4 2008
November
Dezember
Januar
26. Jahrgang
ISSN 0724-5165

Kerbe

Forum für Sozialpsychiatrie

Themenschwerpunkt: Stimmenhören

Krankheit oder Normalität? Vielleicht sogar Begabung?

**Leiden stimmenhörende Menschen unter krankhaften Halluzinationen? Oder handelt es sich um eine normale und weit verbreitete Erscheinung? Oder geht es darum, die Stimmen recht zu verstehen, damit sie in das Leben integrierbar werden?
Eine Fülle von Aspekten aus unterschiedlichen Perspektiven und ein interdisziplinärer Diskurs ermöglichen eine angemessene Einschätzung des Phänomens Stimmenhören und neue Wege in der Begegnung mit stimmenhörenden Menschen.**

3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

■ **Stimmenhören – ein Phänomen emanzipiert sich**
Von den Selbsthilfebewegungen zur erfahrungsfokussierten Beratung
Joachim Schnackenberg, Marius Romme, Sandra Escher, Seite 4

■ **Die Neurobiologie des Stimmenhörens**
Daniela Hubl, Seite 8

■ **Stimmrecht der Seele?**
Stimmenhören aus trialogischer - anthropologischer - sozialpsychiatrischer Sicht
Thomas Bock, Seite 11

■ **„Hören Sie Stimmen?" – „Nein, was meinen Sie?"**
Monika Mikus, Seite 15

■ **Stimmenhören**
Aus dem Erleben eines Angehörigen
Marcell Mikus, Seite 18

■ **Der gelungene Ausbruch aus dem Angstkäfig**
Plädoyer für ein besseres Verständnis von Stimmen hörenden Menschen
Andreas Gehrke, Seite 21

■ **Was bedeutet das Phänomen Stimmenhören aus Sicht der Ethnopsychiatrie?**
Jan Ilhan Kizilhan, Seite 23

■ **Stimmenhören in der Psychiaterpraxis**
Norbert Mönter, Seite 25

■ **Der systemische Umgang mit „inneren Stimmen"**
Gerhard Dieter Ruf, Seite 30

■ **Zum Umgang mit Stimmenhören aus Kognitiv-Verhaltenstherapeutischer Perspektive**
Gabriele Pitschel-Walz, Seite 32

35 Spectrum

■ **Mehr Leistung für weniger Geld?**
Erprobung eines Trägerbudgets für Betreutes Wohnen
Mario Wagenbrenner, Seite 35

■ **Der Einfluss von Tagesstätten für psychisch kranke Menschen auf Wohlbefinden und psychosoziale Stabilität**
Eine empirische Untersuchung
Corina Zeilinger, Seite 38

41 Nachrichten

43 Termine

Wenn Sie Anregungen, Wünsche, Bemerkungen zur Kerbe haben, nehmen Sie Kontakt zu uns auf: Email: kerbe@beb-ev.de.

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser

Stimmenhören wird in der Psychiatrie bekanntlich relativ schnell als „akustische Halluzination“ eingestuft. Die „therapeutische Reaktion, nach dem Rezeptblock zu greifen“[1], ist ein nicht unüblicher Automatismus. Eine psychiatrische Diagnose erscheint dann oft als logische Folge. Die intensivere Auseinandersetzung mit den Stimmen, die Frage nach ihrer Herkunft, ihrem Sinn und ihrer Bedeutung für die Betroffenen - in Zusammenhang mit deren Lebensgeschichte - findet nach wie vor nicht regelmäßig statt.

Marius Romme und Sandra Escher machen uns in „Stimmenhören verstehen“ darauf aufmerksam, dass Mitarbeitende in der Psychiatrie „im Regelfalle Stimmenhörenden begegnen, die nicht mit ihren Stimmen zurechtkommen“. Dadurch habe sich in der Psychiatrie eine primär negative Sicht des Stimmenhörens etabliert, obwohl laut Forschungsergebnissen zwei bis sechs Prozent der Bevölkerung Stimmen hören und Stimmenhören somit eine verbreitete menschliche Erfahrung darstelle. Gemeinsam mit Joachim Schnackenberg, Experte und Fortbildner in England und Deutschland, begleiten sie uns in das noch relativ unbekannte „Land“ der „erfahrungsfokussierten Beratung“ (Experience Foccused Counselling) für Stimmenhörende, um uns zu eröffnen: „Viele Menschen kommen mit ihren Stimmen gut zurecht und empfinden sie sogar als Bereicherung“[2].

Da wir uns auch gerade für diese Kerbe eine interdisziplinäre Diskussion wünschen, vermittelt uns Daniela Hubl (Bern) in ihrem Beitrag die Perspektive der Neurobiologie. Thomas Bock nimmt uns mit auf den aktuellen Weg einer trialogischen und anthropologischen Sichtweise auf der Basis sozialpsychiatrischen Denkens.

Und: „Kann Stimmenhören möglicherweise auch Spaß machen?“ Diese auf Sie eventuell provozierend wirkende Frage haben wir uns gestellt. Jedenfalls schließt die Stimmenhörerin Monika Mikus aus Wien in ihrem Beitrag einen humorvollen Umgang mit ihren Stimmen nicht aus. Ihr Sohn, Marcell Mikus, der in der gleichen bewundernswerten Offenheit einen Beitrag als Angehöriger verfasst hat, ist heutzutage fest davon überzeugt, dass das Phänomen Stimmenhören keinesfalls grundsätzlich als pathologisch einzustufen ist, sondern in das normale Leben integrierbar ist. Damit zieht uns Familie Mikus aus Wien in eine beeindruckende Recovery-Geschichte hinein, die uns auf einen offensichtlich unaufhaltsamen Paradigmenwechsel aufmerksam macht, der aktuell europaweit besonders stark durch die Selbsthilfe der Stimmenhörenden Menschen forciert wird.

Der Stimmenhörende Andreas Gehrke (Müncheberg) vermittelt uns - in ebenfalls großer Transparenz -, wie es ihm gelang, seine Stimmen in sein Leben zu integrieren. Die weite Welt und die vielen anderen Kulturen Stimmenhörender eröffnet uns sehr anschaulich Jan Ilhan Kizilhan aus Freiburg aus Sicht der Ethnopsychiatrie. Der erfahrene Berliner Psychiater Norbert Mönter stellt in seinem Beitrag heraus, dass die meisten seiner stimmenhörenden Patienten, die ihm in den vergangenen 35 Jahren in seiner Praxis begegnet sind, unter dem Hören von Stimmen gelitten haben. Gerhard Dieter Ruf (Asperg) beschreibt den systemischen Umgang mit „inneren Stimmen“. Schließlich zeigt uns Gabriele Pitschel-Walz den Weg der Kognitiven Verhaltenstherapie des Stimmenhören-Verstehens auf.

Kurz gesagt: Wir sind der Überzeugung, Ihnen mit diesem Kerbe-Heft einen spannenden interdisziplinären Einblick in die Kultur trialogischen Denkens und Handelns zum Thema Stimmenhören anzubieten und sind sehr gespannt auf Ihr Feedback!

Jürgen Bombosch
Dr. Katharina Ratzke

[1] Romme, M., Escher, S. (2008): Stimmenhören verstehen. Ein Leitfaden zur Arbeit mit Stimmenhörern. S. 19. Bonn
[2] ebend.: Zit. von der Rückseite des Buchdeckels

Stimmenhören – ein Phänomen emanzipiert sich

Von den Selbsthilfebewegungen zur erfahrungsfokussierten Beratung

Von Joachim Schnackenberg, Marius Romme und Sandra Escher

Abstract

Forschung und Praxis insbesondere der letzten 20 Jahre revolutionieren derzeit das herkömmliche Verständnis zum Thema „Stimmenhören". Epidemiologische Studien u.a. von Tien et. al. (1991), spezifische Vergleichsstudien von Stimmenhörern mit unterschiedlichen Diagnosen (Romme & Escher, 1997), sowie Studien zu psychosozialen Ursachen von Stimmenhören (Ensinck, 1992; Romme & Escher, 1997; Read u.a., 2005), machen deutlich, dass Stimmenhören in sich selbst genommen nicht als pathogonomisch (für eine Krankheit charakteristisch) verstanden werden kann. Es wird außerdem zunehmend deutlich, dass die Hypothese von Jaspers (Lewis & Buchanan, 2000, S.58) und Schneider (Schneider, 1967, S.10) über die Nichtverstehbarkeit akustischer Halluzinationen (Stimmenhören), im Lebenskontext", nicht mehr haltbar ist.

Einleitung

Es sind insbesondere die Stimmenhörenden selbst, die neue Perspektiven zu einem umfassenderen Verständnis des Phänomens des Stimmenhörens beigetragen haben. Eine wesentliche Einsicht ist in dieser Hinsicht die bereits von der Soteriabewegung (Ciompi, 1998) postulierte Verbindung mit den eigenen Emotionen (vgl. u.a. Coleman, 1999). Diese Verbindung ist sicherlich nicht das einzige überraschende Ergebnis der Forschung und Praxis der letzten Jahre, aber eine sehr konkrete und bedeutende. Dieser Ansatz bietet in seiner Radikalität eine echte Alternative zum herkömmlichen Verständnis des Stimmenhörens, als im Regelfall eines Symptoms erster Ordnung der Schizophrenie. (Die Schizophrenie präsentiert sich aber nicht erst seit Schneider (1967, S. 8 & 9) als eine Erkrankung, die mit ihren Symptomkonstellationen nicht als Reaktion auf Lebensereignisse verstanden werden kann). Wenn wir also im Gegensatz zum herkömmlichen Verständnis von zunehmend begreifbaren Erfahrungen sprechen, so schafft diese Perspektive die Möglichkeit zur aktiven und eigenen Veränderung. Stimmenhörer müssen sich nicht länger darauf verlassen, dass die Psychiatriemitarbeitenden hoffentlich das richtige Medikament verschreiben.

Dumme Fragen gibt es ...

... zum Glück nicht. „Warum können Sie mir nicht glauben, dass meine Stimmen real sind, wenn ich sie doch höre. Und gleichzeitig glauben Sie an einen Gott, den Sie noch nicht einmal hören oder sehen können?!" Diese Frage – so oder ähnlich – wird den meisten Mitarbeitenden in psychiatrischen Einrichtungen sehr geläufig sein. Oft folgt dann ein Gespräch über Krankheitseinsicht, in dem die Mitarbeitenden konsterniert feststellen müssen, dass die „bedauernswerten" Patienten immer noch nicht verstanden haben, was für eine schwerwiegende Erkrankung sie gerade durchleben. Nach traditionellem Verständnis verdrängen die Patienten dann die Realität ihrer Erkrankung. Die Folge sind häufig Gespräche, die selten produktiv verlaufen: Streitgespräche, in denen Fachleute mit den Betroffenen über ihre Realität diskutieren bis die Betroffenen es endlich einsehen, dass sie krank sind. Sehen sie es nicht ein, werden die Prognosen noch negativer als mit der wahrscheinlichen Diagnose einer Schizophrenie sowieso schon.

Was passiert aber eigentlich, wenn diese Frage nicht einfach als Hirngespinst einer erkrankten Person wahrgenommen, sondern ernst genommen wird? Wenn diese Frage von einer Patientin gestellt wird, die gerade erfolglos für ihre Leid verursachenden Stimmen behandelt wird und deshalb akut suizidgefährdet ist? Was, wenn der behandelnde Psychiater und Professor für Soziale Psychiatrie mit seinem Latein einfach am Ende ist, nicht mehr weiß, wie er dieser Person am besten weiterhelfen kann? Dann kann es schon einmal sein, dass die Neugier dieses Professors und Psychiaters geweckt wird, und er in einer landesweiten Fernsehshow seine Unfähigkeit eingesteht, dieser Patientin wirklich weiterhelfen zu können. Ein solches Eingeständnis, gekoppelt mit dem öffentlichen Aufruf während dieser Fernsehshow, Menschen um Hilfe zu bitten, die möglicherweise gelernt haben, mit ihren Stimmen umzugehen, kann dann den Startschuss für eine Forschungs- und Kooperationsarbeit mit Psychiatriebetroffenen bedeuten, die wohl in dieser Form und Flächendeckung einmalig in der Geschichte der modernen Psychiatrie ist.

Diese ungewöhnliche Geschichte begann 1987 in Maastricht, in den Niederlanden, und fand ihren Anfang in der Frage der Stimmenhörerin Patsy Haage, gerichtet an ihren behandelnden Psychiater, Professor Dr. Marius Romme.

Aus dieser Frage, sowie dem Entschluss, dieser Frage in wegweisenden Forschungen nachzugehen, entstanden im Laufe der folgenden 20 Jahre nationale und internationale Selbsthilfebewegungen und individuelle Beratungsansätze, die mit ihrer Ausrichtung und ihrem Verständnis zu vielen Erfolgsgeschichten bei chronifiziert erkrankten Menschen

Joachim Schnackenberg
Englischer Fachpfleger für Psychiatrie (DIP HE in Mental Health Nursing), Diplom-Sozialpädagoge/ arbeiter (FH), arbeitet als Psychiatriesozialarbeiter in der Gemeindepsychiatrie in London, sowie als Fortbilder am efc Institut, mit Sitz in Hannover.
Email:
jschnack@web.de.

führten. Von besonderer Bedeutung sind an dieser Stelle sicherlich die zahlreichen Beispiele von Menschen im internationalen Raum mit diagnostizierten chronischen Schizophrenien, die u.a. auch mit Hilfe dieses neu gewonnen Verständnisses weitreichende Recoveryprozesse[1] angehen konnten. Eine Auswahl solcher Geschichten wird demnächst von Romme, Escher und Dillon (voraussichtlich 2008) in „Recovered Voices“ veröffentlicht werden. Aber der Reihe nach ...

„Man sollte nie seine eigene Begrenztheit zugeben ...“

... denn das könnte unter Umständen zu neuen und hilfreichen Erkenntnissen führen. Wie oben bereits angedeutet, führte dieses Eingeständnis der eigenen Begrenztheit durch Marius Romme zu bahnbrechenden Forschungsergebnissen. Marius Romme, Sandra Escher, Dr. Honig, Dr. Corstens und anderen erforschten im Wesentlichen die Sicht der Stimmenhörer und wie sie mit der Erfahrung des Stimmenhörens umgehen. Diese Forschung ist auch insofern ungewöhnlich, da sie nicht von einer Krankheitsannahme ausging, sondern das Phänomen an sich und die Betroffenensicht in den Mittelpunkt rückte. Dieser völlig andere und neue Forschungsansatz führte dann auch zu überraschenden und neuen Einsichten. Zentrales Forschungsergebnis war nämlich die Tatsache, dass die Kontrolle über die Stimmen und deren Inhalt bei der Frage nach einer Erkrankung im Vordergrund stehen sollten. Außerdem wurde eine starke Korrelation mit traumatischen Erlebnissen festgestellt. Sandra Escher et. al. (2002) konnten durch ihre Forschungsarbeit über Stimmenhören bei Kindern zusätzlich nachweisen, dass Stimmenhören einen wichtigen Entwicklungsprozess fördern kann. Die Studie begleitete die Kinder über drei Jahre hinweg und stellte fest, dass bei 60 % der Kinder die Stimmen wieder verschwanden. Das Verschwinden der Stimmen war im Regelfall mit dem Umstand verbunden, dass die Erfahrung des Stimmenhörens von der Umgebung nicht problematisiert oder psychiatrisiert, sondern normalisierend betrachtet und unterstützend angegangen wurde. Interessanterweise entwickelten gerade die Kinder anhaltende Probleme mit ihren Stimmen, die mit ihren Erfahrungen psychiatrisiert wurden und keine „normalisierende“ Unterstützung bekamen. Diese Erkenntnisse haben so bisher in der herkömmlichen Psychose- und Schizophrenieforschung nicht wirklich Gehör gefunden.

Die Macht einer Basisbewegung

Es waren in erster Linie Betroffene, also Stimmenhörende, die mit diesen Einsichten etwas anfangen konnten. Sandra Escher organisierte verschiedene nationale und internationale Tagungen, in denen Stimmenhörer und Stimmenhörerinnen - gleichgestellt mit Fachleuten - über das Thema diskutierten. Der Begriff des „Experten aus Erfahrung“ entstand und ist zentral für die Akzeptanz verschiedener gleichberechtigter Realitäten, die einander bereichern können und sollen. Aus den Tagungen und Forschungen entstanden international Selbsthilfebewegungen. In den Niederlanden wurde 1987 das erste Netzwerk von Selbsthilfegruppen gegründet. In England entstand ein Jahr später, unter aktiver Mithilfe von Paul Baker, einem Sozialarbeiter, das englische „Hearing Voices Network“. Dieses Netzwerk ist mit heute über 200 Selbsthilfegruppen das weltweit größte zum Thema Stimmenhören. Hannelore Klafki, eine deutsche Stimmenhörerin (die leider viel zur früh 2005 verstarb), und andere, ließen sich von den Ereignissen in den Niederlanden und England inspirieren und gründeten 1998 das Netzwerk Stimmenhören in Berlin.

Immer mehr Menschen traten an die Öffentlichkeit und erzählten, wie sie gelernt hatten, gut mit ihren Stimmen zu leben, und wie die Begegnung mit anderen Stimmenhörerinnen das Leben für sie radikal geändert hatte. Inspirierende Geschichten von Menschen wurden publik, die mithilfe dieses neuen, akzeptierenden und verstehenden Ansatzes „recoverten“. Ron Coleman und Peter Bullimore sind bekannte Beispiele im internationalen Raum. In Deutschland sind u.a. Andreas Gehrke (s.a. Artikel in dieser Kerbe), durch sein Buch: „Ausbruch aus dem Angstkäfig“[2], sowie Antje Müller und Hannelore Klafki, vom deutschen „Netzwerk Stimmenhören“[3], durch ihre Vortrags- und Fortbildungstätigkeiten bekannt geworden. Allerdings ist es wichtig zu betonen, dass dieses keinesfalls Einzelbeispiele von besonders befähigten Menschen sind. In den verschiedenen Stimmenhörernetzwerken gibt es viele Stimmenhörende, die sehr von diesem neuen Ansatz profitierten. Die Begegnung mit den verschiedenen Netzwerken hat also für viele Betroffene weitreichende positive Folgen gehabt und bei vielen Menschen zu Recoveryprozessen geführt.
In Dänemark wurde dieser neue Ansatz zum Stimmenhören u.a. durch den Psychotherapeuten Trevor Eyles und verschiedene Stimmenhörende um Johnny Sparvang und Olga Runciman initiiert. Die Erfolgsgeschichten, die auch hier durch diesen Ansatz zunahmen, haben in Aarhus mittlerweile dazu geführt, dass Stimmenhörergruppen zur standardisierten Psychiatrieversorgung für Stimmenhörende gehören. Außerdem stellt Dänemark mit der Entwicklung von über 40 Stimmenhörergruppen innerhalb von knapp drei Jahren die international am stärksten wachsende Bewegung dar. Mittlerweile gibt es in über 20 Ländern Stimmenhörernetzwerke sowie mehrere Fortbildungsinitiativen im internationalen Raum.

Die Hoffnung, Inspiration und das neue Verständnis vom Stimmenhören fanden recht schnell innerhalb eines internationalen Austauschforums ihren festen Ankerplatz. Intervoice, „The International Network for Training, Education and Research into Voices“, etablierte sich schnell als Begegnungsort von „Experten aus Erfahrung“ und „Experten durch Ausbildung“, an dem über neueste Forschungs- und Praxiseinsichten lebhaft und kreativ diskutiert wird. Neue Initiativen wurden und werden angeregt, diskutiert und abgestimmt. Für viele Teilnehmer ist dieses Forum zu einer Art spirituellem Zuhause geworden, da sie hier, völlig akzeptiert, ihre verschiedensten Einsichten diskutieren und teilen können.

Sandra Escher
Dr., Forschungsbeauftragte an der Universität von Maastricht. Seit 1999 »Honorary Research Fellow« an der University of Central England, Birmingham. 2005 schloss sie ihre Doktorarbeit über Stimmenhören bei Kindern ab.
Email:
a.escher@skynet.de

Marius Romme
Prof. Dr., M.D., Ph.D., war von 1974 bis 1999 Professor für Sozialpsychiatrie an der medizinischen Fakultät der Universität Maastricht, Niederlande, sowie Chefarzt für Psychiatrie am Gemeindepsychiatriezentrum in Maastricht. Seit 1999 Gastprofessor an der University of Central England, Birmingham.
Email:
m.romme@skynet.de

Märchenhafte, träumerische Realität – oder doch krankhafte Psychose?

Oft fühlen sie sich für Betroffene nicht so gut an, werden aber doch wie eine Art Traum voller Symbole und tiefer Bedeutungen erlebt. Die Rede ist hier unter anderem von Psychosen und ähnlichen Erfahrungen. ‚Das hatten wir doch schon alles – das hat doch zu nichts geführt oder?' – Das wäre zumindest eine klassische Reaktion innerhalb der konventionellen Psychiatrieversorgung auf Versuche, dem psychotischen Erleben eine sinnhafte Bedeutung abzugewinnen.

Psychosoziale Beratung mit Stimmenhörern ist möglich und wichtig

Die internationale Stimmenhörerbewegung der letzten 21 Jahre hat sich nicht nur als starke und politische Selbsthilfebewegung einen Namen gemacht. Romme und Escher, Coleman und Smith, Corstens und May sowie viele andere Praktiker und Fachleute haben sich von den neuen Erkenntnissen inspirieren lassen und einen neuartigen, individuellen psychosozialen Beratungsansatz und Umgang erarbeitet. In England und den Niederlanden werden diese Ansätze unter ‚Making Sense of Voices' oder ‚Working With Voices' vermittelt. In Deutschland und Österreich findet dieser Ansatz unter dem Namen ‚Stimmenhören verstehen' in der ‚erfahrungsfokussierten Beratung' oder ‚Den Stimmen Sinn geben' zunehmend Verbreitung. All diese Bezeichnungen beschreiben den gleichen Ansatz und gehen vornehmlich auf die Grundlagenerkenntnisse Rommes und Eschers, sowie das Expertentum von Stimmenhörern zurück. In Deutschland bieten das Netzwerk Stimmenhören und das efc Institut (vgl. Kasten zu Fortbildungsangeboten des efc Instituts) eine Grundausbildung in der erfahrungsfokussierten Beratung an.

Die erfahrungsfokussierte Beratung zeichnet sich dabei insbesondere durch die systematische und gemeinsame Erarbeitung der Stimmenhörerfahrung aus. Sie macht sich die Erkenntnis über das Expertentum des Stimmenhörers zu Nutze und lässt sich von der Realität der Person leiten. In der gemeinsamen Erforschung über Bedeutung und Sinn der Stimmenhörerfahrung kann somit eine lebensverändernde Realität entstehen, die einen wahren Recoveryprozess anstößt. Die systematische erfahrungsfokussierte Beratung lässt sich im Rahmen der Workshops des efc Instituts oder des Netzwerkes Stimmenhören genau erlernen. Die positiven Ergebnisse der erfahrungsfokussierten Beratung sollen im Folgenden kurz anhand von zwei Beispielen deutlich gemacht werden.

Fallbeispiel I – Jason R.

Die Diagnose lautet: ‚anhaltender Verfolgungswahn und Depression'. Seit vier Jahren wird Jason R. erfolglos mit Medikamenten behandelt. Nur gelegentlich stellt sich etwas Besserung ein, allerdings ist diese nicht direkt mit der Einnahme oder Dosis von Medikamenten verbunden. Eine Psychotherapie wurde nach mehreren Versuchen abgebrochen. Sie schien nicht möglich. Die Prognose war sehr schlecht.
Stimmen kamen in seiner Krankenakte nur selten zur Sprache. Er schien sich nur hin und wieder einmal über sie zu beklagen. Allerdings galten sie nach psychiatrischer Definition nur als Pseudohalluzinationen und waren von daher aus diagnostischer Sicht nicht von besorgniserregender Bedeutung. Trotz dieser professionellen Bewertung litt Jason R. weiter sehr unter seinen Stimmen und hatte große und eine scheinbar irrationale Angst davor, aus dem Haus zu gehen. Er selbst nahm sie nicht einfach nur als Pseudohalluzinationen, sondern als echte Geister wahr. Die systematische Auseinandersetzung innerhalb der erfahrungsfokussierten Beratung stellte die folgenden Dinge fest: Die Tagesstimmen sprachen von seiner unausgedrückten Wut in Bezug auf einen erlebten sexuellen Übergriff. Die Stimmen, die des Nachts kamen (es waren keine Alpträume), redeten von dem über viele Jahre erlebten Mobbing bei der Arbeit. Diese Bezüge waren ihm und den Fachleuten vorher nicht deutlich gewesen. Sie erleichterten Jason R. sehr, denn nun konnte er diese Stimmen sowohl als zu sich gehörig, als auch als Schlüssel zu einem tieferen Verständnis für sich selbst verstehen. Da sie sich in Wirklichkeit als Repräsentationen seiner Emotionen und Erinnerungen herausstellten, stellte sich das Machtverhältnis zu ihnen völlig auf den Kopf. Jason R. konnte seinen Stimmen nun widerstehen, indem er begann, konstruktiv mit ihnen umzugehen. Das heißt nicht, dass nun alles geregelt war. Allerdings waren die Tagesstimmen verschwunden und die Nachtstimmen wurden weniger. Die Auseinandersetzung mit den Stimmen wirkte sich auch auf seine Furcht aus, das Haus zu verlassen. Er hatte jetzt die Kraft, sich konstruktiv und akzeptierend mit seinen Traumata auseinander zu setzen, und machte sehr schnell sichtbare Fortschritte, so dass er bald aus der psychiatrischen Behandlung entlassen werden konnte. Diese Veränderung war möglich geworden, weil Jason R. nun die Gelegenheit bekommen hatte, seine traumatischen Erlebnisse mit seinen "Wahnvorstellungen" zu verbinden.

Fallbeispiel II – David Christian

David ist ein Mann Ende 30. Die Diagnose lautet: Chronische Schizophrenie. Seit Jahren nimmt er die Höchstdosen der verschiedensten Antipsychotika. Dazu kommt das antimanische Medikament Lithium. Sein Leben war geprägt durch Angst und Beschränkung. Er hatte kaum noch Freunde, obwohl er sich anstrengte, seine Freunde zu behalten, und weiterhin versuchte, positiv zu denken. Er lebte in einer betreuten Wohngemeinschaft in der Gemeinde mit 50- bis 60jährigen Menschen, die das Leben scheinbar aufgegeben und keine weiteren Pläne mehr für ihre Zukunft hatten. Auch David Christian erwartete nichts mehr und wollte bei der Erstbegegnung mit dem erfahrungsfokussierten Berater auf keinen Fall eine Veränderung in seinem Leben. Trotzdem konnte nach einiger Zeit die erfahrungsfokussierte Beratung aufgenommen werden mit dem Resultat, dass David Christian zum ersten Mal, seit dem Beginn seiner Erkrankung vor 20 Jahren, sich selbst als verständlich und nicht einfach

Die internationale Stimmenhörerbewegung der letzten 21 Jahre hat sich nicht nur als Selbsthilfebewegung einen Namen gemacht. Viele Fachleute und Praktiker haben sich von den neuen Erkenntnissen inspirieren lassen und einen völlig neuartigen, individuellen psychosozialen Beratungsansatz und Umgang erarbeitet.

nur als kranke Person wahrnahm. Durch die Beratung konnte in der gemeinsamen Ausarbeitung festgestellt werden, dass die Stimmen über die Schwierigkeiten seiner Eltern untereinander und mit ihm sprachen. Sie drückten auch seine Schwierigkeiten im Umgang mit den eigenen Emotionen aus. Gleichzeitig versuchten sie ihm positiv zuzureden, und ihm Mut zu machen. Das führte schließlich zu dem folgenden Ausspruch: "Danke. Das heißt ja, dass ich normal bin." Sein ganzes Erwachsenenleben lang hatte er gedacht, nicht normal zu sein. Er hatte seine Stimmen vorher nie verstanden und große Angst vor ihnen gehabt, oder auch davor, über sie zu reden. Als er dies im Rahmen der erfahrungsfokussierten Beratung schließlich doch tat, war ein Wendepunkt im Leben von David Christian eingetreten. Er definierte dies als den Beginn seines eigenen Glaubens an einen umfassenden Recoveryprozess. Erstens ergaben seine Erfahrungen einen nachvollziehbaren Sinn und zweitens konnte er sich endlich wieder normal fühlen und nicht irgendwie anders und schlechter als andere, weil er krank war. Er hatte neuen Mut gefasst und war völlig erleichtert. Mit neu geschöpfter Kraft und der Überzeugung, dass Recovery auch für ihn möglich ist, begann „mein Sohn wieder aufzuwachen zu einem und seinem neuen Leben" (O-Ton der Mutter). Nach Jahren der Stagnation und der fortwährenden persönlichen und sozialen Rückschritte machte sich David Christian auf, seine gesellschaftliche Position zurückzugewinnen, und seine Ehre wiederherzustellen (Romme & Escher, 2008, S. 158).

In jeder Krise liegt eine Chance

Geschichten, wie die oben erwähnten, machen immer wieder Mut zu neuen Schritten. So geschehen z.B. auch im Anschluss an einen Vortrag zur erfahrungsfokussierten Beratung im Rahmen einer Psychiatrietagung. Eine Stimmenhörerin und ihr Partner ließen sich so sehr von den Recoverygeschichten inspirieren, dass sie sich aktiv und innovativ mit den Stimmen der Frau auseinandersetzten. Auf diese Weise konnten sie bereits nach kurzer Zeit zum ersten Mal seit Jahren positive Fortschritte vorweisen und schöpften wieder ganz neue Hoffnung.

Aber nicht nur für die Betroffenen ist dieser Ansatz ermutigend. Zunehmend finden auch Psychiatriemitarbeitende in dieser Herangehensweise einen auch für sie neuen Mut und Hoffnung schaffenden Weg. In Gesprächen wird immer wieder deutlich, dass viele Mitarbeitende, insbesondere diejenigen, die häufigen und alltäglichen Kontakt mit ihren Klienten haben, wie Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen oder Fachpflegekräfte für Psychiatrie, mit den begrenzten Möglichkeiten der medikamentös bestimmten Psychiatrie und dem Ansatz der Erhaltungstherapie unzufrieden sind. Die begrenzten Möglichkeiten in Bezug auf eine tatsächliche Linderung der durch Stimmen verursachten Leiden, sowie die damit verbundene Begrenzung der Lebensmöglichkeiten für die Betroffenen, ist auch für die Psychiatriemitarbeitenden immer weniger zu ertragen. Diese erinnern sich zunehmend daran, dass sie ursprünglich in der Psychiatrie arbeiten wollten, um Menschen aktiv in deren Veränderungsprozessen zu begleiten. Die herkömmliche Ansicht über die Begrenzung der Lebensvorstellungen aufgrund der Erkrankungen, sind vielen Mitarbeitenden eindeutig zu wenig. Viele sind angesichts der ursprünglichen Motivation für ihre Berufswahl frustriert und resigniert. Auch hier bieten die Selbsthilfebewegungen sowie der professionelle Ansatz der erfahrungsfokussierten Beratung neue Hoffnung auf wirksame Hilfe.

„Stimmenhören verstehen" – ein neuer Weg?

Der Ansatz des „Stimmenhören verstehen" - sowohl in der erfahrungsfokussierten Beratung als auch in der Selbsthilfe - ist auf kurze Sicht gesehen keinesfalls immer der leichtere Ansatz. Er ist manchmal, längst nicht immer, der schwierigere und schmerzvollere, aber immer auch der lohnendere Weg. Er verspricht keine Wunderlösungen sondern die Möglichkeit für Erfahrungs- und Ausbildungsexperten gemeinsam die Kreativität der menschlichen Psyche zu verstehen und für den Recoveryprozess zu nutzen. Wenn alle Beteiligten zur Mitarbeit bereit sind, verbessern sich die Möglichkeiten für Personen, die als unheilbar bezeichnet werden, einen solchen Prozess anzugehen. Das ist, denke ich, eine gute Nachricht, für alle Betroffenen, Psychiatriemitarbeitenden und Angehörigen, die eigentlich mehr vom Leben wollen.

Der Ansatz des „Stimmenhören verstehen", sowohl in der erfahrungsfokussierten Beratung als auch in der Selbsthilfe, ist keinesfalls immer der leichtere Ansatz, auf kurze Sicht gesehen. Er ist manchmal der schwierigere und schmerzvollere, aber immer auch der lohnendere Weg.

Workshops zur erfahrungsfokussierten Beratung

Für weitere Informationen, Workshops und Gruppen wenden Sie sich bitte an das Netzwerk www.stimmenhoeren.de. Für weitere Informationen und für Anmeldungen zu den Workshops des efc Instituts, wenden Sie sich bitte an: www.efc-institut.de. Der nächste Workshop des efc Instituts findet am 12./13.12.2008 (Teil I) sowie regelmäßig im Jahr 2009 statt (bitte Internetseite für Updates konsultieren). •

Literatur

Ciompi, Luc (1998) Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung, Stuttgart

Coleman, Ron (1999) Recovery. An Alien Concept, Gloucester

Ensink, B.J. (1992) Confusing realities. A study on child sexual abuse and psychiatric symptoms, Amsterdam

Escher, A., Romme, M., Buiks, A., Delespaul, Ph., Van Os, J., (2002) Independent course of childhood auditory hallucinations: a sequential 3-year follow-up study, British Journal of Psychiatry, 181 (suppl. 43), s10-s18

Lewis, Shôn W. & Buchanan, Robert W. (2000) Fast Facts – Schizophrenia, Oxford

Read, J. et al (2005) Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. In: Acta Psychiatrica Scandinavica, 112, 5, S. 330

Romme, Marius & Escher, Sandra (1997) Stimmenhören akzeptieren, Berlin

Romme, Marius & Escher, Sandra (2008) Stimmenhören verstehen. Der Leitfaden für die Arbeit mit Stimmenhörern, Bonn

Romme, Marius & Escher, Sandra & Dillon, Jacqui (2008) Recovered Voices: An Anthology of 50 Voice Hearers' Stories of Recovery', London

Schneider, Kurt (1967) Klinische Psychopathologie, 8. Auflage, Stuttgart

Tien, A.Y. (1991) Distributions of hallucinations in the population. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 26, S. 287-292

Anmerkungen

1 Es gibt keine eindeutige deutsche Übersetzung des Begriffs Recovery. Amering & Schmolke (2007) übersetzen ihn in ihrem Buch: „Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit" u.a. mit „Wiedergewinnung des eigenen Lebens".

