

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeuroNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

Esoterik und Psychose // Esoterism and psychosis

Hinterbuchinger B, Mossaheb N

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2017; 18 (3), 103-105

Homepage:

www.kup.at/

JNeuroNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

UPDATE

Spezifische Migräneprophylaxe mit CGRP-Antikörpern in der Praxis

VORTRAGENDE

Dr.ⁱⁿ Sonja-Maria Tesar

Medizinische Direktorin des LKH Wolfsberg und Leiterin der Kopfschmerzambulanz am Klinikum Klagenfurt
Präsidentin der Österreichischen Kopfschmerzgesellschaft

Dr. Francis Baudet

Facharzt für Allgemeinmedizin, spezielle Schmerzmedizin und psychotherapeutische Medizin



INHALTE & FORTBILDUNGSZIELE

- Differentialdiagnose Kopfschmerz und Migräne
- Aktueller Wissensstand zur Pathophysiologie der Migräne
- Warum ist Migräneprophylaxe wichtig?
- Wer kann von der modernen Migräneprophylaxe profitieren?
- Wie wirken CGRP-Antikörper und wie werden sie in der Praxis angewendet?
- Welche Bedeutung haben die unterschiedlichen Verabreichungsformen und Verabreichungsintervalle in der Praxis?
- Was sind die Spezifika der neuen Therapie mit Eptinezumab?
- Gatekeeper:in Hausärzt:in: Die wichtige Rolle der Allgemeinmediziner:innen bei der Migränetherapie
- Zahlen, Fakten, Q & A rund um Migräneprophylaxe mit CGRP-Antikörpern



2 DFP-Punkte



LINK ZUM E-LEARNING

[https://learn.meindfp.at/evaluate/
org/44238808/courses/
view-event?item_id=65379886](https://learn.meindfp.at/evaluate/org/44238808/courses/view-event?item_id=65379886)

Fortbildung verfügbar bis 29.2.2026

Esoterik und Psychose

B. Hinterbuchinger, N. Mossaheb

Kurzfassung: Unter der Annahme eines Kontinuums von psychotischen Symptomen und psychoseartigem Erleben innerhalb unterschiedlicher Gruppen ist die Bedeutung von psychoseartigen Erfahrungen in nicht-klinischen Populationen weiterhin unklar. Ein positiver Zusammenhang und phänomenologische Ähnlichkeiten zwischen psychoseartigen Erfahrungen, psychotischer Symptomatik und paranormalen Überzeugungen wurden in Studien beschrieben. Die Untersuchung von psychoseartigen Erfahrungen in spezifischen Subgruppen als potenzielles Übergangsphänomen kann möglicherweise wei-

tere Erkenntnisse hinsichtlich der Entwicklung entlang des beschriebenen Psychosekontinuums liefern.

Schlüsselwörter: Psychosekontinuum – Esoterik – Psychose – Psychoseartige Erfahrungen

Abstract: Esoterism and psychosis. Assuming a continuum of psychotic symptoms and psychotic-like experiences within different groups, the meaning of psychotic-like experiences in

non-clinical populations is still indistinct today. A positive relationship and phenomenological similarity has been shown between psychotic-like experiences, psychotic symptoms and paranormal beliefs. Exploring psychotic-like experiences in special subgroups might foster further knowledge on psychotic development along the psychosis continuum. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2017; 18 (3): 103–5.**

Keywords: Psychosis continuum – Esoterism – Psychosis – Psychotic-like experiences

■ Das Psychosekontinuum

In den letzten Jahrzehnten wurde vielfach ein Kontinuum psychotischer Erlebnisse beschrieben, welches von psychoseartigen Erfahrungen bei gesunden Individuen aus der Allgemeinbevölkerung auf dem einen Ende [1] über psychotische Symptome bei Patienten mit Angst- oder affektiven Erkrankungen [2] bis hin zu manifest psychotischen Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis [3–5] auf dem anderen Ende reicht. Psychotische Positivsymptomatik wird somit als Spektrum mit phänomenologischer Kontinuität zwischen diesen Polen postuliert [6]. Das in den letzten Jahrzehnten entwickelte prospektive Konzept des „at-risk mental state“ (ARMS) für die Entwicklung einer Psychose basiert auf der Annahme eines solchen Psychosekontinuums, in dessen Rahmen es zu einem zunehmenden Leidensdruck, zu Beeinträchtigungen und zu einer Persistenz von zunächst psychosefernen, später psychose-nahen Symptomen und schließlich unter Umständen zur Entwicklung einer psychotischen Erstmanifestation kommt [1].

