

D KONGRESS k umentation

4. Kongress des
Netzwerkes
Stimmenhören e.V.

am 24./25.10.2003
in Berlin

Aus dem Inhalt...

- “Homage an Tante Anna” -
Einführung in das Thema des Tages”
Anneke Born-Mabelis,
Expertin durch Erfahrung
- “Es ist was es ist, sagt die Liebe.”
Akzeptieren ohne zu verstehen?
Susanne Heim,
Angehörige, “Rat und Tat e.V.”
- “Warum Professionelle den
Stimmen hörenden Menschen
und deren Stimmen zuhören
sollten”
Dr. Ben Steultjens,
Experte durch Beruf



Thema:

**Stimmenhören
(k)eine
Katastrophe ?**



Impressum

Kongressdokumentation

Herausgeber:

Netzwerk Stimmenhören e.V.

Geschäftsstelle:

Uthmannstrasse 5, 12043 Berlin

Tel.: 030 - 78 71 80 68

Fax: 030 - 68 97 28 41

e-mail: stimmenhoeren@gmx.de

Internet-Homepage: www.stimmenhoeren.de

Bankverbindung: Bank für Sozialwirtschaft

Kto-Bezeichnung: Netzwerk Stimmenhören e. V.

Bankleitzahl: 100 205 00

Kto-Nummer: 33 10 500

Inhaltsverzeichnis

EINBLICK

| | |
|--|---------------|
| - Wir hatten eine gute Tradition mit schon drei Kongressen über das Stimmenhören zu verteidigen... <i>Andreas Gehrke, Einführung</i> | Seite 4 |
| - Endlich ist es soweit... <i>Foto-Impressionen</i> | Seite 5 |
| - „Homage an Tante Anna“ <i>Anneke Born-Mabelis, Einführungsreferat</i> | Seite 6 - 7 |
| - Anliegen: Näherbringen von Sichtweisen der Ärzte und in der Psychiatrie Tätigen <i>Andres Adolphsen, Einführungsreferat</i> | Seite 8 - 9 |
| - Gedanken und Erfahrungen einer Angehörigen zum Thema „Stimmenhören (k)eine Katastrophe“ <i>Dr. Siegrun Ehrhardt, Einführungsreferat</i> | Seite 10 - 12 |
| - Diskussionsbeiträge zu den drei Einführungsreferaten <i>(Transkription)</i> | Seite 13 - 16 |
| - Stimmenhören und Stigmatisierung <i>PD Dr. Thomas Bock, Fachvortrag mit anschließender Diskussion</i> | Seite 17 - 24 |
| - „Es ist wie es ist, sagt die Liebe.“ Akzeptieren ohne zu verstehen? <i>Susanne Heim, Referat mit anschließender Diskussion</i> | Seite 25 - 28 |
| - Stimmenhören: Was ist krank? Was ist normal? <i>Prof. Dr. Marius Romme, Fachvortrag mit anschließender Diskussion</i> | Seite 29 - 33 |
| - Warum Professionelle den Stimmen hörenden Menschen und deren Stimmen zuhören sollten <i>Dr. Ben Steultjens, Fachvortrag mit anschließender Diskussion</i> | Seite 33 - 38 |
| - Stimmenhören und Selbstverletzung <i>Sandra Escher und Dr. Monika Hoffmann, Fachvortrag</i> | Seite 38 - 48 |
| - Netzwerk Stimmenhören - gestern, heute, morgen <i>Hannelore Klafki, Referat</i> | Seite 48 - 51 |
| - Dank an Hannelore Klafki <i>Ernennung zum Ehrenmitglied</i> | Seite 51 |

RUNDBLICK

| | |
|--|---------------|
| - Tagungsimpressionen / Pausenimpressionen <i>Fotoauswahl</i> | Seite 52 - 53 |
| - „Den Stimmen einen Sinn geben“ <i>Bericht der Arbeitsgruppe 1</i> | Seite 54 - 55 |
| - „Stimmenhören und Spiritualität - Erfahrungen und Austausch“ <i>Bericht der Arbeitsgruppe 2</i> | Seite 55 - 56 |
| - „Stimmenhören und Selbstverletzung“ <i>Bericht der Arbeitsgruppe 3</i> | Seite 56 - 57 |
| - „Stimmentrainingskurs“ <i>Bericht der Arbeitsgruppe 4</i> | Seite 57 |
| - „Stimmenaustausch“ <i>Bericht der Arbeitsgruppe 5</i> | Seite 58 - 59 |

RÜCKBLICK

| | |
|-----------------------------|----------|
| - „Unser Dank gilt...“ | Seite 60 |
| - Meinungen zum Kongress... | Seite 61 |



Wir hatten eine gute Tradition mit schon drei Kongressen über das Stimmenhören zu verteidigen...

Andreas Gehrke, Experte durch Erfahrung,
Vorstandsmitglied des Netzwerkes Stimmenhören, (Berlin)

... und natürlich sollte auch dieser vierte Kongress erfolgreich sein. Die Vorarbeiten aus dem dritten Kongress waren recht gut, denn wir hatten ein Papier über die noch verbesserungswürdigen Dinge auf dem Tisch. Die Vorbereiter, also Stimmenhörende, Angehörige und im psychosozialen Bereich Tätige aus Berlin, waren motiviert, diesen vierten Kongress zu einem weiteren Höhepunkt in der Arbeit des Netzwerkes Stimmenhören e.V. zu machen.

Ganz konkret am 21. Oktober 2002 begannen wir mit der Arbeit, sowohl mit der Organisation als auch bei der Festlegung der Inhalte. Und wir hatten es uns nicht leicht gemacht, schließlich das Thema "Stimmenhören – (k)eine Katastrophe?" zu finden. Aber auch aus vielen Vorschlägen mussten wir die Themen der Arbeitsgruppen aussuchen. Es waren organisatorische Eckpunkte, bei denen wir die dankenswert ausgezeichnete Unterstützung durch Mitarbeiter des Stadtbezirksamtes Berlin-Neukölln erhielten, ständig im Auge zu behalten. Ohne diese umfassende Unterstützung wäre die Organisation dieses Kongresses gar nicht möglich gewesen.

Dokumentiert sind insgesamt elf Treffen der Vorbereitungsgruppe, in denen unterschiedlichste Probleme gelöst werden konnten. Es war eine ausgezeichnete Team-Arbeit.

Allerdings werden Erfolg und Misserfolg am Ergebnis selbst gemessen. Die Organisatoren flitzten bei diesem Kongress hin und her, ob es sich um die Betreuung der Gäste, um die richtige Bestuhlung, die Moderation, den richtigen Ablauf der Beiträge, die leibliche Versorgung, die Finanzierung usw. handelte. Es war alles vorbedacht und gewissermaßen vorbestimmt worden.

Über den Verlauf des Kongresses möchten wir dagegen auf zwei Meinungsäußerungen am Ende dieser Dokumentation hinweisen, die stellvertretend und wohl auch repräsentativ sind. Die Inhalte und die Qualität der einzelnen Beiträge ersehen Sie ja sowieso aus dieser Dokumentation. Kritisch müssen wir einschätzen, dass unsere Vorbereitung nicht bedacht hatte, noch mehr Betroffene zu Wort kommen zu lassen sowie vielleicht das Pausenregime etwas zu lockern, um den persönlichen Kontakten der Kongressgäste noch mehr Raum zu lassen. Also auch bei der Organisation des 5. Kongresses gibt es neben dem Vorgenannten noch einige Dinge zu verbessern. Gedankt sei allen Teilnehmern und Vortragenden dieses Kongresses, die aufmerksam aber auch aufgeschlossen den Ausführungen lauschten, denn es ist nicht immer selbstverständlich, die Probleme des Stimmenhörens aus vielerlei Sichten präsentiert zu bekommen. Besonders sei hervorgehoben, dass die Bedürfnisse Stimmen hörender Menschen im Mittelpunkt gestanden haben. Auch beim nächsten Kongress soll das so sein.

Wir wünschen den Leserinnen und Lesern dieser Dokumentation gute Gedanken und Gefühle für das Verständnis des Stimmenhörens. Dem Einen oder der Anderen wünschen wir die Erinnerung an ereignis- und lehrreiche Stunden beim Kongress mit dem Titel:

Stimmenhören – (k)eine Katastrophe?

4. KONGRESS 2003... endlich ist es soweit



*Vor dem Rathaus Berlin-Neukölln,
der Tagungsstätte des Kongresses.
Warten auf den Einlass...*



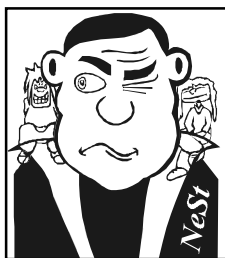
*Im 2. Obergeschoss des Rathauses
empfängt uns eine Ausstellung mit Bildern
von der Malerin Susanne Klie.*



*Im Konferenzsaal -
Spannung vor der Eröffnung*



*Herr Michael Freiberg,
Bezirksstadtrat für Gesundheit,
Umwelt und Bürgerdienste
des Bezirkes Berlin-Neukölln,
begrüßt die Teilnehmer.*



*Frau Dr. Schütze,
Vivantes Klinikum Neukölln,
bei ihrem Grußwort*



4. KONGRESS 2003... Einführung in das Thema



„Homage an Tante Anna“

Anneke Born-Mabelis, Expertin durch Erfahrung, Kindergarten-Mitarbeiterin, Vorstandsmitglied des Netzwerkes, (Frankfurt/Main)

Joseph Beuys hat 1976 eine Installation geschaffen in einem fast leeren Raum, wo zwei Todesbahnen aufgestellt waren, mit dem Titel „Zeige Deine Wunde“. Er wollte hiermit dem Gespräch über Leiden und Tod einen neuen Impuls geben. Nicht Schmerzerfahrung und Heilung interessiert ihn dabei, sondern der Mut zur Selbstsentblößung - eine Neuorganisation der Kräfte - die Freiwerdung eines kreativen Potentials.

Zeige deine Wunde - ist das ein Einverständnis für den Zusammenhang von Schmerz und „Kreativität“? Es bedeutet nicht grundsätzlich, dass, wenn man viele Schmerzen hatte, man härter geworden ist. Auch nicht, dass man den Grausamkeiten der Welt besser standhalten kann. Aber vielleicht bedeutet es nur, dass man manchmal den Mut hat, sich den Menschen zu öffnen. Sich zu öffnen, damit ein Teil meiner Biographie hörbar werden kann.

Hommage an Tante Anna.

Tante Anna war die Schwester meines Vaters.

Tante Anna ist schizophren geworden, als sie 18 Jahre alt war, und ist dann ab ihrem zwanzigsten Lebensjahr bis zu ihrem Tod in einer psychiatrischen Einrichtung geblieben.

Tante Anna sprach nie.

Tante Anna sprach Jahre nie ein einziges Wort.

Tante Anna schaute mit wachsamem, misstrauischen Augen, als mein Vater sie erinnern wollte an gemeinsame Kindheitserlebnisse.

Nur ab und zu - wurde uns erzählt - sang sie einen Psalm oder einen Gesang mit. Es war ein christliches Haus, wo sie untergebracht war.

Tante Anna schwieg 73 Jahre lang.

Tante Anna... Ja, was machte sie da eigentlich in dem Haus?

Als Kind wusste ich das nicht.

Obwohl meine Mutter immer wieder versuchte, die Schuld für ihre Krankheit meiner Oma zuzuschieben, glaubte ich nicht daran.

Und mein kindliches Gefühl ist am besten so zusammenzufassen: in Abwandlung des Buches, das schon Monate auf der Bücher-Bestsellerliste steht: Nach Tante Anna kam Gott nur noch zum Weinen. Und ich weinte mit.

Tante Anna: schön wie eine Göttin - wurde erzählt -,

lieb wie ein Engel,

intelligent wie eine Professorin.

Aber einsam, so einsam, so weit entfernt von unserer Welt.

Alles was mir Angst machte,

alles worüber ich nicht sprechen durfte,

alles was ich nicht verstehen konnte in der Reaktion meines Vaters,

kam von Tante Anna.

Was ist der Sinn von so einem Leben, fragte mein Vater manchmal.

Ich weiß es nicht, aber ich weiß: ohne Tante Anna stünde ich nicht hier.

Ohne Tante Anna hätte ich vielleicht nicht den Mut gehabt, mit geistig behinderten Menschen zu arbeiten.

Ohne Tante Anna wäre mein Mut oft nicht stark genug gewesen, alle fremden Erlebnisse auszuhalten.

Ohne Tante Anna hätte ich in der Phase der größten Angst und Verwirrung nicht gewünscht, diese Erfahrungen für andere Menschen zugänglich zu machen. Anderen Menschen zu helfen mit meiner Erfahrung.

Also war dieser Teil meines Vortrages auch eine Hommage an meine für diese Welt für immer verlorene Tante Anna.

Und ob das nun eine Katastrophe, oder gerade deshalb keine Katastrophe ist, möchte ich den hier anwesenden Menschen selbst überlassen.

Der Begriff der Salutogenese und das Netzwerk Stimmenhören e.V.

In der Medizin galt bis vor kurzem noch das Paradigma der Pathogenese, oder: Wie kann man eine Krankheit verhindern. Krankheitsvorbeugung in diesem Sinne heißt: krankmachende Faktoren ausschließen.

Die Salutogenese dagegen beschäftigt sich mit der Frage: Woher kommt Gesundheit und wie kann sie gestärkt werden?

Aaron Anatovsky, Abraham Maslow, Carl Rogers und Erich Fromm haben sich in den sechziger Jahren ausführlich mit diesem Thema beschäftigt. Sie fanden unter anderem heraus, dass auch in jeder psychisch kranken Seele ein gesunder Kern sitzt. Wird dieser Kern gestärkt, so wirkt dieser Mensch gesünder und kann besser mit seinen Problemen umgehen. Krankheit ist stets die Folge von Isolation oder Desintegration einzelner Prozesse, Funktionen oder Substanzen im Körper. Außer der Fähigkeit des Menschen, sich mit Fremden und Konflikten auseinander zu setzen (Resilienzforschung, d.h. Widerstandskraftforschung) nahm in ihren Untersuchungen der Faktor der menschlichen Beziehung eine große, wichtige Rolle ein.

Sie gingen in ihrer Untersuchung sogar davon aus, dass Kinder, auch wenn sie in ihrer Jugend den meist fürchterlichsten Umständen ausgesetzt waren, damit einigermaßen fertig werden konnten, wenn zu einem Menschen in ihrer Umgebung eine tiefe innerliche Beziehung bestand. Die Maßstäbe für eine solche menschliche Beziehung sind recht hoch: Ehrlichkeit, Wahrhaftigkeit, Aufrichtigkeit, Liebe, Respekt vor der Autonomie und Eigenwürde des Anderen. Ein sehr hohes Ideal, aber oft schwer erreichbar.

Das menschliche Gespräch, das wir auch in unserer Selbsthilfegruppe pflegen, das Gespräch, die Beziehung miteinander, wodurch wir uns stärken wollen, der Zuspruch, die Vorschläge, die uns auf Dauer hoffentlich helfen mit all diesen Problemen fertig zu werden, das Gespräch das uns hilft uns in der Gesellschaft stehend zu halten... **Das Gespräch ist einer der wichtigsten Bausteine der menschlichen Beziehung.**

Goethe hat ein Märchen geschrieben über eine weiße Lilie und eine Schlange.

Die Schlange kommt in eine Höhle, wo ein goldener König in einer Nische steht.

Kaum hatte die Schlange dieses ehrwürdige Bildnis angeblickt, als der König zu reden anfang und fragte: „Wo kommst du her?“

„Aus den Klüften,“ versetzte die Schlange, „in denen das Gold wohnt.“

„Was ist herrlicher als Gold?“, fragte der König.

„Das Licht,“ antwortete die Schlange.

„Was ist erquickender als Licht?“, fragte jener.

„**Das Gespräch,**“ antwortete die Schlange.

In diesem Sinne wünsche ich eine schöne Tagung mit vielen guten Gesprächen.



Anliegen: Näherbringen von Sichtweisen der Ärzte und in der Psychiatrie Tätigen

Andres Adolphsen, Experte durch Beruf, Psychiater, (Berlin)

Vielen Dank für die Begrüßung. Noch bin ich nicht Psychiater in einer Brandenburger Klinik. Ich habe mir den Luxus geleistet, im Rahmen eines Stellenwechsels einen Monat frei zu nehmen, um noch einmal darüber nachzudenken, wie meine zukünftige Arbeit in dieser Klinik aussehen soll und was ich dort bewegen möchte. Sehr geholfen hat mir noch einmal die Lektüre des Buches "Stimmenhören akzeptieren" von Romme und Escher, das ich immer wieder gelesen habe.

Ich will hier sicherlich einen für mich sehr schwierigen Part erfüllen, nämlich die Sichtweise von Ärzten, teilweise auch von in der Psychiatrie Tätigen, Ihnen näher zu bringen. Ich bin der Überzeugung, wie schon in den vorherigen Beiträgen gesagt, dass Veränderung nur gemeinsam stattfinden kann. Schwierig ist auch, dass es über Ärzte viele Bilder gibt. Jeder kennt Ärzte, jeder hat Vorstellungen über Ärzte, aber oft sind diese Vorstellungen über Arztserien im TV geprägt oder von Kontakten, eigenen Kontakten in der Psychiatrie, ohne dass diese Ärzte gesagt haben, warum und wieso sie so und nicht anders handeln. Auf der anderen Seite fragen diese Ärzte sehr viel und wollen vieles von denen, die als Patienten in die Krankenhäuser kommen, wissen. Ich will den Versuch machen über meine eigene Geschichte zu erklären, warum und wieso sich Ärzte so und nicht anders verhalten. Dabei bin ich mir bewusst, dass ich für mich selbst spreche oder für eine bemessene Anzahl von Ärzten spreche und dass es in Deutschland leider immer noch viele unangenehme Erfahrungen gibt, denen Sie in der Psychiatrie, aber auch in anderen Krankenhäusern, in denen körperliche Erkrankungen behandelt werden, immer noch begegnen.

Ich will Ihnen also erklären, wie sich mein eigener Blickwinkel vom Beginn meines Studiums über meine Arbeit in den letzten 10 Jahren verändert hat.

Angefangen hat es mit der Entscheidung Arzt zu werden. Das war eine Entscheidung aus dem Wunsch heraus zu helfen, anderen Menschen zu helfen. Damit bin ich in das Studium gegangen. Das Studium, viele wissen es vielleicht, besteht vor allem darin, viele Fakten zu lernen in einer unglaublichen Fülle und in einer unglaublichen Geschwindigkeit. Man lernt Symptome, man lernt Symptome zu Krankheiten zu ordnen und was man dabei oft verliert, ist der Blick auf den Menschen, um den es geht. Man bekommt auch selten gelehrt, zu schauen, was ist das für ein Mensch, um den es geht. Der Patient. Wie lebt er, unter welchen Bedingungen lebt er und was wünscht dieser Mensch überhaupt vom Arzt.

Man lernt Krankheiten zu erkennen und zu behandeln ohne zu fragen warum, wieso und wie weit. Ich habe versucht im Studium diese Sichtweise zu vermeiden. Nicht zuletzt bin ich aus diesem Grund – ich wollte früher einmal Chirurg werden – im letzten Studienjahr in die Psychiatrie gegangen und war so gefangen von einer wesentlich weiteren Sichtweise, dass ich mich entschieden habe, Psychiater zu werden. Immer noch mit dem Wunsch zu helfen. Das ist mir am Anfang auch gelungen: zu helfen, interessiert zu sein, im Gespräch zu bleiben mit denen, die in das Krankenhaus gekommen sind. Neugierig zu bleiben. Allerdings muss ich auch sagen, dass diese Neugier unter dem Druck der Arbeit, der zunehmenden Arbeit, als die Zeit immer knapper wurde, auch geringer wurde. Gleichzeitig haben sich Dinge auch wiederholt. Das macht die Neugier natürlich auch nicht tiefer und auch die zunehmenden Aufgaben haben mich mit Stolz erfüllt. Ich habe also gelernt, viele Dinge in kurzer Zeit und auch in wichtigen Funktionen zu erfüllen. Letztlich denke ich doch aber, dass ich gemerkt habe, dass diese Beherrschung von Arbeitsaufgaben doch zu immer weniger Kontakt mit den Menschen geführt hat und dass mein Wunsch immer noch lebendig geblieben ist, Menschen zu helfen zu einem anderen und besseren Leben.

Gelernt habe ich auch, dass es nicht immer sinnvoll ist, viel und immer zu helfen ohne zu fragen, soll ich helfen, kann ich helfen und gibt es überhaupt einen Grund zu helfen. Ich denke, dass ganz wichtig der Kontakt und der Austausch miteinander und das Füreinander ist. Aus dem Grund bin ich auch glücklich, die zwei letzten Kongresse hier besucht zu haben, und letztlich bin ich auch froh, die Entscheidung getroffen zu haben in die Trialoggruppe zu gehen, weil dort ein ganz

anderer Umgang miteinander möglich war. Eben miteinander zu sprechen, zuzuhören in der Gewissheit und mit der Grundregel, den anderen zu akzeptieren und nicht zu beeinflussen. Das ist auch als Arzt für mich sehr ungewöhnlich gewesen, meine eigene Sichtweise deutlich zu machen und das, ohne Widerspruch zu bekommen, sondern eher über Fragen zum Nachdenken gebracht zu werden. Gleichzeitig habe ich wieder gelernt zuzuhören, neugierig zu sein, andere Wege zu akzeptieren, die Menschen, die ich bisher als Patienten kennen gelernt habe, eben doch unternommen haben um mit ihren Schwierigkeiten fertig zu werden. Letztlich habe ich gelernt, dass das Wort Behandlung eigentlich eine schwierige Sache ist, denn es wird eigentlich so gebraucht, dass die Ärzte behandeln und die anderen behandelt werden. Das halte ich mittlerweile für sehr schwierig und ich versuche dazu einen neuen Standpunkt zu bekommen. Wie gesagt, sehr geholfen hat mir die Trialoggruppe, zu der regelmäßig zu kommen ich mich entschlossen habe und versuchen werde, auch wenn ich in Brandenburg arbeite, weiter regelmäßig zu kommen.

Was weiter helfen kann um diese Veränderung umzusetzen ist die Veränderung der Krankenhäuser. Wir hören und lernen immer nur, dass Kosten gespart und eingespart werden müssen und dass das etwas Schlechtes ist. In psychiatrischen Krankenhäusern hat das allerdings dazu geführt, dass Behandlungen immer kürzer und die Behandlung sich immer mehr auf die Behandlung von Krisen bezieht. Darin sehe ich als Arzt eine Chance, Menschen in Krisen zu begleiten, wenn sie denn die Hilfe brauchen, und auf der anderen Seite schon bei der Aufnahme darüber nachzudenken, wohin und wie entlasse ich einen Menschen. Das zwingt Ärzte vom Krankenhausstandpunkt wegzugehen und das Krankenhaus nicht mehr als alleinige Hilfsmöglichkeit anzusehen und sich zu überlegen, wie kann denn ein Mensch außerhalb eines Krankenhauses leben und mit seinem Leben zurecht kommen. Und genau das ist aus meiner Sicht die Aufgabe von Krankenhäusern. Nämlich Menschen in Krisen und für kurze Zeit zu helfen und dann die Menschen in ihr eigenes und selbst bestimmtes Leben zu entlassen.

Ich weiß, dass es verschiedene Krankenhäuser gibt und dass sich diese Gedanken eher in Wünschen ausdrücken als in der Realität. Allerdings denke ich und hoffe ich, dass zusammen mit Angehörigen und den Menschen, die Stimmen hören, oder den Patienten in Krankenhäusern, dass man einen gemeinsamen Weg für Verständnis finden kann um diese Situation des Einsperrens, des Behandelns gegen den Willen zu verändern. Ich denke auch, dass dieser Weg auf beiden Seiten ermöglichen kann für einander Verständnis zu finden mit dem Ziel, Selbstverantwortung, Selbstgestaltung für Stimmenhörende und auch Ärzte und in der Psychiatrie Tätige zu fördern. Letztlich ist ein Arzt hoffentlich auch ein lebenslang Lernender, der auch nach Abschluss seines Studiums und nach Abschluss seiner Facharztweiterbildung weiter lernen sollte, auch lernen dürfen muss. Ich glaube, dass sich in den vergangenen Jahrzehnten vieles zum Positiven verändert hat, aber immer noch vieles vor uns bleibt. Auf diesem Weg möchte ich nicht stehen bleiben.

Vielen Dank.



Gedanken und Erfahrungen einer Angehörigen zum Thema „Stimmenhören (k)eine Katastrophe“

Dr. Sigrun Ehrhardt, Angehörige, Finanzökonomin,
Vorstandsmitglied des Netzwerkes, (Berlin)

Liebe Anwesende,

aus der Sicht einer Angehörigen, also einer Mutter, will ich nun versuchen, meine Gedanken und langjährigen Erfahrungen zu unserem Kongressthema „Stimmenhören eine Katastrophe oder Stimmenhören keine Katastrophe“ beizutragen. Ich hoffe, es gelingt mir.

Es begann vor neun Jahren, als ich ganz plötzlich mit dem „Irresein“ meiner Tochter konfrontiert wurde. Das Verhalten war so gestört, dass sie zur Gefahr für sich selbst geworden war. Die Aufnahme in eine psychiatrische Klinik war unumgänglich, wovon sich meine Tochter freiwillig überzeugen ließ. Auch zu weiteren Klinikaufenthalten ging sie freiwillig. Ich wusste, meine Tochter war erst einmal in Sicherheit für sich selbst, aber wie ging es mir?

Ich stand tatsächlich vor einer Katastrophe – ohnmächtig und hilflos. Mein Inneres sagte mir jedoch – ich muss etwas tun, ich will begreifen, verstehen und helfen.

Zunächst habe ich mir Klaus Dörner/Ursula Plog „Irren ist menschlich“ besorgt und begann zu lesen, besser zu studieren, um langsam überhaupt zu begreifen, was ist denn eigentlich geschehen. Weitere einschlägige Literatur folgte u. a. auch Lori Schiller „Wahnsinn im Kopf“, Bericht einer amerikanischen Betroffenen.

Ich wusste bald, dass sich meine Tochter im Zustand einer Psychose befand und gehindert war, sich „normal“ mit sich selbst, ihrer Umwelt und den Mitmenschen selbst in der Klinik auseinander zu setzen. Aber von Stimmenhören hat meine Tochter damals nie gesprochen. Erst sehr viel später hat sie davon erzählt.

Zunächst war auch ich im irrigen Glauben, dass Medikamente wie bei einer anderen Erkrankung nach und nach helfen würden, der so genannte normale Zustand wie nach jeder anderen Erkrankung bzw. Störung wieder eintritt und alles ist überstanden. Ich glaubte, ein einmaliges Irresein ist dann für immer vorbei.

