

Kinder und Jugendliche, die Stimmen hören: Eine prospektive dreijährige Untersuchung

Übersetzung der englischen Originalstudie von ESCHER, S.; ROMME, M.; BUIKS, A.; DELESPAUL, P.; VAN OS, J. (2002a): Independent course of childhood auditory hallucinations; a sequential 3-year follow-up study. In: British Journal of Psychiatry 181: 10-18.

Über das Stimmenhören bei Erwachsenen existiert mittlerweile ziemlich viel Wissen. Über stimmenhörende Kinder ist weniger bekannt. In der Literatur werden akustische Halluzinationen bei Kindern sowohl in klinischen als auch epidemiologischen Studien beschrieben. Klinische Studien gehen bei Halluzinationen a priori von einem psychopathologischen Phänomen aus, und epidemiologische Studien zeigen meistens ein Querschnittsbild, aus dem allerdings der Verlauf des Stimmenhörens nicht abgeleitet werden kann. Da wir aufgrund unserer Untersuchung bei Erwachsenen sowohl am Verlauf, an Unterschieden zwischen Patienten und Nicht-Patienten als auch an Faktoren, die dabei eine Rolle spielen, interessiert waren, beschlossen wir, eine prospektive Verlaufsstudie durchzuführen.

Wir untersuchten 80 Kinder und Jugendliche, die Stimmen hörten und zwischen 8 und 18 Jahre alt waren. Sie wurden in einem Zeitraum von drei Jahren viermal interviewt, mit einem Abstand von jeweils einem Jahr. Ungefähr 50 Prozent der Kinder waren nicht in regulärer Behandlung bei der *Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ, frei übersetzt: Psychischer Gesundheitsdienst der Niederlande)*. Im Verlauf der Untersuchung verschwanden bei 64 Prozent der Kinder die Stimmen, und als Prädiktoren für das Fortbestehen der Stimmen erwiesen sich ein hohes Maß an Angst, Depression, Dissoziation sowie eine hohe Frequenz der Stimmen. In diesem Artikel gehen wir auf die Argumente für unser Untersuchungskonzept, die Anwerbung der Untersuchungsteilnehmer, die Untersuchungsinstrumente und die wichtigsten Untersuchungsergebnisse ein.

Klinische Studien haben gezeigt, dass akustische Halluzinationen bei Kindern und Jugendlichen bei verschiedenen Krankheitsbildern vorkommen, wie z.B. bei Schizophrenie (BETTES et WALKER 1987, GREEN et al. 1992, GALDOS et al. 1993), dissoziativen Störungen und als Folge von Traumata (BERNSTEIN et PUTMAN 1986), bei reaktiven Psychosen (ALTMAN et al. 1997, FAMULARO et al. 1992), Angst und Depression (GARRALDA 1984a+b, RYAN et al. 1987, CHAMBERS et al. 1982), Migräne (SCHREIER 1998), aber auch bei Vernachlässigung (BENDER 1970) und als Trauerreaktion (YATES et BANNARD 1988). Akustische Halluzinationen können sowohl als Krankheitssymptom als auch als Reaktion auf ein Problem auftreten. All diese

Die Stimmen und ich . Wissenschaftliche Untersuchungen zum Stimmenhören von Romme, Escher et al. -- BALANCE buch + medien verlag

Untersuchungen sind in einem klinischen Setting durchgeführt worden. Aufgrund von unterschiedlichen Selektionsverfahren zeigen diese Untersuchungen unterschiedliche Ergebnisse hinsichtlich des Verlaufes (GARRALDA 1984a+b), u.a. weil in klinischen Studien a priori davon ausgegangen wird, dass Halluzinationen eine Störung sind. Die Unterschiede in den Fragestellungen ergeben sich in einem hohen Maß aus der theoretischen Ansicht zum Phänomen Stimmenhören. Biologische Untersuchungen gehen aus von einer Veranlagung oder einer Abweichung, die während der Schwangerschaft oder in der Kinderzeit entsteht, und suchen nach Ursachen im Aufbau des Gehirns (BARTA et al. 1990, CULBERG et NYBÄC 1992, FOSTER et CAPLAN 1994) oder in dessen Dysfunktionen (GREEN et PRESTON 1981, MUSALEK et al. 1989, CLEGHORN et al. 1992). Die Ergebnisse all dieser Untersuchungen erklären nur unzureichend das Auftreten und den Verlauf akustischer Halluzinationen.

Die kognitive Sicht ist, dass Menschen mit akustischen Halluzinationen interne, aus sich selbst heraus entstandene, Erfahrungen zu Unrecht für Reize aus der Realität halten und somit eine unrichtige Attribution vornehmen, die erklärt wird durch eine Vielzahl an Fehlern (z.B. in der Sprache, im planerischen Denken, in der Informationsverarbeitung oder Realitätstestung). Die Psychoanalyse erklärt akustische Halluzinationen als direkte symbolische Wiederholung von psychischen Traumata, als Kritik des Über-Ichs oder als Regression auf ein niedriges Perzeptionsniveau des Denkens (HEILBRUN et al. 1983). HEILBRUN und seine Mitarbeiter legen in einer eigenen Untersuchung den Akzent auf den Anpassungswert. Die Autoren stellen folgende These auf: »Halluzinationen sind eine Art des Umgangs mit Traumata und Objektbeziehungen, und können daher als Bewältigungsstrategie für Lebensereignisse angesehen werden.« Die Stimmen sind aus dieser Sichtweise eine Metapher für das eigentliche Problem: Eine problematische Anpassung. Sie können nicht losgelöst von der Lebensgeschichte des Individuums (des Traumas) und dem Kontext des Momentes, der als belastend erlebt wurde, verstanden werden.

Die Befunde von HEILBRUN und seinen Mitarbeitern sahen wir durch unsere eigene Untersuchung bestätigt. In mehreren Untersuchungen fanden wir bei Erwachsenen (ROMME und ESCHER 1989, HONIG et al. 1998), die sowohl Patienten als auch Nicht-Patienten waren, einen hohen Anteil Traumata in der Vorgeschichte (70 Prozent). Auch die Untersuchung von ENSINK (1993) weist auf diese Relation hin. Sie untersuchte 100 Frauen, die in ihrer Jugend sexuell missbraucht worden waren, und fand bei 48 Prozent von ihnen akustische Halluzinationen in ihrem späteren Leben.

Außer den klinischen und den Kohortenstudien gibt es auch Bevölkerungsstudien. Diese epidemiologischen Studien sind bei Kindern allerdings relativ selten. Bis 1993 war die Studie des englischen Psychologen GREEN und Die Stimmen und ich . Wissenschaftliche Untersuchungen zum Stimmenhören von Romme, Escher et al. -- BALANCE buch + medien verlag

Mitarbeiter (GREEN et al. 1973) die einzige uns bekannte Untersuchung über die Prävalenz von akustischen Halluzinationen bei Kindern und Jugendlichen. GREEN und seine Mitarbeiter interviewten 1000 zufällig ausgewählte Mütter über das Auftreten bzw. das Fehlen von unterschiedlichen Verhaltensweisen bei einem ihrer Kinder, wie z.B. Weinen, Bettnässen und antisoziales Verhalten. In der Problemliste war auch »Stimmenhören« aufgeführt. GREEN ging davon aus, dass wenn ein bestimmtes Verhalten bei älteren Kindern nicht mehr auftritt, wie z.B. Bettnässen, oder ein bestimmtes Verhalten sich entwickelt, wie z.B. antisoziales Verhalten, diese Verhaltensänderung mit zu ihrer kindlichen Entwicklung gehört. Trat ein bestimmtes Verhalten in jeder Altersklasse genauso häufig auf, dann zählte dies für ihn nicht zu ihrer Entwicklung, sondern er betrachtete es als Dauerzustand. Aus seiner Studie ging hervor, dass in allen Altersklassen 2 Prozent der Kinder und Jugendlichen Stimmen hörten. GREEN schlussfolgerte daraus, dass das Stimmenhören eine fortdauernde Erscheinung sei. Seine Studie war allerdings eine einmalige Bestandsaufnahme, aus der keine Rückschlüsse auf den natürlichen Verlauf gezogen werden konnten. Darum gaben wir einer prospektiven Untersuchung den Vorzug, in welcher der Verlauf von Individuen mitverfolgt werden kann. Außerdem ging GREEN davon aus, dass das Hören von Stimmen a priori pathologisch sei, weil er bei seiner Auswahl Mütter zu ihren Problemkindern interviewte.

Eine kürzlich durchgeführte epidemiologische Bevölkerungsstudie ergab, dass ca. 8 Prozent der Kinder mindestens einige Male in ihrem Leben Stimmen gehört haben (MCGEE et al. 2000). Von dieser Gruppe hatte nur ein Drittel eine Diagnose gemäß DMS-III. Aus dieser Untersuchung geht hervor, dass in der Allgemeinbevölkerung Stimmenhören vorkommt, und dass dies für die Mehrheit der untersuchten Kinder keine pathologische Bedeutung hatte. Eine kleine Gruppe würde jedoch fortwährende Symptome haben und später als Erwachsene psychotisch werden. POULTON und Mitarbeiter (POULTON et al. 2000) untersuchten eine Geburtskohorte von 761 Kindern in ihrem elften und fünfzehnten Lebensjahr. Die Kinder, die in ihrem elften Lebensjahr angaben, psychotische Symptome (Wahn oder Halluzinationen) zu haben, hatten ein 16fach erhöhtes Risiko in ihrem 26. Lebensjahr eine Diagnose aus dem schizophrenen Spektrum zu erhalten. Gemessen an der Größe dieser Kohorte sind unsere Fallzahlen natürlich klein.

Als wir 1996 mit unsere Untersuchung begannen, war noch keine epidemiologische Studie bei Kindern bekannt, die zeigte, dass akustische Halluzinationen vorkommen ohne dass damit ein pathologischer Stellenwert verknüpft ist. Wir entschieden uns dafür, unbehandelte Kinder in unsere Untersuchung aufzunehmen, weil es sich bei einer eigenen Untersuchung an Erwachsenen Die Stimmen und ich . Wissenschaftliche Untersuchungen zum Stimmenhören von Romme, Escher et al. -- BALANCE buch + medien verlag

wiederholt gezeigt hatte, dass Stimmenhören auch bei Menschen vorkommt, die noch keine psychiatrischen Patienten waren, und die in ihrem täglichen Leben gut zurechtkamen (ROMME, ESCHER et al. 1987). Dies wurde in der Literatur vielfach bestätigt. Aus mehreren Studien, sowohl bei Studenten (POSEY et LOSCH 1983, BENTAL et SLADE 1985, BARRETT et ETHERIDGE 1992) als auch in der allgemeinen Bevölkerung, geht klar hervor, dass Stimmenhören in der normalen Bevölkerung vorkommt (SIDGEWICK et al. 1894, POSEY 1986, TIEN 1991, EATON et al. 1991).

Seit 1987 haben wir verschiedene Untersuchungen bei erwachsenen Stimmenhörern durchgeführt. Wiederholt stellten wir fest, dass ca. 10 Prozent von ihnen angaben, dass das Hören von Stimmen in ihrer Kindheit begonnen hätte (ROMME et ESCHER 1989, ROMME et al. 1992). Das Interesse an Faktoren, die den Verlauf des Stimmenhörens beeinflussen, ergab sich ebenfalls aus unserer eigenen Untersuchung an Erwachsenen. In einer vergleichenden »Stimmenhörer-Studie« wurden Patienten mit den Diagnosen »Schizophrenie« oder »Dissoziative Störung« mit einer Gruppe sog. »Nicht-Patienten« (das waren Stimmenhörer ohne eine psychiatrische Diagnose gemäß dem CIDI = Composite International Diagnostic Interview) verglichen. Es zeigte sich, dass die Gruppe der »Nicht-Patienten« eine andere Beziehung zu den Stimmen hatte. Die Patientengruppen unterschieden sich untereinander nicht. Verglichen mit den Nicht-Patienten hatten sie mehr Angst vor den Stimmen (80 Prozent gegenüber 0 Prozent). Alle Patienten waren der Ansicht, dass die Stimmen ihr Leben störten und sie erlebten die Stimmen überwiegend als negativ. Die Nicht-Patienten konnten ein relativ normales Leben führen und erlebten die Stimmen als überwiegend positiv. Diese Art der Attribuierung hat einen erheblichen Einfluss auf den Verlauf. Eine neuere Untersuchung aus der Abteilung für Soziale Psychiatrie der Universität in Maastricht bestätigt dies. DELESPAUL et al. (2002) zeigten, dass bei Patienten während des Erlebens einer Halluzination das Gefühl Angst die am meisten prominente Emotion ist.