Die operationalisierten Kriterien nach Alison Yung des „ultra-hohen Risikos“ (UHR) für die Entwicklung einer Psychose beinhalten:

- i) abgeschwächte psychotische Symptome (Attenuated Psychotic Symptoms, APS): Symptome, die hinsichtlich Frequenz und Intensität die ICD-10- oder DSM-IV-TR-Kriterien einer psychotischen Störung nicht erfüllen;
- ii) transiente, maximal eine Woche anhaltende, spontan remittierende, manifest psychotische Symptome (Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms, BLIPS) oder
- iii) eine Familienanamnese psychotischer Störung bei erstgradig Verwandten oder eine schizotype Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV-TR bei der betroffenen Person selbst mit signifikantem Leistungsknick im letzten Jahr [7].

Erstere Gruppe hat unter dem Begriff des „attenuierten Psychosesyndroms“ im DSM-5 unter der Rubrik jener Syndrome mit weiterem Forschungsbedarf Platz gefunden [8]. Im Gegensatz zur beschriebenen abgeschwächten psychotischen Symptomatik, welche mit Leidensdruck und hilfesuchendem Verhalten der Betroffenen einhergeht, stehen die psychoseartigen Erfahrungen (psychotic-like experiences, PLE) in der Allgemeinbevölkerung, welche als psychotische Symptome bei Abwesenheit von Krankheit definiert sind [6].

Hinsichtlich der Definitionen und verwendeten Untersuchungsinstrumente für psychoseartige Erfahrungen besteht eine deutliche Heterogenität, was die Vergleichbarkeit von Studien erschwert und in einem fehlenden Konsens zur klinischen Bedeutsamkeit resultiert [9]. In einer Metaanalyse von J. Van Os wurde für psychoseartige Erfahrungen eine Prävalenz von 5–8 % in der allgemeinen Bevölkerung beschrieben [1]. Die Untersuchung von Faktoren, welche eventuell den Übergang von psychoseartigen Erfahrungen zur klinisch manifesten psychotischen Erkrankung beeinflussen oder begünstigen, kann möglicherweise einen Beitrag zur Früherkennung und gezielten Prävention während des Prodromalstadiums einer psychotischen Erkrankung liefern [10].

■ Psychose und Esoterik

Der Glaube an Esoterik und paranormale Praktiken wie Telepathie, Hellseherei oder Mediumismus ist in der allgemeinen Bevölkerung häufig [11]. Paranormale Phänomene sind definiert als Erfahrungen und Überzeugungen, welche die Grenzen der Wissenschaft überschreiten und inkompatibel mit normativen Wahrnehmungen, Ansichten oder Erwartungen in Bezug auf die Realität sind [12]. Es besteht ein fließender Übergang hinsichtlich Definition und Inhalt in den Bereich der Esoterik, welche nach Scharfetter als eine „für den Uneingeweihten undurchschaubare Geheimlehre“ definiert und von den Begriffen der Religion und Spiritualität abzugrenzen ist [13]. Im letzten Jahrzehnt lag der Fokus zahlreicher neuropsychiatrischer Studien auf paranormalen Erfahrungen und Überzeugungen, um als mögliches Übergangsphänomen zwischen gesundem Erleben und Psychopathologie Kenntnisse zur Entwicklung manifest psychotischer Erkrankungen zu gewinnen [14].

Eingelangt am 31.03.2017, angenommen nach Überarbeitung am 12.06.2017, Pre-Publishing Online am 24.07.2017

Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie, Medizinische Universität Wien

Korrespondenzadresse: Dr. Barbara Hinterbuchinger, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie, Medizinische Universität Wien, A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20, E-Mail: barbara.hinterbuchinger@meduniwien.ac.at