2 vgl. Gehrke, A. (2007; 2. Aufl.): Ausbruch aus dem Angstkäfig. Ein Stimmenhörer berichtet. Neumünster

3 vgl.: www.stimmenhoeren.de

Die Neurobiologie des Stimmenhörens

Von Daniela Hubl

Abstract

Die bildgebenden Verfahren haben in den letzten Jahren einen großen Beitrag geleistet, Ätiologie und Pathophysiologie der Halluzinationen zu entschlüsseln. Dennoch bleiben die genauen Ursachen noch immer unbekannt. Verbale Halluzinationen haben eine Ähnlichkeit zu den eigenen Gedanken. So hat man gesehen, dass Halluzinationen mit Veränderungen in den Sprach- und Hörgebieten einhergehen, die auch beim Gesunden für die Funktionen Sprechen, Denken und Hören verantwortlich sind. Diese sind v.a. in der linken Hirnhälfte lokalisiert. Letztlich zielen alle diese Erkenntnisse darauf, durch größere Kenntnis die Patienten besser zu verstehen und durch neue Therapien dem einzelnen Leidenden besser helfen zu können.

Einleitung

Stimmenhören – oder akustische Halluzinationen – nennt man das Phänomen, wenn Menschen akustische Reize wahrnehmen, ohne dass es einen nachweisbaren äußeren akustischen Reiz gibt. Dennoch haben diese Sinneswahrnehmungen oder besser Fehlwahrnehmungen oder Sinnestäuschungen die Qualität einer realen Wahrnehmung. Grundsätzlich können solche Wahrnehmungsstörungen in allen denkbaren Sinnesmodalitäten des Menschen auftreten, d.h. akustisch, visuell, olfaktorisch, gustatorisch und taktil. Meist werden akustische Halluzinationen als gesprochene Sprache wahrgenommen. Manchmal sind es einzelne Worte, die gehört werden, manchmal kurze Phrasen, aber auch ganze Sätze. Kurt Schneider (Schneider 2007) hatte bereits 1959 die komplexen verbalen Halluzinationen als ausreichendes diagnostisches Merkmal der Schizophrenie bezeichnet. Dazu zählte er das Hören der eigenen Gedanken, das Hören von Stimmen in Form von Rede und Gegenrede sowie von kommentierenden und imperativen Stimmen; diese Art der Halluzinationen bezeichnete er als Erstrangsymptome. Noch heute findet sich diese Beschreibung im ICD-10 als eines der Haupt-Diagnosekriterien der Schizophrenie. Die gehörten Sätze haben im Allgemeinen einen Mitteilungscharakter für den Hörenden. Meist werden die halluzinierten Worte vom Patienten gut verstanden und der Patient bewertet die physikalische Qualität der Halluzination gleich wie die physikalische Qualität einer menschlichen Stimme. Da die Halluzinationen Schizophrener verbal sind, ist es naheliegend zu vermuten, dass die Entstehung dieser Halluzinationen mit einer Pathologie in den Gehirngebieten zusammenhängt, die auch beim Gesunden für Sprechen und Hören verantwortlich sind. In dem nachfolgenden Artikel werden die neurobiologischen Veränderungen beschrieben, die bei Halluzinationen schizophrener Patienten bekannt sind. Da akustische Halluzinationen bei schizophrenen Patienten am häufigsten auftreten, ist es naheliegend eben diese Patienten zu untersuchen.

Schizophrene Halluzinationen

Halluzinationen können aber prinzipiell bei vielen verschiedenen Krankheiten auftreten. Typischerweise werden sie bei Patienten mit akuten und chronischen Psychosen wie der Schizophrenie beobachtet. Aber Halluzinationen können auch bei Depressionen oder Manien auftreten sowie weiteren psychiatrischen Erkrankungen. Grundsätzlich sind sie auch bei anderen Erkrankungen, die das Gehirn betreffen, zu finden. So treten Halluzinationen bei Menschen mit einer Epilepsie auf oder auch bei Personen, die einen Schlaganfall oder eine traumatische Verletzung des Gehirns erlitten haben. Bei der Schizophrenie, einer Erkrankung, unter der weltweit einer von Hundert leidet, treten Halluzinationen in 70 % auf. Häufig sind die Stimmen in den akuten Phasen der Erkrankung beleidigend und quälend, so dass die Patienten einen hohen Leidensdruck haben. 10-15% der Patienten mit einer Schizophrenie begehen Suizid, wobei viele der Patienten einen Suizidversuche aufgrund ihrer Stimmen unternehmen (Harkavy-Friedman 2003).

Nun gibt es zahlreiche Berichte und Studien, dass Halluzinationen auch bei Gesunden auftreten und das Stimmenhören somit keinen krankhaften Wert hat. Es wird berichtet, dass bis zu 25 % der Normalbevölkerung (Slade & Bentall 1988) mindestens einmalig Leben eine Stimme hören, ohne dass die Quelle ersichtlich ist. Andere Studien geben Werte bis 70 % (David 1999) an. Auch bei Kindern kommt es nicht selten zu Halluzinationen, die im Verlauf wieder verschwinden, ohne dass man eine psychiatrische Diagnose attestieren muss (Escher 2002). Man weiß, dass z.B. der Verlust des langjährigen Lebenspartners, lebensbedrohliche Situationen, Schlafentzug, extremer Hunger oder Durst und eine sensorische Reizdeprivation zu vorübergehenden Halluzinationen führen können. Allerdings bestehen diese Halluzinationen meist daraus, dass die Menschen hören, wie ihr Name gerufen wird, oder aus einem ähnlich einfach strukturierten Phänomen. Häufiger noch sind es einfache visuelle Phänome, die fehlwahrgenommen werden. Diese Halluzinationen sind nicht so komplex, dass sie inhaltlich den Erstrangsymptomen entsprechen, und auch nicht mit Stress und Angst einhergehen. Das Erleben von akustischen Halluzinationen nach dem Charakter von Erstrangsymptomen wird jedoch immer als pathologisch angesehen. Spätestens dann besteht Handlungsbedarf, wenn ein Leidensdruck aufkommt und der

Daniela Hubl
Dr., PD, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin an der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie in Bern, Bolligenstr. 111, 3000 Bern 60, Schweiz

Mensch vital durch die Stimmen bedroht ist.

Historische Entwicklung

Halluzinationen, akustische oder visuelle, sind bereits in der Antike bekannt gewesen und haben seit jeher den Menschen fasziniert. Früher wurden solche Sinneswahrnehmungen als übermenschlich bewertet und wurden – je nach Inhalt – Gott oder einem bösen Dämon zugeschrieben, der den betroffenen Menschen auserwählt oder befallen hat. Erst seit Anfang des 19. Jahrhunderts hat sich diese Einstellung geändert mit der Erkenntnis, dass Geisteskrankheiten Krankheiten des Gehirns sind. So hat man mit Beginn des 20. Jahrhunderts angefangen, das Gehirn erkrankter Menschen nach deren Tod mikroskopisch und makroskopisch zu untersuchen. Man hat festgestellt, dass es wohl Hinweise auf gewisse Veränderungen in der linken Hälfte des Gehirns gibt (Southhard 1910), die einerseits vermuten ließen, dass Halluzinationen mit einer strukturellen Veränderung im linken Schläfenlappen einher gehen – andererseits waren die Auffälligkeiten nicht konsistent und schon gar nicht sicher im Einzelnen nachweisbar, als dass man hier bereits einen entscheidenden Durchbruch hätte verzeichen können. Möglicherweise mitbedingt durch die Psychoanalyse sowie dem weltweiten enormen Interesse daran ist es zuzuschreiben, dass die biologische Psychiatrie erst wieder Mitte/Ende des 20. Jahrhunderts systematisch aufgenommen worden ist.

Mit der Entwicklung der bildgebenden Verfahren war es in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts möglich geworden, mittels der Computertomographie (CT) das Gehirn im Lebenden strukturell zu untersuchen. Zunächst war dies nur begrenzt möglich, weil die räumliche Auflösung der CT relativ schlecht war und man nicht sicher zwischen grauer und weißer Substanz des Gehirns trennen konnte. Mit der Einführung der Magnetresonanztomographie (MRT) zu Beginn der 80er Jahre wurde es möglich, mit immer besserer Auflösung zwischen der grauen und weißen Substanz[1] zu trennen. Heute hat man mit bestimmten MRT Methoden die Möglichkeit, sogar die Mikrostruktur der Hirnsubstanz sowie deren genaue Zusammensetzung zu untersuchen. Weiterhin kann man den Verlauf der Faserbahnen untersuchen (z.B. durch Diffusionstensorimaging/DTI) sowie die Gehirngebiete identifizieren, die beim Auftreten von Halluzinationen beteiligt sind (z.B. durch funktionelle Kernspintomographie/fMRT).

Hirnstrukturelle und –funktionelle Befunde beim Stimmenhören

Die bildgebenden Verfahren, die in den letzten Jahrzehnten entwickelt wurden, erlauben einen bis vor kurzem unvorstellbaren Einblick in die normale und pathologisch veränderte Struktur und Funktion des Gehirns. Mit diesen Methoden kann man direkt oder indirekt die Performanz von Gehirngebieten untersuchen. Beim Stimmenhören werden akustische Reize real wahrgenommen, obwohl es keine Außenreize gibt, die dies verursachen. Da die Halluzinationen Schizophrener verbal sind ist es naheliegend zu vermuten, dass die Entstehung dieser Halluzinationen mit einer Veränderung in den Gehirngebieten zusammenhängt, die auch beim Gesunden für Sprechen und Hören verantwortlich sind. Folglich stellt sich die Frage, wie es dazu kommen kann, dass unser Bewusstsein offensichtlich selbstgenerierte neuronale Aktivität als extern verursachte Wahrnehmungen interpretiert.

Frühe Untersuchungen konzentrierten sich darauf – nicht zuletzt aufgrund der zur Verfügung stehenden Methodik – die dauerhaften Veränderungen, die bei Patienten mit der Neigung zu Halluzinationen auftraten, strukturell und funktionell zu untersuchen („Trait“). Mit der Entwicklung neuerer Methoden war es schließlich auch möglich, rasche, dynamische Veränderungen zu untersuchen, z.B. mit fMRT und dem Elektroencephalogramm (EEG), und somit einen direkten Zusammenhang zwischen der Halluzination und dem untersuchten neurophysiologischen Parameter nachzuweisen („State“). Versucht man, die funktionellen und strukturellen Studien zu akustisch-verbalen Halluzinationen zusammenzufassen, findet man eine Beteiligung verschiedener Hirnregionen an der Genese der Halluzinationen. Die Analyse der betroffenen Regionen zeigt, dass einige Regionen besonders häufig betroffen sind. Dazu zählen die beiden Schläfenlappen mit einer leichten Betonung der linken Hemisphäre (besonders bei strukturellen Studien). Im Schläfenlappen befinden sich die Hirnregionen, welche für die primäre (primärer Hörkortex) wie auch hierarchisch höhere Wahrnehmung und Verarbeitung der akustischen Reize zuständig sind. Im Weiteren besteht die Funktion darin, bei Sprache deren Bedeutung zu entschlüsseln (Wernicke Gebiet) und mit den Regionen im Stirnhirn zu koordinieren, welche für die motorische Komponente der Sprache zuständig sind (Broca-Sprachregion im linken unteren Stirnhirn). Neben diesen in der Hirnrinde gelegenen Regionen spielen in der Tiefe des Gehirns befindliche Regionen bei der Genese der Halluzinationen eine wichtige Rolle, die bei der Gedächtnisbildung (Hippokampus), beim Erleben von Emotionen (Amygdala) und einer allgemeinen Steuerung zwischen dem Bewusstsein und Unterbewusstsein sowie Entscheidungsprozessen (Thalamus, Basalganglien, anteriore Gyrus cinguli) wichtig sind (Allen 2008). Schizophrene Halluzinationen sind einzigartig im Vergleich zu Halluzinationen bei anderen Erkrankungen oder halluzinatorischen Phänomenen in der psychisch gesunden Bevölkerung. Essenziell für ihre Komplexität, scheint gerade diese zusätzliche Beteiligung der subkortikalen und limbischen Regionen zu sein, die das Phänomen möglicherweise sogar auslösen.

Obwohl akustische, verbale Halluzinationen Wahrnehmungen ohne auditorischen Stimulus sind, wurde beschrieben, dass es – wie bei einer echten akustischen Stimulation – zu einer Aktivierung des primären Hörcortex kommt (Dierks 1999). Dies scheint strukturell durch plastische Anpassungsvorgänge der neuronalen Konnektionen zwischen den frontalen und temporalen Sprach-

Wenn beim Stimmenhören akustische Reize real wahrgenommen werden, obwohl es keine Außenreize gibt, stellt sich die Frage, wie es dazu kommt, dass unser Bewusstsein offensichtlich selbstgenerierte neuronale Aktivität als extern verursachte Wahrnehmungen interpretiert.

„Verbales Denken" geht mit einer Aktivierung der v.a. frontalen Sprachgebiete einher und wird permanent mit den temporalen Spracheinheiten abgeglichen. Durch Fehler im Selbstmonitoring kommt es nun beim Stimmenhörer dazu, dass dieser Abgleich nicht oder nur ungenügend geschieht und es fälschlicherweise zu einer Mitaktivierung des ebenfalls temporal gelegenen Hörkortex kommt.

und Hörgebieten verstärkt zu sein (Hubl 2004). Die Aktivierung des primären Hörgebiets steht in einem Wettstreit um neuronale Ressourcen zwischen externen akustischen Reizen und den intern generierten Halluzinationen. Man nimmt heute an, dass diese Aktivierung die Voraussetzung für die Projektion sprachlicher, ursprünglich intern generierter Bewusstseinsinhalte in die Außenwelt ist (Hubl 2007b). Die Aktivierung des primären Hörcortex repräsentiert somit ein physikalisches, akustisches Bild eines verbalen Gedankens sowie vermutlich auch die damit verbundene Ich-Störung, nämlich dass er als von außen gemacht wahrgenommen wird.

Halluzinationen als fronto-temporale Dysfunktion

Die Studien zur Untersuchung des Gehirns bei halluzinierenden Patienten haben gezeigt, dass konsequent die wichtigsten Sprachregionen betroffen sind. Es ist eine leicht dominant linksseitige Beteiligung zu finden (Strik & Dierks 2004). Beschrieben wurde eine Beteiligung sowohl der im frontalen Gehirn gelegenen sprachassoziierten Gebiete, die für die motorische Komponente verantwortlich zeichnen, als auch der Gebiete der semantischen Sprachverarbeitung und der akustischen Wahrnehmung im Schläfenlappen (s. Abbildung S.11).

Da akustische Halluzinationen die häufigste Form der Halluzinationen sind, liegt nur eine beschränkte Anzahl Publikationen zu Halluzinationen in anderen Sinnesmodalitäten und bei anderen Krankheiten vor. Aus diesem Grund können die Ergebnisse nicht ohne Vorbehalte verallgemeinert werden. Aus einem interessanten Fallbericht aus der Neurologie lassen sich jedoch Schlüsse ziehen, dass diese zeitgleiche fronto-temporale Dysfunktion ein universelles Charakteristikum von akustischen Halluzinationen sein könnte.

So hatte eine Patientin nach einer linksseitigen Hirnverletzung durch Trauma und Blutung unter einer Aphasie gelitten. Im Verlauf ihrer Rehabilitation hörte sie plötzlich Stimmen: Sie halluzinierte die Stimmen der Krankenschwestern, die sie täglich betreuten. Die Patientin litt nicht unter einer psychiatrischen Erkrankung und interpretiert die Halluzinationen auch nicht wahnhaft. Sie berichtete, dass diese Stimmen die gleichen Sprachstörungen hatten wie sie selber. Als Ursache des Stimmenhörens wurde bei dieser Patientin ein epileptisches Geschehen im Narbengebiet der Hirnverletzung gefunden. Nach Therapie der Epilepsie verschwanden auch die Halluzinationen. Dieser Fall zeigt einerseits, dass Halluzinationen im Sprachsystem generiert werden, und dass sie als ein Reizphänomen mit Beteiligung des Hörcortex interpretiert werden können (Hubl 2007a).

Verkannte innere Sprache

Fasst man nun zusammen, so findet man bei der Wahrnehmung akustischer Reize beim Gesunden eine Aktivierung in der primären Hörrinde. Spricht ein Gesunder, dann sind die Sprachgebiete aktiv, und die Hörgebiete sind gedämpft. Dies wird als das Äquivalent des sogenannten Selbstmonitoring angesehen. Fehlt dies, kann es zu Verwechslungen kommen. Anscheinend geschieht nun genau das bei den Stimmenhörern: Die Person denkt verbal, was mit einer Aktivierung der v.a. frontalen Sprachgebiete einhergeht und permanent mit den temporalen Spracheinheiten abgeglichen wird. Durch Fehler im Selbstmonitoring kommt es nun beim Stimmenhörer dazu, dass dieser Abgleich nicht oder nur ungenügend geschieht und es fälschlicherweise zu einer Mitaktivierung des ebenfalls temporal gelegenen Hörkortex kommt, so dass durch die Aktivierung der Hörgebiete beim verbalen Denken der Eindruck entsteht, dass das Gehörte von außen kommen muss. Denn im Normalfall ist es für das Gehirn so, dass eine Aktivierung des Hörcortex nur dann nachweisbar ist, wenn ein externer akustischer Reiz verarbeitet wird. Wird nun der Hörcortex durch eine innere Erregung aktiv, dann kommt es zur Fehlannahme, dass es auch einen Außenreiz geben muss (obwohl es gar keinen gibt). Dadurch kommt es zu einer Verwirrung und innere Sprache wird als von außen kommend und somit als fremd wahrgenommen (Hubl 2007b).

Neue Therapieansätze

Im Allgemeinen lassen sich die positiven Symptome der Schizophrenie gut durch Antipsychotika beeinflussen, die die dopaminerge Signalübertragung blockieren. Dennoch sind Halluzinationen bei ca. einem Drittel der Patienten resistent gegenüber der medikamentösen Behandlung. Aus den Forschungsergebnissen der letzten Jahre geht hervor, dass beim Stimmenhören bestimmte Gehirngebiete eine Überaktivierung aufweisen, die als das biologische Äquivalent des Phänomens anzusehen sind. Der Leidensdruck dieser therapieresistenten Patienten ist oft sehr hoch. Sie fühlen sich durch das ständige Gerede belästigt, leiden unter Befehlen oder Beschimpfungen, oder gar unter der Aufforderung, sich das Leben zu nehmen. Die Konzentration in einem normalen Gespräch ist dann schwer beeinträchtigt und die zwischenmenschlichen Interaktionen nachhaltig gestört. Heute hat man neben der Pharmakotherapie die Möglichkeit, mit einer Magnetstimulation einen positiven Einfluss auf die Stimmen zu nehmen. Mit der Transkraniellen Magnetstimulation (TMS) wird durch ein Magnetfeld die pathologische Übererregung der Gehirngebiete, die das Stimmenhören verursachen, gedämpft. In der Folge werden die Stimmen je nach Patient leiser, seltener oder einfach nur weniger bedrohlich (Aleman 2007). Die TMS ist eine in dieser Indikation sehr nebenwirkungsarme Methode. Sie bietet die Möglichkeit, die quälenden Stimmen zu mildern ohne die Nebenwirkungen der Medikamente. Der positive Effekt auf die Halluzinationen kann über Wochen bis Monate anhalten und die Lebensqualität erheblich verbessern

Zusammenfassung

Halluzinationen sind Sinneswahrnehmungen ohne äußeren Reiz. Bei der Schizophrenie sind die charakteristischen Halluzinationen stets akustisch verbal. Daher ist es naheliegend, eine Verbindung dieser Halluzinationen zu

verbalen Gedanken zu vermuten. Tatsächlich ist die Entstehung von Halluzinationen mit Veränderungen in den Gehirngebieten verbunden, die auch beim Gesunden für die Verarbeitung von Hören und Sprechen verantwortlich sind. Möglicherweise verursacht die Aktivierung des primären Hörcortex die charakteristische Ich-Störung mit dem Gefühl, der halluzinierte verbale Gedanke sei von außen gemacht. •

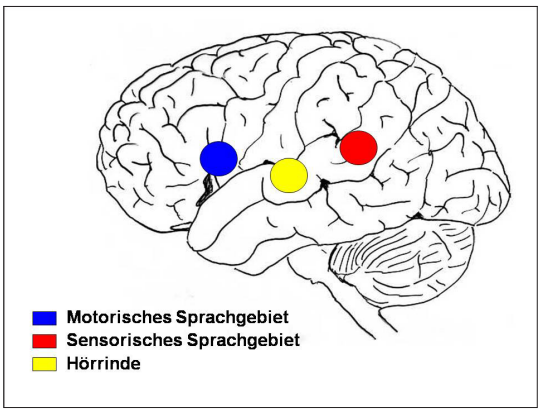


Abbildung:
Bei akustisch verbalen Halluzinationen kommt es zu pathologischen Übererregungen in den Sprach- und Hörgebieten, v.a. in der linken, sprachdominanten Hirnhälfte.

Literatur

Aleman, A., Sommer, I. E., & Kahn, R. S. (2007) Efficacy of slow repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of resistant auditory hallucinations in schizophrenia: a meta-analysis. J. Clin. Psychiatry, 68, 416-421.

Allen, P., Laroi, F., McGuire, P. K., & Aleman, A. (2008) The hallucinating brain: A review of structural and functional neuroimaging studies of hallucinations. Neurosci. Biobehav. Rev., 32, 175-191.

David, A. S. (1999) Auditory hallucinations: phenomenology, neuropsychology and neuroimaging update. Acta Psychiatr. Scand. Suppl, 395, 95-104.

Dierks, T., Linden, D. E., Jandl, M., Formisano, E., Goebel, R., Lanfermann, H., & Singer, W. (1999) Activation of Heschl's gyrus during auditory hallucinations. Neuron, 22, 615-621.

Escher, S., Romme, M., Buiks, A., Delespaul, P., & Van, O. J. (2002) Independent course of childhood auditory hallucinations: a sequential 3-year follow-up study. Br. J. Psychiatry Suppl, 43, s10-s18.

Harkavy-Friedman, J. M., Kimhy, D., Nelson, E. A., Venarde, D. F., Malaspina, D., & Mann, J. J. (2003) Suicide attempts in schizophrenia: the role of command auditory hallucinations for suicide. J. Clin. Psychiatry, 64, 871-874.

Hubl, D., Hauf, M., van Swam, C., Muri, R., Dierks, T., & Strik, W. (2007a) Hearing dysphasic voices. Lancet, 370, 538.

Hubl, D., Koenig, T., Strik, W., Federspiel, A., Kreis, R., Boesch, C., Maier, S. E., Schroth, G., Lovblad, K., & Dierks, T. (2004) Pathways that make voices: white matter changes in auditory hallucinations. Archives of General Psychiatry, 61, 658-668.

Hubl, D., Koenig, T., Strik, W. K., Garcia, L. M., & Dierks, T. (2007b) Competition for neuronal resources: how hallucinations make themselves heard. Br. J. Psychiatry, 190, 57-62.

Schneider, K. (2007) Klinische Psychopathologie (15. Auflage), Thieme Verlag, Stuttgart, Germany. Slade, P. & Bentall, R. (1988) Sensory deception: Towards a scientific analysis of hallucinations. Croom Helm, London, UK.

Southhard, E. (1910) A study of the dementia praecox group in the light of certain cases showing anormalities or scleroses in particular brain regions. Am. J. Insanity, 67, 119-176.

Strik, W. K. & Dierks, T. (2004) How modern neurophysiology can help to understand schizophrenia. Schweiz Arch Neurol Psychiatr, 8, 368-374.

Anmerkungen

[1] Die graue Substanz im Gehirn ist zuständig für z.B. Muskelkontrolle, Sinneswahrnehmungen, Gedächtnis, Gefühle und Sprache. Die weiße Substanz im Gehirn verbindet verschiedene Hirnabschnitte miteinander und ermöglicht ein geordnetes Zusammenspiel.

Stimmrecht der Seele?

Stimmenhören aus trialogischer – anthropologischer – sozialpsychiatrischer Sicht

Von Thomas Bock

Abstract

Folgende Fragen soll ich beantworten: Ist Stimmenhören schädlich und behandlungsbedürftig oder kann man – mit oder ohne Behandlung – damit leben? Die Antwort: Alles zugleich und noch viel mehr. Stimmenhören ist ein extrem vielschichtiges, in der Geschichte und im Wesen des Menschen tief verankertes Phänomen. Somit geht es weit über den medizinischen Schmalspurbereich hinaus. Doch abhängig von den individuellen, familiären, sozialen Ressourcen und eben auch abhängig von den kulturellen Bedingungen und der gesellschaftlichen Toleranz, kann das Hören von Stimmen zu Psychosen führen. Mit dieser Feststellung muss nicht nur Diagnostik weit mehr tun als Symptome zählen. Es werden auch der Prävention und Therapie neue Türen geöffnet. Neben dem Netzwerk Stimmenhören haben auch die Psychoseseminare/ die Trialogbewegung maßgeblich dazu beigetragen, Besonderheiten der Wahrnehmung nicht mehr reflexartig zu pathologisieren, sondern sie umfassender anthropologischer, subjektorientierter und im sozialen Kontext zu betrachten. Hierbei ist das Phänomen des Stimmenhörens besonders lehrreich.

Die folgenden Thesen sollen einen Einblick geben in die Vielschichtigkeit des Phänomens sowie seine therapeutische und kulturelle Bedeutung:

Stimmenhören ist belastend und irritierend

Ungeachtet aller Kompensationsmöglichkeiten und auch aller positiven Aspekte ist zunächst einmal festzustellen, dass nahezu jeder Mensch erst einmal verunsichert ist, wenn er anfängt etwas akustisch zu hören, dass er keiner äußeren physikalischen Quelle zuordnen kann. Außerdem sind wir heutzutage ohnehin so vielen Wahrnehmungen ausgesetzt, dass eine zusätzliche Informationsquelle immer auch eine Belastung darstellt.

Stimmen können eine Botschaft haben – ähnlich wie Träume

Im nächsten Schritt ist festzustellen, dass diese Signale eine psychische Botschaft haben können

Thomas Bock
Prof. Dr.,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
Martinistr.52,
20246 Hamburg
Tel: 040/42803-0
Email: bock@uke.de

Stimmen transportieren und reflektieren unser ganzes Spektrum an gegenwärtigen Wünschen, vergangenen Erfahrungen und auf die Zukunft gerichteten Ängsten und Hoffnungen. Stimmen können helfen, Unbewusstes bewusst zu machen.

- verschlüsselt, schwer zu verstehen und unter Umständen auch nichts sagend, so wie Tagesreste in Träumen vorkommen können, ohne eine besondere Bedeutung zu haben. Transportiert werden Wünsche und Ängste: So wie es Wunsch- und Alpträume gibt, reflektieren auch Stimmen unser ganzes Spektrum an gegenwärtigen Wünschen, vergangenen Erfahrungen und auf die Zukunft gerichteten Ängsten und Hoffnungen. Stimmen können helfen, Unbewusstes bewusst zu machen; schon das kann - mit Bezug zu den mir aufgetragenen Fragen (s.o.) - schädlich und nützlich sein, Hilfe erfordern oder auch nicht. Zu beachten ist dabei, dass nicht nur der Inhalt, sondern auch der Kontext der Botschaft wichtig ist: Manchmal sind weniger die Worte der Stimmen interessant, als ihre atmosphärische Bandbreite. So können ärgerliche oder freundliche Stimmen die aktuelle Stimmungslage reflektieren und dabei durchaus auch Signalwirkung bekommen. „Ich habe etwas für mich Wichtiges vernachlässigt, darauf machen mich die Stimmen nun aufmerksam." Entsprechend kann es manchmal für die Therapie oder Selbsthilfe lohnender sein, die Lautstärke oder den Charakter der Stimmen zu beeinflussen, als sie unbedingt, vollkommen und immer zum Schweigen zu bringen.

Selbstverständlichkeit entlastet

Das erste Gebot für Therapeuten, Familie oder Sozialraum ist, Selbstverständlichkeit zu fördern. Stimmen sind ungebetene Gäste, erscheinen wie lästige Nachbarn. Man braucht einen Ort, an dem es möglich ist, sich zu beschweren oder zu beklagen. Niemand bleibt mit einer so ungewöhnlichen Erfahrung gerne allein – es sei denn, man wird überwältigt von Scham und Angst. Es gibt keinen rationalen Grund für das Tabuisieren eines so weit verbreiteten, tief im Menschen und in der Menschheitsgeschichte verwurzelten Phänomens. Am Anfang geht es vor allem um selbstverständliches Nachfragen: Wie viele Stimmen sind es denn? Sind sie männlich oder weiblich, alt oder jung, bekannt oder unbekannt? Gibt es unangenehme und angenehme? Handelt es sich um immer die gleichen oder um verschieden Stimmen? Treten sie gleichzeitig oder abwechselnd auf, andauernd oder nur manchmal? Ist ihr Erscheinen, ihr Charakter oder ihre Lautstärke zu beeinflussen? Macht es Sinn, in einen Dialog zu treten, um nicht immer nur Empfänger zu sein? Es ist erschreckend, dass nicht selten Patienten nach langem stationären Aufenthalt in die Ambulanz kommen, auf ein solches Gespräch hin entlastend reagieren und zugleich zu verstehen geben: Das hat mich noch niemals jemand gefragt. Auf Station interessierte nur, ob Stimmen da sind, nichts sonst; und auch das nur wegen der (dann auch noch verkürzt falschen) Diagnostik. Wie verblendet und gefangen in begrifflichen Kategorien und Denkverboten müssen wir Therapeuten sein, um so zu reagieren?

Selbstmanagement stärken! Subjektive Konzepte respektieren!

Lange bevor jemand mit dem Phänomen Stimmenhören in professionelle psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung kommt, hat er/sie meist schon eine zeitlang rumprobiert, auf irgendeine Weise Einfluss zu nehmen: mit Rückzug, Kopfhörern, Alkohol, Drogen, Ablenkung. Oder aber auch mit gezielter Analyse, bewusstem Fokussieren auf bestimmte Stimmen, selbstbewusstem Dialog oder dem Versuch, Sprechzeiten festzulegen. Selbsthilfegruppen und hier vor allem das Netzwerk Stimmenhören versuchen, die eigenen Bewältigungs-Strategien und Recovery-Ressourcen zu stärken und zu trainieren. Der Übergang zwischen klassischen Selbsthilfestrategien und psychologisch/psycho-therapeutischen „Tricks" diverser Schulen ist hier längst fließend.
In diesem Zusammenhang ist die unterschiedliche subjektive Bedeutung, die Menschen den Stimmen beimessen, oft sehr entscheidend für Gelingen oder Misslingen der Integration. Insofern ist es erstaunlich, erschreckend und beschämend, wie wenig Bedeutung wir Profis der Subjektivität oft beimessen. Das Netzwerk Stimmenhören ist hier insofern vorbildlich liberal, als es sich zunächst einmal für jedes Erklärungsmodell interessiert, als Ausgangspunkt jedes weiteren Erfahrungsaustausches. Nach dem Motto: besser irgendeine Erklärung als gar keine. Die Gefahr, sich zu isolieren und zu verstummen, ist sonst eindeutig größer.

Besinnung fördern

Warum gerade ich? Warum gerade jetzt? Warum gerade diese Stimme? Mit diesen Sätzen oder diesem Charakter? Antworten auf diese Fragen zu finden, ist oft nicht leicht. Doch entscheidend ist zunächst, sie stellen zu dürfen. Auch ohne endgültige Antwort (auf welche psychisch bedeutsame Frage gibt es die schon?) wird so Dialog und Entlastung möglich. Jede Form der Triangulierung kann die Stimmen zumindest ansatzweise, momentan und in begrenztem Umfang entmachten, also das Gefühl absoluter Ohnmacht verringern helfen.
Auch hier muss man mit etwas Abstand erstaunen, welche verheerende Wirkung das Sinnlosigkeits-Gebot in Psychiatrie und Psychotherapie haben konnte. Inzwischen ist es längst brüchig geworden. Interessant ist, dass beim Eröffnen neuer Diskurse die Hirnforschung hilfreich sein kann: Für Hirnforscher stellt das Hören von Stimmen eine Form des inneren Sprechens dar. Das Sprachzentrum ist aktiv. Außerdem wurde festgestellt, dass bei langfristigem Stimmenhören (zumindest im Zusammenhang von Psychosen) die Hirnregion blockiert erscheint, die für die Rückkopplung von Gehörtem und Erfahrenem, also von Wahrnehmung und Erinnerung zuständig ist: Die Menschen können die Stimmen, die sie hören, nicht ohne Weiteres mit sich und ihrem Leben in Verbindung bringen (McQuire, 1993) „Unsere Theorie ist, dass Menschen, die Stimmen hören, ihre in Worte gefassten Gedanken nicht also solche wahrnehmen... Sie realisieren nicht, dass sie sie selbst produzieren und rechnen sie fälschlicherweise der Außenwelt zu. Die Psychologie kann helfen, die Stimmen wieder als eigene Gedanken zu erkennen, sie biographischen Erfahrungen zuzuordnen, also zu kompensieren, was dem Gehirn allein nicht (mehr) gelingt ... Diese Art von

Studien zeigen keine Ursachen, sondern nur Mechanismen im Gehirn: Was geschieht, wenn jemand Stimmen hört, aber nicht, warum das passiert“ (Dokumentation NDR 3 „Stimmenhören“). Die Konsequenz der Hirnforscher ist so klar wie schlicht: Die Psychiatrie muss helfen, diese Blockade zu kompensieren, indem sie die Zuordnung von Sinn gemeinsam wieder erarbeitet.