Schließlich schien uns eine Untersuchung zum Verlauf des Stimmenhörens bei Erwachsenen kompliziert zu werden, weil das Stimmenhören in unserer Kultur mit Krankheit identifiziert wird, wodurch von Anfang an auch eine Identifikation mit der Patientenrolle parallel zum Streben nach Genesung eintreten kann. Dies war für uns ebenfalls ein Grund zur Durchführung der Kinderuntersuchung, weil wir vermuteten, dass die Psychiatrisierung bei Kindern weniger weit vorangeschritten sei. Aufgrund dieser Prämissen und den Einschätzungen einer Machbarkeitsstudie (siehe unten) erstellten wir einen Untersuchungsvorschlag. Wir legten die Unterlagen der Ethischen Kommission vor und baten um Fördermittel beim ehemaligen Präventionsfonds, dem heutigen *Zorg Onderzoek Nederland (ZON)*.

Anwerben und Auswahl

Unsere Studie untersuchte den Verlauf von Kindern, die Stimmen hören, über eine Periode von drei Jahren. Eine sogenannte Power-Analyse hatte gezeigt, dass wir ungefähr 80 Kinder benötigen würden um in der Kohortenstudie einen statistisch signifikanten Effekt mit genügender Sicherheit feststellen zu können. Um diese Kinder anzusprechen, benutzten wir Kontakte, die wir in den zurückliegenden Jahren während eigener Untersuchungen bei Erwachsenen aufgebaut hatten (ROMME et ESCHER 1989, 1993, 1996, 1999, 2000; ROMME et al. 1992). Wir warben die Jugendlichen vorwiegend über die Medien an: TV, Radio, Tages- und Wochenzeitungen. Wir wollten auch Nicht-Patienten erreichen und durch unsere Werbeaktivitäten keine Stigmatisierung bewirken. Darum schrieben wir in unsere Anzeigen, dass wir aufgrund von SIDGEWICKS et al. (1894), TIENS (1991), EATONS et al. (1991) und GREENS et al. (1973) Untersuchungen davon ausgingen, dass 2 Prozent der Bevölkerung Stimmen hören würden, und dass das Stimmenhören an sich keine Krankheit wäre, es jedoch zu einer Erkrankung führen könne. Diese Herangehensweise wirkte positiv und die Menschen reagierten darauf.

Wir hatten 1993 eine Pilotstudie durchgeführt, aus der hervorging, dass es möglich war, mit Kindern und Jugendlichen, die Stimmen hörten, in Kontakt zu kommen (ROMME et ESCHER 1993). Über einen Aufruf in der populären Talkshow von Sonja Barend baten wir Kinder zu einem Kinderkongress nach Artis zu kommen. 150 Menschen reagierten auf den Aufruf, wobei die Hälfte von ihnen Kinder zwischen 8 und 19 Jahren waren. Letztendlich kamen 40 Kinder zu dem Kongress.

1996 konnten wir mit der Anwerbung für die Untersuchung beginnen. Durch Interviews in Tages- und Wochenzeitungen wie *Telegraaf*, *Trouw*, *Humo*, *Limburgs dagblad*, *Achterwerk* und im *Reformatorisch Dagblad* machten wir Aufrufe. Wir wurden eingeladen in die TV-Sendungen *De 5 uur show* und *2-Vandaag* sowie in Radiosendungen des Hörfunks Limburg und in die Sendung *Plein Publiek* der NCRV (Niederländische Christliche Radio-Vereinigung). Wir nahmen außerdem Kontakt mit den Jugendlichen auf, die den Kongress besucht hatten. Zehn von ihnen hörten immer noch Stimmen und erklärten sich bereit, an der Untersuchung teilzunehmen. Über Vorträge wurden Mitarbeiter im regulären Gesundheitssystem über die Studie informiert. Es wurde Kontakt aufgenommen mit dem *RIAGG* (Regionales Institut für seelische Gesundheit) von Maastricht und Nimwegen, der *Gemeentelijke Geneeskundige Dienst* (GGD, Kommunale Gesundheitsbehörde) von Maastricht und den Klinischen Kinderpsychiatrieabteilungen in Heerlen, Rotterdam und Nimwegen. Außerdem wurden Kinder über das Netzwerk der Therapeuten aus der Studie an

Erwachsenen zu uns verwiesen. Schließlich kamen Anmeldungen von Kindern über die *Stichting Weerklank* (Stiftung Widerhall, die Vereinigung niederländischer Stimmenhörer, www.stichtingweerklank.nl). Die meisten Kinder wurden nach einem Telefongespräch mit einem der Elternteile zur Studie zugelassen. Die Untersucher baten auch das Kind selbst ans Telefon und überprüften in einem kurzen Gespräch sechs Auswahlkriterien:

- Das Kind hört Stimmen, welche die Merkmale einer akustischen Halluzination erfüllen:
- Die Stimmen werden von anderen nicht gehört.
- Die Stimmen sind Ich-fremd.
- Die Stimmen sind nicht nur schlafbezogen.
- Der Stimmenhörer bzw. die Stimmenhörerin ist zwischen 8-19 Jahren alt.
- Die Stimmen werden seit mindestens einem halben Jahr gehört.

Die Kinder wohnten über die ganze Niederlande verstreut. Von Middenmeer bis Zwartemeeren, von Vossenmeer bis Stroobosch, von Lippenhuizen bis Rotterdam, Amsterdam, Linne, Kelpen, Eijsden, etc. Die Untersucher besuchten fast alle Kinder zuhause. Die Datensammlung wurde meistens in Anwesenheit einer der beiden Elternteile durchgeführt.

Untersuchungsverfahren und -instrumente

Die Interviews wurden durch zwei Feldforscher (Alex Buiks und Sandra Escher) durchgeführt, die Erfahrungen im Interviewen von Stimmenhörern hatten und im Anwenden der Untersuchungsinstrumente geübt waren. Monatlich wurden die Berichte aus den Interviews mit dem Projektleiter (Marius Romme) besprochen. Die Kinder wurden in drei aufeinander folgenden Jahren viermal gesehen. Nach einem Basis- bzw. Ausgangstreffen gab es drei Folgetreffen. Aus praktischen Erwägungen heraus, um einer Irritation vorzubeugen und damit sie die Stimmen abhaken konnten, wurden die Kinder, die beim ersten Folgeinterview keine Stimmen mehr hörten, im darauf folgenden Jahr nicht mehr besucht. Beim letzten Treffen am Ende des dritten Jahres wurden wiederum alle Kinder interviewt.

Untersuchungsinstrumente

Bei jedem Interview wurden drei Instrumente eingesetzt:

- Das »Maastrichter Interview für Kinder und Jugendliche die Stimmen hören (MIKS)«, um sich eine Übersicht der Erfahrungen mit dem Hören von Stimmen zu verschaffen (vgl. ESCHER, ROMME et al. 2002a+b).

- Die »Brief Psychiatric Ranking Scale« (BPRS, vgl. OVERALL et GORHAM 1962; LUKOFF et al. 1986), bestehend aus 24 Unterpunkten mit denen psychopathologische Symptome exploriert werden, z.B. Angst, Depression, Wahn, Halluzinationen, Suizidalität, etc. Es ist ein strukturiertes Interview, dessen Punktwerte vom Untersucher festgelegt werden.
- Der »Youth Self Report« (YSR), entwickelt von ACHENBACH (1991) und abgeleitet von der »Child Behaviour Checklist« (CBCL). Dieses Instrument fragt nach sozialem Verhalten, sozialer Anpassung und sozialen Problemen mittels einer Selbstbefragung. Es gibt drei Antwortmöglichkeiten: Nein, etwas und sehr. Dieses Instrument wird in den Schuluntersuchungen des *Gemeentelijke Geneeskundige Dienst* (GGD, frei übersetzt: Kommunale Gesundheitsbehörde) und in der Kinderpsychiatrie häufig eingesetzt.

Bei der ersten und letzten Untersuchung wurden ebenfalls folgende Instrumente eingesetzt:

- Die »Skala für dissoziative Erfahrungen« (DES, BERNSTEIN et PUTMAN 1986, PUTMAN et PETERSON 1994). Die DES enthält 28 Aussagen über dissoziative Erlebnisse, die auf einer 10cm-Linie zwischen 0 = »kommt niemals vor« bis 10 = »kommt andauernd vor« eingeschätzt werden sollen. Summen von mehr als 30 Punkten werden als pathologisch eingeschätzt.
- Die »Children's Global Assessment Scale« (CGAS, SHAFFER et al. 1983) beurteilt das soziale Funktionieren anhand von 10 Unterpunkten. Genau wie bei der BPRS wird auch diese Skala vom Untersucher ausgefüllt.

Zusammensetzung der Untersuchungspopulation

Bei der Ausgangsuntersuchung bestand die Untersuchungspopulation aus 80 Kindern, mit fast genauso vielen Jungen wie Mädchen (47 Prozent gegenüber 53 Prozent). Der Altersdurchschnitt lag bei 12,9 Jahren (SD=3.1). Nahezu alle Kinder lebten zuhause. Ein Kind lebte in einer Pflegefamilie und eins befand sich in einem Allgemeinen Psychiatrischen Krankenhaus (APZ). 85 Prozent der Kinder lebten mit beiden Elternteilen zusammen, 14 Prozent bei einem alleinerziehenden Elternteil. 6 Prozent waren Einzelkinder. Zwei Stimmenhörer hatten eine Zwillingsschwester bzw. -bruder.

Zum Zeitpunkt der Anmeldung zur Studie war die Hälfte der Kinder aufgrund der Stimmen aktuell in Behandlung bei der *Geestelijke Gezondheidszorg* (GGZ, frei übersetzt: Psychischer Gesundheitsdienst der Niederlande) oder dort in Behandlung gewesen. Von den Kindern bis zum 13. Lebensjahr besuchten 78 Prozent die reguläre Grundschule und 22 Prozent erhielten Förderunterricht (vor allem den sog. LOM-

Unterricht). Von den Kindern, die älter als zwölf waren, erhielten 25 Prozent Förderunterricht (sog. VSO- oder MLK-Unterricht) und 75 Prozent besuchten die normale weiterführende Schule. Von diesen wiederum belegten 17 Prozent das untere, 44 Prozent das mittlere und 39 Prozent das hohe Niveau des (Berufsschul-)Unterrichtes.

Im Verlauf der Untersuchung fielen aus verschiedenen Gründen 14 Kinder aus der Studie heraus. Im ersten Jahr waren es drei Kinder. Die Mutter eines Jungen ließ ihn nicht mehr an der Studie teilnehmen, ein 18jähriges Mädchen, bei dem die Stimmen in Verbindung mit einer Vergewaltigung standen, empfand das Sprechen über die Stimmen als zu konfrontierend. Ein weiteres 18jähriges Mädchen beging Suizid. Sie war beim *RIAGG* (Regionales Institut für seelische Gesundheit) in Behandlung gewesen und hatte zuvor bereits dreimal einen Suizidversuch unternommen, den ersten in ihrem elften Lebensjahr.

Im zweiten Untersuchungsjahr verließen acht Kinder die Studie. Zwei Kinder zogen um ohne die neue Adresse zu hinterlassen. Ihre geschiedenen Mütter hatten ihren früheren Namen wieder angenommen, wodurch die Kinder nicht ausfindig gemacht werden konnten. Zwei Jugendliche aus der Umgebung von Groningen hielten sich nicht an die Untersuchungsvereinbarungen. Beide hatten erwartet, durch die Untersuchung in die Öffentlichkeit zu kommen, und wurden enttäuscht. Zwei Kinder brachen ab, weil sie nicht mehr über die Stimmen sprechen wollten. Ein Mädchen beendete ihre Teilnahme, weil sie keine Stimmen mehr hörte. Ein Junge fiel aus der Untersuchung, weil er in ein Krankenhaus aufgenommen worden war und der Therapeut es für besser hielt, dass er nicht weiter teilnahm. Bei einem Mädchen wollten die Eltern nicht mehr, dass es weiter mitmachte.

Ausfall im dritten Untersuchungsjahr: Drei Kinder. Einem Mädchen, das in einem Krankenhaus aufgenommen worden war, wurde von ihrem Therapeuten verboten, über die Stimmen zu sprechen. Ein Mädchen war ebenfalls in ein Krankenhaus aufgenommen worden und ihre Eltern wollten nicht, dass es gleichzeitig noch weiter an der Untersuchung teilnahm. Ein Junge stieg aus der Studie aus, weil er keine Stimmen mehr hörte.

