernde Umstände* sind Sich-Zuhause-befinden, Inaktivität, Alleine-Sein und (eher selten) Anstrengung, Nervosität, Stress, Fernsehen schauen, in einem Auto sitzen, ein Beruhigungsmittel einnehmen oder die Folgen einer Lasertherapie der Augen.
- **Methoden, die die Halluzinationen unterbrechen können** sind beispielsweise

- *Einfluss der Augenlider*, und hier eher geschlossene als offene Augen.
- *Auf das halluzinierte Phänomen zugehen*, also auf Menschen, Tiere, Pflanzen, unbelebte Objekte u. a.
- Oder - sofern man sich überhaupt damit beschäftigt hat - *andere Methoden* wie Wegschauen, Weggehen, Lichtmachen, die Augen schnell bewegen, blinzeln, die Halluzination fixieren, sich auf etwas anderes konzentrieren, die Halluzination zu schlagen versuchen, anzuschreien u. a.

### **Die emotionalen Auswirkungen der visuellen Halluzinationen**

Sinnestäuschungen im Allgemeinen und optische Trugwahrnehmungen im Speziellen können nicht ohne gemütsmäßige Folgen bleiben. Dies gilt auch für jene visuellen Halluzinationen, die keine pathologischen Ursachen haben, also nicht auf eine seelische oder Geisteskrankheit zurückgehen.

Trotzdem scheinen Patienten mit einem Charles Bonnet-Syndrom erstaunlich wenig beeindruckt oder gar belastet: Nur jeder Dritte gab zumeist Angst oder gar Ärger an, was diese optischen Fehlwahrnehmungen anbelangt. Ein Fünftel empfand zumindest gemischte Gefühle und bei mehr als jedem Dritten war die emotionale Reaktion neutral („eher gleichgültig“). Etwa jeder Zehnte war hingegen erfreut und sogar amüsiert und interpretierte solche Erlebnisse damit durchaus positiv.

Die allgemeine Gefühlswelt bzw. das Wohlbefinden von drei Vierteln aller Patienten war auf jeden Fall nicht gestört. Nur etwa jeder Vierte fand die Halluzinationen unangenehm und hoffte, sie mögen bald wieder aufhören. Etwa 10% fühlten sich allerdings so sehr gestört, dass sie bereit gewesen wären, diese Halluzinationen mit Hilfe von Medikamenten zu unterdrücken (sofern möglich, was aber nicht der Fall ist – siehe später).

Interessant ist aber vor allem eines: Drei Viertel aller Patienten hatten ihre außergewöhnlichen Erfahrungen ihren Ärzten nicht mitgeteilt. Die einen befürchteten, dass sie ihr Arzt nicht ernst nehmen würde und/oder denken könnte, sie seien geisteskrank (was in der Tat nicht so abwegig erscheint – siehe unten). Die anderen dachten sich, dass diese Beschwerden nicht in die Zuständigkeit des (Haus-)Arztes fallen dürften, blieben also auch in diesem Falle zurückhaltend.

Tatsächlich ist die Erfahrung, die Patienten mit visuellen Halluzinationen bei ihren Ärzten machen, nicht sehr ermunternd. Das reicht von „Reden Sie doch nicht solch dummes Zeug daher“ bis zur (falschen) Diagnose einer wahnhaften Störung oder gar Schizophrenie mit entsprechenden Medikamenten (Neuro-

leptika), die aber in diesem Fall nichts bringen und nur eine Reihe von behindernden Nebenwirkungen provozieren. Und selbst bei Augenärzten, denen solche Phänomene noch am ehesten berichtet werden, scheint nicht allzu viel Beruhigendes für den Patienten herauszuspringen.

### **Visuelle Halluzinationen durch sensorische Deprivation?**

In der Fachliteratur diskutiert man schon länger darüber, ob visuelle Halluzinationen eine Neuschöpfung der Phantasie sind oder ob es sich um früher real erlebte und gesehene Objekte handelt. Offenbar ist beides möglich. Meist können sich die Betroffenen nicht daran erinnern, das Ganze schon einmal in Wirklichkeit gesehen zu haben (vor allem wenn es sich um skurrile Dinge wie kleine Männchen, Monster oder Zwerge handelt). Es ist aber auch nicht auszuschließen, dass manche scheinbar unbekannte Objekte früher doch einmal gesehen wurden, später aber wieder vergessen worden sind, weil sie keine besondere Bedeutung hatten.