In einer ersten Erhebung mit einem speziellen Fragebogen des Hamburger SuSi-Projekts (Subjektiver Sinn von Psychosen) geben über 80% der befragten Psychose-Patienten an, dass die Frage nach dem subjektiven Sinn der Psychoseerfahrung für sie wichtig und wesentlich ist.

Einseitige Diagnostik stoppen

Stimmenhören wurde lange mit Schizophrenie gleichgesetzt. Das ist gleich auf mehreren Ebenen falsch: Ein Symptom alleine rechtfertigt die Diagnose nicht – weder nach DSM IV noch nach ICD 10 – im amerikanischen System noch eindeutiger! Außerdem können Stimmen, also akustische Halluzinationen, auch im Zusammenhang von vielen anderen Diagnosen vorkommen, ohne (!) die Annahme einer Komorbidität zu rechtfertigen. Eine Doppelerkrankung wird ohnehin viel zu oft angenommen, ohne den inneren Zusammenhang von Symptomen zu beachten - oft aus rein egoistisch-institutionellen Gründen, weil z.B. die Kasse dann leichter zahlt, die stationäre Unterbringung nicht infrage gestellt wird usw. Auch im Zusammenhang von Depressionen und Manien, von Persönlichkeitsstörungen, Sucht- und Alterserkrankungen können Stimmen vorkommen. Und eben auch ohne Erkrankung i.e.S. Es sei denn, man wolle alle Heiligen (z.B. Hildegard von Bingen, die grandiose Musik hörte und niederschrieb) oder historischen Persönlichkeiten (z.B. Johanna von Orléans, die von den Stimmen zu beeindruckenden Taten befähigt wurde) nachträglich pathologisieren. Viele Religionsgründer hatten handfeste übersinnliche Wahrnehmungen; viele weitere historische, politische, künstlerische Persönlichkeiten haben davon gesprochen oder auch darüber geschwiegen. Gleichzeitig gibt es aber auch Menschen, die unter den Stimmen leiden, über sie erkranken und davon sehr gequält werden. Die Basis von beidem scheint zu sein, dass wir Menschen „Wesen sind, die mit ihrem Selbstverständnis ringen müssen, an uns zweifeln und dabei eben auch verzweifeln können, über uns hinaus denken und uns dabei eben auch verlieren können. Insofern sind Menschen, die Stimmen hören keine Wesen vom anderen Stern, sondern zutiefst menschlich“. (AG Psychoseseminare 2007)

Der Übergang zu psychischen Erkrankung ist abhängig vom Kontext

Ob das Hören von Stimmen in eine psychische Erkrankung führt, hängt wesentlich von der individuellen Akzeptanz und in dem Zusammenhang auch von den subjektiven Konzepten ab, darüber hinaus aber auch von den familiären und sozialen Ressourcen bzw. der Integrationskraft in diesem Kontext sowie von unserer gesellschaftlichen und kulturellen Toleranz. Viele Untersuchungen (Romme, Escher, 2008) zeigen, dass die Art und Häufigkeit der Stimmen zwar nicht ganz unbedeutend ist, aber eher eine untergeordnete Rolle spielt: Imperative Stimmen kommen auch in der Gruppe vor, die es schafft, die Stimmen gut zu integrieren und zu kompensieren. Und unter ungünstigen Bedingungen können auch offensichtlich harmlose bzw. unmittelbar reaktiv erklärbare zu langfristigen schwierigen Krankheitsverläufen führen – meist unter beschämender „Mitwirkung“ professioneller Helfer. Möglicherweise spielt beim Übergang vom Stimmenhören zur Erkrankung i.e.S. die reaktive Wahnbildung eine wesentliche Rolle.

Spielregeln des Netzwerks / der Psychoseseminare

- Niemand allein lassen: Austausch hilft, die Stimmen zu entmachten
- Jedes Erklärungsmodell ist besser als keins und Basis für weitere Gespräche
- Nicht nur Empfänger sein, sich nicht alles gefallen lassen
- Unterstützung, um wieder „Herr im eigenen Haus zu werden“
- Subjektive Konzepte und individuelle Aneignung fördern
- Selbstverständlichkeit fördern, Selbststigmatisierung vorbeugen
- Hilfe, die direkte oder indirekte Botschaft der Stimmen zu entschlüsseln
- Angehörige und Freunde bei dieser Auseinandersetzung einbeziehen

Die Übersicht am Ende des Beitrages zeigt eine Zusammenfassung des trialogischen Erfahrungsschatzes aus dem Stimmenhörer-Netzwerk und Psychoseseminaren (Bock 2007).

Niemand ist nur krank

Nonkonformität ist nicht mit Krankheit gleichzusetzen. Und nicht jede unangenehme Eigenart ist Ausdruck einer Erkrankung. Die Gefahr von Stigmatisierung und Hospitalisierung beginnt nicht erst mit der Unterbringung im Krankenhaus, sondern mit der falschen Zuordnung von Eigenschaften. Auch und gerade psychisch erkrankte Menschen sollten so weit wie irgend möglich Verantwortung für exzentrisches Tun und ungewöhnliche Lebensentwürfe behalten dürfen. Es macht keinen Sinn, für jede Normabweichung neue Krankheiten zu kreieren. Gerade die gewachsenen Möglichkeiten von Prävention und Behandlung erfordern ein offenes Menschenbild und ein Krankheitsmodell, das den psychisch kranken Menschen in seiner Sebstwahrnehmung stützt. Reduktionistische Sichtweisen und patriarchalische Behandlung erzeugen Widerstand und nähren Noncompliance, entziehen also allen Therapien die Basis, auch der Pharmakotherapie.

Andererseits darf Krankheit für sich genommen kein Stigma sein. Ziel aller Antistigma-Arbeit ist, dass die Menschlichkeit psychischer Erkrankung wahrgenommen wird und dass niemand wegen psychischer Erkrankung sozial oder gesellschaftlich ausgegrenzt wird. In diesem Zusammenhang lohnt es sich auch, den Schutz-Charakter des Krankheitsbegriffs zu betonen: Wer aus gesundheitlichen/seelischen Gründen nicht arbeitsfähig ist, ist im sozialrechtlichen Sinne krank und hat z.B. Anspruch auf Lohnersatzleistungen. Im Umkehrschluss gilt

Ob das Hören von Stimmen in eine psychische Erkrankung führt, hängt wesentlich von der individuellen Akzeptanz und in dem Zusammenhang auch von den subjektiven Konzepten ab, darüber hinaus aber auch von den familiären und sozialen Ressourcen sowie von unserer gesellschaftlichen und kulturellen Toleranz.

dann vielleicht auch: Wenn wir trotz seelischer Beinträchtigung sinnvolle Tätigkeit ermöglichen, kann die Erkrankung als solche in den Hintergrund treten.

Angehörigenperspektive

Wenn Angehörige irritiert sind, weil ein Familienmitglied Stimmen hört, ist auch das zunächst verständlich und noch kein Zeichen von Stigmatisierung und Intoleranz. Schließlich verunsichert es alle Beteiligten, wenn jemand plötzlich oder sogar andauernd abgelenkt ist und sich mehr oder weniger deutlich dem Kontakt entzieht. Spätestens wenn die Stimmen sich in die familiäre Beziehung einmischen, brauchen viele Angehörige selber Rat – sei es in Trialogforen des Netzwerks Stimmenhören, in Psychoseseminaren, in gemeinsamen (therapeutischen) Gesprächen, oder in wechselseitiger Beratung in Angehörigengruppen. Extremes, eher seltenes aber lehrreiches Beispiel, ist eine verzweifelte Mutter, deren Sohn eine Stimme hört, die ihn auffordert, seine Mutter zu töten. „Was habe ich falsch gemacht, wofür ein Todesurteil verdient?“ Beide profitierten von einer symbolischen Umdeutung: Es geht nicht um Mord oder um Todesstrafe, sondern um eine verzweifelt zugespitzte Symbolik für innere Loslösung, um das Entwickeln eigener Maßstäbe und das symbolische „Töten“ innerer Bilder. Die Mutter betrifft es, weil sie in diesem Fall die nächste und wichtigste Person ist, von der die Loslösung am wichtigsten, schwierigsten und schmerzhaftesten ist. Die Aufforderung zu töten als verkappte Liebeserklärung?! Selbstverständlich ist die symbolische Deutung noch nicht die Lösung des Problems oder der Abschluss des Prozesses. Mit Abstand lohnt es sich sicher zu prüfen, warum der Impuls so drastisch sein muss, auch wenn gedankliche und Handlungsimpulse keineswegs gleichzusetzen sind. Ob gemeinsame oder getrennte Gespräche hilfreicher sind, kann von vielen verschiedenen Faktoren abhängen. Entscheidend ist, dass überhaupt alle Beteiligten einbezogen sind und nicht die medizinische Definitionsmacht als Deckmantel der Profis herhalten muss, sich mit dem realen Leben nicht wirklich auseinanderzusetzen. (Bock, Buck, Esterer 2007) •

Literatur:
AG der Psychoseseminare (2007); Es ist normal verschieden zu sein – Verständnis und Behandlung von Psychosen; Eigendruck (1 Euro), Bestellung über www.irremenschlich.de
Bock, Th.; Buck, D.; Esterer, I.; (2007); Stimmenreich – Mitteilungen über den WahnSinn, Psychiatrieverlag
Bock, Th. (2007); basiswissen: Umgang mit psychotischen Patienten, Psychiatrieverlag
Mc Guire, P.K.; Shah, P.; Murray, R.M. (1993); Increased blood flow in broca´s area during auditory hallucinations in schizophrenia. In: Lancet, 342, S. 703-706
Romme, M.; Escher, S.; (2008); Stimmenhören verstehen, Psychiatrieverlag

Lehren aus dem Trialog im Netzwerk Stimmenhören und aus den Psychoseseminaren

(1) „Die Stimmen sind wahr, denn du hörst sie ja“
Es ist wichtig, die Stimmen als rätselhaften Ausdruck des eigenen Erlebens ernst zu nehmen, sie nicht von vorne herein abzuspalten, sondern nach ihrer Bedeutung zu suchen!

(2) „Reden wie mit einem Nachbarn“
Es lohnt sich, den Stimmen mit Selbstverständlichkeit zu begegnen, nicht alles hinzunehmen, in einen Dialog zu treten, offensiv zu werden und zu antworten!

(3) „Wieder Herr im eigenen Haus werden“
Oft sind die Stimmen nicht ohne Weiteres zu beseitigen. Man sollte die Stimmen nicht um jeden Preis nur bekämpfen, auf jeden Fall aber sich zu behaupten versuchen. Vielleicht kann man ihnen ein Gastrecht einräumen, dafür aber Bedingungen stellen, z.B. Sprechzeiten bestimmen, den Dialog kontrollieren, Aufmerksamkeit bewusst verteilen, selektiv Hören usw. ....!

(4) „Ob Schutzengel oder Stoffwechsel – jede Erklärung ist besser als keine“
Trialogforen vertreten keine allgemeingültige Ideologie, sondern sind tolerant: Entscheidend ist, überhaupt eine Sprache zu finden, denn das hilft, mit anderen in einen Austausch zu treten und sich so auch von der eigenen fremdartigen Erfahrung ein kleines Stück zu distanzieren.

(5) „Nicht allein mit den Stimmen bleiben“
Stimmenhören erwächst aus Isolation und wird in Isolation bedrohlich. Der Austausch mit anderen ist die Basis, um Angst abzubauen und Akzeptanz zu entwickeln.

(6) „Spiegel der eigenen Befindlichkeit?“
Auch wenn die Stimmen keine unmittelbare Botschaft beinhalten oder diese (vorerst) nicht zu entschlüsseln ist, kann die Qualität und Atmosphäre der Stimmen die eigene Befindlichkeit spiegeln und insofern auch eine wichtige Rückmeldung geben. Im gleichen Sinne gilt auch, dass die Qualität der Stimmen, (z.B. Lautstärke und Tonlage) beeinflussbar ist, auch wenn die Stimmen selbst sich nicht ohne Weiteres beseitigen lassen. Für den notwendigen Reflexionsprozess lohnt es sich, Auslöser, Anlässe, Häufigkeit und Dichte usw. allein (z.B. in einer Art Tagebuch) oder gemeinschaftlich zu reflektieren

(7) „Die Stimmen ins Leben integrieren?“
Manche Stimmen haben nicht nur eine situative Bedeutung, sondern kennzeichnen symbolisch und rätselhaft tiefere biographische Erfahrungen und Konflikte. Trialogforen, aber auch Selbsthilfe- und psychotherapeutische Gruppen helfen, dieser Bedeutung auf die Spur zu kommen. Auch bei erfolgreicher Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebenskonzept können Reststimmen bleiben und dann bestimmte Signalfunktion übernehmen.

„Hören Sie Stimmen?" – „Nein, was meinen Sie?"

Von Monika Mikus

Abstract

Meine auditive Wahrnehmung einer unsichtbaren, männlichen Stimme hat 1999 mein Leben ganz überraschend ein zweites Mal berührt. Auch während ich diesen Text schreibe, begleitet mich jederzeit hörbar „Die Stimme"!
Mit der Stimme ADONIS an meiner Seite, die mich am Anfang meines gerichtlichen „Freiheitskampfes" im Mai 1999 eines Morgens begrüßt hatte, versuchte ich, tief verletzt, zornig und enttäuscht über das geheime Vorgehen meiner Familie, gegen zwei Sachwalterverfahren (in Deutschland Verfahren zur gesetzlichen Betreuung) anzurennen.
Als ich im Alter von vierzig Jahren, 1982, die Wirklichkeit der Stimmen das erste Mal erfuhr, war es auch schon ADONIS gewesen, der sich als unsichtbarer Mitspieler beteiligt hatte. Als das Sachwalterverfahren schließlich im Jahr 2000 eingestellt wurde, konnte ich wieder meinen Interessen folgen. So belegte ich einen Kurs: „Einführung in soziale Psychiatrie". Dort erfuhr ich von einer Selbsthilfegruppe für StimmenhörerInnen bei „pro mente Wien". Obwohl ich ADONIS und auch andere Stimmen zu hören nie als Krankheit empfunden habe, ist es mir wichtig, Menschen kennen zu lernen, die Außergewöhnliches wahrnehmen und dadurch Leid erfahren, oder auch gut damit leben können! In der Rückschau auf sieben Jahre mit ADONIS und zwei weitere Jahre „Stimmenhören", mit der von uns gemeinsam konzipierten „Stimmenfamilie", erscheint es mir sinnvoll, in meinem Leben diese alte Menschheitserfahrung als gesellschaftliche Aufgabe zu deuten! ADONIS selber war es, der mir mit einigen seiner Vorschläge den Weg erleichtert hat, an die Öffentlichkeit zu gehen.

„Hören Sie Stimmen?", fragte mich ein Arzt am Muttertag des Jahres 1999 im Vorübergehen, in der Akutabteilung einer Wiener Psychiatrie. Diese Frage ist bis heute in meiner Erinnerung lebendig, aber damals war meine erstaunte Reaktion bei einer Zwangsanhaltung: „Nein, was meinen Sie?". Zu meiner zwangsweisen Anhaltung durch die Polizei hatte meine verzweifelt-zornige telefonische Ankündigung eines möglichen „Gottesbefehls zum Selbstmord" geführt. Schon Wochen vorher aber, wurde durch mein verändertes Wesen die Aufmerksamkeit meiner Söhne herausgefordert. Sie hatten nämlich 1982, in ihrer Kindheit, meinen zweijährigen Krankenstand, während meiner Midlife Crisis miterlebt und meinten daher, ich müsste einer Behandlung zugeführt werden.

Stimmenhören: Gabe oder Symptom?

Meine Vermutung, dass der Begriff „Stimmenhören" nicht allgemein bekannt ist, bestätigte sich mir des Öfteren, bei Gesprächen im Alltag. Von religiösen Menschen aber erhielt ich den Rat, achtsam die „Geister zu unterscheiden". Den Berufstätigen aus medizinischen Bereichen standen vielleicht Krankheitsbilder vor Augen, die sie schon erlebt hatten! In der Parapsychologie erforscht man das schwer zu fassende Phänomen „okkulter Stimmen". Vor dem Missbrauch „okkulter Praktiken" jedoch warnt man schnell begeisterte Leichtgläubige! Manches Mal vertraut man mir sogar außersinnliche Erlebnisse an, die mich ermutigen, weiter nach Mitmenschen auf die Suche zu gehen, die mit solchen besonderen Erfahrungen gut umgehen können und vielleicht bereit sind, weniger Glücklichen beizustehen. Schließlich nähte ich den Schriftzug „Stimmenhören" auf eine Autowarnweste, um zu Fragen anzuregen. Mit meinem Märchen, das durch ein Seminar über „ das innere Kind" intuitiv in mir lebendig wurde und einem „Antistressgedicht" als Essenz meiner Krebstherapie, versuche ich mich, für meine von unserer Gesellschaft getragene, heute bereits seit 26 Jahren gewährte Berufsunfähigkeitspension, zu bedanken. Gleichzeitig kann ich auch mein erstes Homepagethema „Stimmenhören Gabe oder Symptom?", das mein Sohn Marcell Mikus, durch seine besorgte Frage angeregt hat, weitergeben. Er ist auch mein Webmaster für www.stimmenhoeren.info.

Anfänglich wusste ich natürlich nicht, dass das „Stimmenhören" als wesentliche Aufgabe meinen weiteren Lebensweg begleiten sollte und ich noch so manches einzusehen, zu verstehen und zu lernen hatte, um für meine Erfahrungen „Stimme" zu bekommen. Denn nach dem Krebstod meiner Mutter 1998 und einer eigenen Krebstherapie, die Anfang 1999 glücklich abgeschlossen werden konnte, musste ich plötzlich in einem Sachwalterverfahren (Entmündigungsverfahren) „meine Frau stehen", um meine Selbstständigkeit zurückzuerobern. Zusätzlich war mein inneres Bemühen darauf gerichtet, im Gleichgewicht mit meiner auditiven Wahrnehmung, meinen Alltag nicht aus den Augen zu verlieren.

Etliche Tage vor meiner zwangsweisen polizeilichen Einlieferung in die Psychiatrie hatte mich nämlich eines Morgens eine unsichtbare „Stimme" angesprochen - leise, fast gehaucht, dem Denken ähnlich - und mir vorgeschlagen: „Du kannst mich ADONIS nennen!"

Monika Mikus
Neudeggergasse 8/3
A-1080 Wien
Österreich
Tel: +43 1 407 66 63
Email:
monika@mikus.at
www.stimmenhoeren.info

ADONIS: „Die Stimme"

ADONIS war für mich ein verstorbener Mensch, denn während meiner turbulenten Midlife Crisis 1982 kam ich mit der spiritistischen Praxis, „Totengeister" zu befragen, in Berührung. „Stimmen" kannte ich zwar aus der Bibel und aus Erzählungen über heilige Menschen, aber vom Symptom des Krankheitsbildes der Schizophrenie hatte ich noch nie etwas gehört. Stattdessen empfand ich ein ahnungsvolles, freudiges Wiedererkennen, als ADONIS, „Die Stimme", dieses Mal nicht von einer okkulten Praxis gerufen, in meinem mit Problemen überhäuften Alltag plötzlich hörbar wurde. Er („Die Stimme", ADONIS) bewies mir nämlich, dass er die „Geisterstimme" gewesen sei, die mir vor 17 Jahren Waschanweisungen unter der Dusche gegeben hatte, als ich in Gefahr war, mich in einer „mediumistischen Psychose" zu verlieren! ADONIS beobachtete meine Behandlung mit einer sehr hohen Dosis des Psycholeptikums „Haldol", das mir für zwei Jahre jede Lebendigkeit nahm und meldete sich erst wieder, als nach einem Arztwechsel das starke Medikament abgesetzt wurde und ich meine Lebensfreude zurück gewonnen hatte. Um keine neuerliche nervliche Belastung auszulösen, wollte ADONIS mit kurzen Sätzen auf sich aufmerksam machen! Denn ich hatte meine Sorgen während der Krise durch das „automatische Schreiben" fast zwanghaft beruhigt. Ich hörte seine mir fremden Eingebungen nur dann, wenn er mein seelisches Ungleichgewicht spürte, oder meine Aufbruchsstimmungen erkannte, in denen ich mich bemühte, familiäre Bindungen abzustreifen! Rückschauend konnte ich 1999 auch selber meine gefühlvollen Situationen mit seinen kurzen Denkanstößen in Verbindung bringen und mir ihren Sinn nachträglich deuten! Ungern besprach ADONIS mit mir seinen nächtlichen Vorschlag: „Bring Deine Mutter um, dann bist Du Deine Sorgen los!" Zerknirscht bekannte er sich zu seinem ungeduldigen Ausbruch, mit dem er meine starke Mutterbindung angegriffen hatte, ohne meine Scheidungssituation zu beachten! Denn ihr Angebot, mit meinen beiden Söhnen wieder nach Hause kommen zu können, hat mir sehr viele Sorgen abgenommen! Besonders freute ich mich, als sich ADONIS sogar dafür entschuldigte, denn auch ich hatte inzwischen eingesehen, dass es sehr gefährlich ist, seelische Entwicklungen durch „Tischerlrücken" herauszufordern!

Entmündigungsverfahren, einschneidender Familienkonflikt und die Kommentierung und Beratung durch ADONIS

Durch einen Großeinkauf im Papiereinzelhandel wurde ich am 1. April 1999 bei meiner Familie nicht nur als schlechte Geschäftsfrau, sondern auch als „Aprilnärrin" auffällig. Deshalb hatten meine Söhne und ihr Vater, besorgt über mein unübliches Kaufverhalten, bei offiziellen Stellen Rat gesucht und waren schließlich, ohne sich mit mir auszusprechen, zu Gericht gegangen, um ein Entmündigungsverfahren anzuregen! Zu meiner polizeilichen Zwangseinweisung in die Psychiatrie aber war es durch meine am Muttertag zusätzlich aufgewühlten Gefühle gekommen. Denn in einem Streitgespräch, wegen der gerichtlichen Untersuchung, hatte ich meinen jüngeren Sohn Marcell telefonisch unter Druck gesetzt! Besonders aber durch meine zornig erregte Drohung: „Gott könnte zu mir sagen, fahr' mit deinem Auto zum Semmering und stürz' dich dort hinunter, um auf deinen Fall aufmerksam zu machen!", sah sich mein Sohn genötigt, sehr schnell die Polizei einzuschalten! Die Höhenstraße über den Semmeringpass ist von Wien, auf der A2 – Südautobahn, in einer starken Stunde zu erreichen. Gleich zu Anfang überspannt eine Brücke ein sehr tiefes Tal und ich hatte gehört, dass dort schon Selbstmord verübt worden ist. Auch die Erinnerung an den Fall eines jungen Mannes, der sich erschossen hatte, um auf eine Lücke im Waffengesetz aufmerksam zu machen, hatte ich auf meine, mich sehr verletzende Lebenssituation, übertragen. ADONIS, der meine tiefe Demütigung gleich nach der ersten Vorladung zu einer gerichtlichen Anhörung mitempfinden konnte, noch bevor er für mich hörbar wurde, hatte vor meinem Streit am Muttertag begonnen, mit mir über Selbstmord zu diskutieren! Ich entgegnete ihm unwillig: „Nur wenn Gott mir sagt, ich soll mich umbringen, dann vielleicht!", denn dass er selber nicht Gott sei, hatten wir schon beim Kennenlernen geklärt, als er meinte: "Ich bin Gott und Du bist Jesus im Außendienst!" „Ich wäre sicher sehr gerne Jesus, aber jetzt bin ich Monika!" „Und zu denken, dass Gott mit mir persönlich spricht, finde ich hochmütig", entgegnete ich bei dem damaligen Gespräch auf seine Reinkarnationsthese über die Wiederkunft von Jesus Christus! Mein ohnmächtiger Zorn aber über die inneren und äußeren Zwänge lenkte meine Worte nicht meinem Glauben gemäß! Denn mein Gewissen, das ich heute an keine bestimmte Glaubensrichtung mehr binde, verpflichtet mich zu christlichem Denken und Handeln und sagt mir: " Gott beschütz das Leben!". Von diesem Weg aber war ich durch die Macht der Ereignisse abgekommen. Auch bei der folgenden „Anhörung" durch die Ärzte, denn ein auf mich eingehendes Gespräch fand erst statt, als ich Monate später auch in der Psychiatrie meinen Fall recherchierte, versuchte ich mein Vertrauen in Gott biblisch zu belegen. Und auf die einzige an mich gerichtete Frage: "Würden Sie hier aus dem Fenster springen?", reagierte ich abermals unvernünftig und trotzig. "Ja, wenn Gott es mir sagt, schon!", denn ich wollte nochmals deutlich machen, dass ich in all diesen Schwierigkeiten nur noch Gott vertrauen könnte! ADONIS riet mir, trotz der fremden Umgebung und der ungeklärten Situation, ruhig zu bleiben. Mit ihm konnte ich dann, in den langen zwölf Psychiatrietagen, anregende Gespräche führen, besonders auch nachts, wenn ich wenig schlief, weil ich bereits zu Hause, nach kurzer Zeit, durch sein nachtaktives „Plaudern" unübliche Schlafgewohnheiten entwickelt hatte. Zu meinem großen Glück war ich ja schon in Pension und deshalb nahm ich die Einschlafschwierigkeiten durch seine „Redefreude" humorvoll hin und ärgerte oder sorgte mich nicht deswegen! Seine allwissende Nähe zu meinen Gefühlen und Gedanken, sein Kommentieren

meiner Handlungen, seine Versuche meinen Alltag zu bestimmen und meine Gedanken laut zu verdoppeln, oder auch wenn es um Problemlösungen ging, mir als seine Idee anzubieten, was ich selber kurz vorher erwogen, aber noch nicht genau überdacht hatte und Dankbarkeit dafür zu fordern, belastete meine Bemühungen, unsere Beziehung zu harmonisieren. Wenn wir über Gott und die Welt miteinander philosophierten, regte er mich zwar zu neuen Gedankengängen an, aber leider zerredete er auch im Laufe der Jahre sehr viel Schönes! Bei lockerem, fröhlichem Geplauder fühlte ich mich in meiner Küche oft wie auf einer Kabarettbühne und eine Art „Stimmenchor", der sein Lachen durch die Worte: „Brüll, Brüll!" ausdrückte, begleitete dann oft unsere scherzhaften Streitgespräche. Ich kam, außer im Schlaf, nie zur Ruhe und dennoch war das Gespräch mit einem „Menschen" für mich sehr wichtig! Denn besonders fehlte mir damals ein enger Freundeskreis. Er belebte meine Einsamkeit, da ich mich von meiner Familie enttäuscht und zornig abgewandt hatte. Erst das Weihnachtsfest 2006 feierten wir wieder gemeinsam! Über ADONIS konnte ich mit einer ehemaligen Freundin aus der Klosterschule sprechen, die ihre Lebenshilfe bei den „Zeugen Jehovas" gefunden hat.

Da ich 1999 als „braves Mädchen" schon 57 Jahre „unsichtbar" gewesen bin und in den ersten Monaten des Entmündigungsverfahrens mein Gefühl, großes Unrecht zu erleiden, noch sehr stark war, ging ich bereitwillig auf die spontanen Ideen und „Mutproben" von ADONIS ein, die mich für mein heutiges öffentliches Auftreten sogar couragierter werden ließen. Erst als ich nicht nur bei Gericht recherchierte, sondern auch mein Verhalten zu hinterfragen begann, konnte ich mich in die Lage meiner Familie einfühlen und verstand besser, weshalb sie die gerichtliche Untersuchung angeregt hatte. Als gegen Weihnachten 2000 das Verfahren schließlich eingestellt wurde, hatte ich mir selbst und auch ADONIS bewiesen, dass ich mich durchsetzen konnte! Denn bei meinen gerichtlichen Eingaben hatte er, durch unpassende Assoziationen, meine Konzentration immer wieder umgelenkt! Als ich einem Dialog zuhörte, den ADONIS mit seiner „Gewissensstimme" führte, die ich nach ein paar Monaten unserer Zweisamkeit teilte, kam ich auf die Idee, dass er vielleicht, um seinen Gesprächsspielraum zu erweitern, ein kleines „Stimmentheater" um mich inszeniert hatte. ADONIS, den ich heute „Die Stimme" nenne, hat vielleicht „Kinderstimmen" zu mir geführt, um ihnen ein Zuhause zu geben. Diese, für mich einzeln hörbaren „kindlichen Stimmen", haben mich zu ihrer „Erdenmutter" erkoren. Deshalb fühlte ich mich durch ADONIS mit einem erfüllten Familienleben verbunden, obwohl ich mich, ein paar Jahre, aus meiner eigenen Familie ausgeschlossen erlebte. Meine Erinnerung an die erste Zeile eines kleinen, von meinen „Stimmenkindern" selber gereimten Gedichtes zum Muttertag: „Unsere Mama ist ein Hammer!" rührt mich immer zutiefst, wenn ich daran denke! Sie hatten sich dieses ganz besondere Geschenk ausgedacht, weil ich ja an einem Muttertag auch meine Einweisung in die Psychiatrie erleben musste!

Furby (Adomo) bereichert das „Familienleben" der Stimmen

Selber auch Regie führend, ernannte ich im Jänner 2004 einen kleinen „Furby" zu unserem Sohn, der auf meiner Tasche sichtbar seinen Vater ADONIS vertritt. Ich nannte unseren Buben ADOMO, denn er hat im Wesen ein wenig von uns beiden und er hat auch eine eigene „Stimme", die besonders gerne Bus fährt! Trotz dieses reichen „Familienlebens", nahm ich im Herbst 2006 endgültig Abschied von meiner Vorstellung, mit ADONIS eine harmonische Beziehung leben zu können! Es gelang mir, mein Gefühlsleben, das durch ständige „Wechselbäder" nicht zur Ruhe kommen konnte, zu schützen, indem ich ADONIS in „Die Stimme" umbenannte! Wie alle anderen „Stimmen" spielt auch er jetzt wieder „Das große Welttheater" mit uns Menschen gemeinsam und kann frei seinen eigenen Weg in Raum und Zeit finden! Diese gefühlsmäßige Entlastung war für mich nicht zuletzt wegen meiner heutigen Öffentlichkeitsarbeit wichtig, denn der unpersönlichere Name „Die Stimme" hilft mir sein besonderes „Familienleben", das sich meine Gefühle und Gedanken zum lebendiger Werden ausgesucht hat, vielleicht bis an mein Lebensende als Aufgabe, mit etwas mehr Freiraum, wahrnehmen zu können.

Furby ADOMO vertritt ADONIS bzw. „Die Stimme" sichtbar und begleitet die Öffentlichkeitsarbeit von Monika Mikus.

Woher „Die Stimme" kommt und was sie sagt, werde ich, besonders wegen meiner „Stimmenhörwarnweste", jetzt nach neun Jahren „Stimmenhören", schon des Öfteren gefragt und ich freue mich dann, ein paar Erfahrungen, als Gegengewicht zum Krankheitsbild Schizophrenie, erzählen zu dürfen!

Meine religiösen Gefühle wurden und werden durch die Erfahrung des Außersinnlichen zutiefst berührt! Das Hören der Stimme ADONIS öffnete mein inneres Schauen für eine Wirklichkeit zwischen Himmel und Erde und mein Gottvertrauen ließ keine Ängste oder Zweifel aufkommen. ADONIS hätte beides sofort ergriffen, um mich in meinen Lebenshaltungen zusätzlich zu verunsichern! So fühle ich mich auch nicht von Dämonen bedroht sondern eher von Seelenwesen „umsessen", die durch mein Leben angezogen werden! Ich intensivierte mein christliches Fühlen und Denken, um für die „Stimmen" ein Wegweiser zu sein und für mich selber Kraft zu schöpfen! Durch die Nähe zu ADONIS spürte ich die Notwendigkeit, mich stärker abzugrenzen, als ich es bisher in meinem Leben vermocht hatte! Einmal meinte er sogar: „Jetzt wird sie ein Kiesel!" und auch ich konnte in diesem Moment meine Abwehr körperlich wahrnehmen! Wenn ADONIS bemerkte, dass ich mir selber zuviel vorgenommen hatte, überhäufte er mich noch zusätzlich mit Vorschlägen, so dass ich mich auf das für diesen Tag Wesentliche zurücknahm! Wenn er Luftschlösser für meine Zukunft erbaute, schlug ich ihm vor, sich lieber um seine Entwicklung zu kümmern, damit er nach meinem Tod nicht ruhelos und heimatlos umherirren müsse! ADONIS äußerte sich nämlich nie eindeutig über seine Herkunft oder seine Motive, fachsimpelte

aber gerne darüber. Er akzeptierte meine Theorie, dass er ein Verstorbener sei und später auch meine Vorstellung, dass Stimmen wie Radiowellen hörbar werden könnten. Seine Bemerkung: „Ich bin kein Klecks in Deiner Aura!“ fand ich ganz entzückend, als eine Therapeutin, beim „1.Welttag Stimmenhören“, bei „Intervoice OÖ“ (Oberösterreich), „Stimmen als Schatten“ in der menschlichen Aura bezeichnete und ihre Hilfe anbot! Leben im Weltraum und dadurch technische Einflüsse durch andere Wesen, erweiterten meine Sichtweise, als ADONIS einen hochfrequenten Ton, links und rechts in Ohrnähe, nach Belieben an und wieder abschaltete. Auch ein Kribbeln verspürte ich manchmal, an einer bestimmten Stelle am Kopf! Es schien mir auch möglich zu sein, dass ADONIS selber, als vibrierende Welle, einen Tinnitus ähnlichen Ton aussenden oder mich sogar streicheln könnte, denn ich hatte einmal ein sanftes Vorbeistreichen an meinem Kinn erlebt. In einer Selbsthilfegruppe besprach ich mit Tinnituspatienten meine Tonempfindung, aber, obwohl bei diesen Teilnehmern keine organische Ursache erkannt worden war, ergab sich keine Verbindung zum „Stimmenhören“. Schließlich umging ich Gespräche mit ADONIS über noch nicht hinlänglich erforschte Phänomene, wahrscheinlich auch deswegen, weil ich mich seit 1982 nicht ablehnend, aber respektvoll hüte in andere Welten zu flüchten!