Ergebnisse

Eine wichtige Frage in unserer Untersuchung war, inwieweit das Hören von Stimmen ein fortdauerndes Phänomen ist oder nicht. GREEN et al. (1973) waren schon davon ausgegangen, dass es eine ständige Erscheinung sei, während klinische Studien dies nicht bestätigten (GARRALDA 1984a+b). Diese Diskrepanz war für uns einer der Gründe

dafür, die Entwicklung der Kinder über einen längeren Zeitraum mit zu verfolgen. Unsere Studie ergab, dass nach einem Jahr 18 Kinder (bezogen auf 80 Kinder: 23 Prozent) keine Stimmen mehr hörten. Nach zwei Jahren traf dies auf 35 Kinder (bezogen auf 77 Kinder: 46 Prozent) zu und nach drei Jahren am Ende der Studie hörten 43 Kinder (bezogen auf 69 Kinder: 62 Prozent) keine Stimmen mehr. Vier Kinder, die nach dem ersten oder zweiten Untersuchungsjahr keine Stimmen mehr gehört hatten, gaben im letzten Interview an, dass die Stimmen zurückgekommen seien.

Tabelle 1: Übersicht über den Verlauf des Stimmenhörens während des Untersuchungszeitraumes

Untersuchungspopulation	Stimmen	Keine Stimmen
Erstes Interview 80	80	
Zweites Interview 77	59	18
Drittes Interview 69	34	35
Viertes Interview 66	23	43

Prädiktoren

Welche Faktoren haben einen Einfluss auf das Verschwinden oder das Fortbestehen der Stimmen? Auf der Grundlage einer logistischen Regressionsanalyse kristallisierten sich fünf Faktoren für die Voraussage des Fortbestehens des Stimmenhörens heraus: Die BPRS-Unterpunkte Angst, Depression und Halluzinationen, ein hoher DES-Wert und eine große Häufigkeit von Halluzinationen im Maastrichter Interview. Die Prädiktoren wurden auf zwei Arten statistisch überprüft. Mit einer logistischen Regressionsanalyse haben wir die klassischen epidemiologischen Parameter Sensitivität, Spezifität und den positiven Vorhersagewert für das Verschwinden der Stimmen berechnet (Tabelle 2).

Tabelle 2: Prädiktoren für das Verschwinden der Stimmen

Prädiktor	Positiver Vorhersagewert	Sensitivität	Spezifität
BPRS: Wenig Angst	70,91 Prozent	81,25 Prozent	50,00 Prozent
BPRS: Wenig	65,67 Prozent	91,67	28,12 Prozent

Depression		Prozent	
BPRS: Wenig Halluzinationen	72,23 Prozent	83,33 Prozent	53,12 Prozent
MIKS: Seltenes Auftreten der Stimmen	67,25 Prozent	85,42 Prozent	37,50 Prozent

Wir waren auch interessiert daran, zu erfahren, wie genau sich die Prädiktoren im Hinblick auf das Fortbestehen der Stimmen verhielten. Geht es eher um eine bestimmte Höhe der Punktzahl oder um eine abgestufte Skala? Mit einer Ereigniszeitanalyse (sog. Survival-Analyse) wurde untersucht, inwieweit eine Dosis-Wirkungs-Beziehung vorlag (Tabelle 3).

Tabelle 3: Survival-Analyse: Faktoren, welche die Beendigung des Stimmenhörens beeinflussen

T	Haz.Ratio	Std.Err	Z	P> [z]	95 Prozent Conf.	Intervall
DES						
Des 1	1.00					
Des 2	0.830	0.306	-	0.615	0.404	0.711
Des 3	0.668	0.252	0.503	0.286	0.319	1.400
Des 4	0.422	0.201	-	0.069	0.166	1.070
			1.069			
			-			
			1.819			
BPRS:						
BPRS	1.00					
1	0.820	0.508	-	0.748	0.244	2.757
BPRS	0.6481	0.410	0.321	0.491	0.188	2.235
2	0.256	0.174	-	0.045	0.673	0.970
BPRS			0.688			
3			-			
BPRS			2.005			
4						

Aus der Tabelle 3 geht hervor, dass sowohl die BPRS- als auch die DES-Werte diese sog. Dosis-Wirkungs-Beziehung erkennen lassen. Wenn höhere Werte bei den Unterpunkten Angst, Depression und Dissoziation vorlagen, nahm damit auch das Risiko zu, dass die Stimmen blieben.

Wenn bestimmte Emotionen einen starken Einfluss auf das Fortbestehen der Stimmen haben, ist dies möglicherweise ein Hinweis darauf, dass der Umgang mit den Stimmen beachtet werden sollte. Dies wird unterstützt durch eine Untersuchung bei Erwachsenen von HADDOCK et SLADE (1996), in welcher sich zeigte, dass ein über 18 Sitzungen verteiltes, ausführliches Gespräch über die Stimmen, in dem viele Aspekte der Stimmen besprochen wurden, dazu führte, dass sich deren Häufigkeit und die Angst vor ihnen verringerten. Es zeigte sich, dass die Emotionen nicht nur eine Rolle beim Verschwinden oder Nichtverschwinden der Stimmen spielten, sie hatten ebenfalls einen Einfluss auf die Belästigungen, welche die Jugendlichen durch die Stimmen erlebten.

Wir untersuchten während des Untersuchungszeitraumes auch den Verlauf der Belästigungen, welche die Kinder erlebten. Diesen Einfluss maßen wir anhand einer Frageliste mit elf Einflussbereichen, in welcher durch eine Ja/Nein-Option jeweils die Frage beantwortet werden konnte, ob die Stimmen jemanden traurig, ärgerlich, ängstlich oder froh machten, oder verwirrten. Ob die Stimmen dazu führten, dass ein Kind nicht mehr zur Schule ging, keine Hausaufgaben mehr erledigte, Streitigkeiten anfang, weglaufen wollte, Dinge tat, für die es bestraft wurde, und ob das Kind Dinge tat, die es eigentlich nicht tun wollte, aber damit Sorge trug, dass es sich nicht alleine fühlte. Lagen fünf oder mehr »Ja«- Antworten vor, wurde dies als ein hoher Einfluss der Stimmen gewertet. Zwei weitere Faktoren, die Einfluss auf das Verschwinden der Stimmen hatten, und die mit dem Maastrichter Interview (MIKS) gemessen werden können, sind die Auslöser Zeit und Ort (Tabelle 4).

Tabelle 4: Prädiktoren für das Verschwinden der Stimmen: Die Auslöser Zeit und Ort

T	Haz. Ratio	Std. Err	z	P> [z]	95 Prozent Conf.	Intervall
Zeit	2.145	0.621	2.634	0.008	1.216	3.782
Ort	1.933	0.575	2.217	0.027	1.080	3.459

Behandelte versus unbehandelte Kinder

Kinder, die in Behandlung waren, erzielten in der Psychopathologie sowohl in der »Skala für dissoziative Erfahrungen« (DES) als auch in der »Brief Psychiatric Ranking Scale« (BPRS) höhere Werte. Insbesondere die Werte in den BPRS-Unterpunkten Angst und Depression führten zu einem Unterschied ($p: 0.0001$). Diese Kinder zeigten gemäß dem »Youth Self Report« (YSR) ein problematisches Verhalten und hatten anhand der »Children's Global Assessment Scale« (CGAS) geringere soziale Fähigkeiten. Die Ergebnisse des Maastrichter Interviews (MIKS) zeigten weiterhin, dass bei den behandelten Kindern der Einfluss der Stimmen auf ihr Verhalten größer war ($p: 0.0004$). Dies überrascht nicht, denn wenn Kinder mehr unter den Stimmen leiden, suchen sie auch früher Hilfe. Kinder, die Förderunterricht bekamen, waren ebenfalls öfter in Behandlung. Von den 18 Kindern, die Förderunterricht erhielten, waren zwölf in Behandlung (66 Prozent gegenüber 44 Prozent der Gesamtgruppe, $p < 0.05$).

Kinder, die weiterhin Stimmen hörten

Beim letzten Interview stellte sich heraus, dass 24 Kinder (36 Prozent) weiterhin Stimmen hörten, bei vier von ihnen (11 Prozent von 35 Kindern, die beim dritten Interview keine Stimmen mehr hörten) waren die Stimmen zurückgekommen. Von den 24 Kindern fühlten sich zwölf Kinder (50 Prozent) überhaupt nicht oder nur wenig durch die Stimmen behindert, sie hatten somit keinen oder nur einen geringen Einfluss auf das alltägliche Leben der Kinder hatten. Die Kinder besuchten die Schule oder machten eine Ausbildung, sie hatten Freunde und positive Erwartungen an die Zukunft.

Bei den anderen zwölf Kindern, und das ist noch eine große Zahl, lag durchaus etwas im Argen. Bei einem Kind waren die Stimmen eine Reaktion auf die Machtlosigkeit aufgrund einer Behinderung durch ein Geburtstrauma. Die Familie des Kindes hatte gelernt, auf dieses Signal sehr adäquat zu reagieren, der Junge arbeitete als Zimmermann im Familienbetrieb mit. Bei einem Kind war es unklar, womit die Stimmen zusammenhingen. Dieses Mädchen war nicht in der Lage, eine Ausbildung abzuschließen oder eine Arbeitsstelle langfristig zu halten. Bei sechs Kindern war von emotionalen Problemen, die mit gravierenden Scheidungsquerelen der Eltern zusammenhingen, die Rede. Bei vier anderen Kindern gab es schwerwiegende Probleme in der Schule: Eine Diskrepanz zwischen ihrem Lernvermögen und den an sie gestellten Anforderungen; ein Mangel an Wehrhaftigkeit gegen Schikanen. Bei diesen zehn Kindern nahmen wir wahr, dass ihren Problemen kaum Aufmerksamkeit zuteil und auch nicht nach Abhilfe gesucht wurde. Bei Stimmenhörern besteht häufig die Gefahr, dass auf die zugrundeliegenden Probleme nicht eingegangen wird.

Diskussion

In dieser Untersuchung haben wir uns für eine ungewöhnliche Herangehensweise entschieden: Wir sind von einem bestimmten Phänomen ausgegangen, nämlich dem Stimmenhören, und nicht von einer bestimmten Erkrankung. Wir haben das Stimmenhören ausgehend von der Erfahrung selbst untersucht und nicht aus einer bestimmten professionellen Anschauung heraus. Trotzdem hielten wir uns an die psychiatrische Definition von akustischen Halluzinationen. Wir haben sowohl die Erfahrungen von Patienten, also Kinder die aufgrund ihrer Stimmen in Behandlung waren, als auch die von Nicht-Patienten berücksichtigt. In der letztgenannten Gruppe waren sowohl Kinder, die keine oder nur wenige Probleme, als auch Kinder, die mehr Probleme mit den Stimmen hatten. Weil wir keine Einschränkungen bei den Patienten wollten, warben wir die Kinder nicht nur über das Gesundheitssystem, sondern auch über die Medien an. Durch dieses breite Konzept und die prospektiven Nachuntersuchungen der Kinder über einen Zeitraum von drei Jahren bekamen wir auch andere Informationen, vor allem über den Verlauf, die Hintergründe und den Einfluss der Stimmen auf das Zurechtkommen im Alltag.