Aber es kam und es ist anders. Ein Chefarzt sagte mir, Sie müssen Geduld aufbringen und die Zeit arbeiten lassen. Sicher nicht leichtfertig gesagt. Aber es begann ein Medikamenten-Karussell, ein teuflischer Kreislauf, dem meine Tochter und ich hilflos gegenüberstanden. Ich wurde sogar zum Mittler zu den Ärzten, weil meine Tochter immer weniger den Ärzten über ihren Zustand sagte.

Fünf Monate bin ich fast täglich in die Klinik zu Besuch gegangen, obwohl ich manchmal gleich von ihr nach meiner Ankunft wieder weggeschickt wurde. Das konnte ich am Anfang schwer verkraften, weil ich doch als Mutter helfen wollte, aber ich habe es immer ohne Vorwurf respektiert. Und das war richtig so. Es war für meine Tochter und für mich eine Leidenszeit. Für mich war es auch richtig, dass ich mich im Familienkreis, Freundeskreis, gegenüber meinem Arbeitgeber und dem Arbeitskollektiv von Anfang an zu den gesundheitlichen Problemen meiner Tochter bekannt habe.

Das Motto „was nicht sein kann, auch nicht sein darf“ galt und gilt für mich nicht und auch nicht für die Familie. Im Gegenteil, einmal sagte mein Chef zu mir, als er mich verzweifelt sah: Frau Ehrhardt, woher wissen wir eigentlich, ob Sie und ich die Welt richtig sehen oder vielleicht doch Ihre Tochter? Das war für mich ein großer Denkanstoß.

Ich begann wieder über „Schizophrenie“ nachzulesen und nachzudenken, denn mit dieser Diagnose war meine Tochter belegt worden. Ich dachte über Spaltung der Persönlichkeit und Persönlichkeitsveränderung nach. Ich fand für mich heraus auf Grund des Verhaltens meiner Tochter, dass sie über Störungen des Geschmacks-, des Geruchs-, des Tastsinns z. B. auch Wärme- und Kälteempfinden, der Gedanken und der Gefühle von sich sprach und spricht.

Also zog ich die Schlussfolgerung, dass das Verhalten meiner Tochter wesentlich auf wechselnde Änderungen im Wahrnehmungsvermögen zurückzuführen ist. Es ist also zeitweise eine andere

Wahrnehmung der Welt. Und das habe ich zu akzeptieren begonnen, und dort ist mein Hilfeansatz, damit meine Tochter mit sich selbst, der Umwelt und ihrer Stimme besser zurechtkommt. Es ist aber "nur" die Sicht der Mutter, die ja stets emotional behaftet ist im Gegensatz zu professioneller Hilfe.

Ich gebe auch zu, dass ich lange Zeit eine Überfürsorglichkeit für meine Tochter entwickelt habe. Das hing aber auch mit ihrem Studium zusammen, das sie leider abbrechen musste, aber mit dem Vordiplom geschafft hat, worauf die ganze Familie stolz ist. Für meine Tochter war aber das Loch, die berufliche Zukunft verloren zu haben, aufgetan. Es äußerte sich in depressiver Stimmung.

Das war die Zeit, wo wir über Internet von der Existenz des Netzwerkes Stimmenhören erfuhren. Anfang 2000 haben wir dann das erste Mal die Trialoggruppe besucht. Von Anfang an hat uns das Zusammensein in der Trialoggruppe gefallen. Wir haben andere Betroffene, Angehörige und Professionelle mit sich ähnelnden Problemen und Leiden kennen gelernt. Jeder wird in der Gruppe als Experte respektiert, und die Zusammenfassung der Ergebnisse und Erkenntnisse am Ende unserer Gesprächsrunde zu einer Meinung ist nicht das erklärte Ziel. Aber die Meinungen gehen einerseits in die Richtung, dass das Stimmenhören eine besondere Wahrnehmung und keine Krankheit ist, andererseits, dass es sich um eine Krankheit handelt, besonders dann, wenn die Stimmen aggressiv sind und einen Leidensdruck auf den Betroffenen ausüben.

Auch meine Tochter quält sich mit einer oft bösartigen Stimme. In solchen Situationen hilft meinerseits Mitgefühl, Zuhören und Ermutigung sowie die Erinnerung an unsere gemeinsame Vereinbarung, dass wir die Tür der Hoffnung nicht zuschlagen wollen.

Wir kämpfen darum, dass meine Tochter ihr Recht auf ein selbstbestimmtes Leben mehr und mehr verwirklichen kann. Ich habe erkennen müssen, dass Mitleid im Sinne von Mitleiden ein falscher Berater ist, und lernen müssen, das Erwachsensein meiner Tochter anzuerkennen bzw. besser zu sehen und dass sie selbst die Initiative entwickeln muss, ein selbständiges Leben mit ihren eigenen Erfahrungen und mit ihrer Stimme aufzubauen.

Ja, ich war oft überbesorgt, nicht nur in einer akuten Episode. Ich habe begriffen, dass ich eine gewisse Distanz brauche, um selbst stark genug zu bleiben, um ein hilfsbereiter Partner zu sein. Oft versuche ich, mich mit dem Inhalt von Äußerungen der Stimme meiner Tochter zu befassen und mit meiner Tochter darüber zu reden. Wer redet über den Inhalt der Stimmen in akuten Episoden mit meiner Tochter?

Leider kaum jemand, um nicht zu sagen niemand, jedenfalls nicht in psychiatrischen Fachkliniken bzw. Fachabteilungen, gerade dort, wo man sich ja um die kranke Seele kümmern sollte.

Oder sehe ich das falsch? Pillen in hoher Dosis zu verschreiben und den Betroffenen ruhig zu stellen ist wohl einfacher, bzw. wird als besonderer Schutz herausgestellt und die Nebenwirkungen müssen die Angehörigen mittragen.

Warum gibt es von professioneller Seite Bücher, die Träume ausdeuten, und keine Bücher, die den Inhalt des Hörens von Stimmen deuten? Ein Anfang ist "Stimmenhören akzeptieren" von Prof. Marius Romme und Sandra Escher, beide hier anwesend. Weiterhin möchte ich auf das Buch von Andreas Gehrke "Aufbruch aus dem Angstkäfig" – Bericht eines Betroffenen hinweisen. Andreas ist auch hier anwesend.

Wenn die Störung durch die Stimme zur Katastrophe neigt, ist es aus meiner Erfahrung überhaupt nicht hilfreich zu trösten wie etwa: Anderen geht es viel schlechter, z. B. krebserkrankten Menschen, weil dieser Schmerz bei diesen Menschen zuerst körperlich empfunden wird und sekundär auch seelisch, weil Körper und Seele eine untrennbare Einheit sind. Bei seelisch Kranken ist es wohl umgekehrt.

Oder: Nun reiß' dich mal zusammen, d. h. lasse dich nicht gehen.

Wir wissen doch gar nicht wirklich, was im Kopf vorgeht, und tun Unrecht bzw. zeigen Ungeduld. Besser ist es nach meiner Erfahrung, zu bedenken zu geben, dass es schon viel schlimmere Zeiten gab, wo es immer wieder einen Weg zur Besserung gab.

So auch jetzt wieder. Oder die Erinnerung an Betroffene, die sich in ähnlicher Krise befinden und auch leiden, man also nicht allein damit ist.

Oder dass man sich vorstellen kann, auch als Angehöriger bei bösen Aussagen der Stimmen in

Angst zu geraten und versucht, zu verstehen.

Mir scheint ganz wichtig, Mitgefühl zu entwickeln, zuzuhören und zu ermutigen, die Krise durchzustehen, weil es bestimmt wieder Besserung gibt, wie schon in der Vergangenheit erlebt.

Größtes emotionales Anliegen der Angehörigen ist es, dass es den Betroffenen besser geht. Denn die Lebensqualität ist mitunter sehr beeinträchtigt, was sich auch auf die Angehörigen auswirkt.

Ich habe beobachtet, dass es bei allen Stimmenhörern, die ich kennengelernt habe, und bei meiner Tochter im wesentlichen um **drei Stufen aus der Krise** geht.

1. **das Begreifen, dass im Kopf eine Störung vorhanden ist,**
2. **das Begreifen, dass man mit der Störung leben muss, und**
3. **die längste Stufe, herauszufinden, wie kann ich mit Stimmen umgehen und leben, um wieder Lebensqualität zu erreichen.**

Dann ist, so glaube ich, erreicht, Stimmenhören zu akzeptieren.

Mir hat eine Aussage einer Stimmenhörerin gefallen, wie sie mit ihrer Stimme umgeht.

Sie sagte: "Mit der Stimme ist ein Gast gekommen, der nicht geladen war. Nun ist er aber da, und ich muss Gastfreundschaft üben wie mit jedem anderen Gast."

Bis zu dieser Erkenntnis und der täglichen Umsetzung ist es, so glaube ich, ein langer Weg mit viel Ermutigung, Erfahrung, Geduld, Loben und Zeit.

Oder anders ausgedrückt, es ist ein langer Weg der Arbeit an Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein des Stimmenhörers, um die eigene Frau bzw. der eigene Herr im Hause – sprich Kopf – zu sein.

Und ich wünsche mir sehr, dass viele Professionelle neue Wege mit Stimmenhörern und ihren Angehörigen, ob Ehemann/frau, Eltern, Geschwister oder Lebenspartner, gehen, gemeinsam im Dialog über den Inhalt von Stimmen nachzudenken, Wege gemeinsam zu erarbeiten, Ängste zu nehmen und nicht mehr ausschließlich das Medikamentenfach zu öffnen.

Eine kranke Seele braucht nach meiner Auffassung vor allem das Gespräch, Zuwendung und ernst genommen zu werden. Das erfordert von uns allen viel Zeit und Geduld und die tätige Hilfe sowie weniger Pillen, und damit entstehen wahrscheinlich auch weniger Kosten für Krankenhausaufenthalte. Das Zusammenwirken im Dialog ist bei seelisch Kranken ebenso notwendig wie bei Krebskranken.

Gehen wir doch als Vorschlag bei akuter Situation bzw. Episode mit folgenden Fragen heran:

- **Was war der Auslöser?**
- **Welche Emotionen bzw. Wahrnehmungen sind dabei entstanden?**
- **Was hast du getan, dass es nicht so schlimm wird bzw. eskaliert?**
- **Welche Schlussfolgerung ziehst du für künftig?**
- **Wie können wir dabei helfen?**

Und zur Besprechung dieser Fragen müssen wir uns Zeit nehmen. Der Erfolg wird uns Recht geben.

Zusammengefasst: Was hilft den Betroffenen und Angehörigen aus meiner Sicht?

1. Information – immer wieder Information. Denn, wenn ich mich nicht kundig mache, kann ich die Erkrankung bzw. Störung oder besondere Wahrnehmung nicht verstehen und stehe ihr um so hilfloser gegenüber.
2. Geduld und Zeit mit dem Betroffenen und mit sich selbst, zuhören, sanft motivieren, aber auch nicht überfordern.
3. Trotz Widerständen bzw. Stigmatisierung die Zusammenarbeit mit der professionellen Seite suchen, evtl. auch sich mit unpopulären Äußerungen auseinander setzen.
4. Ausgrenzung tut weh, verschlimmert die Seelenqual. Für die Integrität eines Menschen haben die zwischenmenschlichen Beziehungen m. E. allergrößte Bedeutung, ob gesund oder krank.

Danke

Diskussionsbeiträge zu den Einführungsreferaten von Anneke Born-Mabelis, Andres Adolphsen, Dr. Siegrun Ehrhardt

1. Ich bin Betroffene, ich möchte etwas ergänzen. Die Stimmen sind erst mal ungebetene Gäste. Wenn sie Gastfreundschaft beanspruchen, müssen sie sich auch an die Regeln der Gastfreundschaft halten. Denn sie sind Gäste und haben sich auch als Gäste zu benehmen. Wenn sie sich nicht wie Gäste benehmen, sollen sie gefälligst verschwinden. Das ist meine Meinung. Ich kann dazu ein Beispiel geben. Meine Stimmen haben einmal gesagt: Du sollst verrecken! – Da habe ich gesagt: Was?! Du verreckst genauso! – und da hat die Stimme zu mir gesagt: Entschuldigung, das habe ich nicht so gemeint.

2. Wenn wir davon ausgehen, dass Stimme nicht gleich Stimme ist, dann ist es so, dass ich die einen Stimmen als gebetene Gäste ansehe und die anderen als ungebetene. Also, da differenziere ich. Und ungebetene Gäste würde ich auch bitten zu gehen. Aber gebetene Gäste behandle ich anders.

3. Ich bin Stimmenhörerin und habe auch Halluzinationen. Ich mache das manchmal wie ein Kasperletheater. Wenn ich frühstücke, dann sage ich: Hallo, bist du wieder da? Bitte nimm Platz, wir frühstücken zusammen. – Manchmal ist das, um dieser Verzweiflung auch irgendwie zu begegnen.

4. Also ich bin eine Art Zwitter: Sozialarbeiterin in einer Beratungsstelle und wurde selber psychisch krank. In Selbsthilfegruppen erlebe ich es jetzt immer mehr – und andere machen ja auch die Erfahrung –, dass die Leute sich trauen zuzugeben, dass sie Stimmen haben. Und da bräuchte sogar ich Supervision. Ich denke jetzt an Herrn Adolphsen oder auch an die Niederlande, wo Experten durch Beruf ausgezeichnete Programme haben. Ich habe einfach viele Fragen: Befassen Sie sich wie viele Psychiater bei uns, nur mit dem Betroffenen, der Hilfe sucht, oder auch mit dessen Eltern? Und wie gehen Sie mit Geschwistern um? Was haben Sie für eine Soziologie und Psychologie außer der medizinischen Ausbildung als Psychiater oder Psychotherapeut? Bitte sagen Sie mir Ihr Konzept.

Andres Adolphsen:

Das ist eine umfassende Frage. Ich denke, dass man Menschen, die in die Psychiatrie kommen, nicht über einen Leisten scheren darf und kann. Mir geht es darum zu schauen, was der Einzelne, der in die Klinik kommt, braucht und wo er Hilfe braucht und ob er die Hilfe haben möchte. Selbstverständlich achte ich jede andere Möglichkeit, sich Hilfe zu holen oder Unterstützung zu finden, egal ob Soziologie, Psychologie, Selbsthilfegruppe, Freunde, Familie.

Ich versuche auch, mit Eltern, Geschwistern zu sprechen. Aber ich würde lügen, wenn ich sagte, dass ich das mit jedem mache. Im Krankenhaus unterliegt man so vielen Zwängen, Zeitmangel vor allem, dass das gar nicht immer möglich ist. Deutlich kann ich aber sagen, dass ich die anderen Versuche auf jeden Fall achte und auch nicht glaube, dass nur die Medizin helfen kann. Ich denke, dass es viele Hilfen gibt. Das war auch das, was ich als "Ausblick" meinte mit dem Krankenhaus als Ort der Krisensituation oder des Umgehens mit einer Krise. Es ist von Vorteil, dass die Krankenhäuser gezwungen sind, weniger zu behandeln und mehr auf die Verantwortung und die Fähigkeiten der Menschen Rücksicht nehmen zu müssen.

Marius Romme:

Was mir aufgefallen ist – wenn ich nicht ganz falsch verstanden habe –, ist der Unterschied zwischen den drei Gruppen: Wenn man die Betroffenen hört und den Arzt und die Angehörigen, dann höre ich den Arzt und die Angehörigen den Gegensatz herausstellen zwischen Krankheit und Gesundheit. Bei den Betroffenen hingegen geht es darum, wie sich die Krankheit im gesamten Leben abspielt. Und das ist ein Unterschied! Gerade hier in Deutschland ist es so – und ich denke ähnlich auch in Holland. Ein kleines Gegenteil dazu sind die Leute in Italien, die häufig miteinander essen gehen usw.; sie finden sich zu Hause viel besser in den Dialog. – Wie weit ist

es also möglich, nicht den Gegensatz zwischen Krankheit und Gesundheit zu betonen, sondern danach zu fragen, wie das Stimmenhören mit der Breite des Lebens zusammenhängt. Denn wenn Arzt und Angehörige reden, geht's nur um Krankheit. Und dann fühlen sie sich auch machtlos. Und wenn Anneke Born-Mabelis aus Frankfurt erzählt, dann geht es um das Leben! Und dann fühlt sie sich auch nicht machtlos! Darüber sollte man mal nachdenken – um aus einer keine Katastrophe zu machen.

5. Es wurde der Mangel an Bereitschaft der Professionellen zuzuhören beklagt. Ich habe als Sozialarbeiterin aber bemerkt, dass auf der anderen Seite einige Stimmenhörer großen Widerstand haben, sich überhaupt dazu äußern zu wollen. Es gibt bei uns einige Besucher, vielleicht gerade Menschen, die sich schon sehr lange in der Psychiatrie aufhalten, die einfach darauf beharren: das ist meine Krankheit. – Ich bin dann immer sehr unsicher, ob ich da nachbohren soll, ob ich am Thema dranbleiben soll oder ob ich auch das einfach akzeptiere und sage: das ist okay.

Monika Hoffmann:

Ich möchte dazu als Psychologin antworten, die auch ein Standbein in der Tagesklinik hat. Ja, das ist eine Beobachtung, die ich selber gemacht habe. Mit dem Wandel meiner Sichtweise auf das Stimmenhören ging ich ganz enthusiastisch auf die Menschen zu und machte die Erfahrung, dass sie gar nicht unbedingt mit mir über ihre Stimmen reden wollten. Jedenfalls nicht so, wie ich das gedacht hatte. Ich erwartete sozusagen, mit offenen Armen aufgenommen zu werden.

Ich denke, was wir unterschätzen ist die Sozialisation der Patienten in den Krankenhäusern. Meiner Meinung nach gibt es eine Art Initiationsriten in den Kliniken. In dem Moment, wo ein junger erstmals erkrankter Patient auf der Station einem erfahrenen Patienten erzählt, dass er Stimmen hört, ist die Antwort: Sag das bloß nicht weiter, dann kriegst du Medikamente!

Das dürfen wir nicht unterschätzen, wenn wir jetzt mit unserem neuen Wissen enthusiastisch daherkommen. Die Menschen haben eine lange Geschichte. Woran sollen sie erkennen, dass wir anders sind, etwas anderes wollen und nicht nur darüber reden wollen: Aha, das heißt also, die Medikamente müssen erhöht werden!

Da brauchen wir als Professionelle Geduld. Bevor man ins Gespräch kommen kann, muss Vertrauen hergestellt sein. Wir sollten uns anbieten und bereit sein zum Gespräch, aber dem anderen das Recht geben, darüber zu entscheiden, wann er darüber reden will. Das kann manchmal sehr viel länger dauern, als uns das recht ist.

6. Es gibt diese Stimmen schon sehr lange ...

Monika Hoffmann: ... so lange es Menschen gibt.

6. Ja. Aber sie kommen viel zu wenig überhaupt zur Sprache! Ich bin Angehörige, aus Freiburg komme ich. Mein Sohn hört schon lange, lange Stimmen. Wie lange er sie schon hört, hat er mir nicht verraten. Aber erst jetzt in allerletzter Zeit spricht er mal darüber. Es ist so, dass es von Professionellen gar nicht wahrgenommen wird. Oder, um Ihnen nicht zu nahe zu treten, wahrgenommen wird es schon – aber Hilfe? Ich finde, dass Professionelle irgendwie wenig zu helfen verstehen. Der Dialog ist doch etwas sehr Wesentliches. Der müsste viel mehr gefördert und auch ins Studium der Psychiater eingebaut werden. Ich bin ganz begeistert von Herrn Adolphsen, seine Sicht auf seinen Beruf, seine Offenheit, der Wunsch zu helfen und Verständnis entgegenzubringen. Das kommt so selten vor.

Einmal in der langen Zeit der Psychiatrieerfahrung hat vor kurzem auch mein Sohn von einer Ärztin zu hören bekommen – und das war wie Balsam! –, sie möchte ihm helfen. Das war, als er mir das erzählte, also das war so ein Wunder. Und das hatte in ihm auch Zuversicht ausgelöst. Aber nun ist er nicht mehr auf dieser Station ... Ich könnte Ihnen noch viel erzählen. Aber, was für mich ganz wichtig ist: Man muss es laut sagen und ihn weitertragen, den Dialog. Das ist ganz wichtig. Nicht nur Medikamente, wie es auch Frau Dr. Ehrhardt erlebte, davon kann ich auch ein Liedchen singen. Man muss in der Öffentlichkeit um Akzeptanz werben, der Stigmatisierung entgegenwirken, in der Bevölkerung um Verständnis werben.

7. Ich habe ein Anliegen: Stimmenhören ist zunächst einmal gar keine Krankheit, sondern es ist eine Wahrnehmungsmöglichkeit. Allerdings können die Stimmen so überwältigend werden, dass man krank wird. Das auf jeden Fall.

Und meine Erfahrung mit den Ärzten ist in der Regel so, dass ich behaupte, die Ärzte haben auch Angst vor diesem Phänomen, dem sie sich nicht gewachsen glauben.

8. Das Stimmenhören ist ein ganz heikles Thema, und zwar setzt es das Verständnis voraus, dass es auch eine geistige Welt gibt. Es hat schon vor achtzig Jahren einen berühmten amerikanischen Psychiater gegeben, der ein gutes Buch darüber geschrieben hat. Leider ist es kaum bekannt, es heißt "Zwanzig Jahre unter den Toten".

9. Ich wollte noch mal die Frau mit der "Tante Anna" ansprechen, wie ihr Umgang mit dem Thema Einsamkeit oder Rückzug ist. Dagegen gibt es ja keine Medikamente. Was ich mir als Einzelfallhelfer überlege, ist, dass man Einzelfallhilfe oder Einzelgespräche anbieten sollte oder auch Betreuung oder auffordert, an Gruppen teilzunehmen. Oder auch die Stimmen sozusagen als Begleitung zu akzeptieren. Die Stimmen allein schon sind ja auch ein Gegenüber. Man führt mit ihnen einen Dialog, das heißt, es ist ein Versuch, durch persönliche Wert- oder Reifeprozesse sein Selbst zu entwickeln.

Anneke Born-Mabelis:

Meine Tante Anna war schizophren. Das ist schon lange her. Sie ist gestorben und ich höre Stimmen. Aber ich weiß nicht, ob meine Tante Anna Stimmen gehört hat. Als Kind ist man nicht imstande, Muster, die in der Familie herrschen, zu durchbrechen. Mein Vater hatte kaum Kontakt mit Tante Anna, er konnte das nicht aushalten. Ich weiß nicht warum. So habe ich zwar Geschichten gehört, aber ich kann das nicht beurteilen. Später, als ich älter war, habe ich es nicht mehr geschafft, da eine Öffnung hinzukriegen. Das ist mein Trauma.

10. Ich bin Expertin durch Erfahrung und habe an Herrn Adolphsen die Frage, warum der Dialog bisher so wenig Einzug in Kliniken oder in Schulungen von Psychiatern hält.

Andres Adolphsen:

Schwer zu sagen. Ich weiß es nicht. Ich finde es selber schade und versuche, nach meinen Möglichkeiten zu werben. Ich finde es überfällig.

11. Für die Ärzte ist es doch frustrierend, überhaupt nichts über ihre Patienten zu erfahren, nur ihre Akten zu schieben. Etwas von den Patienten zu erfahren müsste doch auch eine persönliche Bereicherung für die Leute darstellen, denke ich aus meiner Sicht.

Siegrun Ehrhardt:

Ich habe voll den Eindruck gewonnen: Der Arzt steht darüber. Er übt Macht aus. Ich habe eine Klinik kennen gelernt, noch dazu eine Uni-Klinik, in der ich mir so vorkam, als ob ich mich entschuldigen müsse, dass ich meine Tochter überhaupt besuche!

Monika Hoffmann:

Ich denke, jeder von uns könnte etwas schildern, jeder hat Kränkungen an dieser Stelle erfahren. Wir sollten mehr überlegen, was können wir alle tun, um den Dialog in den Einrichtungen anzustoßen. Sowohl die Betroffenen als auch die Professionellen und die Angehörigen müssen diesen Prozess fordern und fördern. Es gibt viel Leid an dieser Ecke. Aber es ist gut, dass Sie die Anregung gemacht haben, dass das dringend notwendig ist.

12. Ich wollte sagen, es ist nicht einfach zuzugeben, dass man Stimmen hört. Weil das für einen selber – ich bin Stimmenhörer – eine eigne Realität, eine eigne Welt ist. Es ist sehr sehr schwer, das zu akzeptieren.

13. Ich bin auch Expertin durch Erfahrung, ich möchte das Thema Ärzte noch mal aufgreifen. Es

geht so langsam weiter, weil auch wir unser Bild nicht ändern. Wer Herrn Adolphsen gut zugehört hat, hat gehört, dass man, um seine Prüfung zu bestehen, das wissen muss, was der Professor hören will. Und sie haben gelernt, dass das Stimmenhören eine Krankheit ist. Das jetzt wieder rauszukriegen und als eine Natürlichkeit anzusehen, das ist nicht einfach. Dazu kommt ja, dass die Mediziner mehr als andere Berufe dafür verantwortlich sind, dass nicht so viele Leute sterben. Da entsteht eine gewisse Angst, etwas falsch zu machen. Und Angst macht nicht auf, sondern Angst macht zu, die Angst davor, etwas anders zu machen, als sie gelernt haben.

14. Ich bin Betreuerin in einer Wohnung für psychisch Kranke. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass die Leute über ihre Stimmen dann reden, wenn eine Vertrauensbasis da ist. Man sollte nicht in sie eindringen, sie reden von alleine, wenn die Zeit da ist. Als Betreuerin stehe ich ja nicht so nahe wie zum Beispiel ein Familienmitglied, ich bin distanzierter. Ich bekomme jeden Monat mein Geld und habe dann Feierabend. Das muss ich auch mal ganz ehrlich sagen.

Mit Ärzten habe ich die Erfahrung gemacht – wenn ich Persönlichkeitsveränderungen bei meinen Bewohnern mitbekommen habe und versuchte, ihnen zu berichten, was gerade abgeht –, dass sie mich unheimlich schnell zurechtweisen dahingehend, dass sie mir einfach hierarchisch übergeordnet sind, dass ich einfach meinen Job zu erfüllen habe und sie ihren. Und dass die Leute, die bei mir wohnen, oft nicht in der Lage sind, über ihre Betroffenheit so zu reden, wie ich sie beobachtet habe. Das finde ich unheimlich bedauerlich. Ich würde mir einfach wünschen als Betreuerin, mit den Ärzten zusammenarbeiten zu können. Ich arbeite auch im Interesse der Bewohner, ich mache das nicht einfach nur weil – da kann ich was anderes machen. Die Leute liegen mir wirklich am Herzen!

Frau Dr. Schütze

Wir haben hier Kritik gehört an der Art, wie Ärzte, Krankenhäuser, Helfer im System arbeiten. Leider ist viel von der Kritik berechtigt, das möchte ich gar nicht in Abrede stellen. Dass Veränderungen auch im Sinne der Entwicklung dialogischer Begegnungen notwendig sind, ist nur zu unterstützen. Aber ich finde es auch wichtig, die Ansatzpunkte, die es bereits gibt, bekannter zu machen, sonst wird es mir zu betrüblich in der Gesamttendenz.