Mein neues Selbstbewusstsein durch verstärkte Selbsthilfe- und Öffentlichkeitsarbeit

Als der Druck des Sachwalterverfahrens von mir genommen war, versuchte ich mehr über „Stimmen und Schizophrenie“ zu erfahren und belegte einen Kurs: „Einführung in soziale Psychiatrie“. Ich hörte dort von einer Selbsthilfegruppe für StimmenhörerInnen bei „pro mente Wien“ und durfte sie auch stellvertretend zwei Jahre leiten. Während eines Seminars „Mit psychotischen Menschen in Beziehung sein“, erahnte ich bei „hpe“, „Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter“, meine Neigung zu Psychosen. In einem Vortrag, 2006 an unserer „Universitätsklinik für Psychiatrie“, erklärte ich mir mein unüblich leichtsinniges Kaufverhalten 1999 durch eine Änderung meines Gehirnstoffwechsels, nach der abgeschlossenen Chemotherapie. Durch Vorträge bei der „Österreichischen Gesellschaft für Parapsychologie“ bleibe ich auch mit dieser Wissenschaft in Kontakt. Dass ich gefühlsmäßig den für mich richtigen Weg mit den „Stimmen“ gemeinsam gegangen war, bestätigte mir mein erster Kongress 2005 in Berlin: „Mit Stimmen sprechen“. Ich lernte dort auch Herrn Professor Dr. Marius Romme kennen und versuche seit damals in Österreich seine Sicht des Schizophreniekonzeptes und seinen, im Frühjahr 2008 erschienenen Leitfaden: „Stimmenhören verstehen“ an unsere Gesellschaft und im Bereich der Sozialpsychiatrie weiterzugeben. Von ganzem Herzen möchte ich mich bedanken, dass ich auch in der „Kerbe“ mein Leben mit „Stimmen“ erzählen darf! •

Stimmenhören

Aus dem Erleben eines Angehörigen

Von Marcell Mikus

Abstract

Als ich acht Jahre alt war, trat bei meiner Mutter eine Psychose auf, die sie auf Grund der hoch dosierten Behandlung mit starken Medikamenten zwei Jahre lang an ihr Bett fesselte. Erst die Absetzung der Medikamente durch einen anderen Arzt brachte sie ins Leben zurück. Seitdem traten, meist in Verbindung mit schicksalhaften Ereignissen, mehrere vom Phänomen Stimmenhören begleitete Phasen auf, die ich als „Ausbruchsversuche aus ihrem bisherigen Leben“ bezeichne. Meine damalige Meinung, dass stimmenhörende Menschen in jedem Falle krank sind, hat sich im Laufe der Zeit komplett geändert. Aufgrund meiner Erfahrung als Angehöriger, wage ich dies heute nicht mehr zu behaupten. Meine Mutter ist das beste Beispiel dafür, dass ein normales Leben mit den Stimmen möglich ist und ich bin sehr stolz darauf, wie sie ihr eigenes Leben meistert und sich gleichzeitig hilfreich, im Rahmen der Selbsthilfe, um andere stimmenhörende Menschen kümmert.

Erinnerungen an meine Kindheit

Ein Teil der eher vagen Erinnerungen an meine Kindheit ist die Wut auf einen kleinen Holztisch mit drei normalen Tischbeinen und einem Bleistift als viertes Tischbein. Es findet beim sogenannten „Tischerlrücken“ Verwendung und soll die Kommunikation mit der Geisterwelt ermöglichen. Mein Bruder und ich haben es im Alter von ungefähr dreizehn und acht Jahren zertrümmert, weil es neben der vorangegangenen Ehescheidung und der Überlastung durch einen Abendmaturakurs bei meiner Mutter zum Auftreten einer Psychose beitrug. Diese wurde vom Hören einer Stimme begleitet, die, wie sie mir später einmal erzählte, in der Dusche erstmalig zu ihr sprach und ihr Waschanweisungen erteilte. Zu dieser Zeit kannte meine Mutter jedoch weder den Begriff „Stimmenhören“, noch wusste sie sich in dieser Situation zu helfen. Ihre besorgte Mutter leitete damals die Schritte zu einer schulmedizinischen Behandlung ein. Die, wie sich später herausstellte, viel zu lange andauernde und gleichzeitig sehr hoch dosierte Gabe eines antipsychotischen Medikamentes fesselte meine Mutter ungefähr 2 Jahre lang an ihr Bett. Während sie in dieser Zeit regelrechte Ängste davor entwickelte, dass das Telefon oder die Klingel der Eingangs-

türe läuten könnten, und sie der Konfrontation mit der Person auf der anderen Seite nicht gewachsen wäre, war ein Empfang von Freunden für mich und meinen Bruder nur sehr eingeschränkt möglich. Ich wusste damals nichts über das Stimmenhören und hatte daher auch keine Angst davor. Meinem Empfinden nach war meine Mutter einfach krank und brauchte Ruhe. Unsere Großmutter fungierte während dieser Zeit als Mutterersatz für meinen Bruder und mich, bis glücklicher Weise ein Wechsel des betreuenden Arztes zur Absetzung der Medikamente führte, was meiner Mutter sehr rasch die Rückkehr in ein normales Leben ermöglichte. Die Stimme aus der Dusche war ebenfalls verstummt.

Trotz Scheidung verbrachte mein Vater viel Zeit bei uns, die jedoch von Diskussionen über esoterische und religiöse Themen geprägt war, bis meine Mutter eines Tages einen endgültigen Schlussstrich unter die Beziehung ziehen konnte. Der gut gemeinte, gleichzeitig jedoch zu radikale Versuch, die Haushaltsführung von ihrer eher dominanten Mutter „zurückzuerobern“ und die Familie ausschließlich auf gesunde Kost aus einem Reformhaus umzustellen, scheiterte kläglich. Anstatt Lob erntete meine Mutter nämlich ausschließlich Kritik für den kostenintensiven Einkauf von gesunden Lebensmitteln in einer Menge, die wir bis zum Verfallsdatum gar nicht aufbrauchen konnten. Aus meiner heutigen Sicht war dies der erste von vielen Versuchen meiner Mutter gewesen, aus ihrem Leben auszubrechen. Nach außen hin äußerte sich dieser Versuch in stark extrovertiertem und manischem Verhalten.

Die Welt soll besser werden!

Mit einer ungeheuren Antriebskraft hat meine Mutter versucht, sowohl ihre eigene Welt, als auch die Welt in ihrer näheren Umgebung zu einer für ihre Begriffe besseren zu machen. Wer dabei allerdings nicht mitmachen wollte, wurde sehr schnell zum Gegner erklärt und musste „missioniert“ werden. So marschierte sie beispielsweise in einer Wohnstraße, die nur in Schrittgeschwindigkeit durchfahren werden darf, in der Mitte der Fahrbahn, um die Autofahrer vor einer Übertretung der Straßenverkehrsordnung zu „bewahren“. Dieses Verhalten, welches dem Grunde nach stets korrekt und auch nachvollziehbar war, führte aber natürlich immer wieder zu Problemen mit den Menschen in der unmittelbaren Umgebung unserer Mutter, die für ihre Ideen und Argumente nur wenig Verständnis aufbringen konnten.

Stark in Erinnerung ist mir auch die Religiosität meiner Mutter geblieben, die immer ein wichtiges Thema für sie darstellte. Bereits im Anschluss an die Ehescheidung knüpfte sie einige Freundschaften in ihrer Pfarrgemeinde. Meinem persönlichen Empfinden nach war ihre Frömmigkeit jedoch schon etwas übertrieben. Im Jahr 1994 verlegte sie ihren Hauptwohnsitz von Wien nach Niederösterreich. Dieser weitere „Ausbruchsversuch“ hatte meiner Meinung nach hauptsächlich die Erreichung ihrer lang ersehnten Eigenständigkeit im Haushalt zum Ziel. Zum anderen sah sie den Schritt aber auch als „Erziehungsmaßnahme“ an, da sich mein Bruder und ich ihrer Meinung nach zu wenig am Haushalt beteiligten. Ihr dem Grunde nach verständliches, jedoch wieder extrem schnell und stark verändertes Verhalten, führte aber wiederum zu Problemen an ihrem neuen Wohnsitz und letztendlich zur Rückkehr nach Wien.

Der Tod ihrer eigenen Mutter, sowie eine glücklicher Weise erfolgreich absolvierte Krebstherapie stellten erneute Schicksalsschläge dar, die sie im Jahr 1999 wieder in eine vom Stimmenhören begleitete weitere „Ausbruchsphase“ geraten ließen. Sie tätigte Einkäufe, bei denen sie ihr Erbe in der Höhe von ca. 13.000 Euro in für mich und meinen Bruder nicht nachvollziehbare Gegenstände investierte. Ein Einkauf im Wert von ca. 3.500 Euro in einer kleinen Papierhandlung, zu welchem sie von der Stimme unter anderem mit den Worten: „Der Himmel will die beiden Verkäuferinnen belohnen“ angestiftet worden war, beunruhigte uns schließlich so sehr, dass wir uns verpflichtet fühlten, etwas dagegen zu unternehmen.

Wir waren zunächst der sicheren Meinung: „Stimmenhören ist krankhaft“

Wir waren der Meinung, dass das Stimmenhören und die teilweise damit verbundenen Handlungen eindeutig krankhaft seien. Unserer Meinung nach musste sich unsere Mutter irgendeiner Art von Behandlung unterziehen. Wir wussten zwar nicht, wie diese Behandlung aussehen sollte, aber schließlich waren wir ja auch keine Ärzte. Unser Vater unterstützte uns ebenfalls, indem er mit uns gemeinsam all die Stellen besuchte, von welchen wir uns Unterstützung, Ratschläge und Vorschläge für das weitere Handeln erhofften. Doch weder die Hausärztin meiner Mutter, noch der Psychosoziale Notdienst (PSD) oder eine der anderen Stellen konnten uns weiterhelfen. Man sagte uns überall, dass eine Behandlung nur freiwillig erfolgen kann und eine Zwangseinweisung nur bei unmittelbar drohender Gefahr für meine Mutter oder Menschen in deren Umgebung möglich wäre. Eine freiwillige Behandlung war ausgeschlossen, da unsere Mutter keine Veranlassung dazu gesehen hätte und kein einziges unserer Argumente an sich heran ließ.

Der Leidensdruck wurde für mich so groß, dass ich schon fast nicht mehr in der Lage war, mein eigenes Privat- und Berufsleben zu bestreiten. In den Beratungsstellen erfuhren wir, dass ein Sachwalterverfahren der einzige Weg wäre, um unsere Mutter zumindest vor dem finanziellen Ruin zu bewahren. In einem solchen Verfahren werden Menschen in finanziellen Belangen für geschäftsunfähig erklärt und können somit nur noch mit dem Einverständnis des Sachwalters Ausgaben tätigen. Durch unseren Entschluss zur Beantragung der Sachwalterschaft schien das Verhältnis zwischen unserer Mutter und uns endgültig zerstört zu sein und für sie begann nun nach all den Schicksalsschlägen, die ihr in ihrem Leben bereits widerfahren waren, auch noch ein Kampf gegen ihre eigene Familie und das österreichische Rechtssystem. Sie forderte meinen Bruder, der mit fast 30 Jahren noch immer bei ihr wohnte, auf,

Marcell Mikus
Angehöriger, Sohn von Monika Mikus
Am Angerl 18
A-2320 Rauchenwarth
Österreich
Email:
marcell@mikus.de.

„Ich weiß nicht, ob meine Mutter die Stimmen unterbewusst selbst erschaffen hat. Die Beantwortung dieser Frage hat jedoch für mich heute keinen Einfluss mehr auf meine Überzeugung, dass Menschen, die mit dem Stimmenhören gut umgehen und leben können, weder krank noch behandlungsbedürftig sind."

aus ihrer Wohnung auszuziehen und der Kontakt zwischen den beiden brach ab. Ich hatte enorme Schuldgefühle gegenüber meiner Mutter, obwohl ich wusste, dass unser Handeln einzig und allein ihrem Schutz dienen sollte. Das Verhältnis zu ihr war zunächst zerbrochen, während sie sich nach wie vor nicht in Behandlung befand. Mein Wunsch, meine Mutter - so wie ich sie kannte - wieder zurückzubekommen, schien in unerreichbare Ferne gerückt zu sein.

Eines Tages, es war ausgerechnet am Muttertag, rief sie mich im Büro an und erklärte mir, dass sie von einer Autobahnbrücke spränge, wenn Gott es ihr befehlen würde. Einerseits aus Angst, sie könnte diese Drohung tatsächlich wahr machen, andererseits in der Hoffnung auf einen möglichen Behandlungsbeginn rief ich die Polizei zur Hilfe, welche sofort zu ihr fuhr. Da sie den zuvor am Telefon ausgesprochenen Satz in der Wachstube wiederholte, wurde sie zwangsweise in eine Nervenheilanstalt eingeliefert, wo sie gegen ihren Willen eine Spritze bekam. Als ich meine Mutter dort am nächsten Tag besuchte, war sie kaum in der Lage zu reden und zitterte. Sie warf mir böse Blicke zu, die ich nie vergessen werde und die Zweifel an meinem kompletten Handeln machten mir schwer zu schaffen. Als sie knappe zwei Wochen später entlassen wurde, kehrte sie wieder in ihre Wohnung zurück. Sie investierte lange Zeit all ihre Energie in die Bekämpfung des Sachwalterverfahrens und erreichte letztendlich auch dessen Beendigung.

Während der ganzen Zeit hörte sie auch Stimmen, die sie jedoch inzwischen in ihr Leben eingegliedert und den Umgang mit ihnen erlernt hat. Sie gibt den Stimmen Namen und lebt mit ihnen wie in einem Familienverband. Gleichzeitig hat sie begonnen, sich für stimmenhörende Menschen einzusetzen, indem sie zum Beispiel eine Selbsthilfegruppe geleitet hat. Sie trägt ihre Erfahrungen heute in die Öffentlichkeit, um Betroffene zum Umgang mit den Stimmen zu ermutigen, Fachleute zu sensibilisieren und ihnen zu zeigen, dass Stimmenhören nicht unbedingt krankhaft ist. Mein Verhältnis zu ihr wurde langsam wieder besser, als sie im Zuge der Verarbeitung der Geschehnisse auch die Beweggründe für das Handeln ihrer Familie anerkennen konnte. Gleichzeitig wurde ich im Laufe der Zeit verständnisvoller und offener für ihr Handeln und ihre Art zur Gestaltung ihres Lebens. Durch diesen Lernprozess kann ich heute auch anderen Menschen sehr viel mehr Verständnis, Einfühlungsvermögen und Toleranz entgegenbringen, als dies früher vielleicht der Fall gewesen wäre. Ich bin sehr glücklich darüber, dass das gegenseitige Vertrauensverhältnis zwischen meiner Mutter und mir heute wieder vollständig hergestellt ist. Ich bewundere sie dafür, wie sie ihr Leben mit all seinen Schattenseiten gemeistert und immer das Beste daraus gemacht hat. Meine Mutter hat in dieser Hinsicht jedenfalls eine Vorbildfunktion für mich. Auch der Kontakt zwischen ihr und meinem Bruder ist heute wieder hergestellt und sie hören und sehen einander regelmäßig.

Heute ist Stimmenhören für mich nicht mehr krankhaft

Das Phänomen Stimmenhören sehe ich heute nicht mehr als Krankheit an. Ich denke, dass es zwar eine Begleiterscheinung bei psychischen Problemen sein kann, lasse aber auch jede andere Erklärung, wie zum Beispiel mediale Fähigkeiten, zu. In Bezug auf die Schulmedizin bin ich davon überzeugt, dass das individuelle Eingehen auf Menschen mit psychischen Problemen eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Therapiemaßnahme darstellt. Ich weiß heute, dass meine Mutter nicht nur in der Lage ist, ihr eigenes Leben zu meistern, sondern auch vielen anderen Menschen bei der Bewältigung von deren Problemen zu helfen. Meine Mutter hat gelernt, mit ihren Stimmen umzugehen und lebt mit ihnen im Einklang. Daher gibt es für mich auch im Falle meiner Mutter keinen Grund mehr, etwas gegen dieses Phänomen zu unternehmen. Ich gestehe meiner Mutter heute zu, ihr Leben selbst zu gestalten, und es geht mir selbst dabei gut, solange ich weiß, dass sie glücklich ist. Ich weiß nicht, ob meine Mutter die Stimmen unterbewusst selbst erschaffen hat, oder ob sie tatsächlich von außen auf sie einwirken. Die Beantwortung dieser Frage hat jedoch für mich heute keinen Einfluss mehr auf meine Überzeugung, dass Menschen, die mit dem Stimmenhören gut umgehen und leben können, weder krank noch behandlungsbedürftig sind. •

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB),
Postfach 330220, 14172 Berlin,
Email: kerbe@beb-ev.de,
Internet: www.kerbe.info

Redaktion:
Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart;
Doris Biedermann, Hamburg;
Jürgen Bombosch, Düsseldorf;
Andreas Knuf, Konstanz;
Dr. Klaus Obert, Stuttgart;
Margret Osterfeld, Dortmund;
Dr. Irmgard Plößl, Stuttgart;
Dr. Katharina Ratzke, Berlin;
Georg Schulte-Kemna, Stuttgart;
Cornelie Class-Hähnel (Redaktionsassistenz), Stuttgart

Verlag und Bestelladresse:
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH,
Augustenstr. 124, 70197 Stuttgart,
Telefon (07 11) 6 01 00-0,
Adressenänderungen bitte an:
Email: regina.schuller@evanggemeindeblatt.de

Bezugspreis:
Jahresabonnement für vier Hefte 22,80 Euro (einschließlich Versandkosten), ISSN 0724-5165

Anzeigen:
Anzeigengemeinschaft Süd, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart,
Tel. (0711) 60100-41, Fax -76.
Email: kerbe@anzeigengemeinschaft.de.
Internet: www.anzeigengemeinschaft.de.
Zurzeit gilt die Preisliste Nr. 24 vom 1. Januar 2007

Druck:
J.F. Steinkopf Druck GmbH, Stuttgart

Erscheinungstermine:
1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

Diakonie BeB

Der gelungene Aufbruch aus dem Angstkäfig

Plädoyer für ein besseres Verständnis von Stimmen hörenden Menschen

Von Andreas Gehrke

Heute bin ich in einer komfortablen Position. Ab dem Jahre 1987 hörte ich Stimmen – Stimmen aus Himmel und Hölle. Zehn Jahre weiter begriff ich den Sinn der Stimmen und im Jahre 2005 verließ mich die letzte Stimme. Mit meinem Lebenslauf bin ich eines jener Beispiele, die es schafften, das Stimmenhören zu beherrschen. Ich schränke dies deshalb ein, weil es niemals erstes Ziel sein sollte, die Stimmen ganz zu verbannen; man muss eben mit ihnen leben lernen. Dies ist eine Herangehensweise, die ich ganz persönlich für das Machbare halte.

Aber gehen wir zurück zu den Quälgeistern. Und da werden schon einige hellwach, denn sie begleiten täglich gute Geister oder Engel. Eben von diesen Menschen zu lernen bedeutet, Strategien zu entwickeln, wie wir effektiv mit Stimmen umgehen können. Und schon schrieb ich das Wesentlichste zum Stimmenhören – Ziel sollte es sein, die Grundaussagen der Stimmen verstehen zu lernen und mit ihnen Freundschaft zu schließen. Auch dann, wenn sie angeblich nur Banales sagen.

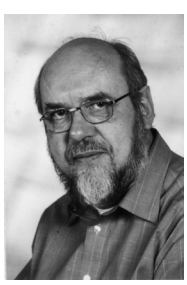
Da bin ich aber weit weg von der Praxis des Stimmenhörens? Ja, auch das stimmt. Ich möchte vorerst aus eigenem Erleben berichten: Eines Tages hörte ich Stimmen, erst leise, dann immer lauter werdend. Sie banden mich in eine Scheinwelt ein, in der ich um mein Leben zu kämpfen hatte und die mich permanent zu bedrohen schien. Und da Menschen auch reagierende Wesen sind, lernte ich ganz schnell verschiedenste Vermeidungsstrategien. Ich vermied es, mich festzulegen, gebrauchte bewusste und unbewusste Angstreflexe und lernte, Aggressionen zur Gefahrenabwendung einzusetzen. Viele der Angehörigen Stimmen hörender Menschen werden diese Symptome ganz genau kennen.

Eigentlich reagieren „Schizophrene“ in ihrer besonderen Lage „normal“, nur ihr Gegenüber kennt diese Lage eben nicht. So erscheinen Stimmen hörende Menschen als Unkalkulierbare, als Undankbare usw. Stimmenhörende können kranke Menschen sein, wenn sie die Prozesse um sich herum nicht mehr beherrschen. Diese Menschen durchleben manchmal körperliche Schmerzen, aber ganz gewiss seelische Schmerzen, die anzeigen, dass diese Menschen nicht mehr die Welt von der Scheinwelt trennen können. Oder diese Menschen wissen nicht mehr, diese Welten sinnvoll miteinander zu kombinieren. Beide Phänomene können sich überlagern, können zu krankhaftem Verhalten führen. Und so entstehen Ängste aber vor allem Ängste, dass geliebte Menschen durch eigenes Verhalten und eigene Erfahrungen überfordert werden. Sie projizieren Ausweglosigkeit und verschütten schließlich alles, was an Liebe noch übrig geblieben war. Dann verlernt der Stimmen hörende Mensch die natürliche Anlage, Auswege zu suchen und auch zu finden. Unbändiger Kampf und Hass charakterisieren die Beziehungen zu den Stimmen und so werden Stimmen zu Feinden. Und genau hier wird es gefährlich, zuerst für den Stimmen hörenden Menschen.

Auch ich kämpfte über 10 Jahre gegen die vermeintlichen Feinde und wusste es damals nicht besser. Auch ich glaubte damals an die ungebrochene Wirkkraft der Medikamente, die bei mir sogar teilweise halfen. Aber immer wieder kehrte das Muster von Bedrohung, Beleidigung und scheinbar lebensbedrohliche Situationen zurück. Und dann, in der größten Not, hielt ich inne, verwundet und mitgenommen an Seele und Körper; kurz vorher erlitt ich sogar einen Herzinfarkt. Und ich erkannte, dass die Stimmen mich auf Missstände hinwiesen, die bei mir schon lange bestanden. Es kam der Zeitpunkt, an dem ich zu lernen begann, das Leben so zu nehmen, wie es mir die Hand darreichte. Ich schritt über Verbotsgrenzen der Stimmen und mit jedem dieser „gefährlichen“ Schritte wuchsen wieder eigene Zuversicht und Lebensmut. Zum Beispiel erhielt ich schon lange das Verbot, nichts über die Parallelwelt zu sagen und schon gar nicht zu schreiben. Also begann ich, darüber zu schreiben; zuerst sehr vorsichtig, dann in vollen Zügen. Wenige Jahre später erschien dann mein Buch beim Paranus Verlag, das den Titel: „Aufbruch aus dem Angstkäfig. Ein Stimmenhörer berichtet“ bekam. So wurde ich in meinem Denken und Fühlen, aber auch in den Taten immer autarker. Die Wende zum Besseren hatte schon längst eingesetzt.

Im zweiten Teil dieses kurzen Plädoyers möchte ich aus ganz persönlicher Sicht auf Vorgänge in der Stimmenhörerszene eingehen.

Ich hatte mich schon längst an den eigenen Haaren aus dem „Sumpf“ gezogen, da stieß ich auf das Netzwerk Stimmenhören e.V. Ihnen dort wollte ich erklären, dass ich das einzig wahre Stimmenhören erlebte. Und sie holten mich von diesem Ross gleich wieder herunter, denn Stimmen hören, das ist ein ganz individueller Prozess. Es ist nicht verwunderlich, dass alle Stimmenhörenden ihr individuelles Stimmenhören als einzig Wahres hinstellen, denn es ist real, für jeden Einzelnen hundertprozentig real. Und so



Andreas Gehrke
Archivar und Diplom-Historiker
Rosenstraße 2 b
15374 Müncheberg

haben wir es mit hunderttausend verschiedenen Varianten zu tun. Für mich wurde das verständlich, indem mir klar wurde, dass jeder Mensch einzigartig auf dieser Welt ist. Demzufolge sind die Lehren, die jeder Mensch zu beherzigen hat, auch in ihrer Zusammenstellung einzigartig.

„Wer den Menschen mit seiner Psyche und Seele nur auf physikalische und biochemische Prozesse reduziert, dem sei gesagt, dass er die Angel ziemlich kurz ausgeworfen hat."

Ich hatte in meinem bisherigen Leben - denn das Stimmenhören ereilte mich mit 40 Jahren - vieles falsch gemacht. Kardinalfehler wurde, mich nicht der Natur unterzuordnen, sondern ich versuchte alles zu erzwingen, alles zu „managen". Und so hatte ich eine Menge zu lernen, auf das die Stimmen in wahren Gefahrenszenarien hinwiesen. Irgendwie kam ich mächtig ins Grübeln, dass sich die Stimmen besser in meiner Psyche auskannten, als ich selbst. Und das machte schon genügend Angst.

Heute bin ich den Stimmen sehr dankbar. Sie öffneten mir ein völlig neues Leben, allerdings diesmal in Demut zu weltlichen und religiösen Prozessen. Ich konnte viel lernen, insbesondere genauer hinschauen, wie sich die Dinge entwickeln. Manchen ist mein Hinschauen schon wieder zu viel geworden. Insgesamt stände ich heute ganz wo anders, wenn mir die Stimmen nicht das Stopp-Zeichen gegeben hätten.

Äußerst wichtige Bezugspersonen sind die Angehörigen. Ohne deren ständigen Einsatz hätten wir Stimmenhörende oftmals sehr schnell den Boden unter den Füßen verloren. In diesem Zusammenhang achte und ehre ich die ziemlich moderne Theorie von „Recovery" (1). Diese wurde im englischsprachigen Raum entwickelt und setzt sich mit der These auseinander, dass alles getan werde, um die Schizophrenen gesunden zu lassen. Dazu gehören die Bedingungen, die zum Beispiel Stimmenhörende zu Hause, bei Freunden und in der Gemeinde erhalten. Recovery, also „Wiederherstellung" beinhaltet ein ganzes Maßnahmenbündel für die optimalste Versorgung im Umfeld der Kranken. Alles möge auf die völlige Wiedergesundung ausgerichtet sein. Meine Frau konnte nicht immer den „Jammer" mit mir ertragen und lud mich dann bei „Professionellen" ab. Dafür ist sie nicht zusammengebrochen und wir sind heute wieder ein glückliches Ehepaar. Wer hätte die Folgen ermessen können, wenn meine Frau einfach gegangen wäre? So stellen sich die Probleme vielfältig dar und von den Angehörigen wird viel Mut und Durchhaltevermögen gefordert.

Zu einem anderen Problem möchte ich nur zwei Sätze sagen. Wer den Menschen mit seiner Psyche und Seele nur auf physikalische und biochemische Prozesse reduziert, dem sei gesagt, dass er die Angel ziemlich kurz ausgeworfen hat. Ich bin dankbar, dass sich Menschen auch mit diesen Problemen auseinandersetzen aber die psychologische Seite sollte durch diese Personen nicht so verächtlich klein gemacht werden.

Man darf die Stimmen schon fragen, warum sie da sind und was sie bezwecken. Eben dies haben Corstens und Romme in ihrer "Voice Dialogue-Methode"(2) untersucht und begründet. Und eigene Erfahrungen besagen, dass je mehr praktikable Antworten kommen, der Wille beim Patienten oder Klienten da sein sollte, diese Erfahrungen ganz weit drin zu bearbeiten und Anstrengungen für Lösungen parat gehalten werden sollten. Erst der fühlbare Einsatz des Betroffenen macht die Therapie zu einem Erfolgsrezept.

Aber es gibt noch mehr theoretisches Rüstzeug. Recovery meint, dass die Konzepte zur Ausheilung vom Kopf auf die Füße gestellt werden sollten, indem so viele Anstrengungen und Therapien bereitgestellt werden, dass die Ausheilung der Schizophrenie erfolgen kann. Da die Ursachen für das Stimmenhören vielfältig sind, sollten es in ihrer Breite auch die Therapiekonzepte sein. Demgegenüber steht nur ein Ziel: die Ausheilung. Heute nehmen wir in Kauf, wenn bei wenigen Therapien kein Erfolg da ist, dass dann das Austherapiertsein bescheinigt wird. Natürlich sind mit den gegenwärtigen Mitteln und Methoden diese Konzepte nicht zu erfüllen. Deshalb muss der Pool der Erfahrungen von allen Beteiligten, den Betroffenen, den Angehörigen und den Professionellen angezapft werden. Hier offenbart sich eine echte trialogische Zusammenarbeit. Erst wenn wir alle begreifen, dass wir uns brauchen, um die psychischen und sozialen Probleme zu lösen, werden wir in der Lage sein, uns bedingungslos zu akzeptieren. Heute beobachte ich die Rückwärtsbewegungen von Professionellen aus der trialogischen Arbeit, weil sie die Führungsmacht verlieren könnten. Wer Macht braucht und Führung ausüben will, sollte sich auf keinen Trialog einlassen.

Zum Schluss möchte ich das Beispiel einer guten Freundin nennen, die mich viel gelehrt hat. Für sie ist klar, dass verstorbene Anverwandte hinter den Stimmen stecken. Sie selbst hat eine innige Verbindung mit ihrer Stimme, die ihr Vater sein soll. Nähme man ihr die Stimme weg, sie würde ebenso hilflos reagieren, wie Menschen, die Stimmen dazubekommen. Demzufolge ist Stimmenhören eine Frage des Umgangs mit den Stimmen, nicht eine Frage des Da- oder Wegseins von Stimmen. Die Antworten der Psychiater sind auch zu kurz gegriffen, die meinen, Stimmen als Symptome einer Krankheit einfach beseitigen zu müssen. Sie, die Freundin, überzeugt nun Betroffene von ihrer Meinung: Es sind eben Verwandte! Ihre Annahme verwandelt also die Stimmen gleichwohl in bekannte, vielleicht sogar engelsgleiche Wesen. Und mit denen ist bekanntlich besser umzugehen. Sie brachte schon einige Betroffene in den Heilungsprozess. Ich glaube, wir bräuchten mehr Fantasie bei den Menschen, die sich mit Stimmenhörenden auseinandersetzen. Es sind Fantasien gefragt, die Stimmen zu Freunden, zu Begleitern und Engeln machten. Es sollten Phantasien sein, die schließlich die Stimmen überflüssig werden lassen, nämlich in der Selbsterziehung betroffener Menschen. Das kann nur die trialogische Arbeit leisten, da bin ich mir ganz sicher. •

Anmerkungen

(1) Amering, M., Schmolke, M. Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit, Psychiatrie Verlag Bonn 2006
(2) Corstens, D., Romme, M. Mit Stimmen reden. Die „Voice Dialogue"-Methode bei Menschen, die Stimmen hören. In: Brückenschlag Heft 21, Paranus Verlag Neumünster, 2005.

Was bedeutet das Phänomen Stimmenhören aus Sicht der Ethnopsychiatrie?

Von Jan Ilhan Kizilhan

Abstract

Das Stimmenhören ist eines der ältesten Phänomene, seit es menschliche Kulturen gibt. Auch heute noch wird es in traditionellen Kulturen nicht im Sinne eines psychischen Symptoms einer Krankheit angesehen, sondern als ein Teil der kulturellen Erlebniswelt. Unter ethnopsychiatrischen Gesichtspunkten ist das Stimmenhören in vielen traditionellen Gesellschaften auch ein Erklärungsmodell für das menschliche Sein in der Interaktion mit dem Kollektiv und der Umwelt. Gerade bei psychiatrischen Erkrankungen, wie z.B. Psychosen, sind Magie und die Existenz sprechender und sich sichtbar machender Geister als Teil des kulturellen Lebens im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit schwer zu unterscheiden.