In der Literatur besteht im allgemeinen ein negatives Bild in Bezug auf das Hören von Stimmen, weil es mit einer Erkrankung assoziiert wird, und dann häufig noch mit einer schwerwiegenden, wie der Schizophrenie, bei der man einen chronischen Verlauf befürchtet. In unserer Untersuchung haben wir bei 64 Prozent der Kinder gesehen, dass dies nicht der Fall war. Bei ihnen verschwanden die Stimmen im Verlauf der Untersuchungsperiode. Bei 36 Prozent blieben die Stimmen jedoch bestehen. Skeptiker werden sagen, dass in der normalen Bevölkerung die Wahrscheinlichkeit eine Schizophrenie zu entwickeln bei 0.6 Prozent liegt. Hiermit verglichen sollte die Wahrscheinlichkeit in unserer Untersuchung 60mal so groß sein. Die Skeptiker haben aus zwei Gründen Unrecht: Erstens bezieht sich der Prozentsatz von 0.6 auf die Prävalenz der Schizophrenie in der Normalbevölkerung, während diese Untersuchung eine Gruppe von Stimmenhörern betrifft. Bei der Annahme einer Schizophrenie sollte man erwarten, dass bei 100 Prozent die Stimmen bestehen bleiben. Zweitens setzen die Skeptiker das Stimmenhören mit einer Erkrankung gleich, und schlimmer noch, mit der Erkrankung Schizophrenie. Das ist nicht richtig, weil aus epidemiologischen Studien der letzten 20 Jahre bekannt ist, dass das Hören von Stimmen in der gesunden Bevölkerung vorkommt, ohne dass dabei die Rede von einer psychiatrischen Störung ist. Es ist wesentlich, dass das Stimmenhören nicht mit einer Schizophrenie gleichgesetzt wird. Dieses Phänomen hat einen eigenen Verlauf und eine eigene Bedeutung. Dass in dieser Untersuchung 36 Prozent (N=24) der Kinder am Ende der

Untersuchungsperiode noch Stimmen hörten, ist zwar eine große Zahl, deutet aber an sich nicht auf eine Pathologie hin. Die Hälfte dieser Kinder hatte keine oder nur geringe Beeinträchtigungen durch die Stimmen, und keine sozialen Dysfunktionen. Die andere Hälfte der Kinder hatte Probleme, jedoch schien es, dass bei ihnen gar nicht oder nur wenig auf diese Probleme eingegangen und auch keine Abhilfe dafür gefunden wurde. Dies ist eine Gefahr für viele Stimmenhörer: Wird eine kategoriale Diagnose gestellt und es kommt zur Identifikation mit der Erkrankung, dringt man nicht zur zugrundeliegenden Problematik vor.

Unsere Untersuchung zeigt, dass ein großes Maß an Angst, Depressivität und Dissoziation jeweils einen prognostischen Wert für das Fortbestehen der Stimmen hat. Dass diese Emotionen einen Einfluss auf das Verschwinden oder Nichtverschwinden der Stimmen haben, und logischerweise mit sozialem Fehlverhalten Hand in Hand gehen, weist darauf hin, dass die Behandlung auf diese Emotionen eingehen sollte, anstatt das Stimmenhören selbst in den Mittelpunkt zu stellen. Große Angst, ein hohes Maß an Depression und ein hohes Maß an Dissoziation weisen auf eine durch die Stimmen hervorgerufene emotionale Reaktion hin und stehen möglicherweise auch in Zusammenhang mit dahinterliegenden Problemen. Diese Emotionen können auch daraufhin weisen, dass es bei einem stimmenhörenden Kind möglicherweise vernünftiger ist, einen Umgang mit den Problemen zu erlernen, und nicht die wachgerufene Emotion oder die Wahrnehmung selbst zu bekämpfen. In diese Richtung deutet ebenfalls die Tatsache, dass bei ca. 62 Prozent der Kinder die Stimmen offenbar eine Reaktion auf eine erlebte Problemsituation waren, welche die Jugendlichen ohnmächtig gemacht hatte. Es ging hierbei um den Tod nahestehender Menschen, ernsthafte Erkrankungen der Eltern oder bei ihnen selbst, Scheidungsprobleme der Eltern, Probleme in der Schule wie z.B. Leistungs- oder Lerndefizite, die es schwierig machten, dem Unterricht zu folgen, Schikanen und/oder Formen von Aggressivität.

Die Prädiktoren suggerieren, dass der Verlauf des Stimmenhörens ein zeitlicher Prozess ist, der durch eine Anzahl an Faktoren beeinflusst wird, die unabhängig von der Diagnostik sind. Wir können annehmen, dass kognitive Prozesse vom Inhalt der Stimmen, ihrer Häufigkeit und der Angst, die sie hervorrufen, beeinflusst werden. Der Verlauf des Stimmenhörens und die Prädiktoren suggerieren, dass therapeutische Hilfe nicht so sehr auf die Diagnostik ausgerichtet sein sollte, sondern mehr auf das Erlernen eines Umgangs mit der Erfahrung. Zudem sollten die Stimmen als etwas Normales angesehen werden, da sie in der gesunden Bevölkerung vorkommen und man nicht automatisch psychisch krank sein muss. Die eigenen Abwehrkräfte können

gestärkt werden und die Unterstützung des direkten Umfeldes kann einen Einfluss haben.

Der Verlauf scheint ebenfalls davon abzuhängen, wie häufig die Stimmen präsent sind. Ein häufiges Auftreten kann als ein Zeichen der Allmächtigkeit der Stimmen angesehen werden, eine Attribuierung, die auch laut BIRCHWOOD et al. (2000) einen negativen Einfluss sowohl auf das Verschwinden als auch das Erlernen eines Umgangs mit den Stimmen hat. Eine Untersuchung bei Erwachsenen (HADDOCK et SLADE 1996) hat weiterhin gezeigt, dass die Häufigkeit der Stimmen abnimmt, wenn ausführlich über sie gesprochen wird.

Ein besonderes Studienergebnis, welches möglicherweise daraufhin deutet, dass das Hören von Stimmen eine Reaktion auf bestimmte Ereignisse oder schwierige Situationen ist, bezieht sich auf die Auslöser. Ein günstiger Verlauf scheint im Zusammenhang mit bestimmten, eindeutigen Auslösern zu stehen. Wenn die Kinder in der Lage waren, die Auslöser Zeit und Ort zu identifizieren, bspw. wenn die Stimmen nur in der Schule oder nur im eigenen Schlafzimmer auftauchten, hatte das einen Einfluss auf den Verlauf. Die Beschränkung auf bestimmte Situationen kann gleichfalls suggerieren, dass wenn die Stimmen nicht überall sind, sie auch nicht allmächtig sind. Es kann auch sein, dass ortsgebundene Auslöser mehr Angriffspunkte für das Erlernen eines Umgangs mit den Stimmen bieten.

Das Hören von Stimmen hatte für eine Anzahl der Kinder einen ziemlich großen Einfluss auf ihr tägliches Funktionieren, während andere Kinder sich eher wenig durch sie beeinflussen ließen. Dieser Unterschied in der Reaktionsweise zeigte sich vor allem zwischen den behandelten und den nicht-behandelten Kindern. Bei einem großen Einfluss auf das tägliche Funktionieren wurde signifikant öfter Hilfe gesucht, jedoch hing dieser Einfluss nicht mit dem Verschwinden oder Nichtverschwinden der Stimmen zusammen. Das deutet daraufhin, dass der Einfluss, den die Stimmen ausüben, an sich kein ursächlicher Faktor ist, sondern es bedeutet, dass jemand nicht mit ihnen umgehen kann. Daraus folgt möglicherweise, dass wir in der Diagnostik nicht so viel Wert auf die Verhaltensweisen als Ausdruck einer Pathologie legen sollten, sondern diese vor allem als Hilferuf oder Bitte um Unterstützung bei verängstigenden Erfahrungen deuten sollten. Über Unterstützung für das, als leidvoll oder schwierig, erlebte Verhalten, sollten wir unsere Aufmerksamkeit auf die damit in Zusammenhang stehenden Emotionen und zugrundeliegenden Probleme richten. Kinder, die in Behandlung waren, erzielten höhere Werte in der Psychopathologie und hatten geringere soziale Kompetenzen, und gleichzeitig zeigte sich, dass bei diesen Kindern der Einfluss der Stimmen auf ihre Emotionen und ihr Verhalten größer war.

Psychiatrische Messinstrumente unterscheiden nicht, ob ein hoher Wert mit einem pathologischen Symptom oder einer Reaktion auf die Anwesenheit von Stimmen zusammenhängt. Eine mit Hilfe der »Brief Psychiatric Ranking Scale« (BPRS) gemessene Anzahl an Symptomen könnte auch eine Reaktion auf das Hören von Stimmen sein. In der psychiatrischen Diagnostik wird jedes Verhalten als Symptom einer Krankheit gesehen, ohne zwischen primären Reaktionen (Reaktionen auf Probleme) und sekundären Reaktionen (Reaktionen auf die primären Reaktionen) zu unterscheiden. Aus Selbstdokumentationen (sog. Egodocuments), die wir von und mit Erwachsenen ausgewertet hatten, wurde deutlich, dass Angst, Depression, wenige soziale Kontakte, Rückzugsverhalten und unangemessenes Verhalten, wie z.B. plötzliches Lachen ohne einen Anlass, auch als Reaktionen auf das Hören von Stimmen zu verstehen waren (sekundäre Reaktionen). Manche Stimmen konnten sehr irritierende Bemerkungen machen, die widerlegt werden mussten. Oder sie können einen Witz erzählen und so viel Radau machen, dass jede Form eines sozialen Kontaktes unmöglich ist. Eine kategoriale Diagnostik ist daher aus mehreren Gründen für die Entwicklung eines Verständnisses des Stimmenhörens und die Reaktion des Stimmenhörers darauf problematisch. In der folgenden Studie wird auf die Wirkung der unterschiedlichen Behandlungsarten eingegangen.

Wirksame und weniger wirksame Therapien des Stimmenhörens bei Jugendlichen

Übersetzung der englischen Originalstudie von ROMME, M. und ESCHER, A (2004): Determinants of outcome in the pathways through care for children hearing voices. In: International Journal of Social Welfare 13:208-222

Ebenso wie in der vorherigen geht es auch in dieser Studie um die Ergebnisse der Untersuchung an 80 Kindern und Jugendlichen, die über längere Zeit Stimmen hörten und über drei Jahre begleitet wurden, um den Verlauf ihrer Erfahrungen zu erforschen. In dieser Studie werden die qualitativen Analysen der Unterstützung, welche die Kinder im Verlauf der Untersuchungsperiode bekamen, wiedergegeben.

Ungefähr 8 Prozent der Jugendlichen aus der normalen Bevölkerung bis 18 Jahre kennen die Erfahrung des Stimmenhörens (MCGEE et al. 2000). Ca. 2 Prozent der Jugendlichen kennen diese Erfahrung über einen längeren Zeitraum (GREEN et al. 1973). Angesichts der Tatsache, dass diese Erfahrung in allen Altersklassen gleich häufig vorkam, gelangte GREEN zu der Schlussfolgerung, dass es sich um eine kontinuierliche Erfahrung handeln müsse. Er erstellte allerdings nur einen einmaligen Querschnitt. In klinischen Untersuchungen (GARRALDA 1984a+b) zeigte sich jedoch, dass der Verlauf sehr wechselnd sein kann. Klinische Studien erzeugen ein selektives Bild, weil das Phänomen immer aus einer Krankheitsperspektive definiert wird. Aus epidemiologischen Untersuchungen ist bekannt, dass das Stimmenhören in der normalen Bevölkerung existiert, ohne dass es mit einer Krankheit in Verbindung gebracht wird. Dies gilt sowohl bei Erwachsenen (SIDGEWICK 1894, POSEY et LOSCH 1983, BENTALL et SLADE 1985, TIEN 1991, EATON et al. 1991, BARRETT et ETHERIDGE 1992, BIJL et al. 1998), als auch bei Jugendlichen (MCGEE et al. 2000). All diese Studien, die wir kennen, liefern im Ganzen gesehen nur wenig Anhaltspunkte zum Verlauf des Stimmenhörens und zum Effekt eventueller Behandlungen. Epidemiologische Untersuchungen sind meistens einmalige Querschnittsstudien, die nicht auf Behandlungseffekte eingehen, während klinische Studien meistens eine kleine Zahl Kinder berücksichtigen, die alle in Behandlung sind. Es gab keine Studien, in denen Patienten und Nicht-Patienten miteinander verglichen wurden.

In einer eigenen Untersuchung an Erwachsenen hatten wir beobachtet, dass der Umgang mit den Stimmen sehr unterschiedlich war zwischen denjenigen, bei denen zusätzlich von einer Pathologie die Rede, und denjenigen, bei denen es nicht um eine Pathologie ging, (ROMME und ESCHER 1989, 1993). Dieser Unterschied in der Bewältigung hing mit Unterschieden im Umgang mit zurückliegenden sozialen und emotionalen Problemen zusammen (ROMME et al. 1992, ROMME 1996). Die Ergebnisse aus dieser Untersuchung bei erwachsenen Stimmenhörern machten uns neugierig auf Die Stimmen und ich . Wissenschaftliche Untersuchungen zum Stimmenhören von Romme, Escher et al. -- BALANCE buch + medien verlag

den Verlauf des Stimmenhörens bei behandelten als auch unbehandelten Jugendlichen. Um den Effekt der Behandlung, aber auch um den sog. natürlichen Verlauf zu studieren, führten wir eine dreijährige Studie durch, in der die Jugendlichen insgesamt viermal interviewt wurden.