Ich möchte diejenigen, die es nicht wissen, einfach mal kurz darüber informieren, dass wir zum Beispiel bei uns in der Klinik schon seit einigen Jahren auf allen allgemeinpsychiatrischen Stationen regelmäßige Termine eingerichtet haben. Die nennen wir – wir haben das abgeguckt von einer anderen Klinik – Angehörigenvisite, was natürlich auch wieder ein furchtbar medizinischer Begriff ist. Trotzdem hat es sich eingebürgert, dass zu diesem Zeitpunkt, der dann festgelegt ist und zur Verfügung steht, Angehörige und/oder Patienten sich eintragen und den Termin reserviert haben. Dann sitzen wahlweise Angehörige, Menschen, die nahe stehen aus dem Freundeskreis, oder auch Professionelle, Wohnbetreuer etc., mit dem Patienten oder der Patientin, der behandelnden Ärztin und anderen Mitarbeitern aus dem Behandlungsteam der Station, auf jeden Fall der Bezugkrankenschwester oder dem Bezugskrankenpfleger, Psychologe und Sozialarbeiter gemeinsam im Sinne einer Konferenz am Tisch, um Dinge zu besprechen, die von gemeinsamem Interesse sind.

Klar, da ist noch vieles zu verbessern. Auch ist es manchmal nicht ganz einfach, die Teilnehmer von außen an den Tisch zu bekommen. Aber wir sehen darin eigentlich einen ganz guten Ansatz und sind dabei, das weiter auszubauen.

4. KONGRESS 2003... Referate & Fachvorträge



Stimmenhören und Stigmatisierung

PD Dr. Thomas Bock, Experte durch Beruf, Psychologe, (Hamburg)

Ich will etwas sagen zu dem Thema Stimmenhören und Stigmatisierung und zwar in vier Abschnitten.

1. Entstehung von Vorurteilen.

Ich will dabei auch beleuchten, was der Anteil der Psychiatrie daran ist.

2. Stimmenhören

Hier will ich versuchen zu skizzieren, was außer der klassischen psychiatrischen Betrachtung an Blickwinkeln noch lohnend ist, der Stigmatisierung entgegenzuwirken.

3. Macht der Deutungen

In dem dritten Abschnitt will ich etwas sagen über die Macht der Deutung beziehungsweise der Selbstdeutung. Denn wie ich etwas begreife - gerade beim Stimmenhören - , hat ja Einfluss auf die Macht der Stimmen und hat auch Einfluss auf die Chancen der Behandlung.

4. Antistigmakampagne

Da geht es darum, wie ein Kampf gegen Vorurteile entstehen sollte.

Und dann möchte ich berichten von Erfahrungen, die aus dem Dialog entstanden sind, also über die sogenannte Antistigmakampagne von unten.

Erstens: Entstehung von Stigma und Vorurteil

Im ersten Abschnitt geht es darum, wie Stigmatisierung entsteht, wie also Vorurteile entstehen und was der Anteil der Psychiatrie dabei ist. Darüber gibt es im Moment einen aktuellen Streit. Es gibt verschiedene Antistigmatisierungskampagnen, zum Teil vom Weltverband der Psychiatrie. Und zum Teil hört es sich so an, als ob nur die Nachbarn zu dusselig sind zu begreifen, dass die atypischen Neuroleptika jetzt ja längst keine Nebenwirkungen mehr haben, dass man vor dem Nachbarn keine Angst mehr haben muss. Das ist eine etwas zu einfache Darstellung, zu einfache Auffassung, wie Stigma entsteht, wie Vorurteile entstehen.

Das Wort Stigma hat viele schillernde Bedeutungen in der Geschichte gehabt. Ich will nicht ausführlich darauf eingehen. Es hat was mit der Religion zu tun und mit Brandzeichen, also Kennzeichnung von Tieren.

Was die Soziologen heute als Stigmatisierung beschreiben ist die Zuordnung von gesellschaftlich negativ bewerteten Merkmalen. Noch ist das Stimmenhören, ist der Begriff Schizophrenie negativ bewertet. Schizophrenie mehr noch als Psychose und Psychose mehr noch als Stimmenhören. Und an der Definition merken Sie schon: Der Ort, wo diese Zuordnung passiert, ist oft die Psychiatrie und nicht die Nachbarschaft. Die erste Diagnose, die erste Zuordnung von einem solchen Merkmal geschieht bei uns, in der Klinik. Das heißt, wir (Ärzte) haben eine Verantwortung für diesen Prozess. Wir haben eine Verantwortung dafür, welche Sprache wir wählen. Von unserer Sprache hängt entscheidend mit ab, welche Vorurteile entstehen, bei den Betroffenen selbst, bei seinen Angehörigen und dann auch bei seinen Nachbarn. Also die Psychiatrie – das wird schon aus der Definition deutlich – hat entscheidend Einfluss und muss viel bewusster umgehen, mit der Art, wie sie diagnostiziert, wie sie Begriffe zuordnet.

Da hilft auch ein Blick in die Geschichte. Wenn Sie sich – ich nehme jetzt mal die schizophrene

Psychose als Beispiel –, wenn Sie sich angucken, welche Vorurteile es in der Öffentlichkeit gibt, zum Beispiel Psychose oder Schizophrenie sei unheilbar oder degenerativ, würde sich also systematisch verschlechtern, oder sei eine Belastung für die Allgemeinheit. Das hat alles mit Konzepten der Psychiatrie zu tun. Was heute ein Vorurteil ist, war gestern Lehrmeinung, ganz vereinfacht ausgedrückt. Das waren die Nazi-Psychiatriekonzepte, Schizophrenie ist gefährlich – das ist eine Folge des Wirkens der Politik. Was soll denn ein Nachbar denken, wenn jemand, der als psychotisch bezeichnet wird, in ein entferntes Krankenhaus kommt und nicht in das regional zuständige? In den siebziger Jahren war das die Politik in Deutschland, und entsprechend wurden diese Vorurteile zumindest genährt.

Dass die Eltern schuldig sind an einer Psychose, ist auch Gegenstand von vielen psychiatrischen Konzepten gewesen. Sie erinnern sich vielleicht an das mit der schizophrenogenen Mutter. Verschiedene sich damals modern gebende Konzepte enthielten diese Vorurteile und haben sie entsprechend genährt.

Und selbst das Konzept mit den high expressed Emotions, also dass die hohe emotionale Involviertheit einer Familie den Verlauf verschlechtern sollte, auch das ist eine sehr einseitige Darstellung. Umgekehrt wird genauso ein Schuh draus. Wenn ein Verlauf schlechter ist – und viele Angehörige ahnen das und spüren das –, dann ist natürlich auch die Involviertheit größer. Deshalb muss man sehr kritisch sein; die meisten Vorurteile reflektieren eine Fehlmeinung oder eine Fehleinschätzung der Psychiatrie. Diese sind inzwischen eigentlich alle revidiert. Auch dass die Eltern schuldig sind, ist revidiert. Dass man in einer Psychose eine gesplante Persönlichkeit haben soll – steht heute noch im Duden, ich glaube in der letzten Ausgabe war es noch zu lesen – ist revidiert.

Das nächste Vorurteil, mit dem wir zu kämpfen haben werden, ist das, dass die Schizophrenie eine Hirnkrankheit ist. Das ist das, was jetzt gerade die Lehrmeinung ist. Und das wird dann morgen das Vorurteil sein, das wir heute schon bekämpfen, denn es stimmt nicht. Es ist nicht ausreichend belegt. Also historisch hat die Psychiatrie einen Anteil daran, wie Stigmatisierung, wie Vorurteil entsteht.

Aber das gilt auch für den aktuellen Prozess. Wenn jemand in eine Klinik kommt, dann eine bestimmte Behandlung durchläuft, dann ist auch entscheidend, wie wird er behandelt, wie wird das bezeichnet, was mit ihm passiert? Von oben nach unten ist das so ein Prozess, in dem ein erst noch stabiler Mensch verunsichert ist und dann ein psychotisches Erleben entwickelt. Man kann sich verschiedene positive oder negative Kreisläufe vorstellen. Jemand, der erst verunsichert ist und auch ein erstes psychotisches Erleben entwickelt, der kann sich noch wieder retten, halten, sich unter geschützten Bedingungen wieder sammeln, noch bevor eine Diagnose gestellt wird. Es kann aber auch zu einer weiteren Dekompensation führen, wenn er das Echo seiner Umgebung hört, wenn alle irritiert sind, wenn nichts mehr richtig stimmt in seiner realen Wahrnehmung, kann das ein negativer Kreislauf sein. In dem Moment, wo dann eine Diagnose gestellt wird, wo zum Beispiel der Begriff Psychose fällt, kann auch das unterschiedliche Wirkung haben. Es kann zum Beispiel als Stigmatisierung wirken. Ich habe aber auch Menschen erlebt, die in dem Moment erst mal beruhigt waren, so in dem Sinne: das Kind hat einen Namen. Und: wenn ich das habe, dann können das andere auch haben, dann bin ich nicht der Einzige.

Ich weiß nicht, ob Sie das Märchen Rumpelstilzchen kennen. Da verliert ja dieser Zwerg die Macht, als die Königin seinen Namen weiß. Und so ähnlich könnte das sein. Benennen an sich ist noch nicht eine Verunsicherung, aber die Sprache, die wir wählen, ist entscheidend. Die Beziehung, in der gesprochen wird, ist entscheidend. Nicht dass ich etwas benenne, auch nicht, – behaupte ich jetzt mal – dass ich etwas Krankheit nenne, ist zwingend stigmatisierend. Krankheit ist auch ein Schutzbegriff. Dass das so bezeichnet wurde, führte ja auch dazu, dass man Krankengeld kriegte oder sozialpolitisch abgesichert war im Lauf der Zeit. Das war eine Errungenschaft. Also auch die Bezeichnung Krankheit an sich ist nicht die Stigmatisierung. Menschen werden krank, körperlich krank oder auch psychisch krank. Es kommt auf mehr an, es kommt auf die Beziehung an, auf die Konnotation unserer Sprache und so weiter.

So könnte man das jetzt weiter durchgehen. Auch bei der Behandlung ist entscheidend, sind die Angehörigen einbezogen? Dann fühlt sich jemand vielleicht nicht so schnell verunsichert, nicht so schnell ausgegrenzt. Sind sie nicht einbezogen, passiert das schneller. Also bis hin zur Entlas-

sung haben wir viel Einfluss darauf oder müssen viel mehr Einfluss darauf nehmen, ob sich jemand eigentlich begleitet fühlt, sprachlich begleitet, unterstützt fühlt, oder ob er sich allein gelassen fühlt, dann noch mit unsren fremdsprachlichen Begriffen. Wenn wir ihm nur sozusagen unseren Begriff an den Kopf hauen und ihn dann damit allein lassen, dann ist das stigmatisierend.

Nun hängt der Prozess der Stigmatisierung natürlich nicht nur von der Psychiatrie ab. Er hängt auch ein bisschen davon ab, welches Menschenbild wir haben, welches Ideal vom Menschen wir haben. Wenn man sich die Medien anguckt und das so eins zu eins übernimmt, dann muss der Mensch flexibel, jung, dynamisch, ebenmäßig, gleichmäßig und was weiß ich alles sein. Dann ist jede Abweichung davon stigmatisierbar. Da brauche ich nicht erst krank zu sein. Jede Abweichung ist potentiell stigmatisierbar. Manchmal kommt mir die Behandlung in der Psychiatrie so vor, als ob wir uns abmühen, aus dem realen Menschen irgendwas zu machen, was gar nicht gehen kann, denn das ist eine Fiktion. Und Antistigmatisierung, Aufklärung zum Beispiel in Schulen, muss eigentlich dafür sorgen, dass man begreift, so sind Menschen nicht. Menschen sind sowieso unterschiedlich, mit oder ohne Psychose. Die Zerklüftungen, die Einschnitte können unterschiedlich sein, aber die Fiktion, dass ein Mensch so ebenmäßig und immer flexibel und immer gleich, immer rund ist, ist eine Fiktion. Dieses Bild vom Menschen ist eine Fiktion.

Es wird also deutlich, die Psychiatrie hat einen hohen Anteil daran, wie stigmatisiert wird, wie Vorurteile entstehen, historisch wie auch aktuell.

Und auf die müssen wir Einfluss nehmen. Auf die muss auch die Psychiatrie Einfluss nehmen und darf dieses Bild vom Menschen, der immer nur so sein muss, so sein soll und so sein kann, nicht noch zusätzlich nähren.

Zweitens: Stimmenhören unter anthropologischem Blickwinkel

Ich will jetzt dieses Thema Stigma versuchen aufs Stimmenhören zu übertragen.

Immer noch ist es in der Psychiatrie leider so, dass oft nur gefragt wird, ob jemand Stimmen hört, und nicht: Wann hört er sie und wie hört er sie und welche hört er und sind sie männlich oder weiblich, sprechen sie immer gleich zu ihm, hat er Einfluss drauf, hat er keinen Einfluss drauf, was ist eigentlich die genaue Situation? Dieses ganze Drumherum ist leider noch immer nicht – zwar mehr als früher, aber immer noch nicht ausreichend Thema. Leider besteht immer noch überwiegend diese psychopathologische Betrachtung, wo abgefragt wird: Hört jemand Stimmen?, und dann eine Diagnose zugeordnet wird. Die Diagnose kann dann je nachdem, was sonst noch eine Rolle spielt, Schizophrenie oder schizophrene Psychose, dissoziative Störung, Depression oder Manie oder Dementia sein. Alles Mögliche wird da herangezogen, was eine mögliche Diagnose sein kann. Wenn man ganz genau hinguckt, zum Beispiel beim DSM, dem amerikanischen Diagnosesystem, dann ist das nicht einmal korrekt. Im amerikanischen Diagnosesystem – und wir übernehmen sonst ja immer so gerne viel von Amerika – reicht es nicht, Stimmen zu hören, um die Diagnose schizophrene Psychose zuzuordnen. Das ist nicht korrekt. Es ist nicht mal legal. In der Praxis ist es aber immer noch so, dass es schnell eins zu eins zugeordnet wird. Ich möchte das jetzt nicht vertiefen, diese langweilige Betrachtung, wie die Psychiatrie immer noch praktiziert, sondern will versuchen, eine andere dagegen zu setzen. Und das ist ein bisschen riskant, weil ich nicht verharmlosen möchte, auch das Stimmenhören nicht verharmlosen möchte. Trotzdem möchte ich versuchen, ein paar eher allgemeine, menschliche Situationen zu beschreiben, in denen ein Mensch, der besonders sensibel oder sensitiv ist, ins Stimmenhören geraten kann. Und will bewusst versuchen, jede Krankheitszuschreibung, jede Diagnostik wegzulassen. Das wird keine vollständige Aufzählung. Es sind ein paar Situationen, die mir eingefallen sind.

Die erste: Kinder von zwei, drei Jahren können in einer bestimmten Situation so etwas wie imaginäre Spielkameraden entwickeln. Das kann ein Teddybär sein oder irgend etwas anderes, zu dem sie sprechen können, dem sie etwas anvertrauen können, was unter Umständen antwortet. Das habe ich bei meinem Sohn erlebt, als das zweite Kind geboren wurde. Da war viel Aufmerksamkeit von ihm abgezogen und da hat er einen Spielkameraden entwickelt, der gar nicht da war, also für mich nicht sichtbar war, mit dem er aber lebhaftes Gespräche führte und der ihm offensichtlich auch geantwortet hat. Aber, es ging wieder weg. Als das zweite Kind dann da war, als die Aufmerksamkeit wieder verteilt war auf beide Kinder, war es wieder weg. So ähnlich waren ja

auch Rommes und Eschers Forschungsergebnisse, dass das bei vielen Kindern und Jugendlichen ein Durchgangsproblem ist, das mehr oder weniger von selbst verschwindet. Man kann jetzt fantasieren: Was würde passieren, wenn man da möglichst schnell ein Etikett draufklebt, es möglichst schnell behandelt? Wo stünde man dann jetzt?! Insofern muss man da auch ein Stück Toleranz entwickeln im Umgang mit der Erlebenswelt eines Kindes.

Zweitens: Wir wissen, dass ein absolut gesunder Mensch, wenn ihm nur aller Reiz entzogen wird in einem reiztoten Raum, wo er nicht hört, nicht schmeckt, nicht riecht, nicht fühlt, anfängt zu halluzinieren. Meistens im Sinne von Stimmenhören, also akustische Halluzinationen. Das haben Experimente an freiwilligen, gesunden Soldaten ergeben, dass das fast zwangsläufig passiert. Es ist einfach so, dass wir Menschen offensichtlich auf ein Echo angewiesen sind. Und wenn etwas nicht da ist in der realen Welt, dann produzieren wir es, weil wir uns damit mehr spüren. Weil das für unser Selbstgefühl, unser Selbstbewusstsein offensichtlich notwendig ist, irgend ein Echo zu haben. Auch das ein normaler Vorgang, nicht pathologisch, aber sozusagen ein erstaunliches Phänomen.

Drittens: Es ist offensichtlich so: Viele Menschen sind daran gewöhnt, mit anderen Lebewesen zusammenzu sein. Wenn jemand dann sehr alt geworden ist, seine letzten Mitmenschen gestorben sind, er einsam und zurück gezogen lebt, dann passiert es relativ häufig, dass plötzlich der Kanarienvogel mit ihm spricht. Oder irgend etwas anderes erhält einen erinnerten geliebten Menschen in der Form am Leben, dass weiterhin eine Art Dialog mit ihm stattfindet. Wir sind längst davon abgekommen, das zu pathologisieren oder zu medikalisieren, auch die psychiatrischen Dienste tun das nicht mehr. Es ist offensichtlich eine Art Bewältigungsstrategie. Das ist unter Umständen auch nötig. Irgendwann wird es vielleicht zum Problem, wo dann auch soziale Kontakte einfach notwendig sind. Aber es hat keinen Sinn, es von vornherein zu pathologisieren.

Es ist offensichtlich so, dass manche Menschen in Entscheidungskonflikten, in einer bestimmten Verzweiflung anfangen, die Gedanken aufzuteilen, und dann unter Umständen den Zusammenhang auch nicht mehr völlig bewusst wahrnehmen, sondern dem unterschiedliche Sprache geben. Es macht keinen Sinn, das zwangsläufig zu pathologisieren. Auch dass bei bestimmten totalen Ermüdungen das Zeitgefühl verloren geht, manche Menschen dann in der Lage dazu sind, Stimmen zu hören, erinnerte Stimmen wiederzubeleben, ohne das Bewusstsein zu haben, dass sie erinnert sind. Es ist offensichtlich so, dass beim Übergang zum Schlaf oder Traum Menschen, die ansonsten völlig gesund sind, Stimmen hören. Professor Emmerich, der Ordinarius der Psychiatrie von Hannover, hat mich mal sehr beeindruckt in einem Vortrag, in dem er sagte, das würde auf ihn auch zutreffen. Einer der führenden Psychiater in Deutschland sagt, dass er Stimmen hört zwischen Schlaf und Traum. Das ist offensichtlich eine sehr sensible Phase, wo die Antennen noch sehr nach außen gerichtet sind und wo offensichtlich so ein Phänomen vorkommt, ohne dass es irgendeinen Sinn machen würde, das zu pathologisieren.

Es ist offensichtlich so, dass manche überwältigenden Ereignisse ein Echo produzieren, das sich dann auch verselbständigen kann. Es muss noch gar kein Trauma sein. Es wird heutzutage soviel von Trauma geredet. Für manche Menschen sind ja auch relativ normale Ereignisse im Leben in dem Sinne traumatisierend, jedenfalls in dem Sinne überwältigend, dass sie ein Echo erzeugen, und das auch in Form von Stimmenhören.

Und es ist offensichtlich so, dass wenn Übergriffe passieren, die die Persönlichkeit auch ein Stück verletzen, dass manche Menschen dann dazu neigen, sich aufzuteilen, sozusagen als eine Art Abwehr einem Teil von sich eine andere Stimme zu geben. Auch das kann in eine Erkrankung führen, kann in Richtung einer Persönlichkeitsstörung, einer traumatischen Reaktion führen. Aber es ist erst mal offensichtlich auch eine Bewältigungsstrategie, die für Menschen, die besonders dünnhäutig sind, hilfreich ist, vorübergehend hilfreich ist. Es gibt historische Untersuchungen, die darüber spekulieren, dass das Gehirn des Menschen früher noch nicht so sehr in der Lage war, abstrakt zu denken, abstrahiert zu denken, und dass wir früher alle viel mehr gedacht haben in Form des Hörens, in Form des Stimmenhörens. Das sind relativ wilde Spekulationen, die aber auch einige Belege haben, kulturhistorische Belege, neurologische Belege. Es ist eine spannende Theorie, dass offensichtlich das Stimmenhören etwas war, was in der Kindheit der Menschheit angelegt war, wovon wir uns entfernt haben mit der Fähigkeit zum abstrakten Denken, aber auf

das wir offensichtlich zurückgreifen können.

In dem Zusammenhang wird ein Befund interessant, der über jeden Zweifel erhaben ist, nämlich dass das Hörzentrum, das wir haben, nur zu zwanzig bis dreißig Prozent seine Nerven vom Ohr bezieht, der Rest kommt von allen anderen Hirnregionen. Das heißt, wir hören keineswegs nur mit dem Ohr, sondern das Gehör wird beeinflusst vom Gefühl, von der Stimmung, der Erinnerung, von der Hoffnung, von der Erwartung, von dem inneren Dialog. Es kann also ohne Probleme "Kurzschlüsse" geben, Verbindungen geben. Es ist eigentlich ein Wunder, dass nicht viel mehr Menschen Stimmen hören. Und ein Hirnforscher käme, wenn er sich nur auf seine Forschung, seine Hirnforschung bezieht, gar nicht auf die Idee, das als Krankheit zu bezeichnen.

Drittens: Macht der Deutung

Jetzt sind wir beim dritten Abschnitt: Entstehung von Stigmatisierung und der Anteil der Psychiatrie daran historisch wie aktuell. Noch mal eine Betrachtung, wie Stimmenhören unterschiedlich begriffen werden kann, einmal eine pathologische Betrachtung und andererseits die mehr anthropologische Betrachtung, nenne ich das mal.

In diesem dritten Abschnitt möchte ich noch mal daran erinnern, dass die Art, wie man sich selbst mit seinem Stimmenhören begreift, sowohl auf das Symptom als auch auf die Behandlung Auswirkungen hat. Ein Beispiel dafür ist die Frau Wohlgemut, die einige vielleicht aus diesem Kinderbuch kennen (Bettelkönigin). Sie hört Stimmen seit dem siebten Lebensjahr, seit einem Kriegsereignis, als sie fern von der ganzen Familie und auf der Flucht aus dem Osten in einem Kinderheim zwischen die Fronten geriet und immer in den Keller musste, um den Fliegern zu entgehen. Und sie wollte nicht runter, aus Ungehorsam. In der Nacht wurde der Keller getroffen und alle, die ihr lieb waren, die sie noch kannte, alle Kinder kamen ums Leben. Seitdem hört sie Stimmen, die Stimmen der Kinder, die da ums Leben gekommen sind. Sechszwanzig Kinderstimmen. Die hat sie auf ihre Weise am Leben gehalten bis heute.

Inzwischen ist sie drei- oder vierfache Großmutter, hat diese Kinderstimmen alle noch im Kopf, kann alle Namen nennen. Diesen Werdegang überspringe ich jetzt, weil er nicht so wichtig ist. Diese Stimmen hat sie integriert und es wäre in meinen Augen ein Kunstfehler, sie unbedingt mit Medikamenten zu behandeln.

Das Interessante ist aber, dass selbst die Behandlungsversuche, die es gab bis hin in relativ neue Zeit, auch die mit Medikamenten, nicht halfen, weil die subjektive Integration ihrer Deutung stärker war. Auch stärker als die Chemie. Aber sie hat eine andere Stimme, die nennt sie die Stimme des Krieges, die malt sie auf ihren Bildern als silbernes Flugzeug. Wenn diese Stimme kommt und so hässlichen Lärm macht, hatte sie früher suizidale Impulse und gerät auch heute noch in Panik, dann geht sie zu der Ärztin, der sie vertraut, kriegt dieselben Medikamente, und sie wirken! Also dieselbe Frau, einfache Schulbildung, aber sehr warmherzig, hat Stimmenhören und sie hört Geräusche, nämlich die des Krieges. Und auf das eine Phänomen hat die Medikation keinen Einfluss und aufs andere ja.

Das macht deutlich, wie stark diese innere Auseinandersetzung mit diesem Phänomen ist und wie sehr das von der Psychiatrie bisher vernachlässigt wurde.

Einen anderen Aspekt – den habe ich von dem Netzwerkmitglied Antje Müller gelernt, deren Geschichte ich jetzt auch nicht erzählen will, sondern nur ganz kurz einen Aspekt davon. Wir waren zusammen auf einer Talkshow. Da hat Antje dem Talkmaster erzählt von den Stimmen, und da habe ich mit gelernt, dass der klassische Umgang der Medizin mit den Stimmen: das müssen wir beseitigen, das können wir beseitigen, das ist eine Psychose, das wollen wir jetzt mal mit Medikamenten behandeln, die Stimmen eher eifersüchtig gemacht hat. Sie hat sie stärker, mächtiger werden lassen. Während die entgegengesetzte Strategie im Netzwerk, also zu sprechen über die Bedeutung der Stimmen, dem nachzugehen, was sie vielleicht zu sagen haben, die Stimmen friedlicher gemacht hat. Das heißt, der Umgang damit ist nicht ohne Auswirkungen auf das Phänomen. Das Phänomen ist nicht immer gleich, Stimmenhören gleich Stimmenhören, sondern die Art, wie wir damit umgehen, wirkt dann auch zurück. Das ist etwas, was sich die Psychiatrie nicht ausreichend klar macht, wo sie auch Chancen verschenkt, und wo sie von der Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Stimmenhören noch viel mehr lernen kann, auch im Dialog, auch in Fortbildungsmaßnahmen, auch auf Tagungen wie dieser.

Viertens: Kampf gegen die Vorurteile

Es ist schon von den Dialog-Foren die Rede gewesen, Psychoseseminaren, wie sie in Hamburg heißen. Da wurde beklagt, dass die noch zu wenig Einfluss haben. Immerhin haben wir jetzt hundertundzwanzig in Deutschland, immerhin treffen sich drei- bis viertausend Menschen alle vierzehn Tage, um über dieses Phänomen zu sprechen. Und immerhin ist das in einigen Städten, auch in Hamburg, Teil der ärztlichen Weiterbildung. Das ist das immerhin ein bisschen.