Diese nicht durch naturwissenschaftliche Gesetze erklärbar- en Überzeugungen und Phänomene weisen phänotypische Ähnlichkeiten zu psychoseartigen Erfahrungen auf [15], wobei eine Beziehung zwischen diesen wiederholt in Studien beschrieben wurde: Einerseits besteht bei Personen mit paranormalen Überzeugungen eine hohe Ausprägung an psychoseartigen Symptomen [16–18]. Zudem berichten Patienten mit Schizophrenie und schizotyper Störung häufiger über paranormale Überzeugungen und Erfahrungen mit Telepathie oder außerkörperlichen Erlebnissen („out-of-body experiences“) [19–21]. Als ursächlich daran beteiligt scheinen ähnliche kognitive Muster wie eine gesteigerte Bedeutungsfindung in Zufällen [22, 23] sowie kognitive Biases bei psychotischen Patienten, Menschen mit psychoseartigen Erfahrungen und Individuen mit paranormalen Überzeugungen [16, 24, 25] zu sein. Alternativ dazu wurde diskutiert, ob weniger der tatsächliche Inhalt einer Überzeugung als vielmehr die subjektive Bewertung des Betroffenen als Risikofaktor zur Wahnenstehung verantwortlich zu machen ist [26]. Studien deuten darauf hin, dass psychoseartige Erfahrungen ohne Distress auftreten, wenn von der betroffenen Person eine übernatürliche oder spirituelle Interpretation für das Erlebte gefunden werden kann [27–29]. In diesem Zusammenhang ist möglicherweise auch das Konzept des „healthy schizotypes“ zu betrachten, in dessen Rahmen außerkörperliche Erfahrungen („out-of-body experiences“) verbunden mit Veränderungen der Wahrnehmung bei den Betroffenen auftreten, jedoch keine Beeinträchtigungen der Kognition oder des psychosozialen Funktionsniveaus vorhanden sind [17]. Distress scheint somit bei Individuen mit schizotyper Störung bei paranormalen Erfahrungen abhängig von zusätzlichen kognitiven Beeinträchtigungen zu sein [30].

Der Unterschied zwischen psychoseartigem Erleben bei Menschen mit paranormalen Überzeugungen oder Angehörigen von spirituellen Gemeinschaften zur klinisch manifesten psychotischen Erkrankung scheint sich nicht nur in der Quantität der produktiven Erfahrungen, sondern auch im Leidensdruck der subjektiven Bewertung sowie zusätzlich auftretender kognitiver Beeinträchtigungen der Betroffenen widerzuspiegeln. In der Gruppe jener Patienten mit diagnostizierbaren, manifest psychotischen Erkrankungen zeigen sich häufiger Beeinträchtigungen der Kognition und Aufmerksamkeit sowie vermehrt depressive Symptome und Angstsymptomatik [31]. Moreira-Almeida beschreibt zudem die Dauer der psychoseartigen Episoden innerhalb spirituellen Erlebens als kürzere, ohne Leidensdruck einhergehende Episoden mit Kontrollfähigkeit der betroffenen Individuen, welche im Gegensatz zu den klinisch manifest psychotischen Patienten mit keinerlei Beeinträchtigungen des sozialen oder beruflichen Funktionsniveaus einhergehen [32].

Auch bei Mitgliedern sogenannter „new religious movements“ (NRM) wie beispielsweise die Hare-Krishna-Bewegung oder Druiden fanden sich im Vergleich zu nicht religiösen Kontrollgruppen oder christlichen Glaubensgemeinschaften signifikant häufiger Überzeugungen hinsichtlich magischer und übernatürlicher Kräfte, Telepathie und Wahrnehmungsveränderungen, jedoch keinerlei Unterschiede betreffend der kognitiven Prozesse [33]. Innerhalb religiöser Erfahrungen ist die Grenzsetzung zu psychopathologischen Auffälligkeiten ebenso nicht immer eindeutig. Während in strenggläubigen katholi-

schen Gemeinschaften Visionen der Jungfrau Maria akzeptiert oder sogar sozial erwünscht sind, werden diese in anderen Kulturkreisen oder Glaubenssystemen zumeist als optische Halluzinationen und somit psychopathologische Auffälligkeit gewertet [34, 35]. Greenberg und Witztum beschrieben psychotische Symptome im Vergleich zu religiösen oder spirituellen Erfahrungen als für die Betroffenen intensiveres, häufiger beängstigendes Erleben mit einhergehendem Verlust an sozialen Kompetenzen und Selbstfürsorgedefizit [36]. Zudem gilt zu differenzieren, ob eine religiöse Erfahrung oder ein Glaubenssatz idiosynkratisch oder als Ausdruck von gesellschaftlich anerkannten Einstellungen, Praktiken und Ideen zu werten ist. So wird das Reden in Zungen, die sogenannte Glossolalie, bei Anhängern der Pfingstbewegung als nicht von der Norm abweichend gewertet, jedoch außerhalb dieses Glaubenssystems möglicherweise durchaus als pathologisch eingeschätzt [37].