Methodik

In dieser Studie werden die Methoden zur Auswahl der Untersuchungspopulation, die Beschreibung der Untersuchungsinstrumente und die quantitativen Analysemethoden nicht wiederholt, wir verweisen dazu auf die vorangegangene Studie.

Die Fragestellung: »Was sind wirksame und was sind weniger wirksame Hilfen für Jugendliche, die Stimmen hören?« ist sowohl eine Frage nach den Unterschieden im therapeutischen Angebot, als auch eine Frage nach den unterschiedlichen Reaktionen der Nutzer darauf. Es geht hier nicht um einen Goldstandard eines allgemein akzeptierten Vorgehens in der Behandlung des Stimmenhörens. Zudem nahmen an der Untersuchung Jugendliche teil, die zwar nicht in Behandlung waren, aber bereits gewisse Formen des Umgangs mit den Stimmen entwickelt hatten. Die individuelle Varianz zwischen den Nutzern und den Behandlungsarten muss auch sehr groß sein, wenn man ein einigermaßen realistisches Bild vom Verlauf des Stimmenhörens und vom Einfluss der Behandlungsarten bekommen möchte. Das Streben nach Pluralität bildet auch eine Grundlage des »Theoretical sampling« (Theoriegeleitete Stichprobenziehung), das z.B. in der »Grounded Theory« von GLASER und STRAUSS (1967) benutzt wird. Dies ist eine Verfahrensweise, bei der es darum geht, neue Teilnehmer in die zu erforschende Gruppe aufzunehmen, um so neue Informationen akquirieren zu können, die möglicherweise entscheidend von den herkömmlichen Informationen abweichen. BOURDIEU et al. (1999) betonen: »the importance of not trying to resolve the contradictions and tensions between different world views by rationalizing them«.

Wir erkundigten uns daher nach allen möglichen Behandlungsformen, sowohl bei der *Geestelijke Gezondheidszorg* (GGZ, frei übersetzt: Psychischer Gesundheitsdienst der Niederlande) als auch in der alternativen Szene komplementärer Angebote. Dazu gehören bspw. das Neurolinguistische Programmieren (NLP), Homöopathie und körperbezogene Therapien wie Bioenergetik und Haptonomie, Therapien, die auf das Manipulieren von Energien und die Harmonie zwischen ihnen ausgerichtet sind, und spirituelle Heilverfahren, bei denen eine Krankheit mehr als ein Lernprozess gesehen und behandelt wird (eine Übersicht hierzu findet sich in FRANZEN 1999).

Alle Jugendlichen wurden in den Untersuchungsinterviews (s. vorherige Studie) gefragt, ob sie sich bereits Hilfe gesucht hätten oder nicht, und falls ja, bei wem. Es wurde nach dem Namen, der Art der Hilfe und ggf. nach der Bezeichnung der Einrichtung, in der die Hilfe angeboten wurde, gefragt. Bezogen auf die Einrichtung gab es die Kategorien »Nur Hilfe aus dem regulären Gesundheitssystem«, »Nur alternative Hilfe«, »Beide Hilfsarten« oder »Keine Hilfe« als Antwortmöglichkeiten. Antworten zur Art der Hilfe wurden nicht mit technischen Begriffen umschrieben, sondern mit den Bezeichnungen, welche die Befragten ihren Erfahrungen selbst gegeben hatten. Nach Abschluss der Untersuchung wurden die Antworten durch das Untersuchungsteam in folgende Elemente eingeteilt:

- Beratung;
- Akzeptanz;
- Konkretisieren der Erfahrung;
- Zuwendung für die Probleme, welche durch die Stimmen ausgelöst wurden;
- Unterstützung durch die Eltern;
- Beeinflussung durch die Hilfe;
- Psychoedukation in der Schule;
- Kindermeditation;
- Erlernen eines Umgangs mit den Stimmen;
- Erlernen eines Umgangs mit Emotionen und Selbstbehauptungstraining
- Trauerarbeit; Hilfen bei Problemen in der Schule; Hilfen bei emotionalen Problemen; Stressreduktion;
- Medikation;
- Diagnostisches Vorgehen und Behandlungsschritte unter Ausrichtung auf die diagnostizierte Erkrankung;
- Ausbau von Aktivitäten in der Außenwelt;
- Einschränkung von Aktivitäten in der Außenwelt.

Therapeutische Unterstützung, Umgangsformen in der Familie und kurzfristige Techniken, welche sich die Kinder selbst überlegten, wirkten sich nicht nur auf das Stimmenhören, sondern auch auf andere Facetten des Lebens aus. Sobald das Stimmenhören nicht nur als Symptom einer Erkrankung gedeutet wird, sondern bspw. als eine Reaktion auf Probleme, folgt daraus als Konsequenz, dass man das Phänomen nicht getrennt vom Rest des täglichen Lebens sehen kann. Daher kann man das Lebensumfeld und die beteiligten Personen von den Angeboten an Behandlungselementen und vom Informationserwerb nicht ausschließen. Die Beurteilung der Wirksamkeit einer Behandlung ist an sich keine einfache Angelegenheit. Nimmt man zudem das Verschwinden der Stimmen als alleiniges Erfolgsergebnis, so ist dies Die Stimmen und ich . Wissenschaftliche Untersuchungen zum Stimmenhören von Romme, Escher et al. -- BALANCE buch + medien verlag

nur ein unzureichendes Kriterium. Dies liegt zum einen darin begründet, dass der Einsatz von Medikamenten die Stimmen zwar unterdrücken, aber dies gleichzeitig zur Folge haben kann, dass die Entwicklung des Kindes stagniert. Der umgekehrte Fall kann auch eintreten. Insbesondere bei den alternativen Hilfsangeboten ist das Verschwinden der Stimmen nicht immer das primäre Ziel, sondern das Erlernen eines Umgangs mit ihnen. Hier steht also das Dysfunktionale nicht mehr im Mittelpunkt.

Wir haben uns bei der Beurteilung der Behandlungseffektivität daher dazu entschieden, die Entwicklung der Jugendlichen mit in die Waagschale zu werfen. Wenn ein Hilfsangebot die Entwicklung fördert und sie nicht stört, kann das als ein wichtiges Kriterium für die Effektivität der Hilfe angesehen werden. Als Aspekte einer positiven Entwicklung werteten wir:

- Ausbau des sozialen Netzwerkes (mehr Freunde und/oder Freundinnen);
- ein besseres Äußern von Emotionen;
- Emotionen erkennen und sie kontrolliert äußern (einen besseren Umgang mit Emotionen erlernen und sie nicht nur über der Stimmen abreagieren);
- weniger Konflikte in der Schule oder zuhause;
- Fortschritte im Schulunterricht oder in der Berufsausbildung.

Nach Beratungen untereinander und nachdem alle Daten zusammengetragen waren, beschloss das Untersuchungsteam, die Kinder in drei Kategorien einzuteilen: Kinder mit einer positiven Entwicklung, Kinder ohne Veränderungen und Kinder mit einer negativen Entwicklung. Ein Kind wurde zur Gruppe »Positive Entwicklung« gezählt, wenn vier von fünf der folgenden Kriterien als zutreffend eingeschätzt wurden:

- Ausbau des sozialen Netzwerkes (mehr Freunde auf dem Niveau einer Bezugsgruppe von Gleichaltrigen, sog. peer group),
- erfolgreicher Fortschritt im Schulunterricht oder in der Berufsausbildung,
- ein besserer Umgang mit Emotionen; sich stärker fühlen und dergleichen,
- weniger Konflikte in der Schule und zuhause,
- eine nach eigener Einschätzung positive Entwicklung.

Im vierten und letzten Interview werden die Eltern und die Jugendlichen selbst aufgefordert, auf die Entwicklung der vergangenen drei Jahre zurückzublicken.

Ergebnisse

Im Verlauf der Untersuchungsperiode zeigte sich, dass bei 60 Prozent der Respondenten die Stimmen verschwanden und sie daher bei 40 Prozent noch präsent waren. Die Entwicklung variierte. Im Verlauf der Untersuchungsperiode war der Verlauf

bei 70 Prozent der Jugendlichen positiv. Bei 30 Prozent gab es keine oder eine negative Veränderung.

Im Hilfesuchverhalten gab es eine große Variation im Hinblick auf die jeweiligen Einrichtungen. Tabelle 1 zeigt die unterschiedlichen Hilfseinrichtungen. In dieser Tabelle wird ebenfalls angegeben, wie das Verhältnis sowohl in der ursprünglichen Gruppe mit 80 Kindern als auch in der Gruppe mit den 66 Kindern aussah, die am gesamten Untersuchungszeitraum teilnahmen. Es zeigt sich, dass der Verlust an Kindern keinen entscheidenden Einfluss auf die Verteilung der Respondenten auf die verschiedenen Hilfseinrichtungen hatte. Erwähnenswert ist, dass die Eltern und Jugendlichen manchmal das Hilfsangebot wechselten. Umgangssprachlich formuliert: Es wurde ziemlich tüchtig »geshoppt«. Dies ist günstig für die Variation der Hilfe. Aus der Tabelle wird deutlich, dass zwölf Jugendliche (17 Prozent) sowohl beim regulären Gesundheitsdienst als auch in alternativen Kreisen Hilfe suchten. Innerhalb der Gruppe der 25 Kinder, die beim regulären Gesundheitsdienst Hilfe suchten, nahmen zwölf (17 Prozent) von ihnen die Hilfe mehrerer Therapeuten in Anspruch. Diese zwölf Kinder suchten insgesamt 33 verschiedene Berater auf.

Tabelle 1: Differenzierung der Nutzung der Hilfsangebote

Art der Hilfe	Erstes Interview N=80	Gesamte Studien- dauer, N=66
Nur reguläres Gesundheitssystem:	29 (36 Prozent)	25 (37Prozent)
Nur alternative Hilfsangebote:	13 (16 Prozent)	12 (17 Prozent)
Nutzung beider Richtungen:	15 (18 Prozent)	12 (17Prozent)
Keine Inanspruchnahme von Hilfe:	20 (25 Prozent)	17 (25 Prozent)

In Tabelle 2 wird bei den jeweiligen Hilfsangeboten dargestellt, ob die Stimmen blieben oder dann doch verschwanden. Ebenfalls wird dabei unterschieden, ob die Entwicklung der Kinder unverändert war, sich verschlechterte oder verbesserte. Diese Analyse bezieht sich auf die 66 Kinder, die am gesamten Untersuchungszeitraum teilgenommen haben.

Tabelle 2: Nutzung der Hilfsangebote und Verlauf des Stimmenhörens

Art der Hilfe	Entwicklung	Stimmen weiter präsent	Stimmen nicht mehr präsent	Anzahl der Kinder
Keine Hilfe	Negativ	32	14	17
	Positiv		14	16
		(66 Prozent)	(100 Prozent)	(94 Prozent)
Nur reguläres System	Negativ	9	16	25
	Positiv	1	11	12
		(11 Prozent)	(69 Prozent)	(48 Prozent)
Nur alternative Hilfe	Negativ	6	6	12
	Positiv	3	5	8
		(50 Prozent)	(83 Prozent)	(66 Prozent)
Nutzung von beiden	Negativ	3	9	12
	Positiv	2	8	10
		(66 Prozent)	(88 Prozent)	(83 Prozent)

Vergleicht man die Spalten »Stimmen weiter präsent« und »Stimmen nicht mehr präsent«, erkennt man, dass das Verschwinden der Stimmen in einem hohen Maße Hand in Hand mit einer positiven Entwicklung ging, während bei einem Fortbestehen der Stimmen viel seltener eine positive Entwicklung zu verzeichnen war.

Eine sich aufdrängende Frage ist: »Was ist wichtiger, dass die Stimmen verschwinden oder dass es eine positive Entwicklung gibt?« Zu dieser Frage liefert die Untersuchung keine Antwort. Es zeigte sich jedoch, dass das Verschwinden der Stimmen keine Bedingung für eine positive Entwicklung war. Auf der Ebene des Einzelfalles sahen wir außerdem, dass eine einseitige Orientierung von therapeutischer Seite auf das Verschwinden der Stimmen, bspw. wenn die Hilfe nur auf Medikamente beschränkt blieb, auf Kosten der Entwicklung gehen konnte. Es fiel auch auf, dass so eine einseitige Behandlung meistens abgebrochen und dann die Hilfe der Eltern in Anspruch genommen wurde. Eine ausgeglichene Berücksichtigung beider Aspekte scheint für das jeweils betroffene Kind zunächst am geeignetsten zu sein.