Diese Psychoseseminare haben in meinen Augen auch eine gewisse Antistigmafunktion, deshalb nenne ich sie Antistigmakampagne von unten, und zwar weil Vorurteile miteinander aufgearbeitet werden. Das ist der erste Schritt, dass die Betroffenen und die Profis mit Vorurteilen aufräumen, dass man sich kennen lernt, dass man da eine Sprache entwickelt, dass man dieses Fremdsprachliche, mit dem die Psychiatrie ständig arbeitet, versucht zu überwinden und gemeinsame Worte findet. Dass man sich im Dialog übt,

wenn diese Psychoseseminare zum Beispiel in öffentlichen Orten stattfinden, was in der Regel der Fall ist. Wenn die Lokalzeitung eines kleinen Ortes den Termin des nächsten Treffens mitteilt, dann hat das natürlich auch schon eine Wirkung über den Kreis hinaus. Es signalisiert, man kann sich mit denen treffen, man kann darüber sprechen. Es ist sogar interessant, darüber zu sprechen, vielleicht wird sogar darüber berichtet; das hat schon einen gewissen Einfluss. Erst recht, wenn man dann auch Mediatoren einlädt. Viele Psychoseseminare laden mal den Pastor oder Journalisten ein, um aus erster Hand zu informieren. Es gibt

verschiedene Möglichkeiten, ganz konkret im Sinne von Antistigma zu wirken.

Das geht inzwischen aber auch noch darüber hinaus. Es gibt inzwischen doch so ein Bewusstsein: es reicht nicht nur, dass wir unsere Vorurteile untereinander aufarbeiten, sondern wir wollen auch die öffentlichen Vorurteile, die öffentlichen Bilder, was Psychose ist, verändern, beeinflussen. Da sind in einigen Psychoseseminaren Initiativen entstanden. In Hamburg heißt diese Initiative "Irre menschlich Hamburg". Wir haben Faltblätter entwickelt, die wir an Schulen gegeben haben, wo wir Lehrern anbieten, sie mit Unterrichtsmaterial zum Thema zu versorgen. Gestaffelt nach Unter-, Mittel- und Oberstufe, kriegen sie Materialien, damit sie sich mit dem Thema Anderssein, Verrücktheit, Stimmenhören, aber auch Manie und Depression auseinander setzen können.

Hauptsache aber ist, dass Betroffene als Referenten selber mit in die Klassen gehen, dass also eine persönliche Begegnung stattfindet. Vorurteile lassen sich nicht durch schlaue Referate von Profis oder durch schlaue Bücher beseitigen, sondern durch den eignen Bericht eines Betroffenen oder eines Angehörigen und durch die persönliche Begegnung. Damit die Schüler merken, das ist ein Mensch wie jeder andere, vielleicht ein bisschen sensibler. Diese Gespräche kommen auch genau so zustande. Es ist natürlich ein Unterschied, ob das jemand in der Oberstufe oder Unterstufe das macht. In der Unterstufe reicht es, ein Kinderbuch wie die "Bettelkönigin" zu benutzen, so dass das Wort Schizophrenie gar nicht fällt und Psychiatrie auch nicht, sondern dass die Kinder einfach an einem konkreten Menschen sich damit auseinandersetzen, was für ungewöhnliche Wahrnehmungen auch zum Leben gehören, und zwar nicht nur zum Leben von Kindern, sondern auch von erwachsenen Menschen. Kinder wissen ja, dass man ungewöhnliche Wahrnehmungen haben kann. Aber dass Erwachsene das auch haben, dass wissen sie nicht. Insofern ist das gar nicht schlecht, wenn man so früh anfängt. In der Mittelstufe geht es dann auch um andere Prozesse. Was heißt es auszusondern, um subtile Prozesse in den Klassen, um Hierarchiebildung. Vielleicht gar nicht schlecht, wenn man sich mit so einem Thema Stigmatisierung auseinander setzt. Für die Betroffenen, die in Klassen gehen, ist es auch ein Stück Entstigmatisierung: Ich bin hier als Referent, als Experte gefragt sogar. Ich bin hier Lebenslehrer. Ich erzähle etwas Wichtiges vom Leben, nämlich dass es auch Krisen gibt, dass Krisen die und die Möglichkeiten bieten und dass man dann die und die Ressourcen hat. Ein Referent hat gesagt, das hat ihm einen enormen Auftrieb gegeben. Und für die Schüler hat es eine Wirkung, weil es auch mal heißt, dass ich mich nicht nur damit beschäftige, auch die Lehrer sich nicht nur damit beschäftigen, wie kann ich noch mehr Wissen in noch kürzerer Zeit in die Köpfe trichtern, sondern was bringt das Leben? Was sind meine möglichen Krisen? Was sind meine möglichen Ressourcen? Also sich auch mit dem Leben als Ganzes zu beschäftigen. Unsere Erfahrung ist, dass die Lehrer dankbar sind dafür, auch mal auf der Ebene gefordert zu werden, zumal sie ja

auch von uns versorgt werden mit Material und sich das nicht alleine erarbeiten müssen. Ziel des Ganzen ist nicht nur Antistigma und die gesundheitspolitische Seite, es ist auch das Ziel, mehr Toleranz im Umgang mit anderen zu vermitteln, mehr Sensibilität im Umgang mit sich selber, also durchaus bildungspolitische Ziele hängen damit zusammen.

Das Projekt verknüpft die Materialien aus dem Medienkoffer mit der Begegnung, und das sind die beiden Hauptsachen, die es da zu verbinden gilt.

Deswegen höre ich jetzt auf mit einem Zitat von Herrn Kemme. Das ist ein Bundeswehr-Offizier, der durch bestimmte Ereignisse psychotisch wurde und seitdem seit 7-8 Jahren auf der Straße lebt. In mancher Hinsicht immer noch psychotisch, aber eben auch obdachlos, und der ein sehr radikales Leben entwickelt hat. Und aus einem bestimmten Ansatz heraus haben wir uns kennen gelernt. Dann entstand zuerst bei mir, und dann auch bei ihm die Idee, dass man seine Geschichte eigentlich gut benutzen kann, um Jugendliche aufzuklären.

Und dann entstand dieses Buch: "Pias lebt gefährlich." Er hört auch Stimmen oder hat Stimmen gehört.

Und dies ist jetzt das Ende meines Vortrags! :

"Wenn die Stimmen weg wären, eine merkwürdige Vorstellung. Ich glaube, es würde etwas fehlen. So als könnte ich plötzlich nicht mehr riechen oder hören."

Vielen Dank!

Diskussionsbeiträge zu dem Vortrag "Stimmenhören und Stigmatisierung" von Dr. Thomas Bock

1. Ich habe seit acht Jahren meine Stimmen. Ich bin ein unglaublich neugieriger Mensch, ich will noch das Kleinste und Winzigste wissen. Mein Inneres hat mir gesagt, "es" sei die Person. Und ich habe gefragt: Und was bin ich dann? Wir haben uns dann geeinigt, ich bin der Körper, in dem diese Person wohnt.

Was ich zutiefst bedauere und worüber ich auch jetzt sehr traurig bin, das ist, dass immer wieder versucht wird, alles wissenschaftlich zu erklären, statt zu erkennen, dass wir eine Energie in der Welt haben. Die Physiker wissen das und können auch mit ihren Experimenten erklären, warum es uns mal gut und mal schlecht geht.

Ich lese unglaublich viel, und mein Inneres ist so begierig und möchte auch alles mit mir zusammen lesen. Es sagt mir, wo etwas vom universellen Standpunkt aus richtig oder falsch ist. Es ist mir wichtig, in der Bibel steht: Ich habe euch meinen Odem gegeben. Den haben wir, wenn wir auf die Welt kommen und unseren ersten Atemzug machen. Und wenn wir sterben, hauchen wir ihn wieder aus. Ich mag nicht kirchlich denken, auch nicht im Sinne von Gott. Es fällt mir heute noch schwer, das Innere so oder so zu benennen. Für mich ist es mal das Innere, mal das Unbewusste, mal das Es oder Selbst, ich selbst.

Ich würde mich freuen, wenn immer mehr Menschen den wirklichen Funken spürten, statt das wissenschaftlich in sich aufzunehmen.

2. Ich möchte was zur Physik sagen. Als ich klein war, war ich ein bisschen introvertiert. Ich habe viel gebastelt, Radios habe ich gemacht. Das war sehr interessant. Da geht es auch um Physik, Elektrizität, Magnetismus, Schwingkreise. Hin und her, und in der Mitte ist die Energie. Welcher Psychiater kennt das Gesetz, dass die Nerven diese Elektrizität übertragen? Wer kennt sich da aus als Psychiater? Das möchte ich gern wissen. Ich wusste das schon als Kind aus dem Biologie- und Physikunterricht. Da will ich mal kurz ansetzen. Irgendwie ist es ja klar, dass man eine Brücke bilden kann vom Geist über die Seele zur Materie. Was die Medizin nur kann: die schalten das Mittlere aus, so dass man runterkommt auf die Erde. Damit hat man die Probleme zwar so ziemlich weg, aber die Mediziner haben's nur noch mit lebendigen Leichen zu tun.

3. Ich kann mir aufgrund meiner Biografie auch vieles erklären. Psychisch erkrankt zu sein wird zur Professionsausbildung mit allem Drum und Dran.

Ich war zu lange ein ganz braves Kind, habe alles geschluckt, war erziehungsleicht, wie meine Mutter mir sagte. Bis die angestaute Wut zu groß war. Ich konnte mich früher nicht ärgern. Alle Psychiater und Therapeuten haben mir gesagt: Fangen Sie endlich an, sich zu ärgern! – Und dann kamen Wut und Ärger im Überfluss. Bis ich mich wieder eingekriegt habe, das hat gedauert! Ich hatte zu lange verdrängt, alles in mir angestaut. Ich wollte ja lieb sein, wollte Gebote einhalten. Und plötzlich konnte ich das nicht mehr, da trat alles im Überschwang auf. Aber bis ich selber erlebt habe, wie ich mich wieder fasse und in die Balance komme, das war ein schwerer Lernprozess.

Thomas Bock:

Das finde ich ein ganz wichtiges Stichwort, die Balance. Es gibt verschiedene Phänomene, die Depression oder auch die Manie, wo ja auch manche Menschen viel zu viel geschluckt oder sich zu viel an anderen orientiert haben. Das oder auch das Stimmenhören können Versuche sein, wieder in die Balance zu kommen. Ich finde, das ist ein ganz wichtiger und spannender Gedanke. Ich glaube, es ist auch ganz wichtig für die Psychiatrie, bei aller Notwendigkeit, manchmal symptomatisch zu behandeln, auch diesen Verstehenszugang haben zu müssen, dass es da um einen Versuch der Balance geht, den man begreifen und unterstützen kann. Auch was vorhin gesagt wurde, das alles auch als menschlich oder als göttlich, also anthropologisch zu begreifen, finde ich einen wichtigen Gesichtspunkt.

Was mir nicht so gefällt, ist die defätistische Haltung gegenüber der Wissenschaft. Ich glaube, wir können mittlerweile auch die Wissenschaft für uns in Anspruch nehmen. Wenn die Hirnforscher genau hingucken, dann stellen sie fest, dass das Stimmenhören nicht unbedingt ein Krankheitssymptom ist; dann stellen sie fest, dass dabei das Sprachzentrum aktiv ist, dass es sich neurologisch um eine Form des inneren Sprechens handelt. Ich kenne Hirnforscher, die aufgrund ihrer Befunde zu den Psychiatern sagen: Weil das so ist, weil es eine Form des inneren Sprechens ist, das der Mensch aber nicht zuordnen kann, müsst ihr mit ihm über den Inhalt der Stimmen reden, müsst ihr daran therapeutisch arbeiten. – Oder auch der Befund von Herrn Spitzer, dass nur zwanzig Prozent der Hörnerven vom Hörzentrum zum Ohr kommen, dass wir viel ganzheitlicher hören. Jeder Mensch, nicht nur psychisch kranke, alle Menschen hören viel ganzheitlicher. Natürlich ist unser Hören vom Gemüt, vom Gefühl beeinflusst! Das sind wissenschaftliche Ergebnisse, die man nutzen kann, um die Stigmatisierung, die ja alt ist, traditionell ist, die auch überholt ist, um die endlich wieder fortzubekommen.



**„Es ist wie es ist, sagt die Liebe.“
Akzeptieren ohne zu verstehen?**

Susanne Heim, Angehörige, „Rat und Tat e.V.“, (Köln)

Ich habe keine Erfahrung mit dem Stimmenhören – nur mit Tinnitus, aber der spricht ja nicht mit mir. Da höre ich einfach weg und kümmere mich nicht drum. Mein Sohn wiederum wollte sich vor vielen Jahren, ganz am Anfang seiner Erkrankung, einen „Hörer“ aus seinem Ohr ausbauen lassen. Er dürfte also damals Stimmen gehört haben. Aber er spricht nicht darüber. Mir ist freilich wieder eingefallen, dass ich als Kind mit imaginären Spielgefährten gesprochen habe. Es gibt Fotos, auf denen ich gestikulierend und offenbar in ernste Gespräche vertieft den Garten abschreite. So ähnlich mache ich das noch heute – z.B. nach einer Kontroverse oder einem Besuch bei Freunden: Ich diskutiere in Gedanken weiter, setze die Gespräche fort, beginne eventuell sogar ein neues Thema. Allerdings höre ich die Stimmen meiner imaginierten Gesprächspartner nie akustisch. Ich bin sicher, es würde mich zutiefst verunsichern, wenn so etwas passierte.

Dies vorausgeschickt, wende ich mich also den Angehörigen und ihren Problemen zu. Wir alle werden ja immer wieder einmal – in der einen oder anderen Weise – zu Angehörigen: nämlich immer dann, wenn wir mit einem Menschen emotional eng verbunden sind, und erst recht, wenn dem ein Leid widerfährt. Dann trifft und be-trifft es auch uns. Als Angehörige – zumal als Familienmitglieder – sitzen wir mittendrin, orientierungslos zwischen allen Stühlen. Und das macht Angst – vor allem den Eltern unter uns, die sich doch in besonderer Weise aufgerufen, verpflichtet fühlen, Halt und Orientierung zu geben. Eigentlich brauchen auch wir Ermutigung und Verständnis-hilfen.

Mitleid macht mutlos.

Es wäre so wichtig, dass wir einen klaren Kopf bewahren,
dass wir ruhig und gelassen bleiben,
dass wir weniger ängstlich als vielmehr neugierig interessiert reagieren,
wenn einem uns nahe stehenden Menschen Befremdliches widerfährt.

Warum fällt das so schwer?

Warum echauffieren wir uns, lassen uns in Panik verfallen, wenn ein geliebter Mitmensch etwas erlebt, was ihn befremdet, verunsichert, ängstigt - ihn befremdlich reagieren lässt? Vor lauter Schreck vergessen wir dann, erst einmal innezuhalten, genauer hinzuschauen, hinzuhören, um was für ein Problem es sich handelt – und zu unterscheiden, um wessen Probleme es eigentlich geht. Manchmal macht es mich richtig wütend, wenn Angehörige blindlings mitleiden und mit ihrem Jammer, genau genommen, die Aufmerksamkeit auf sich selber lenken statt auf denjenigen, der das Problem hat! Bei mir weckt das immer Erinnerungen daran, wie allein gelassen ich mich fühlte, und wie schuldig, wenn es mir schlecht ging, wenn ich Schmerzen hatte – und meine Mutter in Verzweiflung stürzte, weil sie mir nicht helfen konnte. Nein, das hat wirklich nicht geholfen! Das hat mich einsam gemacht. Ich habe damals daraus gefolgert, dass ich alleine zurecht kommen muss, um nicht auch noch schuldig zu werden am Kummer anderer, die es doch so gut mit mir meinen. Weil niemand helfen kann. Weil keiner mir meinen Schmerz abnehmen, wegnehmen kann. Also, habe ich mir gesagt, behalte ich besser für mich, was mich quält, und lasse mir nichts anmerken. Es genügt ja schließlich, wenn einer leidet. Also habe ich habe gelernt, zu strahlen und so gut wie möglich zu funktionieren – egal, wie ich mich fühlte.

Ich bin sicher, das hat meine Mutter so nicht beabsichtigt.

Später selber Mutter, war auch ich meinem Kind nicht immer hilfreich. Habe abgewiegelt: „Ist nicht so schlimm“, wenn ihm Schmerzliches widerfahren war. Habe abzulenken versucht. Statt zu sagen: „Ja, das tut verdammt weh! Komm her, ich halte dich fest, damit von meiner Kraft etwas zu dir hinüber fließen kann – wir halten das miteinander aus.“ So, auf diese Weise wird geteiltes Leid zum halben Leid!

Mitleid macht noch mehr Leid.

Warum fällt uns das so schwer? Liebevoll zu teilen, Anteil zu nehmen – anstatt das Leid eines geliebten Menschen auch noch zu unserem eigenen zu machen – und es damit, genaugenommen, zu verdoppeln!? Mir scheint, dahinter steckt ein Missverständnis: Liebe nämlich, wahre Nächstenliebe erlaube nicht, das Leid eines geliebten Menschen mit anzusehen und auszuhalten. Dabei leiden die ohnmächtigen Zeugen oft heftiger als die Betroffenen selbst. Und am Ende weiß niemand mehr, was ist was und wer ist wer: Wenn ich leide, weil du leidest, und du leidest weil ich leide, weil du...

Dann stürzen wir uns in heillose Ablenkungsmanöver, verlieren uns auf der Suche nach Klärung, Erklärung und Wiederherstellung der gestörten Ordnung. Wir wollen wenigstens verstehen, warum es ist wie es ist. Wie diese Mutter, deren Tochter mit ihren Ängsten und Zwängen die ganze Familie in Schach hält und zeitweise ganz verstummt ist – was die Mutter vollends zur Verzweiflung gebracht hat: "Wenn sie mir doch sagen würde, was los ist, was sie quält, warum sie sich so verhält. Wenn ich es verstehen könnte, dann könnte ich damit umgehen! Dann könnte ich es akzeptieren!"

Welch ein Anspruch!

Wahrscheinlich weiß die Tochter doch selber nicht, was mit ihr los ist!

Wie könnte sie sich der Mutter erklären?

Worüber soll sie "Rechenschaft" ablegen?

Selbst wenn sie es könnte – muss sie das auch wollen?

Kleine und große Kinder haben doch ein Recht auf Eigen-Sein, Eigen-Leben, Eigen-Sinn, ja, auch auf Geheimnisse.

Gibt es ein Recht auf Verstehen? Und als Konsequenz daraus: die Pflicht, sich verständlich zu machen? Muss man erst verstehen, bevor man etwas akzeptiert, respektiert, es sein lässt, wie es ist? Soll ich alles ablehnen, muss ich alles abwehren, was ich nicht verstehe?

Ich bin im Laufe meines langen leidvollen Lebens zu der Einsicht gelangt: Ich kann und ich muss nicht alles verstehen, was es gibt zwischen Himmel und Erde. Und manchmal will ich auch gar nicht verstehen! Ja, für Angehörige ist es oft sogar hinderlich, allzu viel allzu gut zu verstehen: Erliegen wir doch gar so leicht der Gefahr des „Alles verstehen heißt alles verzeihen“. Und das verführt zu therapeutischem Verhalten - was die Realität erst recht verzerrt, ver-rückt. Ich bin die Mutter meines psychosekranken Sohnes, also mitbetroffen, mitverstrickt. Ich kann nicht seine Therapeutin sein. Ich weiß nicht, warum er so krank geworden ist. Ich weiß nicht, warum er sich rund 15 Jahre lang geweigert hat, Hilfe anzunehmen. Es ist mir nicht leicht gefallen einzusehen und zu akzeptieren, dass ich ihm nicht helfen konnte - jedenfalls nicht so, wie ich es mir und er es sich gewünscht hätte. Ich habe gelernt zu unterscheiden, was mein Problem und was sein Problem ist. Er hat mir – mit seiner unerbittlichen Konsequenz – beigebracht, mich um meine Probleme zu kümmern und ihm die Verantwortung für seinen Lebensweg, für seinen Umgang mit seinen Problemen zu überlassen. Weil ich nicht wissen kann, was für ihn das Beste, das Richtige ist. Oft genug weiß ich ja noch nicht einmal, was für mich jetzt das Beste wäre! Keine Frage: Die Art und Weise, wie mein Sohn sein Leben lebt und gelebt hat, das wäre nichts für mich. Deshalb lebe ich anders – ebenfalls so recht und schlecht, wie es mir mit meinen Unzulänglichkeiten halt gelingt. TROTZDEM bewundere ich meinen Sohn – und liebe ihn so wie er ist: teilweise noch immer sehr vertraut und manchmal auch ganz ungeheuer fremd!

Unverstandenes (so) sein lassen

Ja, es gibt unendlich vieles zwischen Himmel und Erde, was ich nicht verstehe. Manches nehme ich verwundert zur Kenntnis und kümmere mich nicht drum. Manches macht mich neugierig – auf manches lasse ich mich einfach ein, auch wenn es mir ein Buch mit sieben Siegeln bleibt.

Ich habe da zum Beispiel so ein kleines Gerät mit einem blauen Kullerauge in meinem Auto. Das weist mir mit freundlicher Frauenstimme den Weg durch unbekannte Gefilde. Annemarie – so nenne ich sie – hat Verbindung zum Himmel. Sie kommuniziert und kooperiert mit Satelliten. Warum und wie dieses Wunderwerk der Technik funktioniert - und auch noch richtig spricht –, das werde ich wohl nie wirklich verstehen! Und es tut's doch!

Ich möchte mit einem Gedicht von Erich Fried schließen, in dem ich den Leitsatz für meine Überlegungen gefunden habe. Es hat mich sehr berührt, vermittelt es doch ganz dicht, was wir alle durchleben, wenn wir zu Angehörigen werden.

Was es ist

Es ist Unsinn
sagt die Vernunft.
Es ist was es ist
sagt die Liebe.

Es ist Unglück
sagt die Berechnung.
Es ist nichts als Schmerz
sagt die Angst.
Es ist aussichtslos
sagt die Einsicht.
Es ist was es ist
sagt die Liebe.

Es ist lächerlich
sagt der Stolz
Es ist leichtsinnig
sagt die Vorsicht
Es ist unmöglich
sagt die Erfahrung
Es ist was es ist
sagt die Liebe.

Diskussionsbeiträge zum Vortrag "Akzeptieren, ohne zu verstehen" von Susanne Heim

1. Frau Heim, Sie sind die zweite Angehörige, die heute hier spricht. Das ist schön im Vergleich zu Angehörigenkongressen, wo wenig Psychiatrieerfahrene eingeladen werden. Können Sie nicht etwas tun, damit sich das ändert?

Frau Heim:

Ich tue ziemlich viel dafür. Ich komme gerade von einem anderen Kongress und habe dort wieder etwas Hoffnung für den Dialog gefasst. Aber es ist schwierig. Es gibt meistens nicht genügend Menschen, die sich trauen aufzutreten und ihre Sache zu vertreten. Und wenn es dann immer die paar Hanseln sind wie ich, die Frau Heim, und noch ein paar von den Psychiatrieerfahrenen, also immer die gleichen Gesichter – dann muss man uns auch nicht ernst nehmen! Dann heißt es: Ach die!, die kennen wir schon, das sind die Querulanten. Deshalb ist es schwer, gerade wenn es um Referate geht. Ich selber versuche zu reduzieren, denn ich werde zur Reisemissionarin. Das ist auch nicht gut. Gerade war in Bonn eine Tagung von einer evangelischen Behinderteneinrichtung. Ich hatte schon befürchtet, dass unsere Arbeitsgruppe mangels Interesse ausfallen würde.

Aber nein, es bestand großes Interesse, zum Teil auch bei Leuten, die in der Hierarchie ziemlich weit oben stehen und den Dialog von oben fördern könnten, so dass wir hier unten nicht alleine strampeln.

Antje Müller:

Ich bin selber Stimmenhörerin. Bevor ich in die Dialoggruppe zum Netzwerk kam und andere Angehörige kennen lernte, war mir nie bewusst, wie sie leiden und in welche Zwickmühle sie kommen. Ich dachte wirklich, ich habe den Schmerz gepachtet!

Frau Heim:

Das ist vielleicht ein allgemeines Phänomen; die Angehörigen haben ja auch das Gefühl, sie hätten das Leid gepachtet. Woran das liegt, weiß ich nicht. Vielleicht macht es einen ja auch bedeutender: Wenn ich schon ein schweres Schicksal habe, dann will ich auch das schwerste haben. Das ist schon ein Problem, das habe ich auch durchgemacht. Ich bin ja auch nicht so geboren, so gelassen.

2. Ich höre schon lange: Keiner ist schuld, sondern wir hatten zu wenig Information. Wir haben genau so gedacht.

3. In den Angehörigengruppen wird das Leid genommen, denn wir tragen uns gegenseitig. Wenn ich keine Angehörigengruppe gehabt hätte, dann würde es mir jetzt nicht so gut gehen. Dort kann ich mich immer wieder fangen. Und wenn man sich nur aussprechen kann mit den anderen Angehörigen, sei's telefonisch oder in den Gruppen – das hilft einem, alles durchzustehen und die Belastung zu ertragen.

Susanne Heim:

Ich hätte gewünscht, Sie hätten gesagt: (Das hilft,) auch nein zu sagen, wenn ich die Belastung nicht mehr tragen kann. Ich erinnere mich an Situationen als Tochter mit meiner Mutter, ich hatte immer Schuldgefühle, wenn es ihr schlecht ging, und habe immer gedacht, ich bin schuld daran. Es wäre mir viel lieber gewesen, sie hätte gut für sich gesorgt und ich hätte mal in Ruhe krank sein können und hätte nicht immer gucken müssen: O Gott, jetzt tue ich ihr auch noch weh! – Das kostet so viel Kraft an einem Ende, wo es gar nichts bringt, nur zusätzliche Last. Man soll auch sagen können: Bis hierher kann ich mitgehen, und dann gucken, wer kann das vielleicht viel besser als ich.

Thomas Bock:

Ich glaube, dass manchmal die Professionellen gut beraten wären, den Angehörigen mehr Aufmerksamkeit zu schenken, gerade auch wegen dieser möglichen Konkurrenz im Leiden. Patienten haben immerhin ihre Symptome und können damit etwas ausdrücken. Angehörige konkurrieren sozusagen um die Aufmerksamkeit. Wenn die Profis mehr Blick auf das Leiden der Angehörigen richten, kann das indirekt auch zu einer Entlastung der Betroffenen führen. Bei bipolaren Störungen, mit denen ich mich im Moment viel beschäftige, ist es fast schon nachgewiesen, dass es manchmal schon reicht, Angehörige in die Gruppen zu bringen, und die Patienten profitieren davon.

Susanne Heim:

Gerade weil wir Eltern und alle anderen Angehörigen uns so verpflichtet fühlen, emotional so verhakelt sind, genau deshalb ist es auch so wichtig, dass die Profis uns nicht immer wieder mehr in die Pflicht nehmen, sondern eher die Erlaubnis geben, für uns selber gut zu sorgen.



Stimmenhören: Was ist krank? Was ist normal?