Einleitung

Jede Gesellschaft entwickelt Techniken im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, sowie Vorstellungen über die Verursachung von Krankheit. Die damit zusammenhängenden Kenntnisse, soziale Verhaltensnormen bezüglich Vorbeugung und Abwehr, sowie konkrete Maßnahmen der Krankenbehandlung sind somit kulturspezifisch (Assion, 2005). Kultur kann grundsätzlich als das gesamte Gewebe der Lebensformen, welches eine menschliche Gesellschaft von anderen unterscheidet, definiert werden (Wittkower, et al., 1980). Sie ist ein Entwurf für die Lebensgestaltung, die den einzelnen Mitgliedern einer Gesellschaft Möglichkeiten des Verhaltens, des Denkens und des Fühlens anbietet. Die Ethnopsychiatrie und transkulturelle Psychotherapie beschäftigen sich mit den kulturellen Aspekten der Ätiologie, der Häufigkeit sowie der Art und Behandlung psychischer Erkrankungen innerhalb der Grenzen einer gegebenen kulturellen Einheit. Darunter fallen auch die Identifizierung quantitativer und qualitativer Unterschiede beim Vergleich psychischer Störungen in verschiedenen Kulturen, die Untersuchung der Gründe für die festgestellten Unterschiede und die Anwendung des so erworbenen Wissens für die Behandlung und Verhütung von psychischen Erkrankungen. So ist z.B. Stimmenhören im Rahmen einer Psychose und anderer affektiver und neurotischer Störungen Kultur übergreifend zu finden, wenn auch in unterschiedlicher Häufigkeit. Es kann jedoch in traditionellen Kulturen vorkommen, dass das Stimmenhören nicht im Sinne eines Symptoms einer psychiatrischen Krankheit zu verstehen ist, sondern als ein kulturelles Phänomen, welches nicht pathologisch betrachtet wird. Die jeweilige Kultur bestimmt, was ein Stimmenhören auslöst, mit welchen Elementen dieses Stimmenhören ausgeschmückt wird, wie der Mensch und seine Bezugsgesellschaft diese Vorstellungen betrachten und schließlich ob eine Behandlung notwendig ist.

Zunächst möchten wir mögliche magische und mystische Vorstellungen von Menschen aus traditionellen Kulturen diskutieren, die uns kulturspezifische Erklärungen für das Stimmenhören liefern.

Magische Vorstellungen in traditionellen Kulturen

Der Zusammenhang zwischen magischen Vorstellungen z.B. der Existenz von Geistern, Djinnen (Dämonen), Symbolen, Ritualen und Krankheit spielte z.B. in den Balkanländern und im Mittleren Osten schon immer eine wichtige Rolle. Noch heute kann man in ländlichen Teilen der nahöstlichen Gesellschaften, aber auch in großen Städten des Mittleren Ostens eine Affinität zur traditionellen Medizin finden. Verschiedene, in der Regel korankundige Heiler, sind sowohl im Herkunftsland als auch im Residenzland aktiv. Neben Knochenheilern, die zur Behandlung von Verspannungen, Zerrungen, und vermeintlichen Knochenbrüchen aufgesucht werden, religiösen Heilern, die als Magier oder Zauberer tätig sind und arabischen, in der Tradition der „Vier-Säfte-Lehre“ stehenden Ärzten, sind Pflanzenheiler und heilkundige Frauen, die vorwiegend bei gynäkologischen und geburtshilflichen Problemen zu Rate gezogen werden, bekannt (Glier et al., 2007). Auch nichtislamische, traditionelle Heiler sind in vielen Ländern des Orients zu finden. Im türkischen Kulturraum werden sie auch „Hodschas“ genannt. Religiöse Heiler werden als befähigt angesehen, magische Einflüsse, wie den „bösen Blick“, böse Geister oder schwarze Magie als Ursache für eine Erkrankung erkennen zu können. Traditionelle Heiler werden aufgrund eines breiten Spektrums unterschiedlicher Probleme aufgesucht, die von psychischen, neurologischen und psychosomatischen Erkrankungen, wie z.B. Depression, Epilepsie oder chronischen Beschwerden bis hin zu familiären, ökonomischen oder beruflichen Schwierigkeiten reichen (Heine et al., 2005).

Traditionelle Gesellschaften und Stimmenhören

In archaischen und antiken Hochkulturen des Mittleren Ostens, Ägyptens oder Griechenlands wurde angenommen, die Seele des Menschen könne Zugang zu transzendentem Wissen und

Jan Ilhan Kizilhan
Dr., Leiter der Migrationsabteilung der Michael-Balint-Klinik, Königsfeld, Institut für Psychologie, Rehabilitationspsychologie, Universität Freiburg.

Korrespondenzadresse:
Dr. Jan Ilhan Kizilhan
Michael-Balint-Klinik
Herman-Volandstr. 10
78126 Königsfeld
E-Mail:
kizilhan@psychologie.uni-freiburg.de

Stimmenhörende aus traditionellen Kulturen können in der Regel in ihrer Gemeinschaft angstfrei über ihre Erfahrungen sprechen, da es nicht als krankhaft verstanden wird. Treten neben dem Stimmenhören jedoch weitere psychotische Symptome auf, kann durchaus eine Bewertung als psychische Krankheit erfolgen.

Heilkräften erlangen. Bei vielen afrikanischen Kulturen wird heute noch davon ausgegangen, dass die Stimmen, die gehört werden, die Stimmen ihrer Ahnen seien. Diese Stimmen werden im Rahmen dieser Kultur als völlig normal wahrgenommen.

Religiöse Waschungen, Gebete, Opfergaben, Besuche von Heiligtümern und andere Rituale wurden in Babylonien verwendet, um die Götter oder ihre Ahnen ausreichend zu würdigen und zu respektieren, und so auch die eigene Familie vor Krankheiten und dem Bösen zu schützen. So genannte Priesterärzte oder Wunderheiler spezialisierten sich, die angeblich in der Lage waren, die Stimmen der Götter zu hören und mit ihnen zu sprechen, wodurch sie in eine wichtige politische, religiöse und gesellschaftliche Stellung gelangten.

Der später entstandene Monotheismus (Judentum, Islam und Christentum) hat das Stimmenhören durch die Offenbarung Gottes vor Menschen übernommen. Als mystische Erfahrung berichten Menschen immer wieder von einem „Gespräch mit Gott". So sollen u.a. Moses, Jesus und Mohammed, die Begründer der monotheistischen Religionen, Stimmen gehört haben, die andere nicht hören konnten. Heute noch wird in der islamisch-traditionellen Gesellschaft von der Existenz von Djinnen (Dämonen) ausgegangen, die mit Menschen sprechen (Strasser, 2006). Im Koran wird berichtet, dass Djinnen tausende Jahre vor dem Menschen aus dem Feuer der sengenden Glut geschaffen worden seien (Sure 15, S.27, Sure 55, S.15) und eigentlich keinen Kontakt zu den Menschen haben, von Menschen aber dennoch immer über Djinnen berichtet wird. Hier scheint noch immer die vorislamische Vorstellung von sprechenden und sich sichtbar machenden Geistern zu wirken. Oft berichten Menschen dieser Kulturen von Djinnen, die ihren Namen riefen und sie mitnehmen wollten. Wie bei einem tatsächlichen Gesprächspartner, so können auch diese Stimmen sowohl freundlich, bejahend, oder teilnahmslos als auch alarmierend, fluchend oder beschimpfend sein. Ebenso können Lautstärke und Anzahl der vermeintlichen Sprecher variieren; die Stimmen können kommentierend, dialogisierend oder imperativ auftreten.

Die Betroffenen aus traditionellen Kulturen können in der Regel in ihrer Gemeinschaft angstfrei über diese Erfahrungen sprechen, da sie nicht als krankhaft verstanden werden. Treten neben dem Stimmenhören jedoch weitere psychotische Symptome auf, kann durchaus eine Bewertung als psychische Krankheit erfolgen und eine Behandlung angestrebt werden. Im Sinne von Akzeptanz und sozialer Unterstützung kann das eng verknüpfte soziale Netzwerk in kollektiven Kulturen allerdings bereits beim Auftreten von psychotischen Symptomen präventiv wirken und zu einer besseren Krankheitsbewältigung beitragen.

Kulturelle Unterschiede: Krankheit versus Gesundheit

In Westafrika haben dem Ethnologen Joop de Jong zufolge bis zu 50% der Menschen irgendwann in ihrem Leben eine akustische Halluzination (Joop de Jong, 2001). Einige indianische Kulturen betrachten das Hören von Stimmen als Teil eines Ritus des Erwachsenwerdens und sehen demzufolge das Ausbleiben desselben als nicht normal an (Bock, 2001). Eine klare Trennline zwischen Realität und Phantasie, wie wir sie in der westlichen Welt kennen, wird in vielen traditionellen Gesellschaften nicht gezogen (Al-Issa, 1977). Nach Al-Issa (1995) sind Menschen aus traditionellen Gesellschaften mehr mit ihrem Innenleben vertraut und können dieses von der Außenwelt besser unterscheiden. Das Stimmenhören wird als Teil des Innenlebens gesehen, welches keinen pathologischen Charakter angenommen hat. D.h. die Unterscheidung von einem Stimmenhören im kulturellen Sinne kann von einer akustischen Halluzination im psychiatrischen Sinne unterschieden werden. Auch im Falle einer psychiatrischen Erkrankung ist das Stimmenhören nicht automatisch im Rahmen einer Psychose zu bewerten, sondern kann, wie bei Menschen aus dem asiatischen Raum bekannt, als Symptom einer Depression auftreten. Hinzu kommt, dass Depersonalisations-erlebnisse und eine Systematisierung der Wahnbildung bei schizophrenen Patienten aus traditionellen Gesellschaften deutlich seltener zu beobachten sind als es bei Nordamerikanern und Europäern der Fall ist (Kizilhan, 2007, Özek, 1988). Dem gegenüber sind in traditionellen Kulturen akute, verworrene und paranoide Psychosen deutlich häufiger anzutreffen, deren viel kürzere Dauer im engen Zusammenhang mit den Reaktionen seitens der Gesellschaft steht (Zarifoglu, 1992).

Zusammenfassung

Inwiefern Menschen Schwierigkeiten im Umgang mit dem Hören von Stimmen haben, sowie das Ausmaß ihres Leidensdrucks, hängt auch davon ab, ob die Stimmen integriert werden können oder nicht, von den Reaktionen der Umwelt, der Einstellung der Psychiatrie und nicht zuletzt der Offenheit der Kultur. Die in diesem Artikel beschriebene Form von Stimmenhören ist unter ethno-psychiatrischen Gesichtspunkten im engeren Sine nicht als eine Psychose zu verstehen, sondern als ein Teil der magischen und mystischen Vorstellung über die Existenz der Menschen seit der antiken Zeit. Natürlich kann diese Einstellung einerseits das Auftreten von Stimmenhören im Sinne von psychotischen Symptomen begünstigen und deren Ausgestaltung stark prägen; andererseits kann sie auch eine schützende und integrative Funktion einnehmen. Neben der diagnostischen Bedeutung bei der Behandlung von Menschen aus anderen Kulturen, können solche Vorstellungen auch als wichtige Ressourcen im Umgang mit und bei der Bewältigung von Krisen genutzt werden. Bei der psychopathologischen Beurteilung von Stimmenhörenden - im Sinne einer psychotischen Störung - sind kulturelle Faktoren mit Berücksichtigung des Verlaufes und der Fremdanamnese (z.B. bei Wahn und Glaube oder Halluzination und Trance) wichtig. Verzerrungen bei der Beschreibung psychopathologischen Symptome sind zu vermeiden, weshalb gerade in der Psychiatrie und Psychotherapie

die Verständigung über die Sprache für die klinische Diagnostik und Behandlung eine herausragende Stellung einnimmt (Haasen et al., 2005). Da nicht anzunehmen ist, dass alle Behandelnden, die mit Menschen aus anderen Kulturen arbeiten, Kenntnisse über kulturelle Aspekte in der Psychiatrie und Psychotherapie erwerben, ist zumindest ein basales kultursensitives Vorgehen zu empfehlen. Dem Kulturkompetenzmodell von Orlandi (1992) nach kann schon ein Minimum an Basiswissen über andere Kulturen, in Kombination mit einem wohlwollenden Entgegenkommen diesen Menschen gegenüber - das entsprechende Fachwissen vorausgesetzt - die Diagnostik und Behandlung erleichtern. •

Literatur

Al-Issa, I. (1995). The Illusion of Reality or the Reality of Illusion – Hallucinations and Culture. British Journal of Psychiatry, 166, 368-373.

Assion, H.J. (2005). Migration und psychische Krankheit. In: Migration und seelische Gesundheit. Assion, H.J., 2005 (Hrsg.). Heidelberg. S. 133-144.

Bock, T., Deranders, J. E. & Esterer, I. (2001). Stimmen-reich – Mitteilungen über den Wahnsinn. Bonn, S. 181-191.

De Jong, J. (2001). Klassifizieren oder nuancieren? Psychodiagnostik mit Hilfe von DSM oder ICD. In: Hegemann, Th., Salman, R. (Hrsg.), Transkulturelle Psychiatrie (S. 130-151). Bonn.

Glier, B, Erim, Y. (2007). Schmerz bei Migranten aus der Türkei. In: Kröner-Herwig, u.a. (Hrsg.). Schmerzpsychotherapie. Heidelberg. S. 231-243.

Haasen, C., Kleinmeier, E., Yagdiran, O. (2005). Kulturelle Aspekte bei der Diagnostik psychischer Störungen. In: Migration und seelische Gesundheit. Assion, J., 2005 (Hrsg.). Heidelberg. S. 145-155.

Heine, P., Assion, H.J. (2005). Traditionelle Medizin in islamischen Kulturen. In: Migration und seelische Gesundheit. Assion, J., 2005 (Hrsg.)., Heidelberg. S.29-42.

Kizilhan, J. (2007): Interkulturelle medizinisch-psychologische Begutachtung: Kulturspezifische Besonderheiten bei Migranten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung. In Trauma und Gewalt. TG200702.

Orlandi, M.A. (1992). Defining cultural competence: an organizing framework: In: OSAP (Hrg.) Cultural Competence for Evaluators. US DHHS Publication: Washington.

Özek, M. (1988). Ein kasuistischer Beitrag zum Problem psychiatrischer Auffälligkeiten der türkischen Arbeitnehmer in der BRD. In: Eris, A., Gökelma, Y. (Hrsg.). Migranten und Gesundheit, (S. 71-79). Merhaba Publication: Bremen.

Strasser, S. (2006). Krise oder Kritik? Zur Ambiguität von weiblicher Besessenheit als translokale Strategie. In: Zaumseil, Wohlfart (Hrsg.). Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie (S. 299-310). Heidelberg.

Wittkower, E. D., Warnes, H. (1980). Kulturelle Aspekte der Psychotherapie. In: Pfeiffer, W.M., Schoene, W. (Hrsg.). Psychopathologie im Kulturvergleich (214-221). Stuttgart.

Zarifoglu, F. (1992): Psychiatrische Versorgung von Migranten unter Einbeziehung ethnopsychiatrischer Aspekte. In: Informationsdienst zur Ausländerarbeit 3 / 4, S68-72. (1992).

Stimmenhören in der Psychiaterpraxis

Von Norbert Mönter

Abstract

Das für Psychiater so umfänglich vertraute Phänomen „Stimmenhören" ist in den letzten Jahren mächtig ins Gespräch gekommen. Angestoßen wurde dieses Gespräch nicht etwa durch die professionelle psychiatrische Seite, sondern vielmehr durch Betroffene. Durch die Gründung eines eigenen Verbandes haben vor allem die Stimmenhörer in Veranstaltungen und durch Veröffentlichungen das Thema neu beleuchtet und damit die professionelle Seite in bemerkenswerter Weise herausgefordert. Die Diskussion hat zu mancher Irritation, anfangs auch zu etwas ignorantem Schmunzeln und Unverständnis vieler praktizierender (auch forschender) Psychiater geführt: Sollte etwa dieses Leitsymptom einer der gravierendsten psychischen Erkrankungen nicht mehr als psychopathologische Störung gewertet werden (Schizophrenie-Symptom 1. Ranges nach K. Schneider und gelistet in allen Diagnose-Manualen). Sollte man gar „Stimmenhören" nicht mehr als klare Indikation zu therapeutischen Maßnahmen begreifen, stattdessen eher eine Identitätsfindung für Stimmenhörer durch Empfehlung einer Selbsthilfegruppe befördern? Hier aus Sicht eines niedergelassenen Nervenarztes zu einer differenzierenden Betrachtung beizutragen, ist Anliegen des vorliegenden Beitrags. Die explizite anthropologische, die (psychiatrie-) historische und auch die neurobiologische Dimension muss anderen Beiträgen vorbehalten bleiben.

Begrenzter Blickwinkel

Es gilt, gemäß dieser Vorgabe, zunächst den eigenen Blickwinkel und Erfahrungshintergrund reflektierend aufzuzeigen und damit seine Stärken und Grenzen zu skizzieren. Die Relativierung der eigenen Argumentationsbasis wird nach meinem Eindruck in der Diskussion häufig vernachlässigt: Eigene persönliche Erfahrung bzgl. des Stimmenhörens – sei es als Betroffener, Angehöriger, Psychotherapeut oder Psychiater – sollte nicht zu Verallgemeinerungen verleiten. Weiterführend ist ein Austausch aller Beteiligten und der Einbezug wissenschaftlicher Untersuchungen auf allen Ebenen. Zum Standpunkt und Alltag des niedergelassenen Versorgungs-Psychiaters, der, bei vielerorts monatelangen Wartezeiten und festgeschriebenem Honorarbudget, täglich sehr viele Patienten behandelt, ist selbstkritisch ein fundamentaler Mangel festzuhalten: Die fehlende Zeit. Dieser Mangel legt auch die Basis für eine häufig verkürzte Sicht auf das Symptom „Stimmenhören", wodurch es zu rasch um die Frage nach der „richtigen" pharmakologischen Substanz, deren Dosis und ggf. deren Nebenwirkungen geht. Andererseits bildet die direkte Ansprechbarkeit und unverzügliche Handlungsmöglichkeit in der Psychiaterpraxis sowie die immense Anzahl behandelter Patienten mit dem Symptom bzw. mit dem Phänomen „Stimmen hören" einen besonderen, unmittelbaren Erfahrungshintergrund psychischer Symptomatik und individueller Problematik. Dies umso mehr, als in der Psychiaterpraxis Ressourcen (Zeit, Einsatz und Koordination weiterer Therapeuten/ Einrichtungen) nach Wichtigkeit der anstehenden Probleme eingesetzt werden, wonach z.B. Suizidalität die größte Aufmerksamkeit und Einsatz-Mobilisierung bedingt. In der eigenen Praxis sind es mehrere hundert Patienten, die sich im Laufe eines Jahres zur Behandlung vorstellen und die unter dem Symptom Stimmenhören

Norbert Mönter
Dr., Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse.
Korrespondenzadresse:
Tegeler Weg 4,
10589 Berlin
Email:
info@nervenaerzte-tegeler-weg.de

leiden. Oft sind es Jahrzehnte, die ein niedergelassener Psychiater einen Stimmenhörer begleitet, zumeist auch seine Angehörigen kennt und bisweilen sogar mitbehandelt. In aller Regel ist es seitens des Patienten eine selbst gewählte Behandlung, eine von ihm aufgenommene und nach häufig schwierigen Lebensphasen weitergeführte therapeutische Beziehung. Gerade für langjährige Behandlungen bei Menschen, die unter dem Stimmenhören leiden, gilt, dass diese sich ihren Psychiater nach persönlicher Art und Zugewandtheit, nach seinem (angenommenen) Grad an Professionalität und vermittelter Lebenssicht, nicht zuletzt nach seinem Grad an Verlässlichkeit oder z.B. auch an Humor aussuchen sollten. Es ist das Moment der persönlichen Passung zwischen Patient und Psychiater, das hier entscheidend ist und therapeutisch auf die meist lange Krankheitsdauer hin so bedeutsam ist.

Häufigkeit und Unterschiedlichkeit

Bezogen auf die allgemeine Diskussion über die Häufigkeit von Stimmenhörenden in der Gesellschaft, kann ich mich aus fast 35jähriger psychiatrischer Erfahrung tatsächlich nicht an Patienten erinnern, für die das Hören von Stimmen ein isoliertes Phänomen war, welches sich letztlich nicht doch als Teil gravierender psychopathologischer Syndromatik zeigte. Andere Patienten kommen durchaus mit isolierten Symptomen unterschiedlichster Art zur Vorstellung. Sie „wollen nur mal wissen“, ob ihre intermittierenden Sehstörungen, ihr Tinnitus, ihre Geräuschüberemfindlichkeit (Hyperakusis), ihre Alpträume, ihre gelegentlich auftretenden Kopfschmerzen oder auch ihre persönlichen Verhaltens- und Erlebensbesonderheiten neurologische oder psychiatrische Ursachen haben. Dann – bisweilen auch zweitrangig - fragen sie, ob und wie man dieses eventuell behandeln könne oder solle. Manchmal ist dies auch verknüpft mit der Frage nach der Vererbbarkeit des eigenen Symptoms. Vergleichbares habe ich persönlich bzgl. vorgebrachter Schilderungen über das Hören von Stimmen so nicht erlebt.

Das Hören von Stimmen ist kein isoliertes Phänomen, sondern zeigt sich letztlich doch als Teil gravierender psychopathologischer Syndromatik.

Allerdings würde allein die Tatsache, dass subjektiv weder psychotherapeutische noch psychiatrische Hilfestellung angefragt wird, natürlich nicht per se ein gesundes psychisches Befinden belegen; In diesem Zusammenhang erinnere ich mich eher an Patienten, die langzeitig ihre Symptomatik dissimulierten (unkenntlich machen/verbergen), wobei der Wunsch gegenüber Kollegen, Angehörigen, Freunden und nicht zuletzt vor sich selbst, nicht als psychisch krank gelten zu wollen, handlungsleitend erschien.

Für das Symptom Stimmenhören werden auf Basis epidemiologischer Erhebungen Zahlen von bis zu 5 % der Bevölkerung berichtet[1]. Auf die Frage, was konkret von wem in welchem Kontext erfragt wurde, kann ich hier nicht eingehen, möchte dazu aber eine subjektive Einschätzung vornehmen. Bei einer Lebenszeit-Prävalenz von weltweit 0,5 bis 1,6 % für schizophrene Erkrankungen und einer grob maximal geschätzten Prävalenz für das Symptom „Stimmenhören“ im Kontext anderer psychiatrischer Krankheitsbilder von gleichfalls 0,5 %, blieben allerdings bis zu 3 % „psychisch gesunde“ Stimmenhörer übrig. Dies legt aus Sicht und Erfahrung eines ambulant tätigen Psychiaters den Verdacht nahe, dass hier sehr Unterschiedliches unter einem Begriff Stimmenhören zusammengefasst wird.

Nicht-pathologisches Stimmenhören

Vermutlich gibt es eine hohe Selbstverständlichkeit, Stimmen, die in besonderen Lebenssituationen wie großer Einsamkeit, extremer Erschöpfung, in einer Trauersituation, bei Schlaflosigkeit und in Schlaf-Wach-Übergangssituationen oder unter Drogeneinfluß auftreten, als abgegrenzt, gut erklärbar und letztlich nicht bedrohlich zu erleben. Dies gilt auch für das Lautwerden eigener Gedanken und die sehr häufig anzutreffenden Selbstgespräche und ganz besonders für innere Dialoge im Zusammenhang mit religiösem Erleben und Verhalten. Mir persönlich sind beispielsweise unvergesslich die Zwiegespräche, die die legendäre Guareschi-Romanfigur Don Camillo in den alten Schwarz-Weiß-Filmen mit seinem Herrn am Kreuz in seiner Dorfkirche führte. Niemand wäre auf die Idee gekommen, dass bei Don Camillo eine psychische oder gar psychotische Störung vorliegt. Dabei hat Christus' Stimme durchaus kommentierenden, auch bewertenden Charakter. Ähnlich „unpathologisch“ nehmen auch Erwachsene die Phantasiewelt von Kindern wahr, die Steine, Bäume und Tiere sprechen lassen können, und werten dies in der Regel eher als Zeichen von Kreativität und nicht von Gestörtheit. Auch die inneren Dialoge Erwachsener mit nicht (mehr) existenten Personen als abgegrenzte Möglichkeit zur Reinszenierung vertraut-haltgebender Lebenssituationen, werden in ihrer metaphorischen Bedeutung allgemein gut verstanden und nicht mit behandlungsbedürftiger Psychopathologie verwechselt.

Pathologisches Stimmenhören

Völlig anders gestaltet sich die Situation für z.B. einen schizophren Erkrankten. Dessen Problem sind selten primär die Stimmen; es ist vielmehr die basale und zunehmend veränderte Selbst- und Ich-Wahrnehmung, mit der eine veränderte Sinneswahrnehmung, insbesondere auch Stimmen, korrespondieren. Wer mit Patienten über ihre Prodromalphase (Vorläuferphase) und die Entwicklung ihrer Psychose intensiver spricht, erfährt zumeist viel über den engen Zusammenhang von verändertem Selbst-/Ich-Erleben und dem Erleben einer veränderten Welt. Das im Kontext psychotischer Störung auftretende Stimmenhören mit seinem meist bedrohlichen, bisweilen zerstörerischem Inhalt (z.B. tausendfach: „Du Arschloch, bring Dich um“), auch mit seinen zu Größenwahn verführenden Schmeicheleien und seinem nahezu immer störenden, verstörenden Charakter ist etwas sehr Spezielles. Es imponiert atmosphärisch mit großer Besonderheit und konstellativer Zuordnung zu anderen Symptomen einer psychotischen Störung. Wie für das Alkohol-Delir die Kleintier-Halluzination typisch, aber eben nicht pathognomisch (d.h. krankheitsbeweisend) ist und die vorwiegend nächtliche Halluzinose des mit

Dopamin überdosierten Parkinson-Patienten für den erfahrenen Behandler unverwechselbar ist, so charakteristisch-markant sind Stimmen bei psychischer Erkrankung. Dabei erscheint eine Gruppe von Stimmen geradezu monomorph (gleichartig) beobachtend-bedrohend, mit ängstlich-stiller Verstörung und wachsendem Misstrauen verknüpft, während sich andere Stimmen auch ungeheuer vielgestaltig zeigen. Es kann hier nur auf differenzierte Schilderungen der Psychopathologie an anderer Stelle verwiesen werden.

In seinen Ausführungen über deskriptive und funktionale Psychopathologie hat vor allem Christian Scharfetter[2] schon frühzeitig den Zusammenhang von Ich-/Selbst-Erleben und den Wahrnehmungsstörungen konzeptionalisiert und zugleich auf die damit verbundenen Affektänderungen in Richtung Angst, Bedrückung, Misstrauen, Argwohn, Schmerz und Wut hingewiesen. Bereits für E. Bleuler waren Wahn und Wahrnehmungsstörungen „nur" akzessorische (hinzukommende/nebensächliche) Symptome, die hinter der tiefgehenden Persönlichkeitsveränderung bei schizophrener Erkrankung zurückstand.

Wesentlich ist die differenzierende Sichtweise

Wichtig aus psychiatrischer Behandlungssicht ist es, die Phänomene zu differenzieren und gleichzeitig zu unterstreichen, dass es den Stimmenhörer ebenso wenig gibt wie den Schizophrenen. Es war ein Fortschritt nicht mehr von dem Epileptiker zu sprechen wie es auch nicht den Ekzematiker (der zu Ekzemen neigt) gibt. Die Menschen sind zu verschieden in ihrer Biographie und natürlich auch in ihrer Biologie, als dass man sie zutreffend unter einem Symptom zusammenfassen könnte. Derartige Pauschalierungen verhindern vielmehr den Blick auf die Individualität der jeweiligen Störung und vor allem den individuellen Umgang des einzelnen mit seiner Störung. (Schon E. Bleuler hat von der Gruppe schizophrener Störungen gesprochen, womit er nicht nur die Unterschiedlichkeit in der Symptomatik, sondern auch Dauer, Verlauf und Prognose im Sinn hatte. Heute gilt dies angesichts vielfältiger Therapiemöglichkeit mehr als je zuvor.)

Exkurs: Der Blick in andere Kulturkreise

Aus europäischer Psychiatersicht werden die Berichte von Patienten aus anderen Kulturkreisen, z.B. über ihre Kontaktaufnahmen und Dialoge mit Ahnen oder deren Geistern, zwar voreilig schnell als Ausdruck infantiler und atavistischer (auf einer früheren Entwicklungsstufe) Erlebensform interpretiert, aber zu Recht keinesfalls als Teil einer schizophrenen Symptomatik gewertet. Im deutschen Psychiater-Alltag allerdings weisen derartige Erlebens- und Verhaltensweisen, wenn sie denn Anlass zur psychiatrischen Konsultation bieten, in der Regel ihren individuellen Bezug zu tiefgehender psychischer Problematik auf. Die syndromatische Zuordnung ist dabei häufig nicht einfach; hierauf systematisch einzugehen, ist hier nicht möglich, aber zwei von vielen besonderen Behandlungssituationen möchte ich kurz schildern.

Beispiel I: Aus dem Kulturkreis des Irak

Ein Ex-Offizier der irakischen Armee stammte aus angesehener traditionsreicher Militär-Oberschicht-Familie und war aus Furcht vor drohender Verhaftung (und Todesstrafe) wegen „Untreue" bereits Anfang der 80er Jahre „in letzter Minute" nach Deutschland geflohen. Er lebte zum Zeitpunkt seiner psychiatrischen Erstvorstellung wegen Schlafstörung und Erschöpfung bereits langjährig unter neuem (deutschen) Namen in Berlin und hatte sich nach rasch erworbenen Sprachkenntnissen, beruflicher Tätigkeit in einem großen städtischen Betrieb und Familiengründung sozial gut integriert. Über 13 Jahre war er ohne jeden Kontakt zu seiner Familie geblieben, um dann nach Einschaltung und gar nicht so langwierigen Recherchen des roten Halbmondes zu erfahren, dass seine gesamte Herkunftsfamilie im iranisch-irakischen Krieg bei einem Bombenangriff zu Tode gekommen und somit schon seit mehreren Jahren vollständig ausgelöscht war. Seit dieser Nachricht, die ihn zutiefst erschütterte, hörte er immer wieder die Stimmen seiner Geschwister und vor allem seiner Mutter, die ihn laut mit Namen riefen und nicht mehr zur Ruhe kommen ließen. Eine Psychotherapie wie auch wegen des großen Leidensdruckes probatorisch eingesetzte Psychopharmaka (Tranquilizer, Antidepressiva, Neuroleptika) blieben ohne relevanten Effekt. Die bald darauf erfolgte Berentung des zuvor beruflich geachteten Angestellten war nicht aufzuhalten. Eine begrenzte Stabilisierung bewirkte später jedoch die Durchführung eines Ersatz-Begräbnisses und die Errichtung einer Erinnerungsstätte, an der alle Verstorbenen benannt waren. Die gesamte Symptomatik und die Diagnose im Gefolge eines schweren psychischen Traumas zu verstehen, liegt nahe.

Beispiel II: Aus dem asiatischen Kulturkreis

In eine andere Behandlungssituation führte ein koreanischer Student, der sich mit Studienproblemen, Konzentrationsstörungen und Kontaktproblemen vorstellte. Schon bald aber berichtet er von Gesprächen mit seinen verstorbenen Großeltern und deren konkreten Anweisungen, wie er sich zu verhalten habe. Trotz der zu berücksichtigenden anhaltenden Bedeutung des koreanischen Ahnenkultes auch für das Lebensverständnis heutiger junger Studenten blieb an der Einordnung der sich dann entwickelnden hochparanoiden Symptomatik kein Zweifel; zu deutlich imponierte das hochgradige Misstrauen und die zunehmende Denkzerfahrenheit des 23jährigen Mannes. Es gelang dann kurzfristig Kontakt zur Familie in Seoul aufzunehmen, die sich aufgrund seiner konfusen Telefonate bereits große Sorgen gemacht hatte und die ihn dann in seine Heimatstadt zurückholte (nach erster Stabilisierung unter neuroleptischer Medikation).

Differenzialdiagnostik und Diagnose als therapeutisches Mittel

Stimmenhören ist als Ausdruck oder Teil verschiedener neurolo-

Aus psychiatrischer Sicht gilt es, die Phänomene differenziert zu betrachten und Pauschalierungen zu vermeiden, die den Blick auf die Individualität der jeweiligen Störung und vor allem den individuellen Umgang des einzelnen mit seiner Störung verstellen.

gisch-psychiatrischer Syndrome bzw. Erkrankungen bekannt.
In der psychiatrischen Alltagssituation spielen manche in der Literatur beschriebenen Ursachen wie Epilepsie (auditive Auren, komplex-fokale Anfälle), Migräne (höchst selten, dann als Akoasmen d.h. Stimmengewirr ohne konkrete Inhalte) oder andere sehr spezifische Störungen selten eine Rolle. Aber von diesen möglichen Ursachen zu wissen, ist nicht nur wichtig, um sie im Ernstfall zu erkennen, sondern auch um sich die biologische Dimension zu vergegenwärtigen. Dies gilt auch für den Kontext von Stimmenhören bei häufigeren Erkrankungen wie Morbus Alzheimer und anderen degenerativen Hirnerkrankungen, bei Alkoholismus und nicht zuletzt bei toxischen Einflüssen. Dass bei allen vorstehend beschriebenen Ursachen vermehrt optische Halluzinationen auftreten, bei schizophrenen Psychosen aber akustische Halluzinationen überwiegen, ist aus neurobiologischer Sicht bedeutsam und dürfte später mal ihre Erklärung finden. Sieht man von den Berichten über Musik-Halluzinationen bei im späteren Leben Ertaubten ab, so erstaunt es, dass es zu dem Phänomen Stimmenhören keine Untersuchungen bei gehörlosen Menschen (insbesondere von Geburt an Gehörlosen) gibt. In einigen eigenen Behandlungsfällen stellte sich die Gesamtsymptomatik schizophrener Störung durch das Fehlen konkret beschriebener Stimmen allerdings nicht grundlegend anders dar; Wahnbildung, Wahnstimmung und paranoides Beeinflussungserleben kann sich demnach auch ohne das konkrete Hören von Stimmen herausbilden.