Auch die Frage, ob solche Halluzinationen von bestimmten Wünschen oder Befürchtungen beeinflusst seien, ist nicht definitiv zu klären. Auch hier dürfte alles möglich sein, je nach emotional bedeutungsvollem oder unbedeutendem Inhalt.

Was auf jeden Fall allseits akzeptiert und für die „Behandlung“ bzw. Vorbeugung wichtig ist, sind die auslösenden Umstände solcher Halluzinationen. Und hier dominieren die Faktoren „Reizausschaltung“ und „Verminderung der Wachheit (Vigilanz)“. Auch die zeitlichen Aspekte wie Abend, Nacht und früher Morgen bzw. „untätig oder zu Hause sein“, allein, isoliert u. a. zielen in die gleiche Ursachen-Richtung. Die therapeutischen bzw. vorbeugenden Konsequenzen sind klar: die Wachheit bzw. Stimulation der Sinnesorgane verstärken (was nicht nur die Augen betrifft).

Aus wissenschaftlicher Sicht scheint es neben der Visusminderung vor allem das zu sein, was die Psychologen und Psychiater eine „sensorische (oder sensorielle) Deprivation“ nennen. Oder auf deutsch, eine „Sinnesberaubung“.

Tatsächlich kann man im Experiment durch langanhaltende und vollständige Ausschaltung aller Sinneseindrücke (Sehen, Hören, Schmecken, Riechen, Tasten) eine starke Suggestibilität (Beeinflussbarkeit), eine Störung des normalen Denkablaufs, Konzentrationsschwäche, ja depressive Verstimmungen und in einzelnen Fällen selbst bei gesunden Personen Sinnestäuschungen oder Trugwahrnehmungen auslösen. So etwas kennt man als Extremfolgen sozialer Isolierung beispielsweise bei einsamen Seglern, Polarforschern oder Schiffsbrüchigen, die sehr ausführlich und plastisch darüber zu berichten wissen. Und so etwas kann man auch im „menschlichen Experiment“ nachstellen – mit den gleichen Folgen.

Nicht so extrem, aber andeutungsweise ähnlich als Auslöser gelten ggf. höheres Alter sowie Rückzug mit Isolationsgefahr und/oder eine Sehschwäche (Visusminderung). Im höheren Alter käme dazu wahrscheinlich noch eine altersbedingte zerebrale (Gehirn-)Funktionsstörung, bei der schon für sich gesehen visuelle Halluzinationen nicht auszuschließen sind.

Betroffen sind demnach vor allem alleinstehende oder auch in einer Gemeinschaft isolierte ältere Menschen (ledig, verwitwet). Möglich ist es aber auch durch eine besonders ausgeprägte Sehschwäche im ansonsten hinreichend lebhaften und damit stimulierenden Familien-Rahmen.

### **Was kann man tun?**

Die beste Therapie ist die erwähnte Prävention, also Vorbeugung. Und hier einfach Aktivität: seelisch, geistig, körperlich (auch wenn es auf allen drei Ebenen gute Argumente gibt, warum es „in Gottes Namen“ nicht mehr so gut geht, vor allem was die körperliche Beweglichkeit anbelangt). „Stimulation“ ist und bleibt also das wichtigste Stichwort bzw. gezielt: sensorische (Sinnesorgane) und psychosoziale Stimulation durch vermehrte Kontakte und anregende Umgebung.

Medikamentös – da sind sich die Wissenschaftler einig – kann man wenig machen. Es ist auch nicht zwingend. Schon gar nicht durch so genannte hoch- und mittelpotenten Neuroleptika (Antipsychotika, also gegen eine Geisteskrankheiten wirksam), die für krankhafte(!) Halluzinationen die sinnvollste medikamentöse Alternative sind. Das Gleiche gilt für den hausärztlich gerne bevorzugten Kompromiss, nämlich die so genannten niederpotenten Neuroleptika, die also nur wenig antipsychotisch und damit nebenwirkungs-trächtig, dafür mehr dämpfend wirken.

Sie alle bringen nur Müdigkeit und die gefürchteten extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen (siehe das entsprechende Kapitel über Neuroleptika), die den Rückzug und die Isolationsgefahr noch verstärken.