Prof. Dr. Marius Romme, Experte durch Beruf, Sozialpsychiater,
(Maastricht, Niederlande)

Zuerst möchte ich mich bei den Organisatoren dieses alle zwei Jahre stattfindenden Kongresses des Netzwerks der deutschen Stimmenhörer herzlich für ihre Einladung bedanken und ihnen ein Kompliment aussprechen für das großartige und umfassende Programm mit so vielen Beiträgen von Betroffenen aus Erfahrung. Insbesondere geht mein Dank an Antje Müller und Monika Hoffmann, die beide für uns jetzt die Kontaktpersonen zu diesem Netzwerk sind. Es freut mich auch sehr, so viele von euch wieder zu sehen, insbesondere natürlich die "treibende Keimzelle" dieses Netzwerks, Hannelore Klafki, aber auch das Wiedersehen mit Andreas Gehrke.

Heute morgen möchte ich über folgende drei Fragen reden:

- 1) **Stimmen hören - was ist normal, was ist krank?**
- 2) **Woher kommen die Stimmen ?**
- 3) **Was soll die Hilfe für den Stimmenhörer bringen?**

Die Titelfrage dieses Vortrags: **Stimmen hören, was ist normal, was ist krank?** ist eine ganz wichtige Frage, für den, der selber Stimmen hört, für die Familie und für die Profis, die in der Gesundheitsfürsorge arbeiten.

Ich will Ihnen eine klare Antwort geben. Zuerst einmal die Antwort und danach die Belege.

Stimmenhören an sich, das heißt die Wahrnehmung oder die Tatsache, dass man Stimmen hört, ist normal, es stellt an sich kein Symptom einer Krankheit dar.

Krank wird man oder ist man, wenn die Stimmen Angst auslösen und wenn man sich durch die Stimmen stören lässt im täglichen Funktionieren, wenn man die Stimmen als überwiegend negativ erlebt und sich nicht positiv von ihnen unterstützt fühlt, sondern sich stattdessen von den Stimmen bedroht fühlt, oder die Stimmen Anlass sind, sich absonderlich zu benehmen, so dass andere Menschen dadurch ernsthaft gestört werden. Das ist dann oft Anlass eines Hilfebegehrens. Also nicht das Hören von Stimmen an sich ist krank, sondern das Unvermögen, sich mit den Stimmen auseinander zu setzen. Indem man sich völlig an die Stimmen ausliefert und ihre Befehle kritiklos ausführt oder indem man sich den Aufträgen der Stimmen gegenüber ohnmächtig erklärt, entsteht Angst und dysfunktionales Verhalten, das letztlich in Krankheitsbildern mündet. Stimmenhören an sich ist kein Symptom einer Krankheit. Wenn man nicht weiß, wie man mit dieser Erfahrung umgehen muss, resultieren daraus Verhaltensweisen wie Angst, Verwirrung, Konzentrationsstörungen, Inaktivität, Mangel an Initiativen oder ein Übermaß an Initiativen, die Neigung sich zu isolieren und die Suche nach Erklärungen, die den Menschen selbst oder andere belasten (Wahn, wie in der Psychiatrie die merkwürdigen Erklärungen der Stimmenhörer für die Stimmen genannt werden). Also das Unvermögen, sich mit den Stimmen auseinander zu setzen, führt zu vielen sekundären Reaktionen, die das vollständige Bild einer (kognitiven) schizophrenen Psychose nachahmen können, aber auch andere psychotische Bilder aufzeigen können. Die Symptome des Störungsbildes sind also nicht die Folge einer zentralen Störung des Funktionierens, sondern sie setzen sich zusammen aus der primären Reaktion "das Stimmenhören" und der sekundären Reaktion, also dem Unvermögen, sich mit den Stimmen auseinander setzen zu können.

Die Belege für diese Auffassung stammen aus drei verschiedenen Untersuchungsansätzen:

1. Epidemiologische Untersuchungen
(Psychoseerfahrungen bei Gesunden und Kranken)

2. Vergleichungsforschung
(Kranke Stimmenhörer und nicht kranke Stimmenhörer)
3. Forschung zur Rehabilitation
(Stimmenhörer, die lernen mit ihren Stimmen umzugehen)

Hier zuerst die Ergebnisse der epidemiologischen Studien.

Es gibt viele Untersuchungen, die gezeigt haben, dass Halluzinationen in der Allgemeinbevölkerung vorkommen, ohne dass man von Krankheit reden könnte. Ich will Ihnen nur drei Studien vorstellen, die auch mit psychiatrisch-diagnostischen Instrumenten gearbeitet haben, weil dies wesentlich ist für die Antwort auf die Frage, was ist krank? Hier erst einmal die Studie von Tien und Eaton.

In dieser Studie hat Tien die Daten zum akustischen Halluzinieren - also über Stimmenhören - anhand von 15000 Antworten aus der Allgemeinbevölkerung analysiert. Als psychiatrisch diagnostisches Instrument wurde die D.I.S. gebraucht (entwickelt von Robins 1983). Drei Prozent der befragten Personen gaben die Erfahrung "Stimmenhören" mit den Charakteristika einer Halluzination an. Nur ein Drittel dieser Personen hatte Probleme mit den Stimmen, das heißt, erreichten Werte der Stufe fünf im D.I.S., dem Messinstrument für Halluzinationen. Stufe fünf heißt, dass man sich durch die Stimmen behindern fühlt und ihretwegen Behandlung aufsucht. Diese Studie zeigt also, dass nur ein Drittel der Menschen, die Halluzinationen erlebten, diese Erfahrung als krank interpretierten, so dass sie Hilfe aufsuchten und ihrer auch bedurften. Die Erfahrung „Stimmen hören“ wegen ihrer Nähe zur akustischen Halluzination sofort als pathologisch zu interpretieren, ist an sich also falsch.

Eaton hat die Studie von Tien wiederholt, indem er eine kleinere Gruppe von Probanden (800) untersucht hat. Er nutzte dasselbe Testinstrument, aber der Test wurde diesmal von Psychiatern angewendet. Eaton fand in seiner Untersuchung, dass vier Prozent der Untersuchten Erfahrungen mit akustischem Halluzinieren hatten, und er fand bei 45 Prozent der Stimmenhörenden Kriterien für eine psychiatrische Diagnose; bei 55 Prozent von ihnen fand er dagegen keine Kriterien für einen krankhaften Prozess. Und innerhalb der 45 Prozent mit einer psychiatrischen Diagnose traf die Diagnose Schizophrenie nur in 16 Prozent der Fälle zu. (Mehrere Untersuchungen zeigen, dass etwa einer von je sechs Stimmenhörern in die Kategorie der Schizophrenie einzuordnen ist).

Die vorgestellten Untersuchungen zeigen, dass es in der allgemeinen Bevölkerung Menschen gibt, die akustische Halluzinationen erleben, ohne krank zu sein, und dass die nicht kranken Stimmen hörenden Menschen die Mehrheit darstellen. Es gibt also mehr nicht-krank als kranke Menschen, die Stimmen hören.

Eine neuere Studie macht diesen Zusammenhang sogar noch deutlicher. Es handelt sich um eine holländische Untersuchung, die NEMESIS STUDY, von Prof. van Os, meinem Nachfolger an der Universität von Maastricht, in der epidemiologische Daten analysiert werden.

In der NEMESIS STUDY wurden im ersten Jahr epidemiologische Daten von 7000 Teilnehmern, im zweiten Jahr von 5600 Teilnehmern und im dritten Jahr von etwa 4800 Teilnehmern erhoben. Die Menschen wurden dreimal mit dem CIDI (Comprehensives Internationales Diagnostisches Instrument), einem psychiatrisch diagnostischen Instrument, untersucht. Dieser Test prüft Hinweise auf Halluzinationen und Wahn.

Die folgenden Folien zeigen, wie viele der Befragten während ihres Lebens Erfahrungen mit Wahn oder Halluzinationen gemacht haben. Die Ergebnisse zeigen, dass 17,5 Prozent von ihnen psychotische Erfahrungen kennen, davon sechs Prozent Halluzinationen und etwa neun Prozent kennen Wahn. Die psychotischen Phänomene können differenziert werden nach "daran leiden" bzw. "nicht daran leiden". In dieser Studie hat man noch weiter aufgeschlüsselt in folgende 3 Untergruppen:

1. Menschen, die schon mal psychotische Erfahrungen durchlebt haben (17,5 %)

2. Menschen, die an den psychotischen Erfahrung gelitten haben (4,2%)
3. Menschen, bei denen eine Diagnose nach DSM gerechtfertigt war (1.5 %)

Die Studie suchte in den 3 jährlich aufeinander folgenden Befragungen derselben Menschen auch nach Faktoren, die das Hilfsbedürfnis beeinflussen. Also Faktoren, die die Krankheitserfahrung beeinflussen, die man auch als toxische Faktoren bezeichnen kann. Die folgende Folie zeigt, dass Depression sich als solch ein Faktor manifestiert, der Hilfebedürfnis beeinflusst, also einen toxischen Einfluss hat. In dieser und in anderen Studien - wie der von Cullberg aus Schweden und Alanen aus Finnland und Thomas Bock aus Hamburg und Sandra Escher aus Holland – wurden noch andere toxische, aber auch schützende Faktoren gefunden.

Das heißt, Krankheit ist nicht die direkte Folge psychotischer Erfahrungen, sondern sie wird beeinflusst durch Reaktionen auf die Erfahrungen und sie wird auch vom sozialen Kontext beeinflusst (Situationen und Interaktionen).

Als toxische Einflüsse bekannt sind:

- Angst und Leiden, Hindernisse, Einschränkungen
- Depression
- Dissoziation
- Art und Weise des Umgangs mit der Erfahrung
- Hohe Frequenz der Erfahrung (des Phänomens Stimmenhören)
- Kritische Haltung der direkten Umgebung
- Weitere persönliche Stressoren und Umgebungsstressoren

Als unterstützende oder protektive Einflüsse sind bekannt:

- Unterstützung in der Familie
- Bedeutungsvolle Beziehungen, von denen die Liebe eine der wichtigsten ist
- Eine bedeutungsvolle Arbeit
- Bedeutungsvolle Freizeitaktivitäten
- Sich im täglichen Leben sicher fühlen
- Respektiert werden
- Akzeptanz und Anerkennung der traumatischen Erfahrungen
- Akzeptanz und Anerkennung der psychotischen Erfahrungen selbst

Dies sind also kompensatorische Einflüsse.

Vergleichsstudien von Kranken mit Gesunden mit denselben Erfahrungen

Obwohl epidemiologische Studien von großer Bedeutung sind, sollten sie durch Vergleichsstudien an kranken und gesunden Menschen, die psychotische Erfahrungen gemacht haben, ergänzt werden. Leider gibt es bisher nur weniger solcher Untersuchungen. Thomas Bock aus Hamburg und Sandra Escher und ich in Maastricht haben sich in den letzten Jahren darum bemüht. Man kann von den Gesunden vieles lernen, was wichtig ist, um Kranken mit ihren Problemen zu helfen. Die Erfahrungen der Gesunden sind auch wesentlich für die Frage **“Woher kommen die Stimmen?”**

Wir haben zwei Patientengruppen, eine mit der Diagnose Schizophrenie und die andere mit der Diagnose dissoziative Störungen, verglichen mit gesunden Stimmenhörern. Im Rahmen von Grundlagenforschung hatten wir gefunden, dass bei zirka 70 Prozent sowohl der Patienten als der Gesunden die Stimmen aufgrund traumatischer Erfahrungen auftauchten. Die Unterschiede zwischen Kranken und Gesunden beruhen auf den Konsequenzen, die diese traumatische Erfahrung auf die Wahrnehmung der Macht über das eigene Leben, über das Führen des eigenen Lebens hat. Beim Gesunden wirken die Traumata oft zeitlich begrenzt oder sie wirken sich letzten Endes sogar positiv auf das Lebensverständnis aus, während die Kranken das, was ihnen geschehen ist, oder den Konflikt, in den sie verstrickt sind, nicht verarbeiten können und sie die Wahrnehmung entwickeln, dass sie keine Macht über ihre Lebensführung haben. Die wichtigsten Unterschiede zwischen kranken und gesunden Stimmenhörern, die wir in unse-

ren Vergleichsstudien fanden, waren:

1. die Umgangsweise mit den Stimmen, das heißt, die konstruktive Art der Auseinandersetzung mit ihnen beim Gesunden, versus der Unfähigkeit zur Auseinandersetzung beim Kranken
2. die Auswirkung traumatischer Erfahrung auf das eigene Leben, die sich beim Gesunden in einer zeitlich begrenzten Machtlosigkeit auswirkt und beim Kranken eine viel langzeitigere Machtlosigkeit hervorruft.

Zum Schluss will ich meine dritte Frage beantworten:

Welche Hilfe soll Gesundheitssystem oder Selbsthilfe den Stimmenhörern anbieten?

Die Hilfe soll in zwei Richtungen gehen: Hilfe bei der Umgangsweise mit den Stimmen und Hilfe beim Durcharbeiten der traumatischen Erfahrung und wie man sie verarbeitet.

Wir unterscheiden dabei drei Phasen:

1. Die akute Verwirrungsperiode am Anfang der neuen Erfahrung Stimmen zu hören. .
2. Die Organisationsphase, in der man eine bessere Beziehung zu den Stimmen aufbaut
3. Die Stabilisationsphase, in der man einen Ausgleich mit den Stimmen findet und seinem eigenen Leben wieder eine Form gibt.

Diskussionsbeiträge zum Vortrag “Stimmenhören: Was ist krank? Was ist normal?” von Marius Romme

1. Wie lange dauert es ungefähr vom ersten Auftreten der Stimmen bis zur Durcharbeitung der traumatischen Erfahrung? Welchen Zeitrahmen veranschlagen Sie bis zur Wiederherstellung?

Marius Romme:

Das ist bei den Menschen sehr verschieden. Meistens dauert das ziemlich lange. Das Trauma ist längst verdrängt, man ist schon lange Zeit daran gewöhnt, in negativer Art mit den Stimmen umzugehen ...

2. ... aber nicht bei Kindern!

Marius Romme:

... nein, nicht bei Kindern. Da ist es meistens einfacher. In der Kindheit ist man näher dran an den Problemen, die die Stimmen ausgelöst haben. Kinder, die Stimmen hören, werden noch nicht so oft in die Psychiatrie eingewiesen. Ich hoffe, dass das so bleibt, da haben sie nichts zu suchen. Denn in der klassischen Psychiatrie besteht ja noch immer die Vorstellung, dass auch Kinder Medikamente brauchen. Aber Untersuchungen zeigen klar: Das ist gerade die falsche Medizin! Mit Kindern wird es oft deshalb wieder besser, weil sie lernen, mit Emotionen umzugehen. Bewährt haben sich die Alternativtherapeuten, sie können sich besser in die Erfahrungen der Kinder hineinversetzen. Wenn zum Beispiel ein Kind nach dem Tod des Großvaters sagt, dass der Opa mit ihm redet, sagt ein Alternativtherapeut vielleicht: Der Opa will dich noch nicht verlassen, kann dich noch nicht vermissen. Ein (studierter) Therapeut hingegen hat nur negative Erklärungen. Aber er hat gut gelernt, mit Emotionen umzugehen, so dass eine Kombination der verschiedenen Therapien oft ein positives Resultat zeitigt.

Monika Hoffmann:

Ich fasse zusammen. Es gibt sehr lange Verläufe. Auf die Frage gibt es keine vorgefertigte Antwort. Aus meiner klinischen Erfahrung kann sich eine Wiederherstellung über Jahre erstrecken.

Thomas Bock:

Unter Umständen liegt das aber nicht am Trauma, sondern an der Stigmatisierung ...

3. Ich meine, Kindern sagen wir aber doch, du weißt, dass du dies oder jenes darfst. Aber dem Erwachsenen sagen wir das nicht so leicht, obwohl er während der Psychose in einem Kindzustand ist. Ich hatte nach einem halben Jahr eine spontane Besserung, nur weil ein Therapeut zu mir gesagt hat, ich darf etwas Bestimmtes. Da ging mir etwas auf!

Marius Romme:

Ja, das sagte Andreas Gehrke vorhin auch. Er hat entdeckt, dass die Stimmen nicht immer die Wahrheit sagen und längst nicht so allmächtig sind, wie er das lange dachte. Tja, das kann lange dauern das, bis man das entdeckt.

4. Noch eine kurze Frage. Ich war erstaunt, dass Sie während der Interviews jedes Mal ein Trauma identifizieren konnten.

Marius Romme:

Bei siebzig Prozent, nicht jedes Mal. Wir nehmen uns auch viel Zeit für die Interviews. Die Menschen kommen ja nicht von selber und sagen, ich hatte ein traumatisches Erlebnis und danach hatte ich die Stimmen. Da muss man gut nachfragen. Wir fragen zwar nicht nach der ganzen Lebensgeschichte, aber beginnen dort, wo die Stimmen das erste Mal auftraten.

**Warum Professionelle den Stimmen hörenden Menschen und deren Stimmen zuhören sollten**

Dr. Ben Steultjens, Experte durch Beruf, Psychologe/Psychotherapeut, (Utrecht, Niederlande)

Weil aus Erzählungen von Stimmenhörern hervorgeht, dass dies ein entscheidender Punkt in ihrem Bewältigungsprozess ist.

Stimmenhören - für manche eine religiöse oder spirituelle Erfahrung, wobei geistige Führer aus einer anderen Welt für Inspiration und Begleitung sorgen, für andere eine höllische Erfahrung, die manchmal zu schrecklichen Gewalttaten in der vertrauten Familie führen kann, wenn der Stimmenhörer völlig in den Bann der Stimmen gerät und nicht mehr unterscheiden kann zwischen dem, was wahr und unwahr ist, und dem, was man tun oder nicht tun darf. Zwischen diesen äußersten Gegensätzen gibt es eine reiche Vielfalt an Erfahrungen mit dem Stimmenhören.

Innerhalb der Psychiatrie kennt man das Phänomen Stimmenhören vor allem in einem negativen Zusammenhang mit Behinderung, Verwirrtsein und Trauma oder in einer Kombination davon.

Wir haben in unserer Arbeit mit Stimmenhörern gelernt das Hören von Stimmen als eine bedeutungsvolle Erfahrung zu verstehen, die das tägliche Leben des Stimmenhörers in ernsthafter Weise behindern kann.

Da wir heutzutage einiges aufgrund eines neurobiologischen Zusammenhangs verstehen können, will ich dazu einige Bemerkungen machen. Es ist vielleicht verführerisch zu sagen, dass Stimmenhören durch Störungen in den Sprachprozessen hervorgerufen wird, denn es gibt deutliche Hinweise, dass dies eine Rolle spielt. Der Stimmenhörer selbst wird erfahren, dass das Hören von Stimmen durch negative Lebensereignisse verursacht werden kann, wie zum Beispiel ein Trauma, eine Psychose oder beides.

Es scheint immer eine Erklärung von "innen" (eine neurobiologische) zu geben und eine von

„außen“, nämlich Ereignisse in der Lebensgeschichte und im kulturellen Kontext. Aber es gibt auch noch einen anderen Weg. Wenn jemand lernt, besser mit den Schwierigkeiten umzugehen, die das Leben nun einmal mit sich bringt, und lernt, mit den Folgen dieser schweren Ereignisse zu leben, dann kann das Stimmenhören vielleicht wirklich zurückgedrängt und überwunden werden. Zwischen diesen beiden Polen bewegen wir uns in unserem Stimmenprogramm.

Wir haben es als Stimmenkurs ausgearbeitet, den wir später darstellen werden

HALTUNG

Basisprinzipien (1)

Stimmenhören bedeutet nicht, dass du verrückt bist.

ENTSTIGMATISIERUNG

Wenn man Konzepte gebraucht, wie z.B. das der Schizophrenie, dann verengt man die Sichtweise und behindert eine vorurteilsfreie Haltung.

Basisprinzipien (2)

Stimmenhören entsteht im Kontext des Lebens eines Menschen und in der Interaktion mit seiner Umgebung.

Wenn der Therapeut die Erfahrungen seines Klienten mit ihm bespricht, erfährt er, wie bedeutungsvoll diese Erfahrungen für die Therapie sind. Dies erweitert die Reichweite der Therapie.

Basisprinzipien (3)

DESENSIBILISIERUNG

Dadurch, dass man sich schrittweise daran gewöhnt, über die (verschiedenen Eigenschaften der) Stimmen zu diskutieren, wird es einfacher für den Therapeuten über die Stimmen zu sprechen. Als Folge davon fühlt sich der Stimmenhörer entspannter gegenüber dem Therapeuten.

Basisprinzipien (4)

Von einem sozialen und kontextuellen Standpunkt aus gesehen kann man sich sogar die Frage stellen, was nun ein Wahn ist, Stimmenhören oder denken, dass Gedanken zum eigenen Selbst gehören.

Basisprinzipien (5)

Das Schlüsselwort ist „RESPEKT“

- gegenüber sich selbst
- gegenüber dem Klienten
- gegenüber den Stimmen

Man sollte Respekt vom Therapeuten, vom Klienten und von den Stimmen erfragen.

Basisprinzipien (6)

HALTUNG

Eine respektvolle und offene Haltung führt zu:

- weniger Fixierung auf Diagnosen
- weniger überzeugt sein, dass Stimmenhören ein Zeichen von Verrücktheit ist
- weniger Stress (und sogar Spaß), wenn man über Erfahrungen mit Stimmen diskutiert.

THERAPIE

Basisprinzipien (1)

NORMALISIEREN

„Du bist nicht verrückt, weil du Stimmen hörst“

Der Inhalt dessen was die Stimmen sagen ist oft erkennbar und vorstellbar; die Form, in der es sich äußert, macht es schwierig, vor allem, wenn man die Stimmen außerhalb des Kopfes hört.

Basisprinzipien (2)

Es ist zu begreifen, dass du diese Stimmen hörst, in diesem Augenblick, in dieser Situation.

- Lebensgeschichte
- Lebensereignisse
- Dilemmas
- Kultureller Kontext

Basisprinzipien (3)

DESENSIBILISIERUNG

Eine schrittweise Gewöhnung um über (verschiedene Eigenschaften vom) Stimmenhören zu sprechen, wodurch dies - und das Stimmenhören selbst - weniger beladen wird.

Basisprinzipien (4)

Gedanken und Stimmen

Basisprinzipien (5)

ASSERTIVITÄT

Selbstbestimmung im Denken und Tun: Wie kann ich für meine eigenen Bedürfnisse und Belange eintreten, ohne dass dies auf Kosten anderer geht und ohne dass ich mir selbst dabei Gewalt antue?

Basisprinzipien (6)

HALTUNG

Eine assertive Haltung und Stellungnahme gegenüber den Stimmen

- weniger Voreingenommenheit
- weniger ausgehend von der Überzeugung, dass Stimmen allmächtig sind
- weniger Belastung

Basisprinzipien (7)

VERHANDELN

"Ich will jetzt anderthalb Stunden am Stimmenprogramm teilnehmen können. Das kann ich nur, wenn ihr (die Stimmen) euch ruhig verhaltet. Sobald ich zu Hause bin, dürft ihr anderthalb Stunden Kommentar geben. Dann werde ich zuhören."

Basisprinzipien (8)

VERHALTEN

Unterbrechen des Stimmenhörens: Was hilft und was verschlimmert es ?

(Dieser Vortrag liegt uns größtenteils leider nur in Form des Redekonzeptes vor.)

Diskussionsbeiträge zum Vortrag "Warum Professionelle den Stimmen hörenden Menschen und deren Stimmen zuhören sollten" **von Ben Steultjens**

1. Der Vortrag hört eigentlich da auf, wo es eigentlich interessant wird, nämlich da, wo ich zu dem Punkt komme, meine Stimmen zu kontrollieren. Bei mir ist es so, ich stehe unter Einfluss eines Neuroleptikums und bin damit abgedreht wie ein Radio: Ich höre nichts. Wenn ich das Neuroleptikum absetze, fange ich an, Stimmen zu hören. Aber das ohne das Neuroleptikum kontrollieren zu können – das weiß ich nicht, wie ich das tun soll. Und genau an diesem Punkt hört der Vortrag auf.

Ben Steultjens:

Es ging bei dem Vortrag ja nicht darum, für alle stimmenhörenden Menschen eine Lösung zu finden und wie sie solche Bewältigungsstrategien anwenden können, sondern darum, dass sich jede betroffene Person selber solche Möglichkeiten suchen sollte, wie das dann tatsächlich möglich sein könnte. Da gibt es individuelle Unterschiede.

2. Wenn es eigentlich egal ist, ob man von Stimmen oder von Gedanken beeinflusst wird, wieso war dann einer Ihrer wichtigen Punkte eben genau der, die Stimmen und die Gedanken darüber voneinander zu trennen?

Ben Steultjens:

Es geht ja darum, dass häufig dann, wenn die Stimmen so übermächtig werden, die betroffenen Menschen die Stimmen und ihre Gedanken miteinander vermischen und gar nicht mehr unter-

scheiden können, was sind jetzt die Stimmen und was sind eigentlich meine eigenen Gedanken. Wenn man das trennen kann, was sagen die Stimmen und was sind meine eigenen Gedanken, kann das dazu führen, dass man die Kontrolle wieder über sich gewinnen und eigene Entscheidungen treffen kann.

Thomas Bock:

Mir hat gut gefallen, dass es nicht nur um Techniken geht, sondern um Haltungen und Beziehungen. Und mir hat gut gefallen, dass Sie den Respekt gegenüber den Patienten und den gegenüber den Therapeuten und gegenüber den Stimmen nicht trennen. Das gehört nämlich zusammen. Und mir hat gut gefallen – da muss ich auch noch drüber nachdenken, um mir das klar zu machen –, dass es genauso ein Konstrukt ist, zu sagen, meine Gedanken kommen von innen, wie es ein Konstrukt ist zu sagen, die Stimmen kommen von außen. Beides ist eine Annahme, beides kann man so und so betrachten.

Ich würde gerne auch noch eine Anmerkung zu dem Thema Trauma machen. In Deutschland scheint das ein Modebegriff zu sein, das Trauma. Und ich finde, wie in Deutschland mit dem Begriff Trauma umgegangen wird, das ist traumatisierend. Es wird unter Trauma immer eine Katastrophe begriffen, während im internationalen Umgang Trauma auch heißt, der Großvater ist gestorben oder die Eltern. Lebensereignisse, die nicht vermeidlich sind, können in dem Sinne traumatisch sein. In Deutschland hat das einen andern Geruch bekommen.

Ben Steultjens:

Das war ein wertvoller Beitrag, ich danke für die differenzierte Betrachtung des Begriffs Trauma.

3. Ich habe mal eine Frage: Haben Sie in Ihrer therapeutischen Arbeit auch mal erlebt, dass Stimmen weggegangen sind? Das war meine erste Frage. Und haben Sie mal die Erfahrung gemacht, dass das Stimmenhören schlimmer geworden ist, wenn man mit den Stimmen nicht respektvoll umgeht?

Ben Steultjens:

Manchmal. Aber Ziel dieser Therapie ist nicht, dass die Stimmen verschwinden. Die meisten Menschen, die an der Gruppe teilnehmen, hören Stimmen schon sehr lange. Die Arbeit geht mehr darum, die Stimmen zu akzeptieren und den richtigen Umgang mit ihnen zu finden. Wenn man dazu in der Lage ist, gibt es viel mehr Möglichkeiten, das eigne Leben neu zu reorganisieren. Häufig, wenn es um ein ganz klar definiertes traumatisches Erlebnis geht, wie zum Beispiel um Trauer, kann auch in kurzer Zeit das Stimmenhören wieder aufhören.