Die neurobiologische Seite des Stimmenhörens ist nicht das Erfahrungsmetier eines niedergelassenen Psychiaters, aber einen persönlichen Gedanken möchte ich dazu dennoch einfügen: Konkrete Sinnesreizungen sind in einem (ungestörten) komplexen Wahrnehmungsverarbeitungsprozess des Gehirns nur zu weniger als 40% am realen Sinneseindruck beteiligt. Es sind weitaus mehr Zusatzinformationen aus anderen Hirnregionen, insbesondere den Regionen für Gedächtnis und Emotionen beteiligt, wenn wir etwas (vermeintlich) ganz konkret hören und sehen. Diese Erkenntnis der neurobiologischen Forschung verdeutlicht mir persönlich nachhaltig die große und eben komplexe Störanfälligkeit unserer Wahrnehmung auf sehr verschiedenen Ebenen.

Für den konkreten Psychiater-Alltag haben sich in den letzten Jahren zur Stimmenhören-Diagnostik einige neue Aspekte entwickelt. Vor drei Jahrzehnten galt das Hören von Stimmen psychiatrisch weithin noch als faktischer „Beleg“ für die Diagnose einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie und führte reflexartig zur Verordnung von Neuroleptika. Wie es den alten Klinik-Spruch „Wer hier eine Psychose simuliert, der hat auch eine“ gab, so galt auch: “Wer angibt Stimmen zu hören, der hat eine halluzinatorische Psychose“.

Hinsichtlich Stimmenhören ist der jetzt zunehmend häufigere differentialdiagnostische Einbezug der affektiven Psychosen insbesondere der bipolaren Störungen am relevantesten. Manien, auch Depressionen können mit halluzinatorischen Symptomen einhergehen und mit der richtig erfassten Diagnose sind auch erhebliche Konsequenzen für therapeutische Entscheidungen verbunden. Des weiteren ist auch das Verständnis für dissoziative Störungen (Zerfall zusammengehörender Denk-, Handlungs- oder Verhaltensabläufe) und damit unter Umständen verknüpftes Hören von Stimmen deutlich gewachsen; heute sollte damit manchem Patienten der frustrane hochdosierte Therapieversuch mit Neuroleptika erspart werden.

Gespräch über die Stimmen

Die wichtigste Änderung in der Praxis psychiatrischer Diagnosestellung ist aber der Einbezug der Frage nach dem „Wie“ des Stimmenhörens und dem „Wie“ des Umgangs mit ihnen. Mit der „Wie-Frage“ wird das Diagnoseorientierte Gespräch stärker auch zu einem therapeutischen Mittel. Es hat sich in der Praxis als hilfreich erwiesen, Stimmen zu thematisieren, über ihre Intensität und Frequenz, über ihren Charakter und ihre Inhalte zu sprechen. Natürlich setzt ein solches Gespräch eine menschliche Beziehungsaufnahme voraus, welche im Routine-Praxis-Alltag leider aus unterschiedlichen Gründen erschwert wird.

Die wichtigste Änderung in der Praxis psychiatrischer Diagnosestellung ist, die Frage nach dem „Wie“ des Stimmenhörens und dem „Wie“ des Umgangs mit ihnen einzubeziehen.

Individualisierung der Therapie und Sinn-Verständnis

Stimmenhören ist für den Psychiater zunächst einmal ein dramatisches Syndrom, er weiß um ihre Bedrohlichkeit und mögliche Konsequenzen. Vollzogene Suizide und Tötungsdelikte beziehungsweise diesbezügliche Versuche, die unter dem Eindruck imperativer Phoneme geschehen, sind eine Grunderfahrung jedes länger tätigen Psychiaters. Dies prägt seine Haltung und Vorgehensweise ebenso wie die hoch-eindrückliche Erfahrung unmittelbarer Wirksamkeit neuroleptischer Medikation auf das Stimmen-Erleben bei sehr vielen Patienten mit einer Psychose. Ein Bericht über die eigenen Behandlungserfahrungen müsste die unterschiedlichen Wirkungen (incl. der individuellen response) und Nebenwirkungen von Psychopharmaka ebenso umfassen wie auch die Psychodynamik des Betroffenen im Umgang mit seinen Symptomen, mit der angebotenen Medikation und überhaupt mit jeglichem Therapieangebot. Dies ist hier nicht möglich. Nur einige zentrale Momente möchte ich herausstellen:

Grundthesen einer Behandlung

- Behandlungsbasis sollten immer situationsangemessene Gespräche in geeigneter Atmosphäre sein. Auch wenn Entspannung und Entaktualisierung von Stimmen in Gesprächen zumeist nur begrenzt erreichbar sind, ist ein Unterlassen des psychotherapeutisch orientierten Dialogversuches als ärztlicher Kunstfehler anzusehen. Klare Absprachen und Empfehlungen sind besonders in Akutsituationen sehr wichtig.
- Neuroleptika sind bei weitem am effektivsten in der Behandlung von psychotischen Erkrankungen, die mit dem Hören von Stimmen einhergehen.
- Tranquilizer können in Akutsituationen und bei stressbedingten Verschlechterungen durch

Entängstigung hilfreich wirken.
- Psychopharmaka insbesondere Neuroleptika sind nicht harmlos; Nebenwirkungen müssen sorgfältig beobachtet und mit dem Patienten offen und direkt kommuniziert werden.
- Neuroleptika der neueren Generation stellen einen differentialtherapeutischen Gewinn dar: sie bedürfen gleichfalls kritischer Indikationsstellung. Clozapin (z.B.: Leponex, Elcrit, Clozapin-Generika) ist anhaltend bei therapieresistenten Verläufen eine zu prüfende Option. Die individuelle Reaktion auf das Stimmenhören und der persönliche Gewinn ggf. auch von Medikamentenkombinationen ist sorgfältig zu explorieren.
- Der betroffene Patient ist in die Therapieplanung ausdrücklich und so weit als möglich einzubeziehen. Eine Überforderung des Patienten ist zu vermeiden.
- Nicht jedes Symptom Stimmenhören muss und kann pharmakologisch behandelt werden.
- Psychotherapeutische Behandlungen können wesentlich zur Stabilisierung beitragen; sie können helfen Medikamente zu reduzieren. Zu vermeiden sind simplifizierende Versuche lebensgeschichtlicher Symptomdeutungen. Krudes Hinein-Interpretieren richtet nach meiner Erfahrung oft großen Schaden an.
- Es gibt viele Menschen mit einer Psychose, die Dank einer passenden neuroleptischen Medikation ein weitgehend normales Leben führen.
- Es gibt Menschen, denen mit Neuroleptika nur sehr begrenzt oder gar nicht geholfen werden kann.
- Gerade bei therapieresistentem Stimmenhören kann die kognitive Verhaltenstherapie hilfreich sein.

Zusammenfassung

Niedergelassene Psychiater haben eine besondere Tradition persönlicher Behandlung und therapeutischer Beziehung; sie begleiten den Patienten bei seiner krankheitsbedingt schwierigen Lebenswegsuche über viele Jahre / Jahrzehnte. Sie haben die Chance von ihren langjährigen Patienten auch zu lernen. Wenn sie ihren Patienten mit einer zuhörenden Haltung begegnen, nicht sofort alles (besser) wissen, öfter auch mal verhandeln statt nur behandeln, können sie manches erfahren, was in keinem Lehrbuch steht.

Sie können erfahren, dass
- Stimmen abgelenkt, umgedeutet, umerzogen werden können,
- Stimmen ihren Charakter verändern können,
- manche Patienten oft autodidaktisch gelernt haben, ganz gut mit ihren Stimmen zu leben,
- Stimmenhören manchmal fast lebenserhaltende Funktion hat,
- Stimmen auch persönliche und lebensgeschichtliche Inhalte widerspiegeln können.

Eines der wichtigsten Therapie-Argumente für einen konstruktiven, eben ggf. nicht nur eliminierenden Umgang mit Stimmen verdanke ich Hannelore Klafki, der leider viel zu früh verstorbenen Mitbegründerin des Berliner Netzwerkes der Stimmenhörer: „Jede Erklärung, die dabei hilft, mit den Stimmen umzugehen, ist besser als keine“. Dieses Statement ist freilich keine Aufforderung zur Willkür-Interpretation womöglich noch verbunden mit Schuldzuweisungen. Erklärungen zu finden/zu suchen ist vielmehr der Ausdruck des urmenschlichen Versuches, die Kräfte hinter den Phänomenen begreifen und – so habe ich Hannelore Klafki verstanden - damit vor allem Bedrohendes handhabbar machen zu wollen, aus der Ohnmacht heraustreten zu wollen.

Wenn die Phänomene erklärt werden können, wenn ihr Sinn aufzeigbar erscheint, mindert sich die Angst. Diese Situation war für Menschen schon immer Ausgangspunkt für Mythenbildung und Entwicklung komplexer Glaubenshaltungen einerseits wie auch für die wissenschaftliche Durchdringung der Welt und gesellschaftlichen Fortschritt andererseits. Es spricht vieles dafür, dass vieles auch in der Zukunft nicht zu erklären sein wird und wir auf Vermutungen und Glauben angewiesen bleiben. Ohnehin kann es auf rein rationalem, wissenschaftlichem Niveau keine hinreichend sinnstiftende und befriedigende Erklärung des eigenen Erlebens, somit auch des Stimmenhörens geben; auf der persönlichen Ebene bleibt die unauflösbare Zuordnung zur subjektiven Einordnung und Sinngebung eine Konstante. Diese Überlappungen von rationalem Erklären und subjektivem Verständnis sind ja auch sonst an der Tagesordnung: Wer wollte schon z.B. eigenes Lieben, eigene Freude, eigene Sorgen, den eigenen Tod mit vorrangig oder gar ausschließlich wissenschaftlichen Termini belegen? Die Aufgabe gerade des langjährig behandelnden Psychiaters besteht darin, Patienten, die unter Stimmenhören leiden, alle verfügbaren Möglichkeiten zur Beeinflussung dieses Leidens aufzuzeigen und nahezubringen, ihnen darüber hinaus bei den persönlichen Erklärungsversuchen begleitend, auch beratend zur Seite zu stehen.

Wenn die Phänomene erklärt werden können und ihr Sinn aufzeigbar erscheint, mindert sich die Angst.

Es bleibt für den Betroffenen und für den behandelnden Psychiater die Herausforderung, auch mit dem zu leben, was sich nicht medizinisch oder psychologisch erklären bzw. auflösen lässt. Wie letztlich für jede lebenseinschneidende Erkrankung, gilt auch für eine Erkrankung, die mit Stimmenhören einhergeht: Die Annahme ihres immer auch schicksalshaften Momentes sollte nicht zu passivem Ausgeliefertsein, sondern vielmehr zu aktiver Lebensbewältigung beitragen. •

Literatur:
(1) **Katschnig, Heinz, Amering, Michaela**; Stimmen-hören; Facultas Verlag 2005.
(2) **Scharfetter, Christian**, Schizophrene Menschen; Beltz Verlag 1995.
(3) **Klafki, Hannelore**, “Die Stimmen begleiten mein Leben”; Pro Mente Sana Aktuell, 2002, Nr. 3 (Selbsthilfe – Eine Bewegung im Aufbruch).
(4) **Behandlungsleitlinie Schizophrenie**; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nevenheilkunde (DGPPN); Steinkopff Verlag 2006.

Der systemische Umgang mit „inneren Stimmen“

Von Gerhard Dieter Ruf

Abstract

Der systemische Umgang mit Stimmenhören basiert auf einem neugierigen Erfragen der Wirklichkeitskonstruktion des Patienten, Hypothesen über die (positive) Funktion der inneren Stimmen und anderer Symptome, auf der Störung pathogener zirkulärer Prozesse und Balancierung von Ambivalenzen mit dem zentralen Thema Schuld und Verantwortung.

1. Stimmenhören als psychisches und soziales Phänomen

Das typisch schizophrene Symptom „Stimmenhören“ wird zwar auch bei anderen psychischen Störungen beobachtet, soll aber im Folgenden am Beispiel der Schizophrenien aus einem systemischen Blickwinkel betrachtet werden. Es wird den akustischen Halluzinationen zugerechnet, die als Wahrnehmungsstörungen oder Sinnestäuschungen gelten, aber eher eine „Interpretation“ (Merleau-Ponty 1966, S. 386) des Patienten im Rahmen eines abnormen Erlebens darstellen. Nach der Systemtheorie (Luhmann 1984) ist „Stimmenhören“ dem psychischen System zuzuordnen, das Erleben, Bewusstsein und Gedanken umfasst, und damit nur dem Betroffenen selbst zugänglich ist. Den Mitmenschen kann es lediglich im sozialen System über Kommunikation vermittelt werden.

Zur Entstehung des Phänomens „innere Stimmen“ bei Schizophrenien existieren verschiedene Erklärungen. Im psychischen System stehen die Themen Schuld und Verantwortung im Vordergrund. Schizophrene Patienten und ihre Familien gehen davon aus, dass Schuld nicht zu ertragen sei. Sie erhalten von ihren Eltern oft unmögliche und widersprüchliche Delegationen (Stierlin 1974) mit der Folge von Loyalitätskonflikten. Wenn sie dem einen Elternteil gehorchen, machen sie sich gegenüber dem anderen schuldig. Manche Familien suchen eine Ablenkung von Trauer oder Streit und delegieren diese Aufgabe an ihr Kind (Stierlin u. Lang 1978). Das Kind, der später Schizophrene, erlebt eigene ambivalente Strebungen und Wünsche als gefährlich, weil sie schuldig machen können, und stellt sie zurück zugunsten einer Loyalität zur Familie. Bei Konflikten vermeidet er dann Entscheidungen und zieht sich zurück bei wachsender innerer Anspannung. Seine Wünsche und Strebungen „verwandeln sich schließlich durch Dissoziation von der eigenen Person in wesensfremd erlebte Phänomene (aggressive bzw. kommentierende Stimmen etc.).“ (Mücke 2001, S. 31). Aus seiner Innenperspektive macht er nun die Erfahrung, dass er seinen Ansprüchen plötzlich wieder gerecht wird: Das soziale System, d.h. sein Umfeld, deklariert ihn nun als krank, er wird für seine Handlungen nicht zur Verantwortung gezogen und nicht schuldig gesprochen. Gleichzeitig kann das Symptom der Loyalität zur Familie dienen, wenn zum Beispiel die vorher zerstrittenen Eltern in der Sorge um ihn wieder vereint sind. Diese positive Erfahrung der Konfliktlösung durch das Symptom verstärkt wiederum das ursprüngliche und zum Symptom führende Denk- und Verhaltensmuster in einem zirkulären Prozess.

2. Der Umgang mit inneren Stimmen

Während Psychopharmaka im biologischen System ansetzen, ist das Ziel der systemischen Interventionen eine Störung dieser zirkulären Prozesse im psychischen und sozialen System und eine Auseinandersetzung mit dem Thema Schuld und Verantwortung. Dies geschieht durch Hinterfragen der Wirklichkeitskonstruktionen der Patienten und deren Familien in einer Haltung der Neugier und Respektlosigkeit vor (Krankheits-)Theorien (Cecchin et al. 1993) mit dem Ziel, bessere und mit weniger Leiden verbundene Lösungen zu ermöglichen.

Zur systemischen Haltung möchte ich ein Beispiel aus einer Therapiesitzung mit einem schizophrenen Patienten anführen:

Therapeut: *Aber das ist ja schon interessant. Wie schaffen Sie es denn, sich einzuklinken? Das ist ja nicht so das Alltägliche. Und Sie sagen, Sie klinken sich da irgendwie ein...*
Patient: *Ja.*
T: *... und schaffen es, die zu hören? Wie schaffen Sie das? Das ist ja eine außergewöhnliche Leistung.*
P: *Ja, also ich höre zum Beispiel auch, was meine Nachbarn gegenüber miteinander reden [...].*
T: *Aber wie schaffen Sie es denn, sich da einzuklinken?*
P: *Ich weiß es nicht, [...]... ich klinke mich unbewusst ein. Ich kann sogar hören, wenn ich 20km vom Geschäft weg bin, wo ich arbeite,... kann ich immer noch mit unserer Telefonistin weiter reden. [...]. Das ist aber auch vielleicht ein Segen, aber auch etwas Negatives [...]. Ich habe halt versucht, auch zu überprüfen, ob es wirklich so ist oder ob es nur die Psychose ist.*
T: *Und?*
P: *Also manchmal ist es wirklich so. Und manchmal ist es auch die Psychose, wenn ich mit mir selber rede und so. Und deswegen bin ich auch unsicher in dieser Welt [...].*
T: *Aber wenn das ein Segen ist? Sie sagen ja, es ist manchmal ein Segen. Wieso wollen Sie es dann weg kriegen?*

Gerhard Dieter Ruf, Dr. med., Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie in Asperg, systemischer Therapeut (IGST, SG), Autor des ersten Lehrbuchs der systemischen Psychiatrie. Dozent: Bodensee-Institut für Syst. Therapie und Beratung; Studienzentrum Verhaltensmedizin und Psychotherapie Stuttgart, Gastdozent: Helm-Stierlin-Institut Heidelberg.

P: *[...] Das ist nicht wegzukriegen, weil es ja Realität ist... aber halt damit umzugehen [...] ... versuche ich das halt in Griff zu kriegen... das sag ich halt mal so.*
T: *Aber was wollen Sie in Griff kriegen, wenn es ein Segen ist?*
P: *In Griff kriegen das Negative... der Segen ist okay, damit bin ich einverstanden, aber nicht dass ich das unbewusst dann mache.*
T: *Also Sie wollen das Positive, aber nicht das Negative?*
P: *Richtig. [...]*
P: *Ich kann sogar mit meiner Familie in Italien reden... also nicht direkt von hier nach Italien, was jetzt passiert zum Beispiel, sondern einfach mit meinen erfahrenen Gedanken.*
T: *Da sparen Sie ja das Telefon.*
P: (lacht) *sozusagen.*

Dabei wird „Stimmenhören" als Wirklichkeitskonstruktion des Patienten erfragt und als solche wertgeschätzt. Implizit oder explizit sollte deutlich sein, dass der Therapeut selbst natürlich eine andere Wirklichkeitskonstruktion hat und die „verrückten" Angaben des Patienten weder nachvollziehen noch bestätigen kann.

Das spezifische therapeutische Vorgehen bei Schizophrenien (Ruf 2005) hängt nun wesentlich vom jeweiligen (Behandlungs-) Kontext und von der Auftragslage ab. Wenn ein Patient motiviert ist, in Gesprächen nach (besseren) Lösungen für seine Probleme zu suchen, kann eine Auseinandersetzung mit dem Thema Schuld und Verantwortung erfolgen. Die Gespräche drehen sich dann um die zentrale Frage, ob bzw. in welchen Situationen es eher für den Patienten sinnvoll ist, sich in die Psychose zurückzuziehen, und wann es eher sinnvoll ist, sich Konflikten aktiv zu stellen und für sein Verhalten Verantwortung zu übernehmen, auch wenn es schuldig machen könnte. Wenn man die Möglichkeit dieser Alternativen unterstellt, zeigt sich schnell, dass Patienten meistens wissen, wie sie selbst eine psychotische Episode provozieren können und dass sie sich manchmal darin sogar gut fühlen.

Bei dieser Balancierung der Ambivalenz zwischen Verantwortungsabgabe durch psychotisches Verhalten und Verantwortungsübernahme bei Konflikten können die Vor- und Nachteile von beidem unter Wahrung einer therapeutischen Neutralität erörtert werden. Der Therapeut kann sich auch selbst ambivalent oder „eindeutig uneindeutig" zeigen. Im Fall eines Therapeutenteams könnten einige Therapeuten für Verantwortungsübernahme und andere für verrücktes Verhalten plädieren (therapeutisches Splitting). Selbst die Frage, ob therapeutische Gespräche eher nützlich oder eher schädlich sein könnten, sollte ambivalent bewertet werden.

Wie das Etikett „Krankheit" von Schuld und Verantwortung entlastet, so bedeutet eine Verantwortungsübernahme bei Konflikten einen Verzicht auf eine Krankheitsdiagnose. Deshalb steht bei der systemischen Therapie die Auflösung des Krankheitskonzepts (und nicht Krankheitseinsicht) im Vordergrund (Retzer 2004). Oft wird Schizophrenie als chronische Angelegenheit und als unabänderliche „Eigenschaft" des Patienten angesehen. Dann kann eine Transformation von Eigenschaften in kontextabhängige Verhaltensweisen die Beeinflussbarkeit unterstützen: „Was macht Ihr Sohn, wenn er sich psychotisch zeigt? Seit wann hält Ihr Vater Sie für psychotisch? Was müssten Sie (wie lange) tun, damit Ihr Vater nicht mehr denkt, Sie wären psychotisch?"

Die Beeinflussbarkeit kann auch durch eine Beschreibung von Interaktionszirkeln gefördert werden: „Wie reagiert die Mutter, wenn Ihr Sohn sagt, er höre innere Stimmen? Was tut Ihr Sohn dann, wenn die Mutter so reagiert? Was müsste die Mutter tun, wenn sie erreichen wollte, dass Ihr Sohn von inneren Stimmen spricht?"

Eine Symptomverschreibung unterstellt eine Beeinflussbarkeit des symptomatischen Verhaltens und stört soziale zirkuläre Prozesse: „Berichten Sie Ihrer Familie ab und zu, Sie würden gerade innere Stimmen hören, auch wenn Sie gerade keine hören. Beobachten Sie, wie Ihre Familie reagiert." Der Familie kann die Aufgabe gegeben werden, zu raten, wann das angegebene Stimmenhören echt und wann es gespielt sei.

Die paradoxe Aufgabe, Fehler zu üben, bringt den Patienten zwangsläufig in eine Lage, in der er sich schuldig macht: entweder dort, wo er Fehler übt, oder gegenüber dem Therapeuten, wenn er die Aufgabe nicht ausführt. So lernt er in jedem Fall, dass er fehlerhaftes Verhalten und Konflikte „überlebt". „Nach Ihren bisherigen Ausführungen habe ich den Eindruck, Sie sind ein Mensch, der immer alles gut und richtig machen möchte. Das ist eine gute und hilfreiche Eigenschaft, aber sie kann mit der Zeit anstrengend werden, weil man verlernt, mit Fehlern, die immer wieder passieren, umzugehen. Wenn Sie das lernen wollen, schlage ich Ihnen folgende Aufgabe vor: Üben Sie bis zu unserem nächsten Termin mindestens fünf Mal Verhaltensweisen, die andere als Fehler einstufen. Zum Beispiel könnten Sie sich in einer anonymen Umgebung, wo niemand Sie kennt, an einer Warteschlange vorbeidrängen."

Im therapeutischen Gespräch sollte deutlich sein, dass der Therapeut selbst eine andere Wirklichkeitskonstruktion hat und die „verrückten" Angaben des Patienten weder nachvollziehen noch bestätigen kann.

Die synchrone Zeitorganisation (der Patient möchte es gleichzeitig der Mutter und dem Vater recht machen) kann diachronisiert werden durch Einführung eines zeitlichen Nacheinander in einem Ritual. „Verhalten Sie sich montags, mittwochs und freitags immer so, wie Ihre Mutter es von Ihnen erwartet. Dienstags, donnerstags und samstags verhalten Sie sich entsprechend der Erwartungen Ihres Vaters. Sonntags haben Sie frei. Beobachten Sie Unterschiede."

Um das Risiko von Entscheidungen handhabbarer zu machen, können Konflikte enttotalisiert werden. Entscheidungen werden zeitlich limitiert („bis auf weiteres") mit der Eröffnung eines pragmatischen Konsenses (Retzer 2004).

Mit dem oben zitierten Patienten unterhielt ich mich weiterhin über die Vor- und Nachteile des Stimmenhörens. Auf die Frage, welche Konsequenzen es für ihn hätte, wenn alles nur „Einbildung" und „Psychose" wäre, meinte er, das Stimmenhören sei „Wahrheit",

aber ohne Stimmenhören wäre er erleichtert. Es wurde deutlich, dass er sich in die Psychose zurückzieht, um sich nicht allein zu fühlen. Vor Beginn der Psychose vor einigen Jahren hatte er Drogen genommen, war kriminell geworden und hatte Freundinnen schlecht behandelt. Die Psychose hatte ihn dann zu einem braven, antriebsarmen und netten jungen Mann gemacht, der sich von Frauen fern hielt und nur in seinen psychotischen Ideen mit fremden Frauen kommunizierte. Als Vorteile seiner Psychose sah er seine Rente, auch sei die Psychose manchmal inspirierend. In mehreren Sitzungen wurde seine Ambivalenz besprochen zwischen verschiedenen Lebensentwürfen, seinem Rückzug in die Psychose, seinem früheren Leben, in dem er sich als „Arschloch" bezeichnete, und einem „normalen" Alltag mit Familie und Arbeit.

3. Fazit

Die therapeutische Störung der pathogenen psychosozialen Muster erweitert die Verhaltensoptionen der Patienten und eröffnet die Möglichkeit anderer Konfliktlösungsstrategien anstelle des Rückzugs in die Psychose. Die Wirksamkeit der systemischen Therapie bei Psychosen wurde in vielen Studien nachgewiesen (v. Sydow et al. 2006). •

Literatur

Cecchin, G., Lane, G., Ray, W.A., (1993): Respektlosigkeit: eine Überlebensstrategie für Therapeuten. Heidelberg.

Luhmann, N. (1984): Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt/ Main.

Merleau-Ponty, M. (1966): Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin.

Mücke, K. (2001): Die psychotische Krise. Ein systemisches und entwicklungs-psycho-logisches Erklärungsmodell. Potsdam.

Retzer, A. (2004): Systemische Familientherapie der Psychosen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.

Ruf, G.D. (2005): Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. Stuttgart.

Stierlin, H. (1974): Eltern und Kinder. Das Drama von Trennung und Versöhnung im Jugendalter. Suhrkamp, Frankfurt/Main. 1980.

Stierlin, H., H. Lang (1978): Überlegungen zur Entstehung schizophrener Störungen. Nervenarzt 49: 50-57.

Sydow, K. v., S. Beher, R. Retzlaff, J. Schweitzer (2006): Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/ Familientherapie. Göttingen, Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag.

Zum Umgang mit Stimmenhören aus Kognitiv-Verhaltenstherapeutischer Perspektive

Von Gabriele Pitschel-Walz

Abstract

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind mit dem Phänomen „Stimmenhören" meist in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen konfrontiert. In der Kognitiven Verhaltenstherapie geht es darum, die Betroffenen dabei zu unterstützen, die Belastungen, die mit dem Stimmenhören verbunden sind, abzubauen. Dies gelingt durch den bewussten Einsatz von Ablenkungstechniken und durch eine veränderte Bewertung der Stimmen. In der Folge wird auch die Auftretensfrequenz der Stimmen reduziert. Wissenschaftliche Studien belegen, dass durch Kognitive Verhaltenstherapie das Stimmenhören reduziert und dadurch die Lebensqualität der Betroffenen verbessert wird.

Im psychiatrischen Kontext wird das Stimmenhören vor allem mit den schizophrenen Störungen in Verbindung gebracht. Akustische Halluzinationen gelten als typische Symptome der paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie. Die davon Betroffenen hören Stimmen als Lautwerden ihrer eigenen Gedanken, als Stimmen, die sie ansprechen oder über sie reden (kommentierende Stimmen), die sich über sie unterhalten (dialogische Stimmen) oder ihnen Befehle geben (imperative Stimmen). Manchmal werden z.B. kommentierende oder wohlmeinende imperative Stimmen von den Betroffenen als angenehme Kommunikationspartner gesehen, die man ungern aufgibt, aber in der Regel wird das Stimmenhören als belastend erlebt und führt zu Ängsten, Depressionen und sogar zu Suiziden. Bei rund einem Viertel der Patientinnen und Patienten mit einer schizophrenen Störung bleiben Symptome wie Halluzinationen oder Wahnvorstellungen trotz langfristiger antipsychotischer Behandlung bestehen und stellen dadurch eine andauernde Belastung dar. Wenn sie sich auf bestimmte Tätigkeiten nicht mehr konzentrieren können, weil die Stimmen so laut und penetrant sind, wenn sie von den Stimmen ständig kritisiert oder beschimpft werden, wenn sie von den Stimmen immer wieder aufgefordert werden, sich oder andere umzubringen, sind die Betroffenen in Not und fühlen sich den Stimmen voll und ganz ausgeliefert. Patienten, die eine Psychotherapie in Anspruch nehmen, sehen darin eine Chance, diese Belastungen los zu werden oder zumindest zu verringern.

Kognitive Verhaltenstherapie bei persistierender Symptomatik am Beispiel des Stimmenhörens

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell von Zubin und Spring, das Basisstörungen-Konzept von Süllwold und Huber, das Informationsverarbeitungsmodell von Magaro, die Entwicklung der kognitiven Therapie der Depression und die Ergebnisse der modernen Copingforschung boten die theoretischen und praktischen Voraussetzungen für die Entwicklung neuerer psychotherapeutischer Konzepte wie der Kognitiven Verhaltenstherapie zum Einsatz in der Schizophreniebehandlung (Pitschel-Walz et al. 2005). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren werden gegenwärtig zur Veränderung der subjektiven Krankheitsverarbeitung, zur Beeinflussung der mit

einer Schizophrenie verbundenen psychosozialen Schwierigkeiten, zur Verbesserung der Frühsymptomerkennung und des Krisenmanagements, zur Beeinflussung von persistierender Negativsymptomatik, sowie zur Behandlung akuter oder persistierender Positivsymptomatik wie dem Stimmenhören eingesetzt. Im deutschsprachigen Raum wurden entsprechende Kognitiv-Verhaltenstherapeutische Manuale von Klingberg et al. (2003), Lincoln (2006), Roder et al. (2002) und Vauth und Stieglitz (2006) entwickelt.

Das Kognitiv-Verhaltenstherapeutische Vorgehen in der Praxis

1. Eine positive therapeutische Beziehung herstellen

Grundlage des therapeutischen Prozesses ist eine durch Interesse, Wärme und Empathie gekennzeichnete therapeutische Beziehung. Anders als bei der klassischen Psychoanalyse oder der klientenzentrierten Therapie ist die Verhaltenstherapeutin oder der Verhaltenstherapeut aktiv und geht strukturierend vor, wodurch die Transparenz des Therapieprozesses und der therapeutischen Beziehung erhöht wird. Gerade bei schizophren Erkrankten scheint dieses Therapeutenverhalten mit Therapieerfolg korreliert zu sein. Eine wertschätzende, akzeptierende Haltung und ein klarer Kommunikationsstil fördern das Vertrauen und schaffen somit die Basis für das gemeinsame Arbeiten an den Symptomen.

Beschreibung der Stimmen (Tab.1)

- Geschlecht der Stimmen?
- Eine oder mehrere Stimmen?
- Alter der Stimme?
- Status oder Soziale Klasse der Stimme?
- Bekannt oder unbekannt?
- Ort der Stimmen (innerhalb, außerhalb)?
- Dauer des Stimmenhörens?
- Anzahl der Wörter per Äußerung?
- Variabilität der Wörter?
- Hörbarkeit (Klarheit, Lautstärke)?
- Art der Äußerungen (Vorschläge, Befehle, Kommentare, Beleidigungen, Kritik, Lob, bizarre oder witzige Stimmen)?
- Andere Halluzinationen vorhanden (Musik, Chöre, Türschlagen, Schritte; olfaktorische, viszerale oder taktile Halluzinationen)?

2. Den allgemeinen Kenntnisstand bezüglich der Erkrankung verbessern

Falls der Patient noch nicht an einer psychoedukativen Gruppe teilgenommen hat und über das notwendige Vorwissen verfügt (Bäuml und Pitschel-Walz 2008), sollten die wesentlichen Inhalte der Psychoedukation mit dem Patienten im Rahmen der Psychotherapie erarbeitet werden. Vor allem das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell und die biochemischen Grundlagen der Entstehung von Halluzinationen sollten vermittelt werden. Dabei hat sich bewährt, auf die der Schizophrenie zu Grunde liegende Informationsverarbeitungsstörung Bezug zu nehmen. Der nach heutigem Kenntnisstand dafür hauptverantwortliche relative Dopamin-Überschuss im limbischen System sollte möglichst anschaulich dargestellt und die Ansatzpunkte und Wirkungsweise der antipsychotischen Medikation, der Psychotherapie und des eigenen Stressmanagements erläutert werden.

3. Die Stimmen evaluieren

Grundidee und Ausgangspunkt hierfür ist, dass der Betroffene nicht unter den Stimmen leidet, sondern unter den damit einhergehenden Emotionen (z.B. Stress und Ärger durch permanentes Stimmenhören; Angst vor angedrohter Bestrafung; Scham wegen obszöner Kommentare). Der Patient soll mit diesem Problem ernst genommen werden. Da heute weitgehend akzeptiert wird, dass psychotisches und sog. „normales“ Erleben entlang eines Kontinuums zu sehen sind und unter bestimmten Umständen (z.B. in Hypnose, bei sensorischer Deprivation, unter Drogeneinfluss, unter Extrembedingungen) psychotisches Erleben auch bei gesunden Menschen auslösbar ist, wird eine Pathologisierung der Stimmen oder des Wahns vermieden. Der Therapeut evaluiert zunächst die Stimmen und fragt z.B. nach dem Geschlecht der Stimmen, nach dem Alter, nach dem Status oder der sozialen Klasse. (*siehe Tab.1)*.

Auslösesituationen für das Stimmenhören (Tab.2)

- Bedrohung oder Gefahr
- Ärger
- Einsamkeit
- Konkurrenzerleben
- Aufenthalt an öffentlichen Orten (z.B. im Zug, im Cafe, im Schwimmbad)
- Schweigen während der Therapiestunde
- Schuldgefühle oder Scham
- Absicht zu essen
- Fernsehen

4. Die Auslösesituationen analysieren

Sind die Merkmale der Stimmen bestimmt, werden die situativen Reizkonstellationen eruiert, die das Stimmenhören auslösen/nicht auslösen oder das Ausmaß des Stimmenhörens modifizieren. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Frage, ob das Stimmenhören absichtlich herbeigeführt werden kann. Eine Demonstration, dass Stimmen in der Therapiestunde ausgelöst oder falls schon vorhanden, vermindert werden können, ermöglicht die Erfahrung, dass die von den Patienten erlebte Omnipotenz der Stimmen abgemildert werden kann. Das Erleben der eigenen Kontrollmöglichkeiten stärkt das Selbstvertrauen und motiviert zur weiteren Therapie. In Tabelle 2 sind typische Auslöser für das Hören von Stimmen aufgelistet.