Offen bleibt, ob paranormale und spirituelle Überzeugungen und Deutungen als Erklärungsmodelle und dadurch als mögliche Copingstrategien für Patienten mit psychoseartigen Erfahrungen oder bereits manifest psychotischen Symptomen dienen können [38], indem sie eine „Illusion der Kontrolle“ zur Bewältigung nicht erklärbarer Lebensereignisse und einen kognitiven Rahmen zur Strukturierung, Verstehbarkeit und Bewältigung von besonderen Erlebnissen liefern [39, 40]. Folglich ist zu hinterfragen, ob sich hinter dem Vorhang esoterischer Praktiken und paranormaler Überzeugungen mitunter manifest psychotisch erkrankte Patienten verbergen, welche Erklärungen für ihr Erleben innerhalb dieser speziellen Subgruppen suchen. Eine mögliche, damit einhergehende Gefahr besteht darin, dass die Suche nach Erklärungsmodellen innerhalb dieser speziellen Subgruppen, in denen psychoseartige Erfahrungen nicht nur häufig, sondern eventuell sogar erwünscht sind, die Etablierung einer möglicherweise indizierten antipsychotischen Therapie unter Umständen verzögern kann. Betrachtet man übernatürliche Interpretationen psychotischer Symptomatik im transkulturellen Kontext, zeigen sich hinsichtlich der „Dauer der unbehandelten Psychosen“ (DUP) divergierende Resultate, wobei in einigen Studien ein Zusammenhang zwischen übernatürlichen Erklärungsmodellen und einer verlängerten DUP aufgezeigt werden konnte [41, 42].

In einer rezenten Studie wurden akustische Halluzinationen bei nicht Hilfe suchenden „hellhörigen Medien“, welche berichteten, regelmäßig akustische Botschaften aus anderen Dimensionen zu erhalten, mit jenen psychotischer Patienten verglichen. Es wurden einerseits Ähnlichkeiten in der akustischen Charakteristik, jedoch gravierende Unterschiede in der Interpretation und der affektiven Response der Betroffenen aufgezeigt [43]. Jene „hellhörigen“ Individuen wiesen eine gewisse Kontrollfähigkeit hinsichtlich Beginn und Ende der Halluzinationen auf und schrieben den gehörten Stimmen eher eine schützende und wohlwollende Rolle zu, wohingegen die Patientengruppe diesen vermehrt eine negative und übelwollende Qualität zuschrieb, was mit einem höheren Grad an Distress einherging.

Tatsächlich scheint die Kontrollfähigkeit über ungewöhnliche Erlebnisse bzw. der Verlust dieser im transkulturellen Kontext maßgeblich daran beteiligt, ob die betroffene Person in ihrem sozialen Umfeld als krank wahrgenommen wird [44].

Im Jahr 1989 wurde die Kontrollfähigkeit über akustische Halluzinationen von Honig et al. innerhalb einer Population von nicht Hilfe suchenden Stimmenhörern beschrieben [45]. Auch in anthropologischen Studien konnte aufgezeigt werden, dass sich Schamanen oder spirituell tätige Person, welche innerhalb kleinerer Dorfgemeinschaften übersinnliche Botschaften als Medien „kanalisieren“, einen Grad an Kontrolle über ihre akustischen Halluzinationen aufweisen konnten [46].

Letztlich gilt es nicht, paranormale Überzeugungen und Praktiken zu pathologisieren oder unmittelbar mit einem erhöhten Risiko für eine psychotische Erkrankung gleichzusetzen; die Beschäftigung mit möglichen Übergangsphänomenen und die weitere Erforschung dieser psychoseartigen Erfahrungen bei nicht Hilfe suchenden Menschen aus der Allgemeinbevölkerung kann jedoch möglicherweise zu Kenntnissen zur Psychoseentwicklung, präventiven und permissiven Faktoren und somit zur Früherkennung im Prodromalstadium der Psychose beitragen.