Ihr zweite Frage ist eine sehr wichtige Frage. Es passiert häufig, dass in den ersten drei bis vier Therapiestunden die Stimmen tatsächlich erst mal sauer werden, weil sie nicht damit einverstanden sind therapiert zu werden. Dann muss man den Stimmen klarmachen, dass es nicht darum geht, sie zu eliminieren, sondern darum, wie man mit ihnen den richtigen Umgang findet. Dann beruhigen sie sich wieder nach einer Weile.

4. Ich habe noch eine ganz kurze Frage. Würden Sie denn soweit gehen, dass Sie dafür plädieren, Medikamente abzusetzen, die das Stimmenhören reduzieren?

Ben Steultjens:

Es geht nicht darum, ein Entweder - Oder zu finden. Es ist ja auch so, dass bloß fünfzig Prozent der stimmenhörenden Menschen nach klinischen Erfahrungen auf die Medikamente ansprechen. Es geht auch darum, Zwischenlösungen zu finden, also vielleicht die Medikamente zu reduzieren., Es gibt wahrscheinlich keine einfachen Lösungen für diese Fragen.

5. Meine Tochter hat nur Negatives in der Zeit gehört. Es geht aber besser.

Ben Steultjens:

Das ist eben auch der Punkt, dass Stimmen zwar sehr feindlich und böse wirken. Wenn es aber gelingt, mit ihnen in einen konstruktiven Dialog zu treten, kann man auch feststellen, dass sie es gar nicht so böse meinen. Dass sie sogar ein bisschen schützen wollen oder die Person dazu bringen wollen, mehr Selbstbewusstsein zu bekommen, um mehr für sich kämpfen zu können.

6. Also sollte man sich als Angehöriger auch ein bisschen darauf einlassen und nicht sagen, das sind deine Gedanken, sondern das akzeptieren, auch wenn das beängstigend auf den Jugendlichen wirken kann?

Ben Steultjens:

Das beste für das Kind wäre, das Gefühl zu haben, ich darf diese Stimmen ruhig haben.

Es ist natürlich sehr viel einfacher, hier darüber zu reden als das nachher in der Praxis umzusetzen.

7. Zum Absetzen der Neuroleptika: Ich habe seit fünfundzwanzig Jahre sehr viele Erfahrungen. Ich habe es immer wieder versucht. Ich habe erfahren, dass man sie nicht ohne weiteres absetzen kann. Man muss etwas dagegen setzen können. Ich habe auch erfahren, sie haben bestimmt keine Macht über einen. Nur man selbst hat eine Seele und kann denen die Macht geben, dass sie die eigne Seele benutzen können. Und das allerwichtigste, ich habe Vertrauen und wenn ich das nicht hätte, wäre ich ganz schön alt.

Monika Hoffmann:

Ich glaube, dass das eine ganz wichtige Bemerkung war, dass man die Medikamente auf gar keinen Fall abrupt absetzen soll. Es ist ganz wichtig, dass das noch mal gesagt wurde.

8. Mir scheint da ein Widerspruch zu sein. Wir haben erst erklärt, dass es ganz normal ist, das Stimmenhören, und in dem Moment, wo ich erkenne, das ist normal, kann ich es in den Griff bekommen. Warum dann die Medikamente?

Ben Steultjens:

Gute Frage. Man hat es ja schon gesehen bei den Forschungsergebnissen von Marius Romme, die in Deutschland übrigens auch in München durchgeführt wurden, dass es viele Menschen gibt, die Stimmen hören und keine Medikamente bekommen und die das Stimmenhören nicht als negativen Zustand erleben, der sie in die Psychiatrie bringt.

Das wichtigste ist, dass man seine eigenen Bewältigungsstrategien entwickelt, um einen guten Umgang mit den Stimmen zu bekommen, und dass man auch unterstützt wird von der Familie, den Freunden, am Arbeitsplatz und sich aufgefangen fühlt in der eignen sozialen Umgebung. Wenn das nicht der Fall ist, landet man häufig in der Psychiatrie. Dann wird die Angst so groß, dass es schon soweit gekommen ist, dass dafür eine Medikation wichtig sein kann, um auch die Angst erst mal zu mindern.

9. Ich höre seit 1997 Stimmen, und zwar sehr destruktive. Ich habe in vielfältigster Form versucht, sie zu akzeptieren, was mir nicht gelungen ist. Dann habe ich Erfahrungen gemacht, das waren überwiegend Freunde, von denen ich so verschiedene Dinge gehört habe. Ich bin dann zu den Freunden irgendwann hingegangen und habe mit ihnen darüber gesprochen. Von dem Moment an, wo ich das getan habe, waren die weg. Haben Sie da auch Erfahrungen gemacht? Die hatten quasi, also ich habe das im Laufe der Zeit durch Versuche erfahren, Aufforderungscharakter. Ich sollte mit speziellen Menschen sprechen. Haben Sie diese Erfahrungen auch gemacht?

Ben Steultjens:

Sicher gibt es andere stimmenhörende Menschen, die so eine Erfahrung teilen können. Das war für Sie die perfekte Idee, mit den Stimmen umzugehen, wie Sie das beschrieben haben. Das ist für alle Menschen wichtig, gesunde und kranke, Freunde und Familie zu haben, um glücklich zu sein.



Sandra Escher,
Expertin durch Beruf,
wissenschaftl. Mitarbeiterin,
Maastricht, Niederlande

Stimmenhören und Selbstverletzung

Dr. Monika Hoffmann,
Expertin durch Beruf,
Psychologin, Vorstandsmitglied
des Netzwerkes, Berlin

**Einführung**

Was hat Stimmenhören mit Selbstverletzung zu tun? Nur wenige Stimmen hörende Menschen verletzen sich selbst. Eine Gemeinsamkeit erschließt sich eher über eine seit einiger Zeit stattfindende Verschiebung in der Wahrnehmung der beiden Phänomene, die ihren Ausgang beim Stimmenhören nahm und die sich nun langsam unter den therapeutisch Tätigen ausbreitet. Traditionellerweise näherte man sich ihnen mit einer distanzierenden Außensicht. Demnach sind Stimmenhören und Selbstverletzung Symptome einer zugrunde liegenden Störung, die es zu finden und zu behandeln gilt. Verletzt der Mensch sich weiterhin bzw. hört er weiterhin Stimmen, heißt das, die zugrunde liegende Störung ist noch nicht behoben. Durch die Wahrnehmung von Stimmenhören und Selbstverletzung als "Symptome" werden sie zu Problemen, die vollständig durch die jeweiligen Grundstörungen erklärt werden. Diese Sicht macht eine Auseinandersetzung mit dem, was die Stimmen sagen, oder mit den emotionalen Zuständen, in denen die Selbstverletzungen stattfinden, nicht zwingend notwendig.

Marius Romme und Sandra Escher entwickelten Ende der 90er Jahre einen ressourcenorientierten, die Innensicht der Betroffenen beachtenden Ansatz zum Umgang mit Stimmen. In diesem Ansatz ist das Stimmenhören nicht in erster Linie ein Symptom, sondern es ist eine Reaktion auf subjektiv überwältigende Lebenserfahrungen. Romme und Escher gehen nun davon aus, dass die Kenntnis der Lebensumstände zu Beginn des Stimmenhörens sowie das Bemühen um die Übersetzung der Metaphorik der Aussagen der Stimmen dem Stimmen hörenden Menschen dabei helfen, sich selbstbewusster mit den Stimmen auseinander zu setzen.

So hört eine Frau, die gute Gründe hat, sich betrogen zu fühlen, Stimmen, die sie ins Badezimmer verbannen. Nach Klärung ihrer Lebensumstände bei Beginn des Stimmenhörens wird ihr deutlich, dass die Stimmen sie vor einem erneuten Selbstmordversuch schützen, da das Badezimmer der einzige Ort in ihrer Wohnung ist, der keine Fenster hat, aus denen sie springen könnte. Ein anderer Mensch, der in seinem bisherigen Leben die meiste Energie darauf verwendet hat herauszufinden, was andere von ihm wollen, begann in einer Lebenskrise Stimmen zu hören, die ihn anfangs berieten und ihm die Welt erklärten, die aber anschließend die totale Kontrolle über sein Leben übernahmen und ihm nun keinen eigenen Entscheidungsspielraum mehr lassen. Oder eine junge Frau, die sich von ihrer Familie in beängstigender Weise kontrolliert und abhängig fühlt, hat Schwierigkeiten, den gegen ihre Mutter gerichteten scheinbaren Mordauftrag als Metapher für die Notwendigkeit der Veränderung der bisherigen Beziehung zu ihrer Mutter zu verstehen.

In diesem Ansatz wird dem Stimmen hörenden Menschen dabei geholfen zu verstehen, warum die Stimmen zu einem bestimmten Zeitpunkt in sein Leben getreten sind, und er wird angeleitet, selbstbewusst mit ihnen umzugehen. So kann sich die ins Badezimmer verbannte Frau nach der Entschlüsselung der Botschaft der Stimmen (Badezimmer = sicherer Ort, da fensterlos) konkre-

ter damit auseinander setzen, wie sie ihr Leben attraktiver gestalten kann, damit die Todessehnsucht abnimmt. Der Mensch, der seine eigenen Interessen und Wünsche bisher völlig vernachlässigt hat, merkt dieses Defizit erst unter dem Bombardement der Stimmen und fängt an, eigene Lebensziele und ein subjektives Weltverständnis zu entwickeln. Die junge Frau merkt nun, dass sie im Vorfeld einer neuen Beziehung zu ihrer Mutter erst einmal lernen muss, Grenzen zu setzen und eigene Ziele zu entwickeln.

Nachdem Sandra Escher und ich längere Zeit Erfahrungen mit diesem neuen Ansatz in der Arbeit mit Stimmen hörenden Menschen entwickelt hatten, haben wir beide - unabhängig von einander - angefangen, auch bei den sich selbst verletzenden Menschen auf diese ressourcenorientierte Innensicht zu achten. Unsere Überlegungen und erste Ergebnisse wollen wir Ihnen im Folgenden vorstellen.

Sandra Escher beginnt, indem Sie Ihnen das **Maastricht Interview zu Selbstverletzungen** an einem Beispiel vorstellen wird. Anschließend werde ich Ihnen **Definitionen** für Selbstverletzungen und Stimmenhören vortragen und die **Gemeinsamkeiten** und **Unterschiede** der beiden Phänomene herausarbeiten. Sandra Escher wird danach von den **Wünschen der Betroffenen an die Professionellen** berichten, die sie anhand der bisher in Holland durchgeführten Interviews zusammengestellt hat. Abschließend werde ich Ihnen **Überlegungen zur Therapie und Selbsthilfe** vorstellen.

Das Maastricht Interview zur Selbstverletzung, dargestellt an einem Beispiel Sandra Escher

Wir haben in Maastricht einen Interviewleitfaden für sich selbst verletzende Menschen entwickelt, der diesen Menschen helfen kann, die Erfahrung Selbstverletzung zu verstehen, zu lernen darüber zu reden, zu erfahren, in welchem Maß es ihre alltäglichen Lebensvollzüge beeinflusst, und herauszufinden, ob eine Beziehung zwischen Selbstverletzung und der jeweiligen Biographie besteht.

Der Interviewleitfaden umfasst 9 Themenkreise zur Selbstverletzung und einen Anhang für stimmenhörende Menschen, die sich außerdem selbst verletzen.

Interviewleitfaden für Menschen, die sich selbst verletzen

- **Aktuelle psycho-soziale Situation (Hintergrund)**
- **Art der Selbstverletzung/en**
- **Genese der Selbstverletzung**
- **Auslöser**
- **Beziehung zur Selbstverletzung**
- **Bewältigungsversuche**
- **Subjektive Erklärungen der Selbstverletzung/en**
- **Geschichte der professionellen Versorgung**
- **Soziales Netzwerk**

Anhang: Interviewleitfaden für stimmenhörende Menschen

- **Art des Stimmenhörens**
- **Auslöser**
- **Was sagen die Stimmen?**
- **Interpretation**
- **Einfluss der Stimmen**
- **Beziehung zu den Stimmen**
- **Bewältigungsversuche**

Ich möchte Ihnen den Leitfaden an einem Beispiel vorstellen:

Ann ist 35 Jahre alt. Ich traf sie zum ersten Mal in Maastricht bei einem Training der Interviewführung bei Stimmenhören. Sie wurde als Expertin aus Erfahrung durch einen anderen Stimmenhörenden Menschen empfohlen. Zum Zeitpunkt des Interviewtrainings war sie stationär untergebracht. Auf der Veranstaltung sprach sie zum ersten Mal mit anderen Menschen über ihre Stimmen. Kurz nach dieser Veranstaltung verließ sie das Krankenhaus und zog zu ihren Eltern. Ann ist fast blind und wartete auf einen Blindenhund. Zurzeit lebt sie immer noch zusammen mit ihren Eltern. Sie hat jetzt einen wunderbaren Blindenhund und fühlt sich sehr viel sicherer im Leben.

Aktuelle psycho-soziale Situation (Hintergrund)

Ann ist 35 Jahre alt. Sie lebt bei ihren Eltern. Körperlich leidet sie an einer vererbten Augenkrankheit, die langsam zur Erblindung führt. Außerdem hat sie eine psychiatrische Diagnose und lebt von Sozialhilfe.

Art der Selbstverletzung/en

Ann schneidet sich mit dem Messer die Unterarme auf. Als sie vor einem halben Jahr zu ihren Eltern zog, hatte sie sich vorgenommen, damit aufzuhören, weil sie ihre Eltern nicht damit konfrontieren wollte. Sie kann dieses Versprechen allerdings nicht einhalten.

In einer anderen Form von Selbstbeschädigung verbietet sich Ann: Nahrung, Getränke, Schlaf, sich wohl zu fühlen, soziale Aktivitäten, Hobbies, Freundschaften.

Ann nennt Selbstverletzung und Selbstschädigung "sich selbst bestrafen". Sie führt die Selbstverletzungen nur aus, wenn sie allein ist, weil die anderen die Gegenstände nicht sehen sollen, mit denen sie es tut.

Die Spannung, die letztlich zur Selbstverletzung führt, baut sich langsam unter dem Einfluss der Stimmen auf. Manchmal fangen die Stimmen, manchmal fängt Ann zuerst an über Selbstverletzung nachzudenken, dann drängen die Stimmen sie ständig, indem sie wiederholen "tu es!" Auf die Selbstverletzung folgt eine kurze Phase der Ruhe.

Genese der Selbstverletzung

Ann begann mit der Selbstverletzung im Alter von 17 Jahren, nachdem sie mit der Diagnose einer Psychose in die Psychiatrie eingewiesen worden war und sich in einer Isolierzelle befand. Die Psychose begann unmittelbar nach einem Umzug der Familie in eine andere Stadt, als die Eltern zu einem Urlaub wegfuhr und sie alleine in dem neuen Haus zurückblieb. Sie kannte niemanden und fühlte sich ungeschützt.

Auslöser der Selbstverletzung

Die wichtigsten Auslöser sind die Stimmen.

Situationen, die selbstverletzendes Verhalten auslösen können:

- Ein paar Tage allein zu Hause
- Wenn sie sich in der Nacht ängstigt
- Zugang zu Medikamenten (Ann hat jetzt eine Vereinbarung mit ihrer Mutter, die die Medikation verwaltet, wenn Ann die Medikamente selbst verwalten würde, würde sie sofort eine Überdosis nehmen.)

Gefühle, die mit selbstverletzendem Verhalten verbunden sind

- Einsamkeit
- Gefühl der inneren Leere
- Schuldgefühle
- Verachtung
- Ärgerlich werden
- Angst
- Kontrollverlust
- "wenn ich zu nichts imstande bin"

Was gibt mir die Selbstverletzung ?

Ein vorherrschend positives Gefühl. Einige Minuten der Zufriedenheit: "Ich fühle mich völlig entspannt, die Stimmen lassen nach und lassen mich für eine Viertelstunde allein." Negative Gefühle wie Einsamkeit, Gleichgültigkeit, Selbstverachtung und Leere folgen erst später.

Was will ich mit selbstverletzendem Verhalten ausdrücken?

"Ich möchte bestimmte Gefühle ausdrücken, die ich mit Worten nicht ausdrücken kann. Ich verliere mich und finde mich wieder durch Selbstverletzungen."

Gibt es andere Möglichkeiten, dasselbe Ziel zu erreichen?

"Darüber habe ich nie nachgedacht." Ann verletzt sich jedoch seit 1 ½ Jahren seltener. Sie lebt jetzt in einem eigenen Zimmer, ist selbstbewusster geworden und fühlt sich sicher.

Beziehung zur Selbstverletzung

Ann hat nicht das Gefühl, sich selbst zu verletzen, während der Tat fühlt sie gar nichts. Sie macht die Stimmen verantwortlich für die Selbstverletzung. Ihre Einstellung zur Selbstverletzung hat sich, seitdem sie mit ihren Eltern zusammenlebt, verändert. Sie möchte ihre Eltern nicht mit selbstverletzendem Verhalten konfrontieren, da sie befürchtet, wieder in die Psychiatrie eingewiesen zu werden. Sie ist jetzt häufiger imstande, nein zu den Stimmen zu sagen.

Bewältigungsversuche

- Sie lässt Zeit verstreichen, bis sie die Befehle der Stimmen, sich selbst zu verletzen, ausführt.
- Ihre Freundin anrufen und sie besuchen gehen. Diese Strategie wendet sie sowohl auf die Stimmen als auch auf die Selbstverletzungen an.
- Tägliche Medikation, die sowohl den Umgang mit den Stimmen als auch den mit den Selbstverletzungen erleichtert.

Am häufigsten angewendete Bewältigungsstrategie

Den Stimmen zuhören und seit einiger Zeit immer häufiger selbst entscheiden, ob sie die Befehle der Stimmen befolgen will. Resultat ist ein Gefühl der Erleichterung in ihrem Kopf.

Geschichte der professionellen Versorgung

Ann wurde bisher fünfmal nach psychotischen Einbrüchen eingewiesen.

Was meint Ann zu brauchen?

Wenn Ann sehr ängstlich ist, kann sie nicht mehr essen oder trinken. Sie wird dann empfindungslos und wünscht sich, dass die Menschen ihrer Umgebung mit ihr sprechen, um herauszufinden, was sie blockiert. Außerdem hätte sie gern für einige Tage eine etwas höhere Dosierung ihrer Medikation.

Eine andere Form der gewünschten Unterstützung ist, immer einen Blindenhund zu haben, so dass sich sicher fühlen kann, wenn sie rausgeht.

Anhang: Interviewleitfaden für Stimmen

Art der Erfahrung

Ann hört täglich die Stimmen von zwei 35jährigen Männern. Einer nennt sich **Führer**, der andere **Begleiter**. Durch das, was sie sagen, wirken sie negativ. Der Führer spricht häufiger als der Begleiter. Die Stimmen gehören zu keiner Ann bekannten Person. Allerdings erinnert ihre Aggressivität Ann an die Männer, die sie vergewaltigt haben und die ihr verboten haben, darüber zu sprechen.

Auslöser

"Die Stimmen kommen, wenn ich schöne Dinge tue, wie zum Beispiel meinen Bruder besuchen. Ich mag das und dann werden die Stimmen aggressiv und laut, so dass ich den Besuch nicht genießen kann." Tatsächlich tauchen die Stimmen immer auf, wenn Gefühle involviert sind.

Ungewissheit

“Sie beseitigen meine Zweifel, aber sie unterstützen mich in die falsche Richtung.”

Angst

“Die Stimmen machen mich ängstlicher.”

Zweifel

“Sie übernehmen und sagen mir, was ich tun soll.”

Wut

“Wenn ich wütend werde, halten die Stimmen sich zurück. Wenn die Wut dann nachlässt, z.B. nachdem ich einen Teller auf den Boden geworfen habe, sagen sie jedoch: *das war gut, aber du kannst das besser!* Man kann jedoch nicht sagen, dass ich leicht wütend werde. Dafür muss viel passieren.”

Sexuelle Gefühle anderer

“Machen mir Angst .”

Traurigkeit

“Wenn ich niedergeschlagen bin und traurig über mich und mein Leben, dann sagen die Stimmen: *Warum machst du nicht Schluss, das wird nie besser werden.*”

Depression

“Wenn ich bedrückt bin, reden die Stimmen über Selbstmord. *Du bist wertlos*, sagen sie dann.“

Glück

“Die Stimmen wollen nicht, dass ich glücklich bin.”

Lebensgeschichte

Ann wurde im Alter von 11 Jahren von 5 Jungen in einem Park nahe ihrem Elternhaus vergewaltigt. Kurz danach fingen die Stimmen an. Ihre Eltern merkten nichts davon und Ann sprach nicht darüber. Seit der Zeit haben die Stimmen nie mehr aufgehört.

Traumatisch wirkten sich für Ann der Umzug und die Vergewaltigungen aus. Insgesamt wurde sie 5 mal vergewaltigt: das erste Mal mit 11 Jahren, das zweite Mal als sie 24 Jahre alt war, das dritte und vierte Mal vor 2 Jahren und das fünfte Mal im letzten Jahr. Die letzten drei Male wurde sie von demselben Mann auf dem Gelände der Psychiatrie vergewaltigt. “Es passierte immer im Sommer. Niemand glaubte mir, aber ich habe den Pförtner informiert. Er verfolgte den Mann im Auto, aber er konnte entkommen, da er Fahrrad fuhr und durch Pfähle geschützte Wege benutzte.” Aus der letzten Vergewaltigung resultierte eine Schwangerschaft. Die Vergewaltigungen könnten eine Folge der geringen Sehfähigkeit sein. Ann kann fast nichts sehen und kann daher auch nur schlecht erkennen, ob eine Situation gefährlich ist.

Definitionen *Monika Hoffmann*

Mit den Definitionen möchte ich besonders die Personen ansprechen, die bisher wenig Erfahrung mit den Phänomenen haben oder die bisher nur mit in einer traditionellen Sicht der Phänomene konfrontiert wurden

Definition selbstverletzenden Verhaltens

- Ein freiwillig gegen den eigenen Körper gerichteter gewalttätiger Ausdruck von Spannung und emotionalem Schmerz, die beide dadurch für eine Weile verringert werden. Das heißt, Selbstverletzung ist in erster Linie eine Bewältigungsstrategie.
- Selbstverletzendes Verhalten ist zielgerichtet und wird oft in einer Art Ritual ausgeführt. Es geschieht ohne den Wunsch, sich zu töten. Ziel ist vielmehr sofortige Spannungsreduktion, kurzfristiges Wohlbefinden und Verringerung von Angst, Stress, Unbehagen.
- Selbstverletzungen bewirken chemische Veränderungen im Körper, die Glücksgefühle auslösen können.
- Es gibt bisher keine genauen Zahlen, wie viele Menschen von diesem Phänomen betroffen sind. Frauen scheinen häufiger betroffen zu sein, auf jeden Fall suchen sie häufiger als Männer wegen selbstverletzenden Verhaltens nach Hilfe (weil sie historisch besser darauf vorbereitet sind, als Opfer wahrgenommen zu werden?).

Definition Stimmenhören

- Das Hören einer oder mehrerer Stimmen, die gleichzeitig anwesende Menschen nicht hören können. Das Phänomen tritt in allen Kulturen bei 3 bis 5 Prozent aller Menschen auf.
- Die Stimmen können von bekannten oder von unbekannten Personen stammen, sie können menschlich oder wie Automaten klingen, sie können kaum verständlich murmeln oder klar verständlich sprechen.
- Sie können banale Alltäglichkeiten berichten, die Handlungen des Menschen neutral oder bewertend kommentieren, sie können hilfreiche, tröstliche Anweisungen geben oder sie können übelste Beschimpfungen ausstoßen sowie Scham verletzende und gegen Moral und Gesetze verstoßende Befehle geben.
- Die Frequenz des Stimmenhörens bewegt sich bei verschiedenen Menschen zwischen den Extremen: ein paar Mal in mehreren Jahren bis zu in jeder wachen Minute.
- Die Stimmen können sich anhören, als ob sie von draußen kommen (= ein anderer Mensch/eine Macht spricht), oder sie werden als im Körper sprechend (meist Kopf aber auch Leib) wahrgenommen.
- Stimmen hörende Menschen unterscheiden sich maßgeblich in Bezug auf die Kontrolle, die sie über das Stimmenhören ausüben können.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Stimmenhören und sich selbst verletzendem Verhalten

Da sich die Sichtweise von Professionellen und Betroffenen nicht immer deckt, werde ich im Folgenden deren Ansichten soweit nötig getrennt darstellen.

Gemeinsamkeiten aus der Sicht der Betroffenen

Vorläufer beider Phänomene sind oft extreme emotionale und/oder physische Belastungen. Viele stimmenhörende Menschen sowie sich selbst verletzende Menschen berichten von Zeiten emotionalen Missbrauchs. Sie waren die Aschenputtel in ihren Familien oder waren Zeugen extremer Gewalt gegen andere Familienmitglieder und viele berichten von sexuellem und/oder körperlichem Missbrauch in Kindheit und Jugend.

Beide Erscheinungen treten verstärkt in akuten Spannungssituationen auf und beide verstärken langfristig Einsamkeit und Entfremdungsgefühle, so lange die Erfahrungen anderen verborgen gehalten werden müssen. Damit beginnt ein Teufelskreis: Schweigen führt zu Einsamkeit, Einsamkeit schafft Stress, Stress führt zur Verstärkung des Zwangs zur Selbstverletzung bzw. in Stresssituationen nimmt die Intensität und Frequenz der Stimmen zu.

Gemeinsamkeiten aus der Sicht der Professionellen

Beide Phänomene werden traditionell als Symptome schwerer psychischer Störungen verstanden. Als am häufigsten mit Stimmenhören verbundene Störung werden Psychosen aus dem

schizophrenen Formenkreis gesehen und selbstverletzendes Verhalten wird meistens als Symptom einer Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline betrachtet. Diese Sichtweise verführt dazu, das Symptom nicht so ernst zu nehmen und stattdessen die theoretisch angenommene Grundstörung zu behandeln. Das heißt, es werden immer noch zu selten Gespräche über den Inhalt der Stimmen bzw. über die Tatsache, welche Spannung denn durch die Selbstverletzung gelöst werden sollte, geführt. Mehr darüber bei den Folgerungen für die Therapie.