5. Die Konsequenzen des Stimmenhörens analysieren

Die Verhaltensanalyse beinhaltet auch die Erfassung der kurzfristigen und langfristigen Konsequenzen des persistierenden Stimmenhörens d.h. es wird besprochen, ob der Patient neben den geschilderten negativen Auswirkungen des Stimmenhörens auch angenehme Auswirkungen (z.B. bei lobenden Stimmen: „fühle mich anerkannt, mein Selbstwertgefühl steigt“; bei kommentierenden Stimmen: „fühle mich nicht so allein“ oder „bin sicherer bei meinen Tätigkeiten“) feststellen kann.

Gabriele Pitschel-Walz, Dr., Psychologische Psychotherapeutin, Leitende Psychologin Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München, Klinikum rechts der Isar, Centrum für Disease Management, Möhlstr.26, 81675 München
Tel. 089-4140-4239
Fax 089-4140-6688
Email: G.Pitschel-Walz@lrz.tum.de

Die festgestellten angenehmen Auswirkungen spielen einerseits für die Änderungsmotivation eine Rolle („die guten Stimmen will ich eigentlich behalten“) und können andererseits Ansatzpunkte für die weitere Therapie bieten (stärkere Ressourcenorientierung, Selbstwertstärkung, Aufbau sozialer Kontakte etc.).

6. Bewältigungsstrategien erarbeiten und trainieren

Im nächsten Schritt werden Copingstrategien erarbeitet mit dem Ziel, dass die bestehenden Halluzinationen den Betroffenen möglichst wenig im Alltag beeinträchtigen. Dabei wird an den vom jeweiligen Patienten beschriebenen erfolgreichen Strategien und Ressourcen angesetzt, diese ausgebaut und ergänzt. Generell können *Distraktionsstrategien* mit Veränderung des sensorischen Inputs (z.B. einen Kopfhörer aufsetzen und Musik hören, laut lesen), *verhaltensnahe Strategien* (z.B. intelligente Einschränkung bestimmter Stressoren, Erhöhung sozialer Aktivitäten, bewusste Aufmerksamkeitslenkung) oder *physiologische Strategien* (z.B. regelmäßiges Entspannungstraining zur Senkung des allgemeinen Erregungsniveaus) zur Anwendung kommen, oder aber durch kognitive Strategien wie *Fokussieren* und Zuhören die Bewertung des Stimmenhörens verändert werden. Diese Strategien zeigten sich zumindest kurzfristig als erfolgreich, um die Häufigkeit der Halluzinationen und ihre negativen Auswirkungen auf das alltägliche Leben zu reduzieren (Haddock et al., 1998). Durch das Fokussieren werden die Patienten eher in der Ansicht bestärkt, dass die Stimmen, die sie hören, von ihnen selbst produziert werden. Außerdem wird dadurch ihr Selbstbewusstsein gestärkt, was durch Ablenkungstechniken nicht so gut erreicht wird. Im Einzelfall werden die verschiedenen Strategien auch kombiniert, je nachdem wie die Patientin oder der Patient mit ihnen zurecht kommt.

Bei den kognitiven Verfahren soll sich die Patientin und der Patient vermehrt den Stimmen zuwenden und sich inhaltlich mit den Halluzinationen auseinander setzen. Somit werden kognitiv-affektive Prozesse als primär gegenüber dem Copingverhalten gesehen. Der Therapeut fragt den Patienten nach der Bewertung der Stimmen. Wie bewertet der Patient die Kraft und die Macht der Stimmen? Welche Konsequenzen werden für Ungehorsamkeit, Nichthören bzw. Nichternstnehmen der Stimmen erwartet? Sind die Stimmen gut- oder bösartig? Diese Bewertungen sind im Grunde sekundäre Wahnkomplexe, die als ‚Hypothesen’ getestet werden können.

Zunächst wird die *Macht der Stimmen* hinterfragt. Zum Beispiel fragt die Therapeutin bzw. der Therapeut: „Ist es Ihnen schon einmal passiert, dass Sie nicht auf die Stimmen gehört haben?“ „Was ist dann passiert?“ Andere Fragen könnten sein: „Haben Sie jemals an den Stimmen gezweifelt?“ „Wie fühlte sich das an?“ „Stellen Sie sich für einen Moment vor, die Stimme wäre ein ‚Betrüger‘. Welchen Unterschied würde das für Sie machen?“ „Welche Vor- und Nachteile hätte es, wenn die Überzeugung wahr oder falsch wäre?“ etc. Im nächsten Schritt werden im Sinne eines *sokratischen Dialogs* Gegenbeispiele erfragt, alternative Erklärungen und innere Widersprüche gesucht (besonders geeignet bei einer vermuteten Allwissenheit der Stimmen). Hier wird allerdings sehr darauf geachtet, dass der Patient nicht überredet oder gar überzeugt wird, sondern dass Therapeut und Patient gemeinsam Beispiele entdecken. Im letzten Schritt werden die Überzeugungen an der Realität getestet (*verhaltensexperimentelle Realitätsprüfung*). Der Test muss präzise und realistisch sein. Der Test muss geeignet sein, sowohl den Wahn als auch die in der Therapie entwickelte Alternativhypothese zu bestätigen oder zu falsifizieren. Rational des Testens ist, dass die Überzeugungen Hypothesen sind, die wahr oder falsch sein können, und dass es die Überzeugungen sind, die den Stress erzeugen und nicht die Stimmen an sich. Durch die *Reattribuierung* der Ursachen für die Halluzinationen und die Überprüfung an der Realität soll der mit der Symptomatik verbundene Stress reduziert werden.

Im Laufe der Therapie werden die verschiedenen Auslösesituationen bewusst herbeigeführt, die Anwendung der Bewältigungsstrategien trainiert und ihre Wirksamkeit beurteilt. Die distanzierte Betrachtung der Stimmen und die andere Bewertung sollen langfristig zu einer Abnahme des Stimmenhörens und den damit verbundenen Belastungen führen. Nach Kingdon und Turkington (1994) hängt es von folgenden Faktoren ab, ob sich eine Patientin oder ein Patient von den Stimmen distanzieren kann:

- von den erwarteten Konsequenzen beim Aufgeben der Stimmen (z.B. Hebung des Selbstwertgefühls)
- von dem Vorhandensein alternativer Hypothesen und Erklärungen (Erarbeitung von Alternativhypothesen im therapeutischen Gespräch)
- von der Art des Zustandekommens dieser Alternativhypothesen
- und von der Qualität der therapeutischen Beziehung (gegenseitiger Respekt, vertrauensvolle Atmosphäre).

Was kann durch Kognitive Verhaltenstherapie erreicht werden?

Die Metaanalysen von Pilling et al. (2002), Jones et al. (2004) und Zimmermann et al. (2005) zur Kognitiven Verhaltenstherapie bei Schizophrenie, die die Ergebnisse von bis zu 19 Studien zusammenfassen, kommen zum Schluss, dass besonders akut kranke Patienten in stationärer Behandlung und Patienten mit persistierender Positivsymptomatik davon zu profitieren scheinen: Medikamentenresistente Wahnideen oder Halluzinationen werden reduziert. Es wird daher empfohlen, Kognitive Verhaltenstherapie für schizophren Erkrankte als zusätzliche, evidenzbasierte Maßnahme zur Verfügung zu stellen. Der vermehrte Einsatz Kognitiv-Verhaltenstherapeutischer Programme in der Routineversorgung wäre wünschenswert, setzt aber die entsprechenden Ressourcen voraus: kognitiv-verhaltenstherapeutische ausgebildete Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die ausreichende Erfahrung in der Behandlung von schizophren Erkrankten haben. Eine Reduktion der Rückfall- oder Rehospitalisie-

rungsraten konnte metaanalytisch und auch in einer neueren großen Studie von Garety et al. (2008) bisher nicht nachgewiesen werden. Daher ist die Wissenschaft gefordert, weitergehende psychopharmakologische, psychotherapeutische und soziale Konzepte zu finden, die den Patienten auf seinem Weg nach mehr Gesundheit unterstützen. Der verbesserte Umgang mit den störenden oder Angst machenden Stimmen hilft auf jedem Fall das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeitserwartungen zu stärken, so dass die Patienten wieder Hoffnung haben und den Mut finden, trotz mancher noch bestehender krankheitsbedingter Einschränkungen ein selbstbestimmtes und befriedigendes Leben zu führen. •

Literatur:

Bäuml, J, Pitschel-Walz, G (Hrsg.) (2008), Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen, (2., erw. und aktual. Auflage), Stuttgart New York.

Garety , PA, Fowler, DG, Freeman, D, Bebbington, P, Dunn, G, Kuipers, E (2008), Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomized controlled trial, in: The British Journal of Psychiatry, 192.

Haddock, G, Slade, PD, Bentall, RP, Reid, D, Faragher, EB (1998), A comparison of the long-term effectiveness of distraction and focusing in the treatment of auditory hallucinations, in: British Journal of Med Psychology;71 (Pt 3).

Jones, C, Cormac, I, Silveira, da Mota Neto, JI, Campbell, C (2004), Cognitive behaviour therapy for schizophrenia, in: Cochrane Database Systematic Review, Issue 4.

Kingdon, D, Turkington, D (1994), Cognitive-Behavioural Therapy of Schizophrenia, Hillsdale,NJ.

Klingberg, S, Schaub, A, Conradt, B (2003), Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Störungen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual, Weinheim.

Kraemer, S (2006), Persistierende produktive Symptome bei Menschen mit schizophrenen Störungen. Hilft Kognitive Verhaltenstherapie? In: Schizophrenie. Mitteilungsorgan der gfts, Jahrgang 22.

Lincoln, T (2006), Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie. Ein individuenzentrierter Ansatz zur Veränderung von Wahn, Halluzinationen und Negativsymptomatik, Göttingen.

Pilling, S, Bebbington, P, Kuipers, E, Garety, P, Geddes, J, Orbach, G, Morgan, C (2002), Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy, in: Psychological Medicine. 32(5).

Pitschel-Walz, G, Bäuml, J, Gunia, H (2005), Psychotherapeutische Verfahren in der Behandlung von schizophrenen Erkrankungen, in: Bäuml, J, Pitschel-Walz, G, Berger, H, Gunia, H, Heinz, A, Juckel, G (Hrsg.). Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenie (APES), Stuttgart.

Roder, V, Zorn, P, Andres, K, Pfammater, M, Brenner, H D (2002), Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophren Erkrankter, Bern.

Vauth, R, Stieglitz, RD (2006), Chronisches Stimmenhören und persistierender Wahn, Göttingen.

Zimmermann, G, Favrod, J, Trieu, VH, Pomini, V (2005), The effect of cognitive treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders. A meta-analysis, in: Schizophrenia Research 77.

Mehr Leistung für weniger Geld?

Erprobung eines Trägerbudgets für Betreutes Wohnen

Von Mario Wagenbrenner

Abstract

Das Projektziel lautete: 20 % mehr seelisch kranke Menschen im betreuten Wohnen bei gleich bleibendem Trägerbudget ambulant versorgen und dabei die Leistungsqualität halten. Nach der ursprünglich geplanten dreijährigen Laufzeit wurde das Modellprojekt Betreutes Wohnen zwischen Stadtmission Nürnberg und Bezirk Mittelfranken verlängert. In der Bilanz stellen wir interessante Ergebnisse für die Praxis der sozialen und sozialpsychiatrischen Arbeit vor. Zusammen mit der Einschätzung durch die externe Evaluation stellt sich das Modellprojekt der fachlichen Diskussion.

1. Ausgangslage

Im Jahr 2004 stand in Nürnberg einer ungebrochen hohen Nachfrage eine begrenzte Platzzahl für ambulant betreutes Wohnen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen gegenüber. Der weitere bedarfsgerechte Ausbau war aufgrund mangelnder Finanz-mittel auf Seiten des Bezirkes Mittelfranken (überörtlicher Sozialhilfeträger) auf längere Sicht nicht möglich. Die Stadtmission Nürnberg e.V. schlug vor, *„über einen Zeitraum von 3 Jahren zu erproben, ob angesichts dieser Bedingungen ein Festbudget ein geeignetes Instrumentarium darstellen könnte, die bestehenden Betreuungs-Leistungen und Kapazitäten mit weniger bürokratischem Aufwand quantitativ und qualitativ zu steigern“* (aus der Projektbeschreibung der Stadtmission Nürnberg vom Februar 2004). Zwischen der Stadtmission Nürnberg und dem Bezirk Mittelfranken wurde das „Modellprojekt Betreutes Wohnen“ ausgearbeitet, vertraglich geregelt und am 01.07.2004 gestartet. Der Modellverbund bestand aus 4 Einrichtungen der Stadtmission, die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII für leisteten: AIDS-Beratung/ Betreutes Wohnen, Fachberatung für wohnungslose psychisch kranke Menschen / Betreutes Wohnen, Nachsorge für suchtkranke Menschen / Betreutes Wohnen und Betreutes Wohnen für Menschen mit seelischer Erkrankung. Basis waren insgesamt 117 genehmigte Plätze für Einzelwohnen und in Wohngemeinschaften. Die Einrichtungen und ihre zielgruppen-spezifischen Ausrichtungen und Zugangswege blieben erhalten.

2. Projektziele und Verfahren

Leitziel war die Umsetzung der Prämisse: *Nicht der Mensch muss ins Hilfesystem passen, sondern die Hilfen müssen für den Menschen passend organisiert und angeboten werden.* Unsere Hypothese lautete: *Wenn wir auf Hilfebedarfsänderungen flexibel reagieren und unterschiedliche Berufsgruppen einsetzen können, sehen wir die realistische Chance, die Betreuungszahlen um ca. 20 % zu steigern.* Als Erfolgskriterien formulierten wir:

- die Betreuungsleistungen entsprechen den Rahmenbedingungen des Kostenträgers Bezirk Mittelfranken; die Klienten / die Klientinnen erhalten eine personenzentrierte, passgenauere ambulante Versorgung,
- die Qualität wird zur Zufriedenheit der Betreuten gehalten,
- die (fiktive) Ist-Abrechnung laut Bescheid ist höher als das Budget, der Bezirk erzielt eine Einsparung,
- der Träger kann wirtschaftlich arbeiten.

Dazu mussten bestehende Hilfe- und Organisationsstrukturen durchlässiger gestaltet und besser vernetzt, freie Kapazitäten für eine Erhöhung der Klienten- und Klientinnenzahl genutzt und zu-

Mario Wagenbrenner Diplom-Sozialpädagoge/ Stadtmission Nürnberg e.V., Einrichtungsleiter des Betreuten Wohnens für Menschen mit seelischer Erkrankung, Projektgruppe des Modellprojektes „Betreutes Wohnen“. Kontakt: Stadtmission, Berliner Platz 8 RG, 90489 Nürnberg, Tel. 0911/81525-11, mario.wagenbrenner@stadtmission-nuernberg.de.

sätzliche Kapazitäten geschaffen werden. Erreichen wollten wir dies durch
- eine höhere Flexibilität in der Leistungserbringung und beim Personaleinsatz,
- die Weiterentwicklung der Angebotsstruktur und deren einrichtungsübergreifende Nutzung,
- eine durch die Nachfrage und den Bedarf der Hilfesuchenden bestimmte Flexibilität bei der Platzbelegung und Steuerung und Aufhebung einrichtungsgebundener Platzkapazitäten,
- einen erweiterten und übergreifenden Personaleinsatz und eine Weiterentwicklung des beruflichen Selbstverständnisses der Mitarbeitenden,
- eine Standardisierung vergleichbarer Organisationsleistungen.

Die Modellpartner vereinbarten ein Gesamtbudget von jährlich 1.119.000 Euro. Sozialrechtliche Gründe (Einzelfallhilfe, örtliche Zuständigkeiten) machten eine differenzierte Handhabung und aufwändige Splittung des Budgets nötig. Berechnungsgrundlage waren die genehmigten Platzzahlen aller Einrichtungen (= 117) mit den geltenden Entgeltvereinbarungen multipliziert mit 365 Belegungstagen. Monatliche Übersichten zu Belegungstagen, finanziellem Budget-/Einzelrechnungsvergleich, die Zahl der Klientinnen und Klienten sowie die Aufschlüsselung nach Betreuungsschlüsseln dienten als Instrument laufender Transparenz und zur Kontrolle der quantitativen Entwicklungen.

Die Entscheidung über freie Kapazitäten lag in der Verantwortung der Stadtmission. Die Festlegung von Platzzahlen wurde aufgehoben, die Differenzierung nach Klienten- und Klientinnengruppen (psychisch krank, suchtkrank, wohnungslos, obdachlos) entfiel. Hilfebedarfsveränderungen sollten zeitnah durch Anpassung der Betreuungsschlüssel korrigiert werden. Die Verantwortung für fachgerechtes Handeln, die Erbringung der individuell bedarfsgerechten Betreuungsleistungen und die Koordination notwendiger externer Leistungen lagen in der fachlichen Verantwortung der betreuenden Einrichtung und wurden vereinbarungsgemäß nach den Rahmenbedingungen des Kostenträgers dokumentiert.

Für die Betreuung wurde ausschließlich qualifiziertes Fachpersonal eingesetzt. Dies waren als Bezugspersonen mit Fallverantwortung und Case-Management-Aufgaben Dipl. Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen. Die individuellen Problemstellungen erforderten den ergänzenden Einsatz aus fachlich unterschiedlichen Berufsgruppen, z. B. bei Haushaltstraining, Umzugshilfen, lebenspraktischen Fragen und Freizeitangeboten. Der Träger orientierte sich beim Personaleinsatz an den Rahmenbedingungen des Kostenträgers, die einen Einsatz von Dipl. Sozialpädagogen und-Sozialpädagoginnen und anderen Berufsgruppen im Verhältnis von 75:25 zulassen.

Wir beabsichtigten, unsere Hilfsangebote für eine größere Anzahl von Menschen zugänglich zu machen. Dies sollte durch flexiblere Reaktionsmöglichkeiten auf Bedarfsschwankungen, eine variablere Handhabung der Betreuungsschlüssel und den Einsatz unterschiedlicher Berufsgruppen realisiert werden. Entscheidend sollte die Ergebnisqualität sein. Interne und externe Befragungen über die Zufriedenheit der betreuten Menschen mit der Leistung und der Lebensqualität wurden geplant. Unsere Vision war und ist, dass die *„Hilfeempfänger und -empfängerinnen“ künftig einen Anspruch auf die Erreichung der mit ihnen vereinbarten Zieles haben und wir als Träger dann den Grad der Erreichung nachweisen, nicht den Aufwand.* Von großem Interesse waren die organisatorischen Veränderungen, die die Umsteuerung auf personenzentrierte Hilfen mit sich bringen würden. Zufriedenheit der Mitarbeitenden, Veränderung des beruflichen Selbstverständnisses, Entwicklung verbesserter Arbeitsabläufe und effizienterer Strukturen sowie die Verbesserung der Vernetzung waren hier maßgebliche Kriterien.

Den Verwaltungsaufwand wollten wir deutlich reduzieren und besonderes Augenmerk auf die gesetzlichen Regelungen werfen, die flexibles, bedarfsorientiertes Handeln erschweren. Als Laufzeit wurden 3 Jahre vereinbart. Diese Zeitspanne sollte fundierte Aussagen über die zukünftige Steuerungsfähigkeit sozialpsychiatrischer Hilfeleistungen durch Trägerbudgets möglich machen.

3. Ergebnisse

Im „Gemeinsamen Abschlußbericht“ (s. Literatur) wurde die Gesamtbilanz differenziert dargestellt. Hier die zentralen Ergebnisse in einer Zusammenfassung.

Betreutenzahlen, Hilfeleistungen

Bei Modellende am 30.06.2007 lag die Betreutenzahl bei 145, gegenüber 117 Plätzen bei Modellstart. Das entspricht einer Steigerung um 24 %. Damit wurde eine der wichtigsten Zielsetzungen des Modellprojekts erreicht: Bei gleichbleibendem Budget konnten deutlich mehr Menschen versorgt werden! Die Veränderungen und Schwankungen bei den Hilfebedarfen wurden flexibel durch zeitnahe Anpassung der Betreuungsschlüssel in Abstimmung mit den Klienten und Klientinnen und dem Kostenträger beantwortet. Dabei standen 40 Anpassungen an geringeren Hilfebedarf 13 Erhöhungen gegenüber. Der Anteil von Klienten und Klientinnen mit hohem Hilfebedarf (1:6) stieg signifikant. Damit haben wir anfängliche Befürchtungen, die Steigerung der Betreutenzahlen würde zu Lasten von Klienten und Klientinnen mit höherem Hilfebedarf gehen, eindrucksvoll widerlegt. Personenzentriertes Handeln fand hier seinen sichtbaren Ausdruck.

Nutzen für Klienten und Klientinnen

Für die Klienten und Klientinnen haben sich Verbesserungen sowohl individuell als auch bezogen auf den gesamten Personenkreis ergeben:
- Ein schnellerer Zugang durch Erhöhung der Aufnahmekapazitäten, mehr Plätze mit niederschwelligeren Aufnahmekriterien und Verbesserungen der notwendigen Hilfen bei komplexen Erkrankungen und Problemlagen
- Optimierung individueller Hilfen durch verbesserte Angebote in Bezug auf Aktivierung, soziale Kontakte und spezielle Hilfen im lebenspraktischen und Wohnungsbereich

• Erweiterte Möglichkeiten zur übergreifenden Angebotsnutzung, breiteres Hilfeangebot und verbesserte Zusammenarbeit der Mitarbeitenden in und über die Einrichtungen hinweg
• Die Klienten und Klientinnen bestimmen den Inhalt, den Umfang und die Form der Hilfeleistungen mit und nehmen damit auch Einfluss auf die Anpassung der Hilfebedarfs-/ Betreuungsschlüssel.

Finanzielle Ergebnisse

Die Finanzierung über das Budget ist signifikant günstiger als über Einzelabrechnung. Die Einsparungen des Kostenträgers aus der Gesamtlaufzeit belaufen sich auf ca. 180.000 Euro. Die Wirtschaftlichkeit des Trägers war durchgehend sichergestellt. Effizientere Organisations- und Vernetzungsstrukturen und vor allem der Einsatz unterschiedlicher Berufsgruppen führten dazu, die Personalkosten konstant zu halten und die Personalressourcen insgesamt um ca. 10 % zu erhöhen.

Organisatorische Ergebnisse

Ein speziell entwickeltes Dokumentationssystem vereinfachte und unterstützte das vernetzte Arbeiten der Mitarbeitenden in erheblichem Maße und ist damit eine herausragende Verbesserung. Ähnliche Organisationsleistungen wurden weiter angeglichen und effizienter gestaltet. Die Kenntnis der inhaltlichen Arbeit der Einrichtungen unter allen Mitarbeitenden ist signifikant verbessert, die gegenseitige fachliche Unterstützung erhöht und ein höherer Vernetzungsgrad erreicht. Die Durchlässigkeit ist größer, es fanden Überleitungen von Klienten und Klientinnen zwischen den Einrichtungen statt, die im Modellverbund leichter realisierbar waren.

Einwicklungen beim Personal und im Personaleinsatz

Für die zentrale eingesetzte Berufsgruppe der Diplomsozialpädagogen/-innen hat neben der tragenden Bezugspersonen-Betreuung Case-Management erheblich an Bedeutung gewonnen. Daneben wurden auch Heilerziehungspfleger, Hauswirtschafterin, handwerklicher Mitarbeiter und pädagogische Aushilfen integriert. Diese zusätzlichen beruflichen Kompetenzen bieten wertvolle erweiterte Zugangs- und Lösungswege in der ambulanten Betreuung. Wir konnten die Hilfeleistungen zielgenauer und kostengünstiger erbringen. Diese Erweiterung bewerten wir sehr positiv und als qualitativ unabdingbar. Die Arbeitsbelastung und -dichte ist für alle Mitarbeiter/-innen durch die erhöhten Betreutenzahlen, komplexere Erkrankungsbilder und den erhöhten Verwaltungsaufwand deutlich gestiegen.

Verwaltungsaufwand

Der Verwaltungsaufwand ist höher als bei Modellstart. Die Einführung des Gesamtplanverfahrens (bayerische Bezirke) und der „Hartz IV“- Gesetze hatten erhebliche organisatorisch-fachliche Probleme bei den beteiligten Behörden zur Folge. Daraus resultierte ein enorm erhöhter Abstimmungsbedarf, der unverhältnismäßig hohe Personal-Ressourcen beanspruchte. Die notwendige Budgetsplittung führte zu aufwändigen doppelten Berechnungen. Eine Reduzierung des Verwaltungsaufwandes war unter diesen Voraussetzungen nicht zu erreichen.

4. Evaluation

Die qualitative Evaluation lag bei der Arbeitsstelle für Praxis-Forschung und Evaluation an der Evangelischen Fachhochschule Nürnberg unter Leitung von Prof. Joachim König (s. Literaturhinweise). Sie führte Befragungen der Klienten und Klientinnen und der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie Experteninterviews durch. Die Fragebögen waren strukturell den Instrumenten des Gesamtplanverfahrens (HEB) angeglichen und in die fünf Bedarfs- und Hilfebereiche eingeordnet: Umgang mit der Erkrankung / Soziale Beziehungen / Selbstversorgung und Wohnen / Arbeit und Ausbildung / Tages- und Freizeitgestaltung.

Befragung von Klienten und Klientinnen

• Im Hinblick auf die Lebensqualität haben sich durchweg gute bis befriedigende Werte ergeben. Der Gesamtindex beträgt 2,7 auf der sechsstufigen Skala.
• Die Bewertung der Unterstützungsqualität durch die Klienten und Klientinnen hat ebenfalls durchgängig gute bis befriedigende Ergebnisse mit geringer Variationsbreite erbracht
• Auch die Veränderungsmessungen (gefragt wurde nach Veränderungen innerhalb des letzten Jahres) haben retrospektiv durchgängig leichte Verbesserungen bei der Lebensqualität ergeben.

Mitarbeitendenbefragung

• Besonders auffällig war dabei, dass die Mitarbeitenden von einer deutlichen Einbuße an Unterstützungsqualität für die Klienten und Klientinnen ausgehen, was in einem klaren Widerspruch zu deren Einschätzungen selbst steht.
• Einschätzungen zu deutlichen Verbesserungen im Hinblick auf „flexiblen Mitarbeitendeneinsatz“ und „Angleichung vergleichbarer Organisationsleistungen“ stehen kritische Äußerungen im Sinne von Einbußen im Blick auf „Reduzierung des Verwaltungsaufwandes“ und „Steigerung der Zufriedenheit der Klienten“ gegenüber.

Fazit

„Die Klienten/-innenbefragung hat keine Anhaltspunkte für erkennbare Verschlechterungen bzw. kritische Werte im Bereich der Zufriedenheit mit der Lebensqualität und wahrgenommener Qualität der Unterstützungsleistungen der Einrichtungen geliefert. Die Einschätzungen der Mitarbeitenden sind dagegen durchaus ambivalent im Hinblick auf die Vor- und Nachteile, die sich für die einzelnen Arbeitsbereiche aus den zentralen Merkmalen des Modellprojektes ergeben. Es empfiehlt sich daher eine differenzierte konzeptionelle, betriebswirtschaftliche und juristische Debatte um die Fortführung des Anliegens der Stadtmission (Trägerbudget) angesichts seiner Perspektiven unter Berücksichtigung der zentralen Probleme und Schwierigkeiten.“

5. Zusammenfassung

Die Stadtmission Nürnberg und der Bezirk Mittelfranken haben

das Modellprojekt erfolgreich durchgeführt und gezeigt, dass mit dem Trägerbudget für alle Beteiligten (Klienten und Klientinnen, Kostenträger, Leistungserbringer) positive Ergebnisse zu erzielen sind:

- Die Betreutenzahlen stiegen bei gleichbleibendem Budget um 24%.
- Die Klienten und Klientinnen erhalten passgenauere personenzentrierte Hilfen.
- Die Qualität der Betreuung wird zur Zufriedenheit der Klienten und Klientinnen gehalten.
- Der Kostenträger erzielt eine Einsparung von 5,1 %. Die Gesamtkosten für die Betreuung im Trägerbudget liegen niedriger als bei einer Spitzabrechnung der Tagessätze.
- Die Stadtmission konnte wirtschaftlich arbeiten.

Mit dem Modellprojekt entwickelten wir effizientere Strukturen, haben sie erprobt und wichtige Erkenntnisse beim Verbund verschiedener Einrichtungen gewonnen. Diese Entwicklung wurde durch die Notwendigkeit effizienterer Organisation zur Bewältigung höherer Klienten- und Klientinnenzahlen erheblich beschleunigt. Trotz nicht deutlicher Arbeitsverdichtung führte das Modellprojekt bei den Mitarbeitenden zu erweiterten, innovativen Denkweisen und einer höheren Sensibilisierung für vernetztes, personenzentriertes Handeln sowohl im internen Bereich als auch im Blick auf regionale Kooperationen. Der Sozialausschuss des Bezirkes Mittelfranken hat im Juni 2007 das Modellprojekt wegen seines eindeutigen Erfolges trotz weiterhin bestehender sozialrechtlicher Problematiken um 2 ½ Jahre bis 31.12.2009 verlängert. •

Materialien / Literatur

Projektbeschreibung: „Modellprojekt Betreutes Wohnen – Einstieg in eine personenzentrierte Hilfeform" – Februar 2004

Gemeinsamer Abschlußbericht von Stadtmission Nürnberg e. V. und Bezirk Mittelfranken vom 30. Juni 2007 zum Modellprojekt Betreutes Wohnen - Einstieg in ein personenzentriertes Hilfeangebot

Evaluation des Modellprojekts ‚Betreutes Wohnen' der Stadtmission Nürnberg e.V. Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse (Arbeitsstelle für Praxisforschung und Evaluation an der Evangelischen Fachhochschule Nürnberg - Prof. Dr. Joachim König u. Dietmar Maschke)

CONSOZIAL 2007: „Mehr Leistung für weniger Geld? – Erfahrungen mit einem Trägerbudget für Betreutes Wohnen". Projektpräsentation und Printversion in der CONSOZIAL-Dokumentation, Nürnberg 2008, Joachim König & Mario Wagenbrenner

Der Einfluss von Tagesstätten für psychisch kranke Menschen auf Wohlbefinden und psychosoziale Stabilität

Eine empirische Untersuchung

Von Corina Zeilinger

Abstract

Aufgrund des oftmals chronischen Verlaufes psychischer Erkrankungen ist häufig eine dauerhafte Betreuung der Betroffenen nötig, um stationäre Klinikaufenthalte und damit verbundene Einschränkungen in der Lebensqualität zu vermindern bzw. zu vermeiden. Um dies zu erreichen, existieren mehrere Möglichkeiten zur ambulanten oder auch teilstationären Betreuung von Menschen mit seelischer Erkrankung. Eine dieser Möglichkeiten bietet die Tagesstätte bzw. deren regelmäßiger Besuch. In dem folgenden Artikel werden die Ergebnisse einer empirischen Untersuchung aufgezeigt, welche die Prüfung des Erfolges der Tagesstättenarbeit anhand subjektiver (Klientenzufriedenheit) sowie objektiver (Reduktion der Klinikaufenthalte pro Jahr) Einflussgrößen zum Ziel hatte.

Einleitung

Chronisch psychisch kranke Menschen haben meist eine lange Krankheitsgeschichte hinter sich. Der Krankheitsverlauf kann häufig geprägt sein von episodisch auftretenden Phasen der (akuten) Verschlechterung. Selbst nach entsprechenden Perioden der gesundheitlichen Stabilität sind immer wieder Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik während einer akuten Krise erforderlich. Auch zur Vermeidung stationärer Behandlungen zielt die Arbeit von Tagesstätten für psychisch kranke Menschen darauf ab, die psychosoziale Stabilität ihrer Besucherinnen und Besucher zu festigen. Hierbei sei erläutert, dass „Tagesstätten und ähnliche Einrichtungen schwerpunktmäßig chronisch psychisch Kranken offenstehen, die [auf dem ersten Arbeitsmarkt, Anm. d. Verf.] längerfristig keine Arbeit finden können. Sie sind einerseits Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion und einer niedrigen Zugangsschwelle. Andererseits bieten sie regelmäßig teilnehmenden schwerer psychisch Kranken längerfristige beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Programme an. Sie sind damit sowohl ambulante Betreuungsstellen zur sozialen Rehabilitation als auch teilstationäre Einrichtungen zur Rückfallverhütung sowie zur Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes vor allem chronisch psychisch Kranker."[1] Ein zentrales Ziel der Arbeit mit psychisch kranken Menschen in der Tagesstätte ist es, die seelische Gesundheit der Betroffenen insoweit zu stabilisieren, dass Rückfälle reduziert oder gar verhindert werden können. Ein entscheidender Faktor im Bemühen um die Aufrechterhaltung der psychosozialen Stabilität ist die Qualität der Arbeit, die eine Tagesstätte

leistet. Verdeutlicht werden soll damit, dass die subjektiv empfundene Zufriedenheit mit dem „Gesamtpaket“ des Angebotes der Tagesstätte sich positiv auf die seelische Gesundheit und Stabilität der Betroffenen auswirkt.

Methodische Vorgehensweise

Zur Überprüfung der Zielerreichung bzw. der Erfüllung des Auftrages dieser speziellen Einrichtungsform wurde im November und Dezember 2007 eine empirische Untersuchung durchgeführt. Diese beschäftigte sich mit unterschiedlichen Fragestellungen bezüglich der Effektivität der in der Tagesstätte geleisteten Arbeit und dem damit verbundenen Nutzen für die Klientinnen und Klienten. Die Auswirkungen des Besuches einer Tagesstätte auf die Beständigkeit der psychischen und psychosozialen (ggf. auch der physischen) Gesundheit der Besucherinnen und Besucher wurden erfragt.