■ Relevanz für die Praxis

- Eine differenzierte Herangehensweise bei der Diagnostik und Behandlung könnte bei Menschen mit Interesse an esoterischen Praktiken unter der Annahme eines Kontinuums zwischen Esoterik und psychotischen Erfahrungen besonders relevant sein.
- Es sollte in Betracht gezogen werden, dass sich unter dem Deckmantel esoterischer Erfahrungen nicht nur psychoseartige, sondern auch bereits manifeste psychotische Erkrankungen verbergen können.
- Die Integration des individuellen Krankheitskonzeptes der Patienten kann die therapeutische Beziehung und somit positive Behandlungsverläufe fördern.

■ Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

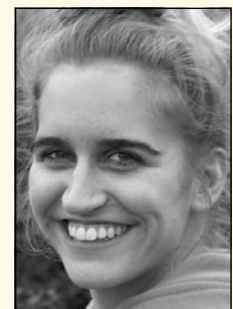
Literatur:

1. Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psych Med* 2009; 39: 179–95.
2. Hanssen M, Peeters F, Krabbendam L, Radstake S, et al. How psychotic are individuals with non-psychotic disorders? *Soc Psych Epidemiol* 2003; 38: 149–54.
3. Nuevo R, Chatterji S, Verdes E, Naidoo N, et al. The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophr Bull* 2012; 38: 475–85.
4. Morgan C, Fisher H, Hutchinson G, Kirkbride J, et al. Ethnicity, social disadvantage and psychotic-like experiences in a healthy population based sample. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119: 226–35.
5. Verdoux H, van Os J. Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophr Res* 2002; 54: 59–65.
6. Kelleher I, Cannon M. Psychotic-like experiences in the general population: characterizing a high-risk group for psychosis. *Psychol Med* 2011; 41: 1–6.
7. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey SM, et al. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk (“prodromal”) group. *Schizophr Res* 2003; 60: 21–32.
8. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5®). American Psychiatric Association, Pub; 2013.
9. Lee KW, Chan KW, Chang WC, Lee EH, et al. A systematic review on definitions and assessments of psychotic-like experiences. *Early Interv Psychiatry* 2016; 10: 3–16.
10. Preti A, Cella M. Randomized-controlled trials in people at ultra high risk of psychosis: a review of treatment effectiveness. *Schizophr Res* 2010; 123: 30–6.
11. Pechey R, Halligan P. The prevalence of delusion-like beliefs relative to sociocultural beliefs in the general population. *Psychopathology* 2011; 44: 106–15.
12. Tobacyk J, Milford G. Belief in paranormal phenomena: Assessment instrument development and implications for personality functioning. *J Personal Soc Psychol* 1983; 44: 1029.
13. Scharfetter C. [Occultism, parapsychology and the esoteric from the perspective of psychopathology]. *Fortschr Neurol Psych* 1998; 66: 474–82.