Unterschiede aus der Sicht der Betroffenen

Während die Selbstverletzung im Allgemeinen als selbst zugefügte und selbst gewählte Handlung verstanden wird (*“daran kann niemand zweifeln”* ; *“die Narben sind die Landkarten meiner Seele”*) – Ann, die ihre Stimmen als verantwortlich für ihr selbstverletzendes Verhalten wahrnimmt, stellt hier eine Besonderheit dar -, verstehen nur sehr wenige stimmenhörende Menschen ihre Stimmen als selbst gewählt. Statt einer selbst gewählten Bewältigungsstrategie zur wenigstens kurzfristigen Lösung von Spannung, passieren ihnen die Stimmen. Besonders am Anfang des Stimmenhörens fühlen sich die Betroffenen von den Stimmen überwältigt.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied, der sich erst im längeren Verlauf der Phänomene entwickelt, bezieht sich auf die Fähigkeit zur Kontrolle der Phänomene. Sich selbst verletzende Menschen begeben sich oft deshalb in Therapie, weil sie die Kontrolle über ihre komplizierte Bewältigungsstrategie verloren haben und befürchten, dass sie sich damit ungewollt umbringen könnten. Viele stimmenhörende Menschen können sich aus der Passivität ihren Stimmen gegenüber lösen und anfangen, sich gegen die Stimmen zu wehren und wieder selbst zu entscheiden, wann sie ihnen Gehör schenken wollen und wann nicht.

Während selbstverletzendes Verhalten wenigstens kurzfristig Spannung reduziert, erhöht das Stimmenhören bei den meisten Betroffenen die Spannung. Allerdings berichten einzelne stimmenhörende Menschen davon, dass ihre Stimmen eine Art Kopfkino darstellen können und so eine Gegenwehr gegen Langeweile bilden. Häufig ist auch die Schilderung, dass die Stimmen am Anfang durchaus tröstlich und unterstützend wirkten. Die meisten stimmenhörenden Menschen, die das erleben, erzählen aber von einem späteren Umschlagen in Bösartigkeit, nachdem sie den Stimmen völlige Kontrolle über ihr Leben überlassen hatten.

Wenn die Kommunikation zwischen sich selbst verletzenden Menschen und ihren Helfern völlig entgleist ist, lernen manche von ihnen, dass sie Selbstverletzung als ein Mittel der Kommunikation einsetzen können – nach dem Motto, wenn du nicht tust, was ich will, dann muss ich mich verletzen. Manche Professionelle scheinen allerdings daran zu krankn, dass sie jede Form der Selbstverletzung ihrer Patienten als gegen sich gerichtet wahrnehmen. Dieses Problem taucht beim Stimmenhören extrem selten auf.

Unterschiede aus der Sicht der Professionellen

Selbstverletzungen konfrontieren Professionelle, die sich allein dem Opfer zuwenden wollen, mit einem schwer aufzulösenden Dilemma, da die Trennung zwischen Opfer und Täter bei der Selbstverletzung nicht mehr in unkomplizierter Form gelingt. Der sich selbst verletzende Mensch stellt Opfer (er ist verwundet) und Täter (er hat die Verletzung zugeführt) in einer Person dar. Als Konsequenz werden die selbst zugefügten Wunden in den Rettungsstellen oft mit weniger Sorgfalt versorgt, als möglich wäre. Wenn die Gleichzeitigkeit von Opfer und Täter in einer Person kaum zu verstehen ist, neigt man auch mehr dazu, Selbstverletzungen als Manipulationsversuche wahrzunehmen, gegen die man sich abgrenzen muss.

Stimmenhören, das von Professionellen wie von Betroffenen zu oft als passiv zu erdulden- de Erscheinung verstanden wird, löst andere Probleme aus, da die Professionellen sich in diesem Fall ja mit einem Opfer konfrontiert sehen. Eher machen sie in ihrer Sprache nicht deutlich genug, dass sie wissen, dass die betroffene Person tatsächlich Stimmen hört, obwohl andere Menschen die Stimmen nicht hören können. Vor allem werden Stimmen immer noch zu oft nur als Hinweis auf notwendige Dosiserhöhungen verstanden und für die Inhalte interessieren sich die Professionellen erst dann, wenn die Stimmen zum Selbstmord auffordern.

Wünsche der Betroffenen an die Professionellen *Sandra Escher*

Kritik der Selbstverletzer am Gesundheitssystem:

· Ich wurde nicht ernst genommen

- Wenn ich sage, dass ich in einer Krise bin, wird das nicht ernst genommen.
(*Die entscheiden allein, ob es gefährlich ist, mich haben sie nicht gefragt*).

· Sie setzten mir Grenzen

- Ich sollte versprechen, mich nicht zu verletzen
- Ich sollte einen Vertrag schließen
- Ich wurde für mein Verhalten bestraft

· Sie wollten nicht über meine Vergangenheit sprechen

- Sie befürchteten, dass ich dann dekompensieren könnte
- Die Vergangenheit ist mein Problem, darüber möchte ich reden
- Ich musste meine Vergangenheit unterdrücken und ihre Art der Versorgung akzeptieren

· Wie sie auf meine Narben reagierten

- Ich sollte sie verbergen
(*damit macht man es sich zu einfach*)
- Ihre Einstellung verursachte Konflikte: Meine Narben gehören zu mir, sie sind die Landkarte meines Lebens.
- Wenn sie frische Narben sahen, wollten sie über die Schmerzen reden. Zu dem Zeitpunkt tat mir aber nichts mehr weh, dann wollte ich nicht reden.

· Fehlende Kontinuität im Gesundheitssystem durch

- Personalwechsel
- fehlende Therapieangebote
- der Therapeut/die Therapeutin passt nicht zu mir
- oder der Therapeut/die Therapeutin erkennt mein Problem nicht und sendet mich von Pontius zu Pilatus

Was ich brauche:

- eine Sicherheit vermittelnde Beziehung
- Ich muss mich sicher fühlen

Was hilft aus der Sicht der Experten aus Erfahrung:

Ratschläge für Therapeuten und Familienmitglieder:

- Echtes Mitgefühl zeigen: Wie: "Wie schade, dass es dir so schlecht geht"
(*durch echtes Mitgefühl bleibt es mein Problem und wird nicht zu ihrem Problem*)
- Übernimm nicht die Verantwortung für die Art und Weise, wie ich mit meinem Leben umgehe: (*glaub nicht, dass **du** keinen Erfolg hast, wenn **ich** mich selbst verletze*)
- Stell normale Fragen ohne (verborgene) Bewertungen
Wie: "Was kann ich für dich tun?", "Was möchtest du, dass ich tue?"
- Bestraf mich nicht: weise mich nicht zurück. Wenn ich mich verletze, bin selbst am verletzlichsten.

Ratschläge für alle:

- Nutze den Erfahrungsschatz, d.h.: *Für Experten aus Erfahrung:*
Fang an, Deine Erfahrungen aufzuschreiben; geh in eine Selbsthilfegruppe; erkenne Deine Auslöser. Lerne, was Dir gut tut und was Du vermeiden musst. Nutze Deinen eigenen Verstand, sei kritisch und werde weiser.
- *Für Therapeuten:* Ich kann sprechen. Ich weiß, wie ich mich fühle. Ich habe gelernt, was hilft und was nicht hilft. Ich habe aus meinen Erfahrungen gelernt. Benutzen Sie also nicht nur Ihre Theorie. Warum fragen Sie mich nicht, um auch meine Erfahrung zu nutzen.

Ratschläge für andere Experten aus Erfahrung:

- Triff Entscheidungen, lerne, mit Deinem Leben klar zu kommen:
- Mach kleine Schritte. Jeder lange Weg setzt sich aus vielen kleinen Schritten zusammen.
- Jede Entscheidung ist ein Schritt in die Richtung von mehr Kontrolle über Dein Leben. (Wie: Ich habe die Entscheidung getroffen, mich seltener selbst zu verletzen. Es war der erste Schritt in die Richtung zu lernen, mit mir selbst zu reden und mir zu sagen: nichts ist es wert, dass ich mich deswegen selbst verletze.)

Folgerungen für Therapie und Selbsthilfe *Monika Hoffmann*

Wer an einem ressourcenorientierten, die Innensicht beachtenden Therapieansatz interessiert ist, nutzt natürlich all sein therapeutisches Wissen und seine therapeutischen Erfahrungen, darüber hinaus sucht er aber vorrangig nach der Beantwortung folgender Fragen:

- Welche Hilfe/Unterstützung wünscht sich dieser Mensch von der Therapie? D.h. ich gehe bei einer sich selbst verletzenden Person heute nicht mehr fraglos davon aus, dass sie ihr selbstverletzendes Verhalten aufgeben will. Auf die Frage: "Möchten Sie Hilfe bei dem Versuch, das Schneiden aufzugeben", habe ich schon häufiger die Antwort bekommen: "Um Gottes willen nein, dann hätte ich ja kein Sicherheitsventil mehr!" Ich habe auch auf die Frage, ob die Stimmen verschwinden sollen, gehört: "Nein, dann habe ich ja kein Gewissen mehr!"
- Wie gelingt es diesem Menschen trotz seiner Probleme so gesund zu sein, wie er trotz allem ist? Wir Professionellen neigen dazu, die Lebensleistung zu unterschätzen, die darin liegt, dass jemand seine Probleme bis heute überlebt hat. Die Beantwortung der Frage kann dabei helfen, Ressourcen zu erkennen und damit das Selbstbewusstsein des ratsuchenden Menschen zu unterstützen.
- Welche Selbsthilfeversuche hat der Mensch bisher unternommen und mit welchem Erfolg? Oft kann auf diesen Erfahrungen im gemeinsamen Arbeiten aufgebaut werden bzw. es kann gemeinsam analysiert werden, warum die bisherigen Versuche nicht erfolgreich sein konnten, sprich, was kann aus früheren Fehlern gelernt werden?
- Was im Leben dieses Menschen wäre noch schlimmer, wenn er dieses Problem **nicht** hätte? Mit anderen Worten, wovor schützt ihn dieses Problem? Wird diese Frage zu früh gestellt, muss sie zynisch wirken. Zum richtigen Zeitpunkt diskutiert, kann verständlich werden, warum zu bestimmten Lebenszeitpunkten nur diese Problemlösestrategie zur Verfügung stand und warum man sie heute gegen eine hoffentlich günstigere, langfristig weniger Probleme schaffende, austauschen kann.
- Wie können wir dem ratsuchenden Menschen dabei helfen, wieder Verantwortung für sein Leben zu übernehmen? Ron Coleman, ein Stimmenhörer, nennt diesen Schritt "From Victim to Victor". Professionelle neigen dazu, sich mit dem Opfer zu solidarisieren und es schützen zu wollen. Das wird immer dann problematisch wenn TherapeutInnen sich so stark mit einem traumatisierten Menschen solidarisieren, dass ihnen die Fantasie für Zukunftsentwürfe ausgeht, oder wenn sie sich gegen den Täteranteil (den sich schneidenden, brennenden Menschen) aggressiv abgrenzen müssen und in der

Folge die sich selbst verletzende Person meinen bestrafen zu müssen. Häufig verfangen sich TherapeutInnen aber auch mit ihren KlientInnen in der Frage der Vergebung. Wenn ein traumatisierter Mensch wieder Anschluss an ein selbstbestimmtes Leben findet, heißt das nicht, dass er dem Verursacher seines Traumas verzeihen hat. Der traumatisierte Mensch kann ein neues Leben beginnen, ohne dass er damit die Verursacher seines Traumas freispricht. Er stellt damit nur unter Beweis, dass er stark ist. Fortbildung und Supervision sind notwendige Hilfsmittel für TherapeutInnen, die mit sich selbst verletzenden Menschen arbeiten.

Folgerungen für die Selbsthilfe der sich selbst verletzenden Menschen

Die im Folgenden dargestellten Sicherheitsregeln und Fragen für sich selbst verletzende Menschen wurden von einer Selbsthilfegruppe in Bristol, England, erarbeitet und konnten lange Zeit im Internet abgerufen werden.

Sicherheitsregeln

- Tauschen Sie Schneidewerkzeuge nicht mit anderen aus, Sie könnten sich gegenseitig anstecken (Hepatitis, HIV etc.)
- Versuchen Sie, flach zu schneiden. Haben Sie einen Erste-Hilfe-Kasten parat und informieren Sie sich über Notmaßnahmen.
- Tun Sie nur gerade das Notwendigste, um Ihren Druck zu erleichtern. Setzen Sie sich Grenzen. Entscheiden Sie, wie viel Sie sich gestatten zu tun (wie viele Schnitte, wie viele Verbrennungen, Verletzungen, wie tief, wie schwer, wie viel Zeit Sie auf die Selbstverletzung verwenden wollen). Halten Sie die Grenzen ein, reinigen und versorgen Sie die Wunden anschließend. Wenn Sie das einhalten können, haben Sie schon einmal etwas Kontrolle über das selbstverletzende Verhalten hergestellt.

Fragen, die Sie sich vor einer Selbstverletzung stellen können

1. Warum muss ich mich jetzt selbst verletzen? Was hat mich darauf gebracht?
2. War ich schon einmal an diesem Punkt? Was habe ich damals getan, um damit klar zu kommen? Wie fühlte ich mich damals?
3. Was habe ich bis jetzt getan, um den augenblicklichen Druck zu verringern? Was könnte ich noch tun, was mir nicht weh tut?
4. Wie fühle ich mich jetzt gerade?
5. Wie werde ich mich fühlen, wenn ich mich selbst verletze?
6. Wie werde ich mich fühlen, nachdem ich mich verletzt habe? Wie werde ich mich morgen fühlen?
7. Kann ich diesen Auslöser vermeiden oder kann ich in Zukunft besser mit ihm umgehen?
8. Muss ich mich selbst verletzen?

Folgerungen für die Selbsthilfe von stimmenhörenden Menschen (Romme & Escher)

Erste Strategien, um wieder Kontrolle über die Stimmen zu erlangen

- Den Stimmen antworten
- Den Stimmen eine bestimmte Zeit und eine bestimmte Dauer der Anwesenheit zubilligen
- Stimmen für eine Weile wegschicken
- Aufschreiben, was die Stimmen sagen und wollen
- Überprüfen, ob das, was die Stimmen sagen, zutrifft
- Grenzen ziehen
- Befehlsausführungen hinausschieben
- Verschiedene Befehle gegeneinander austauschen und lernen, Ärger auszudrücken
- Vorhersehen, was die Stimmen sagen werden
- Sich mit jemanden über die Stimmen austauschen

Stimmenhören, Selbstverletzungen (k)eine Katastrophe?

Zusammenfassend kann festgehalten werden, Stimmenhören und Selbstverletzung sind keine unkontrollierbaren Naturereignisse, sondern Reaktionen auf subjektiv überwältigende Lebensereignisse. Wie das Beispiel von Ann und die weiter oben angeführten Kurzbeispiele zeigen, können sonst schwer verständliche Phänomene in konkrete Handlungsanweisungen übersetzt werden, wenn man den Zusammenhang zur Biographie des davon betroffenen Menschen herstellt.



Netzwerk Stimmenhören - gestern, heute, morgen

Hannelore Klafki, Expertin durch Erfahrung, Vorstandsmitglied des Netzwerkes, (Berlin)

Vom Opfer zur Expertin - in eigener Sache

Ich bin jetzt 51 Jahre alt. Mit 16 - vor 35 Jahren – hörte ich das erste Mal Stimmen. Aus Angst, für verrückt erklärt zu werden, erzählte ich niemandem von den Stimmen. Es gelang mir, nach anfänglichen großen Schwierigkeiten und ersten Psychiatrieaufenthalten, mich so mit den Stimmen zu arrangieren, dass sie mein Leben nicht wesentlich beeinträchtigten. Sie begleiteten mein Leben, gehörten zu mir und gaben mir Ratschläge und Tipps. Wenn sie mal zu aufdringlich waren, konnte ich sie wie ungezogene Kinder zurückweisen.

Alles lief gut, bis ich fast zwanzig Jahre nach dem ersten Auftreten der Stimmen durch verschiedene Ereignisse in eine schwere Lebenskrise geriet. Ich befand mich in einer für mich damals ausweglosen Situation.

**Menschen gibt es so wie mich,
die am Leben fast zerbrochen.
Vegetieren jämmerlich
lautlos unter vielen Sprachen.**

Dadurch verwandelten sich die Stimmen und wurden zu bedrohlichen Quälgeistern. Ich suchte Hilfe in der Psychiatrie und erzählte von den jetzt sehr Angst machenden Stimmen. Meine Odyssee in der Psychiatrie begann. Ich bekam alle möglichen Psychopharmaka, die die Stimmen abtöten sollten, doch nichts half. Immer öfter war ich in der Psychiatrie, wo mir versichert wurde, dass ich sehr schwer psychisch erkrankt sei - im Laufe dieser Zeit erhielt ich sechs verschiedene psychiatrische Diagnosen. Das hatte zur Folge, dass ich mich immer mehr isolierte, mich aufgab und mein Leben nicht mehr in den Griff bekam. Meine ausweglose Situation wurde durch die Psychopharmaka und Diagnosen noch verstärkt und drängte mich lange Zeit in eine hoffnungslos kranke Opferrolle.

**Klinik, Pillen und Psychiater
wollten mir behilflich sein,
mir kam's vor wie ein Theater,
war auf dieser Welt allein.**

Dann kam es zu einer Wende in diesem Karussell aus Isolation, Klinik und immer neuen Medikamenten. Ein Mitpatient schleppte mich in einen psychosozialen Treffpunkt. Hier traf ich auf eine sehr engagierte Sozialarbeiterin, die in mir nicht nur die schwer psychisch kranke Frau sah, son-

dern ganz "normal" mit mir redete. Zuerst konnte ich es gar nicht fassen, dass da plötzlich jemand mit mir wie mit einem "normalen" Menschen sprach. Zum ersten Mal nach langer Zeit fühlte ich mich ernstgenommen.

Diese Sozialarbeiterin war eine der ersten, die in Deutschland Anfang der 90er Jahre begannen, das Phänomen Stimmenhören näher zu betrachten. PsychiatriemitarbeiterInnen, wie z.B. Ursula Plog, Thomas Bock und Monika Hoffmann, organisierten erste Arbeitsgruppen und kleinere Veranstaltungen zum Thema. Sie stellten Forschungsergebnisse aus den Niederlanden von Marius Romme und Sandra Escher vor, die belegten, dass viele der Betroffenen gut mit dem Phänomen leben können und nie PatientInnen der Psychiatrie waren. Mehr und mehr Betroffene wurden dadurch ermutigt, über ihr Erleben zu sprechen. Auch ich fing langsam wieder an, mich an die Jahre mit den Stimmen ohne Psychiatrie zu erinnern, die vollkommen weggedrängt waren. Ganz allmählich begann ich, mich zu wehren. Ich gründete eine Selbsthilfegruppe in Berlin, fast zeitgleich mit Günther Rieger in Kiel. 1997 besuchten wir eine erste größere Veranstaltung in Hamburg, auf der schon ein erstes kleines Netzwerk entstand. Spontan lud ich zu einem weiteren Treffen im gleichen Jahr in Berlin ein. In weiteren Städten fanden sich Betroffene in Selbsthilfegruppen zusammen.

Voller neuer Impulse und voller Elan kam ich wieder nach Berlin zurück. Wir müssen in Berlin unbedingt auch ein Netzwerk schaffen! Aber wer hilft? Wo finde ich MitstreiterInnen? Ich stürzte mich in die Arbeit, war zwischendurch logischerweise doch sehr erschöpft, fiel auf die Nase und landete ein letztes Mal in der Psychiatrie. Hier war ich aber diesmal nur ein paar Tage. Zu empört war ich darüber, wie ich dort "behandelt" wurde. Die Psychiater meinten, dass ich mich doch erst einmal um mich selber kümmern müsste, damit ich meine "Krankheit" in den Griff bekäme. Denn jetzt hätten sie endlich die richtige Diagnose für mich, nämlich "manisch/depressiv"! Dafür hätten sie nun auch die richtigen Psychopharmaka. Ich glaubte, nicht richtig zu hören, und entließ mich selber. Seitdem war ich nicht mehr in der Psychiatrie, habe keine Psychopharmaka mehr genommen und keine neue Diagnose mehr bekommen.

**Ärzte gebt mir keine Pillen,
lasst mich aus dem Käfig raus!
Brecht mir nicht mehr meinen Willen,
denn das halte ich nicht aus!**

Nach der Entlassung stürzte ich mich wieder in die Arbeit und bereitete den ersten Kongress im Rathaus Neukölln vor. Viele ließen sich durch meine Begeisterung anstecken und plötzlich waren wir eine kleine, aber tolle Gruppe. Dadurch, aber auch durch die große Unterstützung der oben erwähnten Sozialarbeiterin, ihrer KollegInnen und Psychiatrie-Erfahrenen aus Schöneberg wurde es eine gelungene Veranstaltung. Hier lernten die TeilnehmerInnen Ron Coleman kennen, der sein berühmtes Referat "From Victim to Victor" (vom Opfer zum Sieger) hielt. Er half, alle so zu motivieren, dass die Gründung des deutschen Netzwerks Stimmenhören als Verein beschlossen wurde. 1998 fand die Gründungsveranstaltung des NeSt statt, in dem seit-dem Stimmen hörende Menschen, Angehörige und in der Psychiatrie Berufstätige organisiert sind. Ziel aller drei Gruppen im NeSt ist, Krisen vorzubeugen, um Klinikaufenthalte zu vermeiden beziehungsweise zu minimieren. Im Laufe der Jahre wurde das NeSt immer bekannter. Mit der Erhöhung des Bekanntheitsgrades wuchsen die Aufgaben und im Laufe der Zeit vergrößerte sich nach und nach das Team. Alle arbeiten ehrenamtlich und nach wie vor finanziert sich das NeSt ausschließlich durch Mitgliedsbeiträge und gelegentliche kleine Spenden.

Schwerpunkte der Arbeit des NeSt sind die "Hilfsangebote alternativ zur Psychiatrie" und die "Information und Öffentlichkeitsarbeit". Ziel der Hilfsangebote ist, den Betroffenen ein "normales" Leben zu ermöglichen und somit Psychiatrieaufenthalte zu vermeiden. Wir betrachten Stimmen hörende Menschen nicht als Kranke, sondern als Menschen in Not, die mit ihren Stimmen ernst genommen werden wollen. Wir versuchen, zu entkatastrophieren und zu normalisieren, indem wir das Stimmenhören nicht als Symptom einer Krankheit, sondern als außergewöhnliche Wahrnehmung ansehen. Damit möchten wir den Betroffenen helfen, einen konstruktiven Umgang mit den Stimmen zu entwickeln, damit sie ihr Leben wieder selbst in die Hand nehmen können. So,

wie auch ich es wieder gelernt habe. Dazu zählen unsere unterschiedlichen Gruppen und die Beratung. Über das Bundesgebiet verteilt hat das NeSt inzwischen weitere Gruppen und Kontaktpersonen und hilft bei der Gründung neuer Gruppen.

Im Bereich "Information und Öffentlichkeitsarbeit" soll das Anliegen des NeSt: "Wer Stimmen hört, muss nicht automatisch krank sein!" in der Gesellschaft verbreitet werden. Damit soll die Akzeptanz von Menschen mit außergewöhnlichen Wahrnehmungen gefördert und somit die Stigmatisierung und Chronifizierung der Betroffenen vermieden werden. Ich bin das beste Beispiel dafür, wie schnell ein Mensch pathologisiert werden kann.

Hätte es das alles schon damals gegeben, als ich in diese schwere Lebenskrise geriet, wäre mir die Psychiatrisierung sicher erspart geblieben. Aber hätten wir das alles immer noch nicht, würde ich heute vielleicht einer der so genannten chronischen Fälle sein: eine von vielen Betroffenen, die ihr Leben ohne Psychopharmaka, Unterstützung und Betreuung nicht führen könnte. Gott sei dank habe ich mich aus der Opferrolle befreien können. Hier war und ist Ron Coleman ein großes Vorbild für mich geworden. Ich sage zwar nicht, dass ich mich vom Opfer zur Siegerin entwickelt habe (wie er), aber ich habe mich vom Opfer zur Expertin durch Erfahrung - zu einer Expertin in eigener Sache entwickelt.

Dafür danke ich dem NeSt. Ohne mein Engagement für das NeSt würde ich nicht da stehen, wo ich heute stehe. Ich sage immer: indem ich versuche, anderen zu helfen, helfe ich auch immer mir selber. Seit Juni höre ich nun keine Stimmen mehr. Das ist sicher eine logische Entwicklung. Die Psychiatrie war keine Hilfe für mich. Sie verstärkte meine Ohnmacht und hielt mich in der Opferrolle gefangen. Deshalb war das NeSt für mich so wichtig. Ich brauchte diese Aufgabe auch für mich und deshalb konnte ich mich auch so voller Elan in die Arbeit stürzen. **Das** hat mir geholfen!

**Ich will leben, endlich leben,
lachen, froh und glücklich sein,
auch mal weinen, alles geben,
um endlich wieder ICH zu sein.**

Das NeSt und ich – wir beide haben uns gegenseitig gebraucht und von einander profitiert. Es war ein gegenseitiges Geben und Nehmen. Streckenweise konnte ich mir mein Leben ohne das NeSt gar nicht mehr vorstellen. Doch die Entwicklung geht weiter. Immer öfter werde ich gefragt, ob ich mich nicht auch in anderen Bereichen der Psychiatrie engagieren könnte. Ich antwortete immer: Leute, Ihr könnt mich nicht verheizen, ich kann mich doch nicht zerteilen und auf jeder Hochzeit tanzen. Gleichzeitig sehe ich aber, dass noch immer viel in der Psychiatrie zu kritisieren ist. Wenn ich die einzelnen Geschichten der Betroffenen höre, bleibt mir vor Empörung manchmal regelrecht die Sprache weg. Unter anderem auch deswegen bin ich Ansprechpartnerin einer Beschwerdestelle für den ambulanten Bereich der Psychiatrie in Neukölln geworden.

In der Zwischenzeit sind im NeSt gute neue Konzepte entstanden, die die Verantwortlichkeiten auf mehrere Schultern verteilen. Jetzt ist für mich die Zeit gekommen, den Vorstand des NeSt zu verlassen. Das Kind, das ich mal auf den Weg gebracht habe, hat laufen gelernt. Aber nicht nur das NeSt entwickelt sich immer weiter, sondern auch ich. Nein, noch immer habe ich mich nicht zu einer militanten Vertreterin der Antipsychiatrie entwickelt, aber ich bin zu einer sehr kritischen Begleiterin der Psychiatrie geworden und stimme inzwischen auch mit vielen Punkten der Antipsychiatrie überein. Logische Konsequenz ist, dass ich auf der letzten Mitgliederversammlung des Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen in den geschäftsführenden Vorstand gegangen bin, um auf politischer Ebene die Interessen der Psychiatrie-Erfahrenen durchzusetzen.

Ich werde mich für eine bessere Zusammenarbeit der beiden Vereine einsetzen und hoffe, dass das NeSt genau so wächst, wie der Bundesverband, der inzwischen fast eintausend Mitglieder hat. Bald wird niemand mehr an uns vorbeikommen! Damit dies noch schneller gelingt, brauchen wir UnterstützerInnen und aktive Leute, die mit uns an einem Strang ziehen. Helfen Sie mit, die Sprachlosigkeit der Psychiatrie zu durchbrechen! Je mehr Mitglieder wir sind, umso schneller werden wir unser Ziel erreichen und umso weniger Menschen müssen dann morgen noch unter ihren Stimmen leiden.