Neuroleptika (Antipsychotika) beeinflussen die visuellen Halluzinationen offensichtlich nicht positiv; in vielen Fällen belasten sie nur noch mehr durch ihre Nebenwirkungen.

Wenn es denn je Medikamente sein müssen, dann diskutiert man pharmakotherapeutisch die so genannten Phasenprophylaktika Carbamazepin(?) oder Valproat, zwei Antiepileptika (gegen Krampfanfälle), die sich als Rückfallschutz bei manisch-depressiven Störungen bewährt haben und ggf. auch bei hart-



näckigen und belastenden visuellen Halluzinationen versucht werden können – wenn tatsächlich unerlässlich.

## LITERATUR

Die Erstbeschreibung durch Charles Bonnet geht zwar schon auf das Jahr 1760 zurück. Auch die Zahl der Betroffenen dürfte – wie erwähnt – deutlich höher sein, als statistisch in der Fachliteratur erfasst. Doch die Zahl der Fach-Publikationen hält sich in Grenzen (populärmedizinisch ist uns darüber hinaus nichts Umfassenderes bekannt). Nachfolgend deshalb nur eine Übersicht zu deutschsprachigen Lehrbüchern oder Fachartikeln, in denen das Charles Bonnet-Syndrom – wenn auch kurz – beschrieben wird.

**APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR).** Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2003

**Berger, M.: Psychische Erkrankungen.** Verlag Urban & Fischer, München-Jena 2004

**Bonnet, C.: Essai analytique sur les facultés de l'âme.** Verlag Philibert, Kopenhagen-Genf 1760 (Erstbeschreibung)

**Diederich, N.J. u. Mitarb.: Die optischen Halluzinationen des Parkinson-Patienten und das Charles Bonnet-Syndrom.** Fortschr. Neurol. Psychiatr. 68 (2000) 129

**Faust, V., C. Scharfetter: Psychopathologie 1 bis 13.** Enke-Verlag, Stuttgart 1997 bis 2000 (Broschüren-Reihe)

**Fuchs, T.: Wahnkrankheiten.** In: H. Helmchen u. Mitarb. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Band 5: Schizophrenie und affektive Störungen. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000 (von diesem Autor auch englischsprachige Publikationen zum Thema)

**Förstl, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2003 (dort auch weitere englischsprachige Literatur-Hinweise)

**Fuchs, T.: Isolierte Wahnformen und Halluzinosen.** In: H. Förstl (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie. Enke-Verlag, Stuttgart 1997

*Görgens, K, M. Liedtke:* **Charles Bonnet-Syndrom.** Psychiatr. Prax. 25 (1998) 85

*Kömpf, D.:* **Visuelle Halluzinationen – neurologische Aspekte.** Nervenarzt 64 (1993) 360

*Kurz, A.:* **Andere organische psychische Störungen.** In: H.-J. Möller u. Mitarb. (Hrsg): **Psychiatrie & Psychotherapie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2003

*Möller, H.-J. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Psychiatrie & Psychotherapie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2003

*Olbrich, H.M.:* **Optische Halluzinationen bei älteren Menschen mit Erkrankungen des Auges (Charles Bonnet-Syndrom).** In: H.M. Olbrich (Hrsg.): **Halluzination und Wahn.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1987

*Podoll, K., M. Osterheider, J. Noth:* **Das Charles Bonnet-Syndrom.** Fortschr. Neurol. Psychiatr. 57 (1989) 43

*Scharfetter, C.:* **Allgemeine Psychopathologie.** Thieme-Verlag, Stuttgart, New York 2002

*Teunisse, R.J. u. Mitarb.:* **Visual hallucinations in psychologically normal people: Charles Bonnet's syndrome.** The Lancet 374 (1996) 794 (englischsprachige Publikation, auf den in vorliegender Publikation in Anlehnung an die Übersetzung von P. Allen (Franz Bardon-Forschung, 2001) Bezug genommen wird.

*Waespe, W., M. Stäubli:* **Intermittierende visuelle Halluzinationen.** Schweiz. Med. Wochenschr. 128 (1998) 679

*Wetterling, T.:* **Organische psychische Störungen – Hirnorganische Psychosyndrome.** Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2002 (dort auch weitere englischsprachige Literatur-Hinweise)

Unter Mitarbeit von Dr. J. Tenter, Chefarzt der Gerontopsychiatrischen Abteilung am Zentrum für Psychiatrie Die Weissenau, Ravensburg
---