14. Brugger P, Mohr C. The paranormal mind: How the study of anomalous experiences and beliefs may inform cognitive neuroscience. *Cortex* 2008; 44: 1291–8.
15. Cella M, Vellante M, Preti A. How psychotic-like are paranormal beliefs? *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2012; 43: 897–900.
16. Lawrence E, Peters E. Reasoning in believers in the paranormal. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192: 727–33.
17. McCreery C, Claridge G. Healthy schizotypy: The case of out-of-the-body experiences. *Personal Individ Diff* 2002; 32: 141–54.
18. Thalbourne MA. Belief in the paranormal and its relationship to schizophrenia-relevant measures: a confirmatory study. *Br J Clin Psychol* 1994; 33: 78–80.
19. Peters E, Joseph S, Day S, Garety P. Measuring delusional ideation: the 21-item Peters et al. Delusions Inventory (PDI). *Schizophr Bull* 2004; 30: 1005–22.
20. Hergovich A, Schott R, Arendasy M. On the relationship between paranormal belief and schizotypy among adolescents. *Pers Individ Diff* 2008; 45: 119–25.
21. Wolfradt U, Oubaid V, Straube ER, Bischoff N, Mischo J. Thinking styles, schizotypal traits and anomalous experiences. *Pers Individ Diff* 1999; 27: 821–30.
22. Brugger P, Taylor KI. ESP: extrasensory perception or effect of subjective probability? *J Consc Stud* 2003; 10: 221–46.
23. Mohr C, Blanke O, Brugger P. Perceptual aberrations impair mental own-body transformations. *Behav Neurosci* 2006; 120: 528.
24. Blackmore S, Trościanko T. Belief in the paranormal: Probability judgements, illusory control, and the ‘chance baseline shift’. *Br J Psychol* 1985; 76: 459–68.
25. Wierzbicki M. Reasoning errors and belief in the paranormal. *J Soc Psychol* 1985; 125: 489–94.
26. Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Freeman D, Bebbington PE. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychol Med* 2001; 31: 189–95.
27. Brett C, Peters E, McGuire P. Which psychotic experiences are associated with a need for clinical care? *Eur Psych* 2015; 30: 648–54.
28. Wigman JT, Vollenbergh WA, Raaijmakers OA, Iedema J, et al. The structure of the extended psychosis phenotype in early adolescence—a cross-sample replication. *Schizophr Bull* 2011; 37: 850–60.
29. Preti A, Cella M, Raballo A, Vellante M. Psychotic-like or unusual subjective experiences? The role of certainty in the appraisal of the subclinical psychotic phenotype. *Psych Res* 2012; 200: 669–73.
30. Schofield K, Claridge G. Paranormal experiences and mental health: Schizotypy as an underlying factor. *Pers Individ Diff* 2007; 43: 1908–16.
31. Lovatt A, Mason O, Brett C, Peters E. Psychotic-like experiences, appraisals, and trauma. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198: 813–9.
32. Moreira-Almeida A, Cardena E. Differential diagnosis between non-pathological psychotic and spiritual experiences and mental disorders: a contribution from Latin American studies to the ICD-11. *Rev Bras Psi* 2011; 33 (Suppl 1): S21–36.
33. Day S, Peters E. The incidence of schizotypy in new religious movements. *Pers Individ Diff* 1999; 27: 55–67.
34. Johnson CV, Friedman HL. Enlightened or delusional? Differentiating religious, spiritual, and transpersonal experiences from psychopathology. *J Hum Psychol* 2008; 48: 505–27.
35. Fukuyama MA, Sevig TD. Integrating spirituality into multicultural counseling. Sage Publications; 1999.
36. Greenberg D, Witzum E. Problems in the treatment of religious patients. *Am J Psychother* 1991; 45: 554–65.
37. Lovinger RJ. Working with religious issues in therapy. Jason Aronson; 1984.
38. Rogers P, Qualter P, Phelps G, Gardner K. Belief in the paranormal, coping and emotional intelligence. *Pers Individ Diff* 2006; 41: 1089–105.
39. Langer EJ. The illusion of control. *J Pers Soc Psychol* 1975; 32: 311.
40. Irwin HJ. Belief in the paranormal: A review of the empirical literature. *J Am Psych Res* 1993; 87: 1–39.
41. Mbewe E, Haworth A, Welham J, Mubanga D, et al. Clinical and demographic features of treated first-episode psychotic disorders: a Zambian study. *Schizophr Res* 2006; 86: 202–7.
42. Burns JK, Jhazbhay K, Kidd M, Emsley RA. Causal attributions, pathway to care and clinical features of first-episode psychosis: a South African perspective. *J Soc Psych* 2011; 57: 538–45.
43. Powers AR, 3rd, Kelley MS, Corlett PR. Varieties of Voice-Hearing: Psychics and the Psychosis Continuum. *Schizophr Bull* 2017; 43: 84–98.
44. Murphy JM. Psychiatric labeling in cross-cultural perspective. *Science* 1976; 191: 1019–28.
45. Honig A, Romme MA, Ensink BJ, Escher SD, et al. Auditory hallucinations: a comparison between patients and nonpatients. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186: 646–51.
46. Larøi F, Luhrmann TM, Bell V, Christian WA, et al. Culture and hallucinations: overview and future directions. *Schizophr Bull* 2014; 40 (Suppl 4): S213–20.

Dr. Barbara Hinterbuchinger

Barbara Hinterbuchinger ist seit 2014 Assistenzärztin in Ausbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie, sowie an der Justizanstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher in Göllersdorf. Sie arbeitet in der Spezialambulanz zur Früherkennung von Psychosen der Klinischen Abteilung für Sozialpsychiatrie der Medizinischen Universität Wien und ist Mitglied in der Forschungsgruppe „First episode and Early psychosis Assessment“ (FEA).



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)