Wenn wir die wirksamen Elemente einer Therapie bzw. Beratung betrachten, dann sind diese vor allem auf beide Aspekte ausgerichtet. Dass eine Kombination aus Hilfe aus dem regulären Gesundheitssystem und einer alternativen Hilfe einen hohen

Prozentsatz an positiver Entwicklung zeigt, kann aus der Perspektive des einzelnen Die Stimmen und ich . Wissenschaftliche Untersuchungen zum Stimmenhören von Romme, Escher et al. -- BALANCE buch + medien verlag

Kindes dadurch erklärt werden, dass die alternativen Ansätze sehr oft auf eine Akzeptanz der Stimmen und eine dazu passende Unterstützung ausgerichtet sind, und weiterhin auch dadurch, dass der alternative Therapeut häufig selbst die Erfahrung kennt und den Jugendlichen daher einen Umgang mit den Stimmen beibringen kann. Die Hilfe aus dem regulären Gesundheitssystem richtet sich mehr auf das Erlernen eines Umgangs mit den Emotionen. Wenn man von der Auffassung ausgeht, dass das Hören von Stimmen eine Reaktion auf hilflos machende Ereignisse oder Situationen ist, wäre eine Kombination aus Hilfen aus dem regulären und dem alternativen Hilfeangebot eigentlich ideal. Diese Schlussfolgerung gilt erst recht, wenn man die Tatsache berücksichtigt, dass das Hören von Stimmen sehr oft nach einer traumatischen Erfahrung mit einer hohen emotionalen Beteiligung auftritt (s. vorherige Studie).

Dass die Kategorie »Nur alternative Hilfe« schlechter abschneidet als eine Kombination mit einer Hilfe aus dem regulären Gesundheitssystem ist im Einzelfall eine nachvollziehbare Konsequenz aus einem mangelhaften (theoretischen) Tiefgang einerseits und aus Fehlern bei der Systematik im Erlernen eines Umgangs mit Emotionen andererseits. Wir dürfen jedoch nicht alle Therapeuten aus dem alternativen Umfeld über einen Kamm scheren. Es gibt auch Ausnahmen an sehr profunden und ausgewogenen Therapeuten.

In der Tabelle fällt weiterhin auf, dass die Kategorie »Keine Hilfe« zusammenfällt mit dem höchsten Prozentrang bei der positiven Entwicklung und dem Verschwinden der Stimmen. Es zeigte sich, dass im Einzelfall innerhalb der Familie ein hohes Maß an Verständnis und Unterstützung bestand, und dass die Jugendlichen selbst ziemlich einfallsreich im Ausdenken von Umgangsweisen mit den Stimmen waren. In dieser Gruppe gab es meistens auch keine anderen Abweichungen wie Geburtstraumata, intellektuelle Einschränkungen, ADHS, Familienstress durch Scheidung und dergleichen.

Dass die Jugendlichen, die im regulären Gesundheitssystem Hilfe suchten, selten eine positive Entwicklung zeigten, ist vor allem durch einige komplizierte Faktoren bedingt, wie z.B. eine zusätzliche Pathologie, aber teilweise auch durch die Einseitigkeit symptomorientierter Hilfen, die mehr technischer (Diagnostik) und eingleisiger (Medikamente) Art waren. Die quantitative Analyse hatte gezeigt (s. vorherige Studie), dass Kinder, die in Behandlung waren, höhere Werte in der Psychopathologie hatten, sowohl in der DES- als auch in der BPRS-Wertung. Insbesondere die BPRS-Unterpunkte Angst und Depression machten den Unterschied aus. Diese Kinder zeigten ein problematischeres Verhalten (gemäß dem YSR) und hatten geringere soziale Fähigkeiten (gemäß der CGAS). Aus den Interviews ergab

Die Stimmen und ich . Wissenschaftliche Untersuchungen zum Stimmenhören von Romme, Escher et al. -- BALANCE buch + medien verlag

sich weiterhin, dass der Einfluss der Stimmen auf ihr Verhalten größer war. Es gab mehr emotionale Auslöser und diese Kinder reagierten häufiger auf den Auslösefaktor Ärger. Zudem erlebten sie die Stimmen insgesamt negativer und verhielten sich passiver ihnen gegenüber. Kinder mit drei oder mehr Traumata waren signifikant öfter in Behandlung. Kinder, die an einem Förderunterricht teilnahmen, waren ebenfalls häufiger in Behandlung. Von den 18 Kindern, die Förderunterricht erhielten, waren zwölf in Behandlung. Obwohl die Kinder, die in Behandlung waren, im Durchschnitt mehr Probleme durch die Stimmen hatten, hatte die Tatsache, dass ein Kind in Behandlung war, keinen signifikanten Einfluss auf den Verlauf. Auch die Ausbildung eines Wahns hatte keinen Einfluss auf das Verschwinden oder Nichtverschwinden der Stimmen.

Aus der Analyse gingen auch beschützende Faktoren hervor, wie z.B. eine offenkundige Identität der Stimmen und ein Maß von Wertschätzung dafür. Kinder, welche die Stimmen positiv wertschätzten, nutzten signifikant seltener Therapie- und Beratungsangebote.

Unterstützungselemente

Bezogen auf den Einzelfall haben wir die verschiedenen Unterstützungsformen oder Elemente untersucht, die bei den Jugendlichen angewandt wurden. Wie im Abschnitt *Methodik* beschrieben, hat das Untersuchungsteam die Antworten zu den erlebten Hilfen in unterschiedliche Elemente eingeteilt. Diese werden im folgenden Schema wiedergegeben. In der rechten Spalte stehen die Elemente und in der linken Spalte steht eine zusammenfassende Bezeichnung. Es wurden zwei Schemata angefertigt: Tabelle 3 gibt wieder, was als wirksam erlebt wurde, und Tabelle 4 enthält die weniger wirksamen Elemente.

Tabelle 3. Wirksame Unterstützungselemente

1. Fördert das Gefühl von Sicherheit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung mit einer ansprechenden Erklärung ▪ Akzeptanz durch ein Eingehen auf das Erlebte ▪ Konkretisierung des Erlebens ▪ Hilfsangebote bei Angst vor den Stimmen, Auslösern, Behinderungen
2. Unterstützung des Umfeldes und Fördern des Verständnisses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interviews zuhause in Gegenwart der Eltern ▪ Erklärung und Beratung in der

	<p>Schule</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitbeeinflussung des Hilfsangebotes ▪ Mitberücksichtigung elterlicher Unterstützung, Organisation von Elterngruppen
3. Ich-Stärkung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kurzfristige Techniken ▪ Inneren Dialog fördern ▪ Umgang mit Emotionen erlernen ▪ Selbstbehauptungstraining ▪ Kindermeditation
4. Zugrundeliegende Probleme durcharbeiten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trauerarbeit ▪ Probleme in der Schule, Schikanen und Lerndefizite angehen ▪ Stressreduktion ▪ Gut-Böse-Problematik (existentielle Probleme)
5. Aktivitäten ausbauen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung von Talenten

Was die Kinder und ihre Eltern positiv beurteilten steht in Tabelle 3. Wie werden die positiven Elemente von den Kindern und Eltern beschrieben? In den folgenden Abschnitten gehen wir die fünf Bereiche aus Tabelle 3 durch, um sie anhand von Beispielen zu verdeutlichen.

Zu 1. Förderung des Gefühls von Sicherheit

Beratung

Bei einer Beratung geht es in erster Linie um eine Bestätigung, dass die Stimmen, die das Kind hört, echt sind und kein Unsinn oder eine Fantasie. Wenn die Erfahrung des Kindes als »Stimmenhören« anerkannt und so auch benannt wird, kann das an sich schon angstreduzierend wirken. Kinder, die an der Untersuchung teilnahmen, erzählten, dass es für sie eine Erleichterung war, zu hören, dass es auch andere Kinder gab, die Stimmen hörten. Sie waren also nicht die einzigen. Insbesondere die Zahl von 80 teilnehmenden Kindern beeindruckte sie.

Etwas zu normalisieren bedeutet Entlastung. Beim Anwerben der Jugendlichen über die Medien hatten wir unseren Standpunkt deutlich gemacht: Das Hören von Stimmen ist an sich keine Erkrankung, man kann jedoch so darunter leiden, dass man Die Stimmen und ich . Wissenschaftliche Untersuchungen zum Stimmenhören von Romme, Escher et al. -- BALANCE buch + medien verlag

krank wird. Wir registrierten, dass dies für die Eltern eine beruhigende Botschaft war. Es führte auch dazu, dass sie sich trauten, ihren Kindern offener zuzuhören. Das Umfeld des Kindes muss in die Beratung mit einbezogen werden. Wenn die Eltern weiterhin der Überzeugung sind, dass das Stimmenhören eine Erkrankung sei, bleibt es für die Kinder schwierig, ihre Erfahrung wertzuschätzen oder positive Elemente darin zu sehen. Kinder sind häufig sensibel für die Stimmung anderer Menschen und nehmen leicht unausgesprochene Dinge wahr, wie z.B. Ängste und Unsicherheiten der Eltern. In der Beratung ist es auch wichtig einen Überblick über die verschiedenen Erklärungsmodelle zu geben. Das Hören von Stimmen kann bspw. als eine Gabe gedeutet werden. Dies ist eine gesellschaftlich akzeptierte Erklärung. Wie einer der Stimmenhörer sagte: »Damit kann ich zumindest bei den Nachbarn ankommen.«

Auf die Erfahrung selbst sollte näher eingegangen werden. Es können Elemente vorkommen, nach denen normalerweise nicht gefragt wird, z.B. Auren. Mehr als die Hälfte der Kinder (65 Prozent) hörte nicht nur Stimmen, sondern sah auch Bilder. Einige Kinder sahen auch Auren. Einem Kind, das Auren sieht, kann durch die Stimmen z.B. eingetrichtert werden, dass wenn es einen roten Schimmer um die Lehrerin in der Schule sieht, die Lehrerin dann ärgerlich auf sie ist, und dass die Farben, die sie sieht, anzeigen, was für ein Gefühl jemand ausstrahlt. Betrachtungsweisen außerhalb des medizinischen Modells sprechen Menschen mehr an als das herkömmliche Modell psychischer Krankheiten. Es gibt fast niemanden, der einzig nur an das gängige Krankheitsmodell glaubt. Es geht bei der Beratung nicht so sehr darum, jemandem eine Erklärung aufzudrängen, sondern mehr darum, zu beginnen, über die Stimmen nachzudenken: Worüber sprechen sie? Welche Ahnung überfällt mich dabei? Gibt es Dinge zuhause oder in der Schule, vor denen ich mich fürchte? Wie kann ich damit umgehen?

Konkretisieren

»Konkretisieren« meint, etwas so konkret wie möglich zu machen, indem darauf eingegangen wird, wie, wann und wo die Stimme gehört wird, worüber die Stimme spricht, welchen Charakter die Stimme hat, ob sie jemandem ähnelt. Neugierig sein auf die Stimme und das zu akzeptieren, was das Kind über die Stimme erzählt - dies gibt ein Gefühl von Annäherung, das angstmindernd und unterstützend wirkt. Über die Erfahrung zu sprechen - das lernt man nur, indem man es macht. Und wenn das bei dem befragten Menschen nicht aus einem Gefühl der Ablehnung, sondern aus Neugierde passiert, kann man als Interviewer auch mal einen Fehler machen, bspw. in dem man mal keine Frage stellt, sondern seine eigene Meinung sagt. Beim

Konkretisieren könnten Sie z.B. auch mitdenken. Wenn die Stimme nach dem Tod des Großvaters auftauchte und Charakterzüge von ihm hat, dann kann die Anregung »vielleicht ist es ja der Großvater, der noch bei dir bleiben will« unterstützend, akzeptierend und angstmindernd wirken. Wenn die Stimmen eine Gruppe Jugendlicher sind, die jemanden herabwürdigen, könnten Sie bspw. denken und vorschlagen: »Vielleicht sind es ja Jugendliche, die dich hänseln oder von denen du dich auf der Straße oder in der Schule bedroht fühlst. Vielleicht haben die Stimmen Recht und warnen dich vor einer Gefahr«. Bei den alternativen Angeboten sahen wir Beispiele, die von einem großen, kreativen Einfühlungsvermögen zeugten und die Kinder ansprachen. Ein Therapeut stellte die Stimmen als Figuren dar, die anschließend in der Zusammenarbeit mit dem Kind zum Mond geschickt wurden. Ein Junge entwarf ein Computerspiel rund um seine Stimme. Er erstellte ein Labyrinth, in dem die Stimme auf der Suche nach einem sicheren Ort verzweifelt herumlief, weil sie von einem Kügelchen verfolgt wurde, welches sie aufessen wollte.