In diesem Sinne wurde die Wirksamkeit von Zielen und Inhalten der tatsächlichen Betreuungspraxis beispielhaft in vier mittelfränkischen Tagesstätten analysiert. Dabei wurde versucht, möglichst vielfältige Merkmale und Kriterien einzubeziehen, die sich in den Lebensbereichen des Alltags vieler Klienten wiederfinden.
Die Fragestellung der Untersuchung lautete daher: Welchen Einfluss hat die Tagesstätte auf das persönliche Wohlbefinden sowie die psychosoziale Stabilität ihrer Klientinnen und Klienten?
Die Untersuchungsthematik teilte sich im Zuge der Arbeit in zwei unterschiedliche Ansätze. Mit Hilfe eines standardisierten Fragenbogens ging es einerseits um die Befragung von Besucherinnen und Besuchern mehrerer Tagesstätten. Hierdurch sollte die subjektiv empfundene Auswirkung der Tagesstätte auf das eigene Leben der Klientinnen und Klienten erfasst werden. Die Befragung der Besucherinnen und Besucher wurde bei persönlichen Besuchen in den vier Einrichtungen durchgeführt, wobei jeweils eine sehr hohe Anzahl der Besucherinnen und Besucher zur Mitarbeit bzw. zu der Bearbeitung der Fragebögen bereit war. Die Zielgruppe

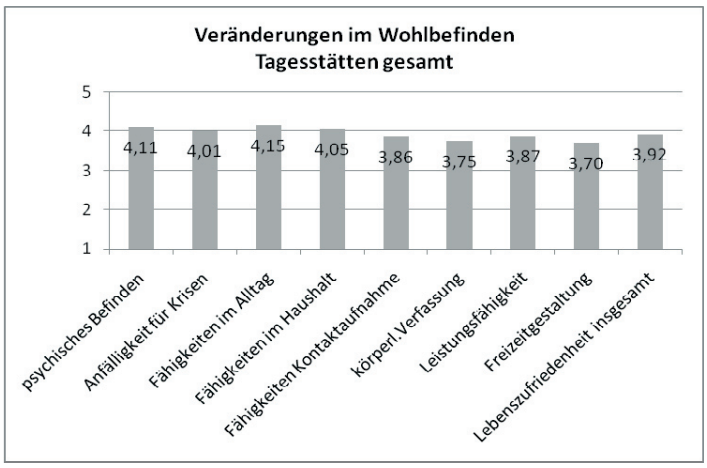


Abbildung 1: Veränderungen in der Dimension Wohlbefinden
Hinweis zur Interpretation: 5= deutlich verbessert, 4= etwas verbessert, 3= teils/teils, 2= etwas verschlechtert, 1= deutlich verschlechtert

bildete sich dabei aus denjenigen Personen, die die Tagesstätte seit der Dauer einer festgelegten Zeit besuchten. Es wurden alle Klienten befragt, die seit mindestens sechs Monaten in der Tagesstätte angemeldet waren.
Als rein objektiver Parameter wurden andererseits die Klinikaufenthalte der Klientinnen und Klienten seit Nutzung der Tagesstätte ermittelt. Ein Vergleich der Klinikaufenthalte pro Jahr vor und seit dem regelmäßigen Besuch der Einrichtung wurde hierbei zur Bewertung des Effektes auf die psychische Stabilität der Klientel herangezogen. Voraussetzung war eine mindestens einjährige Nutzung der Einrichtung sowie eine von den Klientinnen und Klienten freiwillig unterzeichnete Schweigepflichtsentbindung. Diese entband die jeweilige Krankenkasse einer Besucherin bzw. eines Besuchers von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Autorin. Somit war die Einholung genau bezeichneter Informationen möglich (in diesem Falle die Erfragung exakter Aufenthaltszeiten in einer psychiatrischen Klinik). Die Untersuchung konnte sich damit auf valide Daten stützen.

Ergebnis

Die Besucherbefragung (N=91) ergab, dass die Klientinnen und Klienten der Tagesstätte durchschnittlich etwa 46 Jahre alt und meist seit mehreren Jahren (im Schnitt seit ca. 13,5 Jahren) psychisch erkrankt waren. Über 80 Prozent der Befragten gaben an, keine feste Partnerschaft zu führen. Die Tagesstätte wird von Männern und Frauen gleichermaßen genutzt. Im Schnitt kommen die Besucherinnen und Besucher seit ungefähr drei bis vier Jahren regelmäßig in die Einrichtung.

Aufgrund der Chronifizierung ihrer Erkrankung stellt die Tagesstätte für viele Besucherinnen und Besucher häufig die „letzte Station“ im (Behandlungs-)Verlauf ihrer Krankheitsgeschichte dar. Angesichts dieser Gegebenheit zeigen die Ergebnisse umso deutlicher, dass die Betroffenen mit der Tagesstätte einen Ort gefunden haben, an welchem sie sich wohl fühlen: Seit der Nutzung der Tagesstätte zeigten sich bei den befragten Klientinnen und Klienten deutliche Verbesserungen in den einzelnen Bereichen des individuellen Wohlbefindens. Erfragt wurden hierbei subjektiv erlebte Veränderungen bzw. Verbesserungen in den Dimensionen „Wohnen“, „Krisen“, „Bewältigung des Alltags“ und „Kontakte“ (siehe Abb.1). Diese wurden anhand unterschiedlicher interessierender Komponenten in konkreten Fragestellungen präzisiert. Auch die Zufriedenheit mit der Einrichtung war Teil der Befragung.

Für viele der Klientinnen und Klienten ist, neben der Nutzung der Tagesstätte, die Inanspruchnahme weiterer Angebote und Hilfen ein wichtiger Baustein in der Aufrechterhaltung ihrer seelischen Gesundheit. Zwar bietet die Tagesstätte durch Bereitstellung einer regelmäßen Tages- und Wochenstruktur ein stabiles Element in der Betreuung und Begleitung ihrer Klientinnen und Klienten,

Corina Zeilinger
Jahrgang 1981,
Diplom – Sozialpädagogin (FH)/
Sozialpädagogische Einzelfallhilfe/ Persönliches Budget plus.
Voltastr.46
90459 Nürnberg.

	Gesamtergebnis	
	Mittelwert	Standardabweichung
Zeiten vor Aufnahme in die TS [Tage / Jahr pro Klient]	28,77	32,62
Zeiten nach Aufnahme in die TS [Tage / Jahr pro Klient]	10,25	23,23

Tab. 1: Vergleich der durchschnittlichen Klinikzeiten vor und nach Aufnahme in Tagesstätten (TS)

dennoch tragen auch die zusätzlichen Unterstützungsmöglichkeiten meist erheblich zur Stabilisierung der gesamten Lebenssituation der Betroffenen bei.

Die durchgeführte Untersuchung ergab, dass die Inanspruchnahme zusätzlicher Hilfen (v.a. Betreutes Wohnen, Facharzt, Sozialpsychiatrischer Dienst, gesetzliche Betreuung) eine bedeutsame Rolle spielt. Insgesamt nehmen 90 Prozent aller Befragten, neben dem Besuch der Tagesstätte, weitere Hilfen in Anspruch. Durchschnittlich sind es zwei hinzukommende Hilfsangebote pro Person. Es ist also davon auszugehen, dass die Stabilisierung der psychosozialen Gesundheit vor allem durch das Zusammenspiel der unterschiedlichen Hilfeformen erreicht wird bzw. erreicht werden kann.

Die hohe Zufriedenheit mit dem Angebot der Einrichtung und auch dem Tun der Mitarbeiter wird durch die Angaben der Besucherinnen und Besucher bezüglich ihrer Motivation zum Besuch der Tagesstätte unterstrichen.

Die statistische Auswertung der Ergebnisse aus der Betrachtung der Klinikzeiten (N=61) erbrachte zusätzliche Belege für den positiven Einfluss der Tagesstättenarbeit auf das Wohlbefinden und die gesundheitliche Stabilität ihrer Klientel (vgl. Tabelle 1). Ein eindeutiger Rückgang der Klinikaufenthalte seit Nutzung der Tagesstätte konnte ermittelt werden. Die insgesamt 61 untersuchten Personen mussten vor ihrer Aufnahme in die Einrichtung im Ganzen 1755 Tage pro Jahr in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden. Seit dem Besuch der Tagesstätte verringerten sich die stationären Aufenthalte auf durchschnittlich 625,25 Tage pro Jahr. Die durchschnittliche Anzahl an Tagen, die ein Klient pro Jahr in stationärer psychiatrischer Behandlung verbringt, konnte also während des Besuchs der Tagesstätte um fast zwei Drittel verringert werden. Waren es vor der Aufnahme in die Tagesstätte im Schnitt jährlich 28,77 Tage, so zeigten die Auswertungsergebnisse, dass es nunmehr nur noch 10,25 Tage sind. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($p<0,05$). Es wird sichtbar, dass die Tagesstättenarbeit sogar so viel Wirkung zeigt, dass 65,56 Prozent (N=40) der Klientinnen und Klienten überhaupt keine Klinikaufenthalte mehr zu verzeichnen haben, seit diese die Tagesstätte regelmäßig besuchen.

Diskussion

Der gesundheitsstabilisierende bzw. -fördernde Einfluss von Tagesstätten wird damit sowohl durch die subjektiven Einschätzungen und Bewertungen der Besucher als auch durch die objektiv messbaren Indikatoren, die Klinikzeiten, bestätigt. Dies zeigt sich in den Gesamtergebnissen wie auch in den Einzelauswertungen der vier Tagesstätten. Folglich stellt der regelmäßige Besuch einer Tagesstätte – in Verbindung mit der Inanspruchnahme zusätzlicher weiterer Hilfen (v.a. Betreutes Wohnen, Facharzt, Sozialpsychiatrischer Dienst, gesetzliche Betreuung) – eine sehr gute Möglichkeit dar, um das subjektive Wohlbefinden zu verbessern und die Notwendigkeit von – oft belastend empfundenen – stationären Klinikaufenthalten zu verringern. •

Literatur

[1] Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.): Zweiter Bayerischer Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter. http://www.arbeitsministerium.bayern.de/behinderte/psychisch/psyplan2.

[2] Landschaftsverband Rheinland, Landessozialamt (Hrsg.): Beschäftigung und soziale Rehabilitation. Tagesstätten für psychisch kranke und psychisch behinderte Menschen im Rheinland. Pulheim/ Köln, 1996.

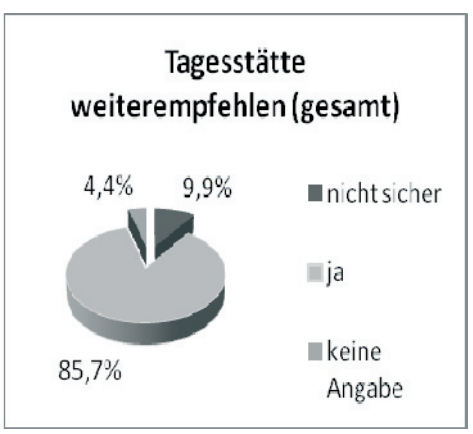


Abbildung 2: Empfehlung der Tagesstätte

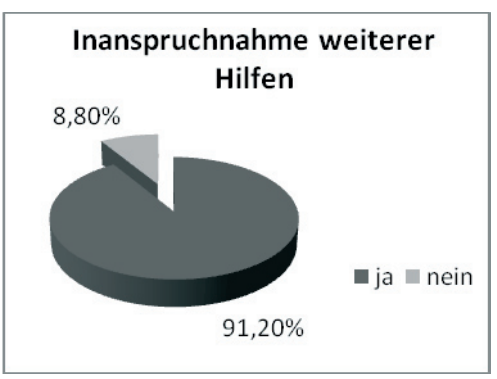


Abbildung 3: Inanspruchnahme zusätzlicher Hilfsangebote

zukunft: pflegen
DiakonieKongress
Berlin 15.–17. Juni 2009

zukunft: pflegen
DiakonieKongress in Berlin 15.–17. Juni 2009

Das Diakonische Werk der EKD und der Deutsche Evangelische Krankenhausverband (DEKV) veranstalten gemeinsam mit dem Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) und dem Deutschen Evangelischen Verband für Altenarbeit und Pflege (DEVAP) den DiakonieKongress „zukunft:pflegen“, der vom 15. bis 17. Juni 2009 im Internationalen Congress Centrum (ICC) in Berlin stattfindet. DEKV-Vorsitzender Prof. Dr. Udo Krolzik macht auf der Kongress-Homepage www.dekv-kongress.de deutlich: „Wir wollen Raum schaffen für lebendige, offene Diskussionen rund um das Berufs- und Pflegeverständnis der Zukunft. Der Kongress erhebt klare politische Forderungen, neue Ausbildungsformen in der Pflege und Assistenz zu fördern und menschenwürdige Pflege und Unterstützung zu ermöglichen.“

Bereits zum Auftakt am Nachmittag des ersten Tages wird es bei der Eröffnung, zu der voraussichtlich Bundeskanzlerin Angela Merkel ein Grußwort sprechen wird, um die zentralen Fragen gehen: Wie wollen wir in Zukunft versorgt und gepflegt werden? Wie wollen wir Pflege und Begleitung künftig gestalten? Dabei werden die gesellschaftlichen, institutionellen und ordnungspolitischen Umbrüche im Gesundheits- und Sozialwesen, die Herausforderungen, denen sich Politik, Management und Mitarbeitende stellen müssen, sowie die Rahmenbedingungen, die gemeinsam gestaltet werden wollen, behandelt. Beim Reden allein wird es während der drei Kongresstage nicht bleiben: Künstlerische, bewegungsorientierte, musikalische und journalistische Einlagen gestalten das Programm mit. Neben Vorträgen und Workshops bietet der Kongress beispielsweise einen Auftritt des Kabarettisten Martin Buchholz mit dem Titel „Überlebenshilfe in helfenden Berufen“. Zum Ausklang des ersten Tages findet die „Wir bestimmen den Rhythmus“-Party mit der Percussion-Group TERRA BRASILIS im Indoor Beach Center Berlin statt, weiterhin berichtet eine PR-Gruppe „Pflege geht an die Öffentlichkeit“ mit einer Zeitung aktuell vom Kongress, und schließlich gibt es am Schlusstag die Präsentation aller Beiträge zum Wettbewerb „Fit in der Pflege“, bei dem Schulprojekte zum Thema „Gesundheitsförderung“ prämiert werden.

Für Nachwuchskräfte

Der Kongress will neue Perspektiven für den Arbeitsalltag der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege sowie Alten- und Heilerziehungspflege aufzeigen und junge Pflegekräfte für die Begleitung und Assistenz von Menschen sensibilisieren. Er richtet sich vor allem an den Pflegenachwuchs, dem dazu 30 praxisnahe Seminare angeboten werden. Dieser Kongress für Pflegeschülerinnen und -schüler, den der DEKV nach 2004 bereits zum zweiten Mal – dieses Mal mit drei Partnern – ausrichtet, bildet denn auch mit 1500 Teilnehmerinnen und Teilnehmern das Kernstück: Die Gewinnung von Nachwuchskräften im Pflegebereich ist das zentrale Thema der Großveranstaltung. Dabei stellt die Diakonie unter anderem mit einem neuen Ausbildungsmodell zur „Fachkraft für Gesundheit und Soziales“ einen neuen Weg in der pflegerischen Ausbildung vor, mit dem dem in Zukunft zu erwartenden hohen Bedarf an Pflegekräften begegnet und die Attraktivität des Berufsfeldes erhöht werden soll. Absolventen sollen künftig in allen Handlungsfeldern tätig sein können, in denen Menschen Assistenz, Pflege und Betreuung brauchen. Erstmals werden damit auch heilerzieherische Kompetenzen in ein generalistisches Ausbildungsmodell einbezogen. Auf dem DiakonieKongress treffen Führungskräfte aus diakonischen Einrichtungen und Fachverbänden auf Experten aus der Wissenschaft und dem Gesundheitsbereich sowie aus Politik und Wirtschaft, um gemeinsam die aktuellen Herausforderungen zu diskutieren und aus guten Beispielen wichtige Impulse für die eigene Praxis mitzunehmen. Am zweiten Tag werden daher aktuelle gesundheits- und sozialpolitische Fragen in sechs Foren zu den Themen „Zukunftswege Pflegeausbildung“, „Interkulturelles Management – Vielfalt in der Pflege“, „Die Mitarbeitenden in den diakonischen Unternehmen der Zukunft – qualifiziert und motiviert“, „Europa – Rahmen für diakonische Arbeit“, „Alter und Behinderung – Herausforderungen für diakonische Dienste und Einrichtungen“ sowie „Megatrend Health Style – Chancen und Herausforderungen für Krankenhäuser“ in den Fokus gerückt.

Diakonische Perspektive

Als dritte Säule des Kongresses findet eine eigenständige Fachtagung zum Thema „Spiritualität in der Pflege“ statt. Hier wird es um die Stärkung des Evangelischen Profils und um existentielle Kommunikation über den christlichen Glauben, um Spiritualität in der Pflege, unter den Pflegeberufen, zwischen Pflegenden, Patienten, Bewohnern und Gästen gehen. Am Abend diskutiert dann Diakonie-Präsident Kottnik gemeinsam mit dem Ratsvorsitzenden der Evangelischen Kirche in Deutschland, Bischof Dr. Wolfgang Huber, sowie mit Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt bei einem Politischen Abend über die „Berufsperspektive ‚Pflege und Betreuung’ – Verpflichtung und Chance der Gesellschaft“. Ein anschließendes Treffen bei einer Dachgarten-Party auf dem ICC rundet den Tag ab.

Ergänzt wird das Angebot durch einen Marktplatz der Möglichkeiten. Hier präsentieren diakonische Träger und andere soziale

Organisation ihre Traditionen und Zukunftsstrategien sowie ihre Angebote in der Aus-, Fort- und Weiterbildung – nicht zuletzt, um die jungen Nachwuchskräfte von den Chancen und Perspektiven in neuen und klassischen Arbeitsfeldern ihrer Dienste und Einrichtungen zu überzeugen und für die Diakonie zu begeistern. Seinen Abschluss findet der Diakonie-Kongress „zukunft:pflegen“ mit einem großen Abschlussplenum, bei dem Prof. Christel Bienstein von der Universität Witten/Herdecke Wege aufzeigen wird, Pflege neu zu denken. Der Kongress endet mit einem geistlichen Impuls von Bischof Dr. Wolfgang Huber.
Zum aktuellen Stand der Planungen zum Kongress s. unter www.dekv-kongress.de.

Programm der BeB-Mitgliederversammlung 17./18.11.2008

Die Mitgliederversammlung des BeB findet am 17. und 18. November 2008 in Berlin statt. Das umfangreiche Tagungsprogramm liegt allen Mitgliedseinrichtungen des BeB, den Gastmitgliedern, den Referentinnen und Referenten der Bereiche Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie der gliedkirchlich Diakonischen Werke und ausgewählten Gästen. Wie in jeder regulären Mitgliederversammlung wurden auch wieder Angehörigenvertreter und Mitglieder des BeB Beirats für Menschen mit Behinderung/psychischer Erkrankung eingeladen. Neben der fachlich-inhaltlichen Auseinandersetzung mit der UN-Konvention (am 18.11.2008) stehen auch verbandsinterne Themen (am 17. 11.2008) auf der Tagesordnung. Besonders zu erwähnen ist hierbei die Vorstellung, Beratung und Beschlussfassung zum Aufbau einer „legitimierten Angehörigenvertretung im BeB“. Mit diesem Tagesordnungspunkt wird ein weiterer Baustein im Zuge der Verbandsentwicklung in praktisches Handeln umgesetzt. Weiterhin werden in sechs Workshops Ergebnisse aus Arbeits- und Projektgruppen des Verbandes vorgestellt. Das vollständige Tagungsprogramm steht Verbandsmitgliedern unter www.bebnet.de – Rubrik BeB-Veranstaltungen zur Verfügung.

BRUDERHILFE PAX FAMILIENFÜRSORGE
Versicherer im Raum der Kirchen

Anders als andere – Schutz und Vorsorge aus dem Raum der Kirchen

Der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe hat mit den Versicherern im Raum der Kirchen, BRUDERHILFE - PAX - FAMILIENFÜRSORGE, Rahmenverträge abgeschlossen. Das bedeutet für Mitarbeiter und ehrenamtlich Tätige der Mitgliedseinrichtungen: Versicherungsschutz nach Maß zu besonders günstigen Konditionen. Denn nicht zuletzt in Sachen Altersvorsorge und Einkommenssicherung bei Berufsunfähigkeit hat sich der kirchliche Spezialversicherer mit entsprechenden Vorsorgekonzepten, die nachhaltig und ethisch vertretbar sind, einen Namen gemacht. Experten finden das nicht nur gut, sondern ausgezeichnet. So haben FINANZtest und Öko-Test viele Produkte der Versicherer im Raum der Kirchen geprüft und für ‚gut’ und ‚sehr gut’ befunden.

Grundlegend für die Zusammenarbeit ist jedoch das Geschäftsprinzip der BRUDERHILFE - PAX - FAMILIENFÜRSORGE: Schutz und Engagement für Schwächere und Benachteiligte – ohne wenn und aber. Aus diesem Grunde bieten die Versicherer im Raum der Kirchen seit jeher besondere Lösungen rund um Absicherung und Vorsorge für Menschen mit Behinderung an. Seit 1998 fördert z.B. der von den Versicherern im Raum der Kirchen gestiftete Sozialpreis innovatio „konkrete, gelungene Antworten der Kirche auf aktuelle, soziale Fragen“.
Darüber hinaus setzen sie sich aktiv für ehrenamtliches Engagement ein und bieten ehrenamtlich tätigen Menschen besonderen Schutz für ihre Tätigkeit.
Sie stellen sicher, dass ehrenamtliches Engagement nicht an versicherungstechnischen Fragen scheitert. Darum sind Ehrenämter im kirchlichen Bereich in der Privat-Haftpflicht zuschlagsfrei mitversichert und auch ehrenamtlich Tätige profitieren von Rahmenverträgen. So können sie z.B. eine Kranken-Zusatzversicherung zu Vorzugskonditionen abschließen. Informationen zu den Rahmenverträgen mit dem BeB geben die regionalen Ansprechpartner der Versicherer im Raum der Kirchen. Diese finden Sie im Internet unter www.bruderhilfe.de. Oder rufen Sie direkt an unter 0180 2 153456 (6 Cent pro Anruf aus dem Festnetz der Dt. Telekom AG).

Aus dem Programm der Bundesfachakademie BUfa/GFO

Kunst braucht Management
Grundlagenseminar für Kultur- und Veranstaltungsmanagement
07./08.11.2008, Münster
Seminargebühr: 190,-
Unterkunft/Verpflegung: ca. 105,-
Kenn-Nr. 230 030
In Kooperation mit EUCREA

Psychose und Sucht – double trouble
06. 11. – 07.11.2008, Hamburg
Seminargebühr: 165,-
Unterkunft/Verpflegung: ca. 105,-

Bildende Kunst – in der Arbeit mit Menschen, die von geistiger Behinderung betroffen sind
Seminar 1: 6. – 9.11.2008, Isny
Seminar 2: 26.3. – 29.3.2009, Isny
Seminar 3: 21.5. – 24.5.2009, Isny
Seminar 4: Juli 2009, Isny
Seminargebühr: je Block 280,-
Unterkunft/Verpflegung: je Block ca. 195,- nur komplett zu buchen
Kenn-Nr. 230 020
In Kooperation mit EUCREA

Neue Entwicklungen und Konzepte im Rahmen der beruflichen Bildung in der Werkstatt für Behinderte.
Gesetzliche Grundlagen, neue Konzepte, Angebote, Methoden, praktische Hilfen
Seminar 1: 27. – 29.10.2008, Köln
Seminar 2: 27. – 30.1.2009, Köln
Seminar 3: 30.3. – 1.4.2009, Köln
Seminargebühr: je Block 3-tägig 260,- Block 4-tägig 345,-
Unterkunft/Verpflegung: je Block 3-tägig ca. 130,- 4-tägig ca. 190,-
Kenn-Nr. 230060

Umgang mit Konflikten und schwierigen Gesprächen
16.2. – 18.2.2009, Erkner
Seminargebühr: 235,-
Unterkunft/Verpflegung: ca. 186,-

Anmeldung und Informationen: Bufa/GFO, Region Nord, Friesenring 32/34, 48147 Münster, Tel. 0251 2709-396, Fax: 0251 2709 398, Email: nord@bufa-gfo.de. www.bufa-gfo.de.

DGSP- Kurzfortbildungen 2008

Die Borderline-Störung. Ressourcenorientiertes Arbeiten mit Betroffenen.
Dr. med. Ewald Rahn.
7./8.11.2008 in Fulda

Angehörigengruppen in der Psychiatrie. Leitfaden, Training und Erfahrungsaustausch.
Susanne Heim, Ruth Vogel.
7./8.11.2008 in Hannover

Das schwarze Loch. Erscheinungsbild und Therapie der Depression
Prof. Dr. Michael Eink.
7./8.11.2008 in Hannover

Angst?! Zum Umgang mit Angststörungen. Wolfgang Stinshoff.
10./11.11.2008 in Freiburg (Br.)

(Auch) jenseits der Erwerbsarbeit... Probleme und Chancen der beruflichen Integration. Karsten Groth.
14./15.11.2008 in Bielefeld

Die klingende Klinik. Musiktherapeutische Chancen in der Psychiatrie. Lutz Debus.
14./15.11.2008 in Erfurt

Therapie für Therapeutinnen – Hilfe für Helfer. Selbsterfahrungsworkshop zur beruflichen und persönlichen Entwicklung. Matthias Kriesel.
21. bis 23.11.2008 in Hamburg

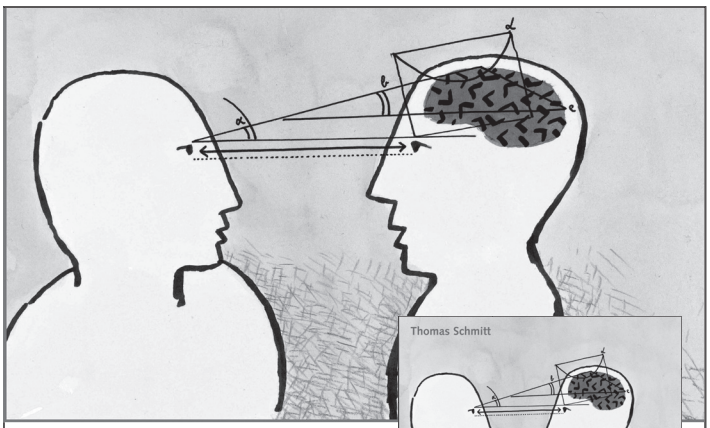
Konfliktmanagement.
Hans-Jürgen Nötzel.
28./29.11.2008 in Hannover

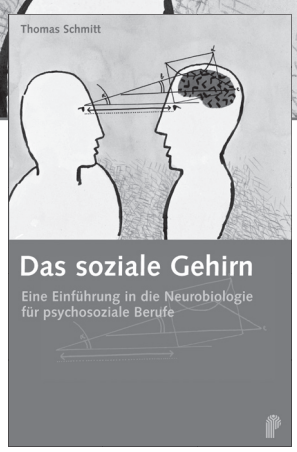
Wie Psychiatriepatientinnen und -patienten ihre Krankheit verarbeiten. Dr. phil. Hardy Gutknecht.
28./29. 11.2008 in Bielefeld

„Eine Idee ist das, was noch nicht genügt". Projektmanagement im sozialen Bereich. Christian Gredig.
28./29.11.2008 in Dresden

Zum Umgang mit Suchterkrankungen in psychiatrischen Einrichtungen
Dr. Theo Wessel.
5./6.12.2008 in Berlin

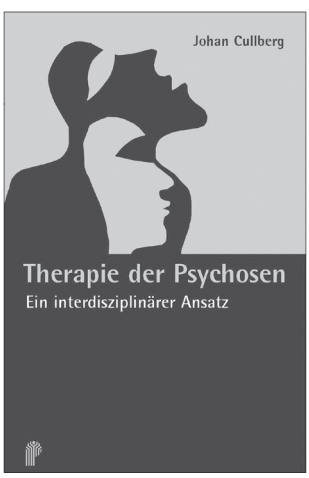
Anmeldung und Informationen:
DGSP, Zeltinger Str. 9, 50969 Köln, Tel.: 0221-51 10 02,
Fax: 0221-52 99 03
Email: dgsp@netcologne.de
www.psychiatrie.de





Neurobiologie leicht gemacht:
Anhand verschiedener Krankheitsbilder werden neurowissenschaftliche Befunde leicht verständlich dargestellt und dann jeweils gezeigt, was psychosoziale Hilfen bewirken und wie sie wirksam werden können.

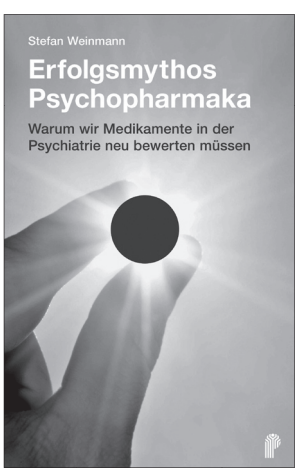
Thomas Schmitt: **Das soziale Gehirn. Einführung in die Neurobiologie für psychosoziale Berufe**
978-3-88414-456-5, ca. 200 S., zahlr. Abb., 29,95 Euro



Interdisziplinäre Psychosentherapie: Skandinavische Modelle der Behandlung und Versorgung von Psychosen gelten als vorbildlich. Cullberg verbindet neueste medizinische und psychologische Erkenntnisse und entwickelt daraus seine auf die Bedürfnisse des Einzelnen abgestimmte Therapie.
Volkmar Aderhold und Nils Greve zeigen, wie dieser ganzheitliche Ansatz auch hierzulande erfolgreich umgesetzt werden kann.

Johan Cullberg
Therapie der Psychosen
Ein interdisziplinärer Ansatz

ISBN 978-3-88414-435-0
320 Seiten, Großformat, 49.95 Euro



Medikamente auf dem Prüfstand:
Der Erfolg der Psychopharmaka ist ein Mythos, weist der Autor am Beispiel von Antidepressiva und Antipsychotika nach. Arzneimittel-Studien hätten andere Ergebnisse, wenn man den Focus auf die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen richtet. Er fordert deshalb unabhängige Studien und Forschungen unter Einbeziehung der Betroffenen.

Stefan Weinmann
Erfolgsmythos Psychopharmaka
Warum wir Medikamente in der Psychiatrie neu bewerten müssen.

978-3-8414-455-8, 240 Seiten, 29.95 Euro

www.psychiatrie-verlag.de

Aus Freude am Sparen für alle, die viel bewegen.

Die günstigen Kfz-Tarife der Versicherer im Raum der Kirchen. Einfach unverbindlich Angebot anfordern, vergleichen und nach unserem Gewinnspiel (Hauptpreis: Fiat 500) fragen!

Telefon 0180 2 153456
www.bruderhilfe.de
6 Cent je Anruf aus dem Festnetz. Anrufe aus Mobilfunknetzen können zu abweichenden Preisen führen.

BRUDERHILFE PAX FAMILIENFÜRSORGE
Versicherer im Raum der Kirchen

Andreas Gehrke

Aufbruch aus dem Angstkäfig

Ein Stimmenhörer berichtet

ISBN 978-3-926200-53-2 · 12,80 € · 168 Seiten

»Seine Stimmen begreift Gehrke als Ventil seines überfüllten Unterbewussten und somit als Pfadfinder für Selbsterfahrungsprozesse.« *Dr. med. Mabuse*

»Diese Buch ist für Stimmenhörende ein ermutigender Erfahrungsbericht. Angehörigen und Fachleuten vermittelt es eindrucksvolle Einblicke in ein stimmenreiches Leben. Mit schmunzelnder Ernsthaftigkeit schafft der Autor Verständnis für die schier übermenschliche Anstrengung, die es braucht, den Ausgang aus den Sphären einer anderen Welt zu finden.« *pro mente sana aktuell*

»Für mich als nicht Stimmenhörende ist das Fazit dieses bemerkenswerten Buches, dass es ganz wichtig ist, den Stimmen einen Sinn zu geben. Zu lernen, konstruktiv mit ihnen umzugehen und immer wieder zu versuchen, die Kraft aufzubringen, sein Schicksal selbst in die Hand zu nehmen.« *Buschtrommel*

Brückenschlag Band 21/2005 Zeitschrift für Sozialpsychiatrie, Literatur, Kunst

StimmenWelten

ISBN 978-3-926200-63-1 · 15,– € · Abo-Preis: 12,80 € · 224 Seiten

»Dieser Band könnte nicht nur, sondern sollte unbedingt zum Klassiker in Bezug auf das Them Stimmenhören werden!« *Sibylle Prii*

»Neben vielen Betroffenen, die ihre Stimmen als helfende Unterstützung, tröstliches Gegenüber od als »Hölle auf Erden« beschreiben, findet man auch Beiträge von Angehörigen- und Therapeutenseite Die oft sehr bewegenden Beiträge laden zum Zurücklehnen und Nachdenken ein. Am Ende d Bandes wird der Leser bereichert und mit Verständnis dem Thema Stimme – auch der eigene inneren Stimme – gegenübertreten können.« *Psychosoziale Umscha*

Paranus verlag

Beide Bücher erhalten Sie im Buchhandel oder direkt beim **Paranus Verlag**:
Postfach 1264 · 24502 Neumünster · Tel. (0 43 21) 20 04-5 00 · **www.paranus.de · verlag@paranus.de**