Zum Abschluss die letzte Strophe meines Gedichtes in der Hoffnung, dass möglichst viele genau so wie ich bald sagen können:

**Was gestern war, war nicht so gut.
Was morgen kommt? – Ich weiß es nicht.
Doch heute hab ich wieder Mut
und schau euch aufrecht ins Gesicht.**

4. KONGRESS 2003... Dank an Hannelore Klafki

Frau Klafki wurde in den geschäftsführenden Vorstand des Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen berufen und schied deshalb aus dem Vorstand des Netzwerkes aus. Als Gründungsmitglied engagierte sie sich jahrelang aufopferungsvoll für das Netzwerk. Für diese Arbeit wurde sie zum Ehrenmitglied ernannt und mit herzlichem und lang anhaltendem Beifall verabschiedet.



EHRENURKUNDE

des
Netzwerkes Stimmenhören e.V.

Ernennung zum

❧ Ehrenmitglied ❧

Hannelore Klafki



24.10.2003
Berlin

Vorstand NeSt e.V.

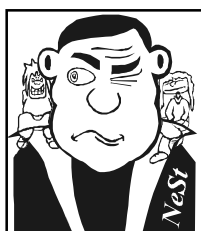




4. KONGRESS 2003... Tagungs-Impressionen



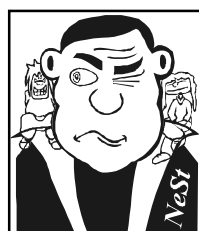
darlegen...



erläutern...



fragen...



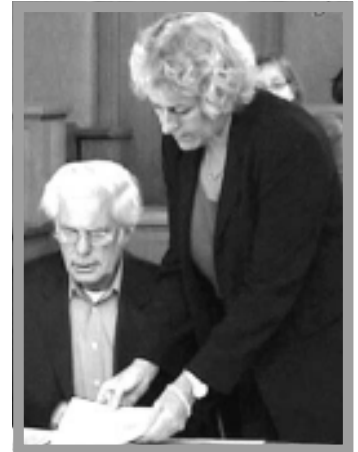
diskutieren...



4. KONGRESS 2003... Pausen-Impressionen



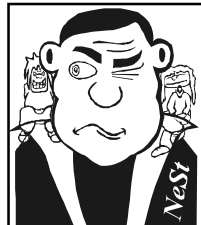
diskutieren...



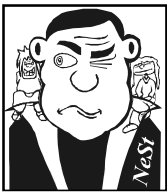
sortieren...



nachdenken...



4. KONGRESS 2003... Arbeitsgruppen & Auswertung



ARBEITSGRUPPE 1

„Den Stimmen einen Sinn geben.“

Erfahrungsaustausch über den langen Weg,
den Stimmen einen Sinn zu geben.

Andreas Gehrke, Frank Dahmen

Die Arbeitsgruppe 1 besuchten 36 Personen, wobei sich aus der Vorstellungsrunde ergab, dass Betroffene, Angehörige und auch Professionelle anwesend waren.

In einem aufgeschlossenen Gespräch wurden viele Gesichtspunkte angeschnitten, bei weitem konnten nicht alle aufgeworfenen Fragestellungen behandelt werden. Manche Fragen mussten zurückgestellt werden. Insgesamt entstand der Eindruck, dass Grundwissen über das Stimmenhören noch viel stärker vermittelt werden sollte.

Am Anfang gingen wir von der Fragestellung aus, ob die Stimmen wirklich einen Sinn haben.

Vom vorangegangenen Kongress im Jahre 2001 wussten wir, dass diese Frage bei der Bewältigung des Stimmenhörens einen hohen Stellenwert hat. Trotzdem ist die Eingangsfrage „Müssen wir den Sinn der Stimmen finden?“ mit einem klaren Nein beantwortet worden. Diese Fragestellung ist aber dennoch wichtig, weil oft existenzielle Probleme auf verschiedenen Ebenen dem Stimmenhören zugrunde liegen, wie das Professor Marius Romme festgestellt hatte.

Im weiteren Verlauf des Gesprächs wurde darüber geredet, ob das Stimmenhören tatsächlich mit großen Nöten und Traumata vorwiegend in der Kindheit zusammenhängen könnte.

In diesem Zusammenhang musste auch eine klare Abgrenzung zum Erleben mit Träumen gezogen werden. Stimmenhörer erleben ihre Stimmen individuell und mit einer ganz spezifischen und einmaligen Sinnhaftigkeit. Das subjektive Erleben mit Stimmen ist nicht automatisch krankhaft oder psychotisch, weil es für Betroffene ganz real existiert. In den krankhaften Bereich kommt es erst dann, wenn Betroffene damit nicht umgehen können und sich auf dieser Basis bedrohliche Krisenzustände ergeben. Eben diese Aussage hat am Tage zuvor Professor Marius Romme gemacht.

Ein weiteres großes Thema waren im Verlauf des Gesprächs immer wieder die Hilfsangebote, wobei Betroffene ganz unterschiedliche Positionen einnahmen.

Einige von ihnen haben gemeinsam mit Angehörigen die Eindämmung des Stimmenhörens in Angriff genommen, andere hingegen versuchen dies allein. Auch die Herkunft der Stimmen wurde unterschiedlich beantwortet. Während manche die Stimmen von außen kommend erleben, kommen bei anderen die Stimmen aus dem Kopf oder dem Körper. Dieses unterschiedliche Erleben macht das Stimmenhören bei jedem einzigartig. Allein aus der Vielfalt ergibt sich die Notwendigkeit, nach einem gemeinsamen Faktor, einem Sinn zu suchen. Einige von uns demonstrieren schon, dass trotz großer zusätzlicher Belastung der Sinn erfolgreich analysiert werden kann und demzufolge die Stimmen in das Leben recht gut integriert werden konnten. Wenn Rückschläge eintreten, so die Aussage einiger Betroffener, wird der Aufenthalt in der Psychiatrie als wenig oder gar nicht hilfreich angesehen.

Die Frage „Wer sind die Stimmen und woher kommen sie?“ konnte keinesfalls ausreichend geklärt werden, da die Meinungen darüber sehr auseinander gingen.

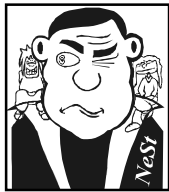
Eine ähnliche Situation ergab sich mit der Auseinandersetzung von kybernetischen Systemen beim Stimmenhören oder auch die Bedeutung von Spiegelbildern für Stimmenhörende.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass dies ein Anfang war im Austausch der Erfahrungen über das Stimmenhören im Allgemeinen als auch über den Sinn des Stimmenhörens im Besonderen.

Natürlich berührt das viele Aspekte! Will man, dass die Stimmen ganz weggehen? Die meisten der versammelten Betroffenen wollten das. Erfüllen die Stimmen eine Aufgabe? Diese Fragestellung ist noch viel zu wenig untersucht worden, um darauf eine eindeutige Antwort zu geben. Auf welchen Ebenen spielt sich das Stimmenhören ab? Sind das psychische Phänomene, spirituelle Eingebungen, auf der Gefühlsebene abspielende Prozesse? Auf jeden Fall ist das Stimmenhören ein ganz realer Vorgang - darauf konnte man sich verständigen. Klar ist auch, dass den Stimmen nicht unbedingt mit Anklagen, Vergeltung und Rachedgedanken begegnet werden sollte. Aber schon hier gibt es viele unterschiedliche Ansätze. Und so sollte die Forschung auf dem Gebiet "Wie begegne ich den Stimmen?" weitergeführt werden - nicht im Sinne, wie ich die Stimmen abtöten, sondern wie ich am besten und effektivsten mit meinen Stimmen umgehen kann.

Zum Schluss noch ein Zitat von Professor Romme: "Stimmen sind eine Lösung, und man muss herausfinden, für welches Problem!"

ARBEITSGRUPPE 2



„Stimmenhören und Spiritualität - Erfahrungen und Austausch.“

Welche spirituellen Erfahrungen machen Stimmen hörende Menschen? Inwieweit sind sie hilfreich? Welche Probleme gibt es und wie können diese eventuell gelöst werden?

Undine Knaack, Antje Müller -

mit freundlicher Unterstützung von: Mechthild Hofmann-Oschkinat

“Warum heißt es, wenn ich mit Gott spreche, Gebet, und wenn Gott mit mir spricht, Psychose?” (Kabarettist Dr. med. von Hirschhausen)
GUTE FRAGE!

Nach einer kurzen Einführung diskutierten die Teilnehmer lebhaft und kontrovers über ihr persönliches Verständnis des Begriffes *Spiritualität*. Wegen des unterschiedlichen kulturellen und religiösen Hintergrunds dauerte es erwartungsgemäß eine Weile, bis wir uns darauf einigen konnten, dieses Phänomen religionsübergreifend als Wahrnehmung des Göttlichen, der göttlichen Liebe, als Mittel zur Sinnfindung, zur Selbstheilung sowie zur Förderung der Kreativität zu betrachten. Die Wege dahin sind sehr individuell. Spiritualität leben ist ein sich stufenweise entwickelnder, widersprüchlicher, langjähriger Prozess.

Stimmenhörer/innen mit spirituellem Hintergrund sind in unserer Gesellschaft nach wie vor doppelt stigmatisiert, weil beides oft als "nicht normal" eingestuft wird. O-Ton: "Nicht das Stimmenhören, sondern das Stigma kann krank machen."

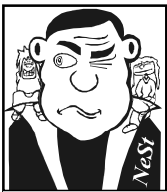
Um so erfreulicher ist es, dass Experten wie Prof. Marius Romme in ihren Kongressbeiträgen Spiritualität als eine sinnvolle Strategie im Umgang mit den Stimmen werteten, da sie zum Beispiel von Ängsten befreien kann. Die Stimmenhörerbewegung war von Anfang an eng mit dem Thema Spiritualität verknüpft. Erinnert sei in dem Zusammenhang an die berühmte Gretchenfrage, welche eine Klientin an Prof. Romme stellte: "Wenn Sie an einen Gott glauben, den Sie nicht sehen können, warum glauben Sie dann nicht an meine Stimmen, die zumindest ich hören kann?"

Interesse für die Grenzbereiche menschlichen Bewusstseins, Hoffnung auf seelisch-geistige Bereicherung, Wunsch nach Selbstfindung, Bereitschaft, völlig neuartige Erfahrungen zuzulassen wurden als Motive für die Hinwendung zur Spiritualität genannt. Stimmenhörende sehen darin auch einen gangbaren Weg, um in psychischen Krisen ihre innere Balance wiederzufinden. Unsachgemäß gehandhabt, können spirituelle Praktiken jedoch psychisch krank machen. Frustierend ist es, wenn die Medikamente weggelassen werden und die lästigen Stimmen, wel-

che sich manchmal als Teufel und Dämonen zu erkennen geben, nicht gleich verschwinden, obwohl spirituelle Übungen gemacht werden.

Ausführlich erörtert wurde auch die Frage: Warum kommt Spiritualität oft so negativ rüber? Ursachen hierfür sind u.a. Überheblichkeit, mangelnde Erdung / Bodenhaftung sowie mangelnder Schutz vor negativen Geistenergien. Wichtig ist es, kritisch zu bleiben und Gurus nicht blind zu vertrauen, sondern eigenverantwortlich zu handeln, das heißt: für sich die Grenzen zu ziehen, was hilfreich ist und was nicht, und eigene Schutzrituale zu entwickeln.

An dieser Stelle sei nochmals allen Teilnehmer/innen für ihre interessanten Diskussionsbeiträge gedankt. Wiederholt wurde der Wunsch geäußert, für die Arbeitsgruppen in Zukunft mehr Zeit einzuplanen.



ARBEITSGRUPPE 3

„Stimmenhören und Selbstverletzung.“

Kann ein alternatives Verständnis von Selbstverletzung für den Umgang mit Stimmen genutzt werden?

Sandra Escher, Monika Hoffmann

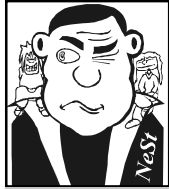
Zusammengetragen von Ulrike Döring

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe, die sich aus Angehörigen und aus im psychosozialen Bereich tätigen Menschen zusammensetzte, sammelten Fragen, um sie anschließend zu beantworten. Die Antworten werden im Protokoll kurz zusammengefasst.

1. Wie vermeide ich Verstrickungen? Wie entwickle ich eine professionelle Haltung im Umgang mit sich selbst verletzenden Menschen?
 - Nicht zu Einzelkämpfern werden, sondern Teamunterstützung z.B. im Sinne der gemeinsamen Beratung suchen.
 - Widersprüchliche Stellungnahmen im Team offen besprechen und nach Lösungen suchen.
 - Ausdauernd und gelassen in der Begleitung sein und dabei authentisch bleiben.
2. Suche nach der korrekten Haltung gegenüber sich selbst verletzenden Menschen.
 - Nichts versuchen zu ändern, bevor nicht die Metaphorik der Selbstverletzung verstanden wird.
 - Metaphern verstehen und entschlüsseln helfen.
 - Beziehungsarbeit leisten.
 - Persönliche Philosophie hinterfragen.
 - Eigene Hilflosigkeit begreifen und annehmen.
3. Was kann ich tun, um sich selbst verletzenden Menschen zu helfen?
 - Im Gespräch bleiben über die Situation, die zur aktuellen selbstverletzenden Handlung geführt hat.
 - Gespräche über die lebensgeschichtliche Entwicklung führen, die zu selbstverletzendem Verhalten geführt hat.
4. Wie verhalte ich mich, wenn die Stimmen Selbstverletzungen befehlen?
 - Bedeutung der Stimmen versuchen zu verstehen.
 - Mit den Stimmen ins Gespräch kommen.

- Stimmen hörende Menschen dazu befähigen, im Alltag und auch im Umgang mit ihren Stimmen nein sagen zu können.

ARBEITSGRUPPE 4



„Stimmentrainingskurs“

Eine inspirierende Möglichkeit, die vielfältigen Aspekte des Stimmenhörens und des Umgangs damit zu entdecken und zu erforschen. Simulation des im Referat vorgestellten Gruppenprogramms.

Ben Steultjens, Caroline von Taysen

Der niederländische Psychologe Ben Steultjens bot den Workshop „Stimmentrainingskurs“ an. Er diente als Weiterführung seines Vortrages „Warum Professionelle den stimmenhörenden Menschen und ihren Stimmen zuhören sollten“, den er am Vortag auf dem Kongress gehalten hatte. Ca. 30-40 Personen, vorwiegend Experten aus Erfahrung, besuchten den Workshop.

Als Einführung stellte Ben sein therapeutisches Gruppenprogramm vor.

An der Gruppe nehmen 4-8 stimmenhörende Menschen teil.

Das Programm besteht aus 12 Einheiten à 1,5 Stunden, die inhaltlich klar strukturiert sind.

Nach einer einführenden Sitzung werden folgende fest umrissene Themen gemeinsam diskutiert und im Sinne der kognitiven Psychotherapie bearbeitet:

- **Benennen der charakteristische Merkmale der eigenen Stimmen,**
- **Benennen der eigenen Bewältigungsmechanismen,**
- **Benennen der Stimmeninhalte,**
- **Benennen der Ereignisse, die Stimmen auslösen, und der diesbezüglichen Gefühle und Verhaltensweisen,**
- **Diskussion über Ähnlichkeiten und Unterschiede von Stimmen und Gedanken,**
- **Hinterfragen der eigenen Erklärungen für Stimmen,**
- **Hinterfragen der eigenen Stimmeninhalte,**
- **Hinterfragen der eigenen Einstellung zu den Stimmen und zum Stimmenhören.**

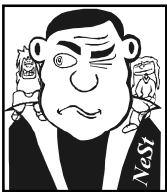
Die letzte Sitzung dient der Zusammenfassung und der Evaluation.

Ben sprach auch über die Vorteile einer Gruppentherapie im Vergleich zur Einzeltherapie. Er hob hervor, dass der Erfahrungsaustausch, die gegenseitige Unterstützung und das Wiedererkennen eigener Gefühle und Verhaltensweisen bei anderen „Gleichgesinnten“ eine klärende und heilende Wirkung hat, die ein professioneller Therapeut so nicht bieten kann.

Nun sollte eine Simulation einer solchen gruppentherapeutischen Sitzungen folgen. Dafür waren wir allerdings viel zu viele TeilnehmerInnen. So entspannte sich stattdessen eine angeregte Diskussion. Verschiedenste Erfahrungen mit den Stimmen und dem Umgang mit ihnen wurden ausgetauscht, persönliche und berührende Erlebnisse wurden erzählt.

Wenn sich die Tendenz einschlich, Fragen an Ben zu stellen, was denn nun das „richtige“ oder „falsche“ Verhalten sei, gab er diese Fragen immer wieder in die Runde zurück und durch die Reaktionen aus der Gruppe wurde deutlich, dass es solche allgemein gültigen Aussagen nicht geben kann.

So erfuhren wir von einander viel über unterschiedliche Formen der Auseinandersetzung mit den Stimmen und bekamen vielleicht doch einen Geschmack von Bens gruppentherapeutischem Hauptanliegen, nämlich den eigenen Horizont zu erweitern und sich durch gegenseitige Annahme und Verständnis zu stärken und zu ermutigen.



ARBEITSGRUPPE 5

„Stimmenaustausch“

Austausch über den Inhalt der Stimmen im betreuenden Alltag - Möglichkeiten und Grenzen..

Susanne Frerich, Silvia Günzel, Bärbel Mittmann, Christina Müller

Der Schwerpunkt dieser Arbeitsgruppe lag im Gespräch über Förderungs- und Hinderungsprozesse im Umgang mit den Stimmen im betreuten Alltag.

Nicht allein die Auseinandersetzung mit dem **Vorhandensein** der Stimmen sollte hier Thema sein, sondern die Erfahrungen mit dem **Austausch über die Inhalte** der Stimmen. Dies gerät u.E. oft in den Hintergrund.

Uns Vorbereiterinnen dieser AG war es besonders wichtig, einen gleichberechtigten „Stimmenaustausch“ zwischen Betroffenen, Angehörigen und Betreuer/innen zu führen, weil wir Sprachlosigkeit und Hemmschwellen auf allen Seiten erleben.

Um Erkenntnisse zur Bewältigung dieser Sprachlosigkeit zu gewinnen, haben wir die Kongressteilnehmer/innen nach guten und schlechten Erfahrungen gefragt. Wir haben uns unterhalten über die Frage, was den positiven Umgang mit den Stimmen (innerhalb der Betreuung, bzw. zwischen Betroffenen und Angehörigen) fördert und was ihn behindert.

Viele konkrete Aspekte werden aus folgender gemeinsam erarbeiteten Aufstellung ersichtlich:

Ich kann besser über die Inhalte der Stimmen sprechen, wenn...

- ich die Stimmen ernst nehme / sie als Teil meiner Person akzeptiere.
- ich Vertrauen zum stimmenhörenden Menschen habe und umgekehrt.
- der andere unbefangen (normal) redet.
- die Gesprächsatmosphäre von Ehrlichkeit und Menschlichkeit geprägt ist.
- gleichberechtigt gesprochen wird.
- konkret nachgefragt wird (mit respektierender Neugierde).
- entspannte Situationen bestehen (z.B. Spaziergang).
- jemand mir hilft, das Zuhören einzufordern.
- Angehörige einbezogen werden.
- genügend Zeit gelassen wird.
- ich mich authentisch verhalte.

Ich kann schlechter über die Inhalte der Stimmen sprechen, wenn...

- ich keine Begriffe/kein Vokabular für das Erfahrene habe.
- ich emotional sprachlos bin.
- das Thema abgewehrt wird, weil Betreuer/innen überlastet sind.
- inhaltliche Abwehr bei Therapeuten etc. besteht.
- psychiatrische Mitarbeiter/innen unzureichend ausgebildet sind.
- mein/e Gesprächspartner/in herablassend wirkt.
- ich das Gefühl habe, gegen alte Strukturen kämpfen zu müssen.
- die Situation existenziell bedrohlich wird.
- Angehörige einbezogen werden.

Eine lebendige Diskussion entstand, in der Raum gelassen wurde für unterschiedliche Erfahrungen aus unterschiedlichen Perspektiven. Am Beispiel 'Einbeziehung Angehöriger' wird deutlich, dass manche Verhaltensweise für den einen als Unterstützung dienen, für den anderen jedoch ein Hindernis darstellen kann.

Besonders wertvoll an unserer Arbeitsgruppe war m.E. die hohe Bereitschaft vieler Teilnehmer/innen, die individuelle Perspektive sehr offen, ohne Beschönigungen und Verallgemeinerungen darzustellen. Die eindrückliche Beschreibung der Erfahrungen einer sehr jungen Stimmenhörerin beispielsweise hat sicherlich die Motivation vieler erhöht, an der Überwindung von Hindernissen zu arbeiten.

Obwohl in unserer Gruppe deutlich mehr Mitarbeiter/innen als Betroffene und nur wenige Ange-

hörige waren, entstand ein ausgewogener Austausch, der sehr harmonisch verlief.

Das Abschlussthema der Arbeitsgruppe stellten die von Romme und Escher (in: „Making Sense of Voices“) erstellten Strategien für den Umgang mit Stimmen dar. Sie sind zwar in erster Linie für Stimmenhörer/innen zusammengetragen worden, ihr Verständnis erscheint uns jedoch für alle am Prozess der Bewältigung von Stimmen Beteiligten von großem Nutzen zu sein.

STRATEGIEN IM UMGANG MIT STIMMEN

- Den Stimmen antworten
- Zeitpunkt und Dauer für die Stimmen festsetzen
- Die Stimmen für eine bestimmte Zeit wegschicken
- Aufschreiben, was die Stimmen sagen und fordern
- Überprüfen, ob das, was die Stimmen sagen, zutrifft
- Grenzen setzen
- Forderungen nicht sofort ausführen
- Befehle mit etwas anderem befolgen und lernen, Ärger zu äußern
- Die Stimmen akzeptieren
- Mit anderen über die Stimmen sprechen.

Wie auf vorherigen Kongressen hatten wir auch am Ende dieser Arbeitsgruppe das Gefühl, noch tagelang weiterdiskutieren zu können - die Zeit reicht nie. - Aber unser „Stimmenaustausch“ war dennoch hoffentlich für alle gewinnbringend.

4. KONGRESS 2003... die Arbeitsgruppen berichten...





4. KONGRESS 2003... Unser Dank gilt...



- dem Bezirksstadtrat für Gesundheit, Umwelt und Bürgerdienste von Neukölln, Herrn Michael Freiberg, für seine Begrüßungsworte
- der Plan- und Leitstelle des Stadtbezirks Neukölln, insbesondere der Psychiatriekoordinatorin Frau Dr. Anne Hörning-Pfeffer, Frau Brigitte Sellin und Herrn Tille für die tatkräftige Unterstützung, die kostenlose Bereitstellung der Räumlichkeiten und die finanzielle Zuwendung
- dem Krankenhaus Neukölln, Abteilung Psychiatrie, vertreten durch Frau Dr. Sabine Schütze, für die Grußworte
- dem Paritätischen Wohlfahrtsverband, der Pinelgesellschaft e.V. und dem Berliner Landesverband der DGSP für finanzielle Unterstützung
- Herrn Martin Pflaum für die Grußworte des BPE
- Herrn von Taysen für die finanzielle Zuwendung
- allen ReferentInnen, ModeratorInnen und ArbeitsgruppenleiterInnen für ihr selbstloses Engagement
- den freundlichen MitarbeiterInnen des Saftladens für ihre hervorragende Bewirtung
- dem Träger-Chor, der Trommelgruppe des KommRum
- Susanne Klie für die Ausstellung ihrer Bilder
- Sylvia Günzel, Bärbel Mittmann und Dr. Siegrun Ehrhardt für ihre Arbeit am Anmeldetisch und an der Kasse
- Eberhard für die Arbeit am Info- und Büchertisch
- Benni und Simone für die Arbeit in der Multimedia-Ecke
- Johannes für die fürsorgliche "Lotsenarbeit"
- Reinhard für die Videoaufnahmen
- Richard für die zusätzliche „Technikbetreuung“

... und natürlich der Vorbereitungsgruppe, die den Kongress ein Jahr lang geplant und organisiert hat!

4. KONGRESS 2003... Meinungen...



Danke für den Kongress

Jetzt liegt der „Stimmenhörer -Kongress“ schon ein paar Wochen zurück, aber die Erinnerung an die vielen menschlich berührenden Begegnungen ist nach wie vor lebhaft präsent. Ich bin sehr dankbar, dass ich die meisten Aktiven im NeSt kennenlernen durfte. Dankbar auch für die Gespräche mit Betroffenen, den Erfahrungsaustausch, das fachlich kompetente Hintergrundwissen, die Erfahrungsberichte. Dankbarkeit fühle ich für das „Aufgenommen sein“ mit meiner Erlebnis- und Erfahrungswelt durch das NeSt und für die Vertretung und Unterstützung durch das NeSt. Ich bin zuversichtlich gestimmt durch das Wissen, dass ihr einen grundlegend humanen Weg beschreitet, der in seiner Arbeit die Stärkung der individuellen Selbstheilung und das Primat des freien Willens beziehungsweise der Achtung der Entscheidungsfreiheit wahrt. Letzteres meine ich insbesondere in Bezug auf die vielen Negativerfahrungen in der Psychiatrie. Meine besondere Achtung gilt den Profis, den Psychiatern und Psychologen, den Ärzten, die ich auf dem Kongress gesehen, gehört, erlebt habe und die mit ihrer personenzentrierten, den Menschen in den Mittelpunkt stellenden Auffassung viel Mut und Courage bewiesen haben, dadurch, dass sie die ausgelatschten Trampelpfade des Psychiatrieetriebes verlassen haben beziehungsweise diese in Frage stellen. Ich bin sehr glücklich über die erfüllenden, denkwürdigen Kongresstage, die ich miterleben durfte.

Der Kongress, Herr Romme, Herr Bock, Frau Hoffmann und andere, die Betroffenen und Interessierten, die Angehörigen - all diese Menschen machen mir Mut, diesen Weg weiter zu beschreiben und nach einer sinnvollen Bedeutung der Stimmen zu suchen.

Herzlichst Cayen



Da ich dieses Mal an eurem Kongress teilnehmen konnte, möchte ich euch hiermit persönlich ansprechen.

Wie ich feststellen konnte, war euer Kongress nicht sehr aufschlussreich für mich - wie auch für viele Betroffene. Vielleicht wäre es sinnvoller für viele, wie auch für mich, gewesen, wenn man im Einzelnen hätte über sein Problem sprechen können. Jener Eindruck ist insofern bei mir entstanden. Es wäre auch gut gewesen, hätte man sich mit dem Einen oder Anderen unterhalten können, aber das ist bei einem Kongress ja nicht möglich...

Ich, Alice, bedanke mich bei euch, wünsche auch gesegnete Weihnacht und ein gesundes glückliches Neues Jahr.

Mit freundlichem Gruß, Alice