Hilfestellungen bei Problemen durch die Stimmen

Stimmen können den Schlaf stören, häufiger noch können sie einen Menschen so ängstigen, dass er sich nicht traut, die Augen zu schließen. Sie können jemanden in bestimmten Situationen erschrecken, z.B. wenn man alleine zu Bett geht oder im Dunkeln die Treppen hinaufgeht. Sie können Kinder so ängstigen, dass sie körperliche Reaktionen zeigen und nicht mehr in der Lage sind, ihren eigenen Verstand zu benutzen. Sie können Wutanfälle provozieren. Kurzum: Sie können dafür sorgen, dass zuhause oder in der Schule Konflikte entstehen. Im ersten Untersuchungsjahr hatten aufgrund der Stimmen 82 Prozent der Kinder Probleme in der Schule und 70 Prozent Probleme zuhause. Es ist daher für das Kind wichtig, dass man ihm entgegenkommt und auf sein Problem konkret eingeht. Wenn ein Kind sich nicht traut, ins Bett zu gehen, können Eltern ihm helfen, z.B. durch ein Licht im Schlafzimmer oder auf dem Flur, oder indem sie zum Einschlafen mitkommen und evtl. im Bettkasten nachsehen, ob sich dort jemand befindet.

Bei einigen Kindern half ein Medikament, nicht gegen die Stimmen, aber bei Problemen, welche die Kinder bspw. mit ihrer Aggressivität oder ihrem Schlaf hatten. Die Medikamente halfen dann dabei, weniger ängstlich zu sein, besser zu schlafen oder leichter mit Aggression umgehen zu können. Es schien wichtig zu sein, dass die Hilfe auf einzelne Ziele ausgerichtet war, die für die Jugendlichen eine konkrete Bedeutung hatten. Medikamente von homöopathisch arbeitenden Ärzten zeigten oft die gewünschte Wirkung. Bei der Auswahl der Medikation werden zunächst die

Beschwerden genau aufgedrösel. Oftmals wirkt die Botschaft, die den Medikamenten mitgegeben wird, unterstützend. Kinder bekamen homöopathische Mittel um »sich von innen heraus stärker zu fühlen« oder »um mehr Kraft zu bekommen«. Wirksame Hilfestellungen waren auf die Dinge ausgerichtet, die zu Problemen führten, bspw. auf Panikattacken, Aggressivität, Angst, Schlafstörungen oder Zwangshandlungen.

Zu 2. Unterstützung des Umfeldes und Fördern des Verständnisses

Interviews im Beisein der Eltern

Bei den Untersuchungsinterviews waren meistens zumindest ein Elternteil oder beide Eltern anwesend. Die vielen Fragen, die wir stellen konnten, die Antworten, welche die Kinder gaben und der Eifer, mit dem die Kinder zumeist erzählten, war für viele Eltern eine Offenbarung. Beim zweiten Interview bemerkten die Untersucher einen Übungseffekt. Es wurde öfter über die Stimmen gesprochen und das Verständnis für diese Erfahrung war größer. Es war nicht so, dass sehr viel über die Erfahrung gesprochen wurde, aber Eltern und Kinder hatten sich überhaupt getraut darüber zu sprechen. Das Thema war nicht mehr tabu.

Das Verhalten erklären

Während des Interviews zeigte sich oft, dass die Kinder es gut fanden, ihr Verhalten ihren Eltern zu erklären. »Weißt du Papa, gestern Abend wollte ich nicht mit dir Schach spielen. Die Stimmen erlaubten mir das nicht«, erzählte ein Mädchen am Untersucher vorbei an dessen Vater gewandt. »Ich musste wegen der Stimmen das Geld stehlen«, sagte ein Junge während des Interviews, woraus sich eine Diskussion zwischen der Mutter und ihrem Sohn ergab. »Das können die Stimmen zwar sagen, die Strafe bekommst aber du und nicht sie«, schlussfolgerte die Mutter nüchtern. Durch ein Eingehen auf die Probleme, welche die Stimmen verursachen, können die Eltern helfen. Ein Beispiel von einem Mädchen, das abends gewöhnlich duschte: Im Winter war es dann oben im Haus dunkel und wenn man das Licht anschaltete, wurde die Umgebung rund um die Dusche dunkel. Davor hatte das Mädchen Angst. Die Eltern kamen zu der Lösung, dass das Mädchen besser mittags duschen sollte, wenn es noch ausreichend hell war.

Eine andere Möglichkeit sind Selbsthilfegruppen für Kinder und auch für Eltern. Die hellseherisch begabte Therapeutin Giény van Landewijk organisiert solche Gruppen. Sie nennt die Kindergruppe eine »Meditationsgruppe«. Weil die Eltern die Kinder zur Therapie bringen, sind sie irgendwie dazu »verurteilt«, zusammen zu

warten, und verbringen diese Zeit dann mit Gesprächen untereinander. Eltern und Kinder äußern sich sehr begeistert über diese Zusammenkünfte.

Die Schule informieren und ein Entgegenkommen fördern

Im Verlauf der Untersuchung fragten einige Eltern, ob wir den Lehrern erklären könnten, dass die Jugendlichen zwar Probleme mit den Stimmen hätten, dies aber nicht bedeuten würde, dass sie schizophren seien. Die meisten Lehrer hatten noch sehr unzeitgemäße Vorstellungen vom Stimmenhören, auch wenn alle bemüht waren, sich entgegenkommend zu zeigen. Einer Mutter, die in der Schule wegen Problemen ihres Kindes über die Stimmen sprach, sagte der Schuldirektor: »Kommen Sie uns nicht mit Stimmenhören, damit kennen wir uns nicht aus. Wir haben aber einen sehr guten Aufklärungsfilm darüber«, woraufhin die Mutter einen Film über eine geschlossene Abteilung zu sehen bekam und uns in Panik anrief. Eine andere Mutter riet dem Schuldirektor, uns anzurufen und um Rat zu fragen. Wir empfahlen ihm, die Schülerin selbst zu fragen, was sie tun möchte, wenn die Stimmen sie verwirrten. »Eine Viertelstunde den Flur hoch und runter gehen« war ihre Antwort.

Das Hilfsangebot beeinflussen

Ein anderes Beispiel dafür, wie man Unterstützung verbessern kann, war ein Vater, der das Therapieangebot in einem psychiatrischen Krankenhaus positiv beeinflusste. Er schlug vor, dort von dem »Stimmeninterview« Gebrauch zu machen. Das Interview wurde in seinem Beisein durchgeführt und vermittelte ihm ein viel größeres Verständnis über die Erfahrung seines Sohnes. Der Therapeut stimmte zu und benutzte die Differenzierungsmöglichkeiten des Interviews. Beim zweiten Treffen war der Junge bereits aus dem Krankenhaus entlassen und beim vierten Treffen hatte er sein Studium wieder aufgenommen. Solche Interventionen von Eltern sind allerdings selten.

Zu 3. Ich-Stärkung

In diesem Abschnitt haben wir die unterstützenden Elemente zusammengefasst, die Kindern helfen, sich stärker zu fühlen und sie besser in die Lage versetzen, sowohl mit den Stimmen als auch mit störenden Emotionen besser umzugehen.

Kurzfristige Techniken

Viele alternative und reguläre Therapeuten und Berater bieten auch Hilfsmittel an, mit denen das Kind besser mit den Stimmen zurechtkommen kann.

Beispiele sind:

- **Sich den Stimmen verwehren oder sich ihnen öffnen.** Man übt mit dem Kind, sich den Stimmen zu verwehren, indem es sich auf etwas anderes konzentriert, z.B. auf das Lesen eines Buches oder das Anschauen eines Bildes, abhängig vom Lebensalter. Eine Öffnung meint das Gegenteil. Das Kind lädt die Stimmen ein, auf sie zu hören und ihnen auf das, was sie sagen, zu antworten. Durch das Erlernen dieses Wechsels bekommt das Kind mehr Kontrolle und fühlt sich sicherer.
- **Ein Walkman.** In Zeiten, in denen es nicht gut läuft, kann sich ein Kind durch Musikhören mit einem Walkmans von den Stimmen ablenken und sich auch sicherer fühlen. Eine andere Ablenkungsmöglichkeit ist die Beschäftigung mit dem Computer.
- **Ein Kuschtier** mitnehmen und es knuddeln wenn die Stimmen das Kind ängstigen.
- **Die Stimme wegschicken** indem das Kind mit Überzeugung sagt: »Jetzt nicht!« oder »Ich habe keine Lust!« Es ist auch gut, wenn dem eine Aktivität gegenübersteht. All diese Techniken laufen im Grunde sowohl auf Aufmerksamkeits- und Konzentrationsübungen, als auch auf eine bessere Selbstbehauptung (Ich tue das, was ich richtig finde) hinaus.
- **Vereinbarungen treffen.** Zu bestimmten Zeiten ist man mit den Stimmen beschäftigt, zu anderen Zeiten nicht.
- **Abstand nehmen.** Die Stimmen wegschicken, wenn es nicht passt. Dies kann bis zu einer Relativierung der emotionalen Reaktionen auf die Stimmen führen.
- **Ein Tagebuch führen.** In Zeiten, in denen die Stimmen sehr aufdringlich sind, nicht versuchen, vor ihnen wegzulaufen, sondern ihnen Beachtung schenken.

Einen Umgang mit Emotionen erlernen

Zu lernen, Emotionen zu fühlen und sie auszudrücken, scheint mit dem Zurechtkommen mit den Stimmen zusammenzuhängen. Während der Untersuchung fiel uns auf, dass der Umgang mit Emotionen nicht die stärkste Seite der Jugendlichen war. Oft tauchten die Stimmen anstelle der Emotionen auf oder verstärkten diese, was die Jugendlichen ängstigte, verwirrte oder aggressiv werden ließ.

Mehrere Jugendliche lernten in einer Therapie, besser mit ihren Emotionen umzugehen. Eine Therapeutin ließ einen Jungen, der in einer Gruppe mit anderen Kindern mit Zwangshandlungen war und die auch nur schlecht darüber sprechen konnten, so lange das erzählen, was er eigentlich sagen wollte, wie bspw. »Ich wurde

dann sauer, weil mein Bruder sein Radio so laut stellte etc.«, mit dem Ziel, dass er das Gesagte auch fühlte. »Sag es noch einmal«, sagte sie dann, »die anderen haben es nicht gehört«, um ihn anschließend zu bitten: »Erzähle es bitte noch einmal etwas langsamer«. Obwohl es Peter schwer fiel, über seine Emotionen zu sprechen, wollte er es unbedingt lernen.

Ein Mädchen ärgerte sich über ihren Psychiater, als er ihr während ihrer Examenszeit keinen Termin gab. Es war für sie eine stressige Situation, in der sie Angst hatte, dass die Stimmen wieder ihre Leistungsfähigkeit beeinflussen würden. »Du solltest es besser lassen, du schaffst es doch sowieso nicht«, hatten die Stimmen ihr immer bei Prüfungen gesagt. Sie ging zu einem anderen Therapeuten, der im Laufe der Behandlung eine Verbindung zwischen den Stimmen und ihren Emotionen sah. Sie war mit der Behandlung sehr zufrieden und die Frequenz der Stimmen nahm deutlich ab.

Den Umgang mit Emotionen zu lernen, wurde von den meisten Kindern als erfolgreiches Mittel erlebt. Im letzten Interview wurde dies oft als Grund für das Verschwinden der Stimmen genannt. Viele gaben dies auch im Nachhinein noch als einen der Gründe dafür an, dass sie die Stimmen losgeworden waren. Dass das Erlernen eines Umgangs mit Emotionen zumeist als erfolgreich eingeschätzt wurde, ist nicht erstaunlich wenn wir uns vor Augen halten, dass die Prädiktoren, welche ein Fortbestehen der Stimmen voraussagten, ihrerseits in Zusammenhang standen mit dem Unvermögen mit bestimmten Emotionen umzugehen, wie dies bei einem hohen Angstwert, einem hohen Depressionswert oder einem hohen Dissoziationswert der Fall war.

Selbstbehauptungstraining

Einige Kinder hatten Aggressionsprobleme. Wenn sie entweder aus sich selbst heraus aggressiv waren, konnten die Stimmen dies noch verschlimmern, oder die Stimmen irritierten die Kinder so sehr, dass sie dadurch erst aggressiv wurden. Bei diesen Kindern war ein Selbstbehauptungstraining, das auf eine Verbesserung der Selbstsicherheit ausgerichtet ist, wirksam. An der Untersuchung waren mehrere Kinder beteiligt, die wegen Aggressionsproblemen oder Depressionen an einem Selbstbehauptungstraining des *RIAGG* (Regionales Institut für seelische Gesundheit) teilnahmen. Zu lernen, besser für sich selbst einzutreten, und zu sagen, wann sie auf wen zornig waren und was sie damit erreichen wollten, führte zu einer Reduktion ihrer Probleme. Bei einigen Trainingsangeboten gab es auch einen Abend für die Eltern. So begegneten sie anderen Eltern und bemerkten, dass sie nicht die einzigen waren. Eine

Mutter erzählte: »Ich schäme mich dafür, aber es war eine Erleichterung zu sehen, dass es Kinder gab, die noch schlimmer dran waren. Wir bekamen mit, dass es noch schlimmer sein konnte.«

Zu 4. Zugrundeliegende Probleme durcharbeiten

- Auf Trauer nach einem Todesfall eingehen, wenn diese von Angst begleitet wird
- Auf Probleme in der Schule eingehen
- Bei Hänkeln oder Aggressivität gegenüber Lehrern oder Mitschülern nach Lösungen suchen
- Diskrepanzen zwischen Lernvermögen und Erwartungen der Schule erkennen
- Stress reduzieren
- Gemeinsam herausfinden, womit die Stimmen zusammenhängen

Trauerarbeit

Mehrere Kinder begannen in einer Trauerphase Stimmen zu hören. Oft dachten die Eltern, dass ihre Kinder zu jung dafür seien, und versuchten ihnen diesen Kummer zu ersparen. Dies passierte sowohl beim Versterben der Großeltern als auch beim Verlust von Altersgenossen. Einige Kinder begannen in dieser Situation positive Stimmen zu hören, die später bei anderen Problemen negativ wurden. Zum Beispiel erzählte die positive Stimme eines verstorbenen Großvaters seinem Enkel, er würde wieder zurückzukommen, um gemeinsam mit ihm eine Pommes Bude zu eröffnen. Einige Kinder hörten ihre verstorbene Großmutter, die sich als weise Ratgeberin erwies. Wir beobachteten, dass einige Kinder nach dem Interview über einen möglichen Zusammenhang zwischen bestimmten Ereignissen und den Stimmen nachdachten. Wie z.B. das Mädchen, das nach dem Tod ihrer Großmutter anfang Stimmen zu hören. Die Stimmen verschwanden zunächst, kehrten aber zurück, nachdem bei einem Schulausflugs ein Mädchen in dem Bus, in dem sie saß, verunglückte, und zur selben Zeit ihr Musiklehrer, zu dem sie einen sehr guten Kontakt hatte, an Krebs verstarb. Sie realisierte, dass ihre Stimmen etwas mit ihrer Trauer zu tun hatten.

Probleme in der Schule

Probleme in der Schule können entstehen, wenn

- **die Lehrkraft das Kind ungerecht behandelt:** Der Vater eines Jungen war Berufssoldat und wurde nach Bosnien entsandt. Der Junge konnte darüber nicht sprechen. Als er es in der Schule versuchte, machte ihn der Lehrer lächerlich. Der Junge begann die Stimme seines Lehrers zu hören. Die Mutter des Jungen

sprach darüber mit dem Lehrer. Im darauffolgenden Schuljahr bekam der Junge eine verständnisvolle Lehrerin, sein Vater kam aus Bosnien zurück und fing eine Bürotätigkeit an. Im letzten Untersuchungsjahr waren die Stimmen verschwunden.

- **der Lernstoff zu schwierig ist und die Stimmen die Kinder noch mehr verwirren indem sie bspw. Zahlen verdrehen:** Ein Junge hörte eine Männer- und eine Frauenstimme. In einer Prüfung sagte die Männerstimme: »Das schaffst du doch nicht«. Die Frauenstimme verteidigte den Jungen: »Das kann er wohl«. Anschließend gerieten die beiden Stimmen in Streit, was den Jungen so durcheinander brachte, dass er die Prüfung überhaupt nicht mehr hinbekam. Es stellte sich heraus, dass dieser Junge einen IQ von 85 hatte. Er wechselte auf eine passende Schule und die Stimmen verschwanden.

Stressreduktion

Unter einer Stresssituation verstehen wir verschiedene Probleme, wie Scheidung oder Krankheit der Eltern, Verlust des Arbeitsplatzes beim Vater oder der Mutter, aber auch die Spätfolgen eines Geburtsfehlers. Was mit Stressreduktion gemeint ist, lässt sich vielleicht am besten anhand eines Beispiels verdeutlichen: Bei einem Jungen standen die Stimmen im Zusammenhang mit einem Gefühl der Hilflosigkeit aufgrund seiner Einschränkungen, die die Folge einer Geburtsschädigung waren. Wenn Jan mit einer Situation nicht zurechtkam, wurde er sehr aufgebracht und zu einer Gefahr für sich selbst. Die Stimmen befahlen ihm dann bspw. eine Fensterscheibe einzuschlagen, gegen eine Tür zu treten oder zu schreien. In der Zwischenzeit hat Jan die Schule verlassen und arbeitet zusammen mit seinem Vater und seinem ältesten Bruder. Sein ältester Bruder ist derjenige, der direkt mit Jan zusammenarbeitet und der »die Sachen im Zaum hält«. Wenn er merkt, dass Jan sehr unter Anspannung steht, muss Jan damit aufhören, was er gerade erledigt. Die Familie wohnt über der Werkstatt. Jan geht dann zu seiner Mutter, die ihm Aufmerksamkeit widmet. Jan und seine Familie sind zufrieden mit dieser Vorgehensweise.

Zu 5. Aktivitäten ausbauen als Kompensation:

Eine Anzahl von Kindern hatte durch Anregungen ihrer Eltern, Lehrer und Freizeitvereine besondere Fähigkeiten entwickelt. Dies hatte eine relativierende Wirkung auf bestehende Konflikte oder es führte zu einer Kompensation bestimmter Einschränkungen, wenn sie ihre Energie darauf lenkten.

Drei Beispiele

Die Stimmen und ich . Wissenschaftliche Untersuchungen zum Stimmenhören von Romme, Escher et al. -- BALANCE buch + medien verlag

Ein Junge, der in seiner Herkunftsfamilie schwer misshandelt worden war und seitdem Stimmen hörte, kam in eine Pflegefamilie mit einer sehr unterstützenden Pflegemutter, was zu Loyalitätskonflikten mit dem biologischen Vater führte, der bereits von der Mutter des Jungen geschieden gewesen war, bevor die Misshandlungen begonnen hatten. Indem er sein Hobby Radfahren zu einer professionellen Tätigkeit weiterentwickelte, entstand für den Jungen die Möglichkeit, die Konflikte zu relativieren, seine Selbstbeherrschung zu schulen und seine volle Aufmerksamkeit auf das Rennradfahren zu lenken, was dazu führte, dass die Stimmen verschwanden.

Das zweite Beispiel ist ein Junge, der besser mit Tieren, vor allem mit Hunden, als mit Altersgenossen und Menschen im Allgemeinen auskam. Er landete irgendwann in der Psychiatrie. Er hatte jedoch Talent zum Fußballspielen und wurde zur landesweiten Auswahl für Torhüter eingeladen. Somit entstand eine Kompensation, die ausreichte, seine Probleme in den Hintergrund zu drängen. Auch bei ihm verschwanden auf diese Weise die Stimmen.

Das dritte Beispiel handelt von einem jungen Mädchen, das ein deutliches ADHS-Verhalten zeigte und wie ein Flummi durch das Haus und den Garten hüpfte. Während des Untersuchungsinterviews saß sie mal am, mal unter dem Tisch, befand sich im nächsten Augenblick im Garten, rief dann etwas aus dem Kaninchenstall, um kurz darauf wieder unter dem Tisch zu sitzen und eine Antwort zu geben. Es kostete die Interviewerin viel Geduld, alle Antworten zusammenzutragen. Beide Eltern, die während des Interviews anwesend waren, achteten nicht auf das Verhalten ihrer Tochter. Sie waren zwar deswegen besorgt, aber gleichzeitig auch stolz auf sie, denn das Mädchen war eine begeisterte Schwimmerin. Sie entwickelte sich zu einer Kunstspringerin, kam in die nationale Auswahl und konnte so ihre Energie abbauen. Auch bei ihr verschwanden die Stimmen. So sahen wir, dass eine Kompensation auch zu einem positiven Gesundheitszustand führen kann.

Unwirksame Elemente

Aus der Analyse gingen nicht nur positive, sondern auch negative Elemente hervor. Diese Elemente wurden in zwei Kategorien eingeteilt: Medikation und Diagnostik. Eltern hatten oft Angst vor den Nebenwirkungen der Medikamente. In ihrer Angst bzw. Sorge hinsichtlich der Anwendung der Medikamente fühlten sie sich von Psychiatern wenig unterstützt. Eine Mutter, deren Sohn Ritalin einnahm, bat telefonisch um Hilfe, weil es ihm nicht gut ging. »Erhöhen Sie die Dosis noch etwas«, sagte der Facharzt. Als ihr Sohn immer benommener wurde, rief sie nochmals an. »Reduzieren Sie die Dosis etwas«, sagte der Facharzt, der ihr verbot, mit ihrem Sohn über die Stimmen zu

sprechen. Es fiel außerdem auf, dass homöopathische Medikamente im Vergleich zu herkömmlichen Medikamenten viel positiver beurteilt wurden.

Diagnostik ist eine weitere Kategorie, die sehr häufig negativ beurteilt wurde. In Tabelle 4 sind die Elemente enthalten, die von Eltern und/oder Kindern als negativ erlebt wurden.

Tabelle 4: Unwirksame Elemente in der Behandlung in Bezug auf Medikation und Diagnostik

Medikation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn Medikamente nur auf das Wegbleiben der Stimmen ausgerichtet sind. ▪ Wenn Medikamente aufgrund der Diagnostik die einzige Therapie sind, ohne dass dabei auf die zugrundeliegenden Probleme, auf zugehörige Emotionen und auf Probleme infolge des Stimmenhörens eingegangen wird.
Diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn der Diagnose mehr Beachtung geschenkt wird als den Beschwerden. ▪ Wenn aufgrund der Diagnose verboten wird, über die Stimmen zu sprechen. ▪ Wenn die Diagnostik die Erfahrung verfremdet, u.a. durch den Sprachgebrauch. ▪ Wenn negative Konnotationen mit der Diagnose verbunden werden. ▪ Wenn die Diagnostik zu einer Stigmatisierung führte. Ein Kind, das sexuell missbraucht worden war, bekam erst die Diagnose »Schizophrenie«, dann »Borderline«, mit der Information, dass dieser Gruppe von Kranken nicht zu trauen sei.

Diagnostik und Medikation können zur Folge haben, dass der Patient zu abhängig gemacht wird und sein eigener Beitrag dadurch unzureichend bleibt. Eine Diagnose kann zur Folge haben, dass der zugrundeliegenden Problematik keine ausreichende Aufmerksamkeit geschenkt wird. Zudem wird das Erleben des Patienten auf eine »Krankheit« reduziert, woraufhin sowohl vom Patienten als auch von seiner Umgebung eine Anpassung an die Erkrankung erwartet wird.

Wenn Diagnostik und Medikation so angewandt wurden, wie es in der Tabelle beschrieben ist, dann fühlten sich das Kind und die Eltern nicht unterstützt und stiegen meistens aus der Behandlung aus. Bei denjenigen, die in Behandlung blieben, Die Stimmen und ich . Wissenschaftliche Untersuchungen zum Stimmenhören von Romme, Escher et al. -- BALANCE buch + medien verlag

stagnierte die Entwicklung. Dies geschah in zwei Fällen, in denen die Stimmen im Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch standen, und die Therapie, in der dieses Trauma im Mittelpunkt hätte stehen müssen, nicht in die Gänge kam. Die Eltern hatten sich in dem Behandlungsprozess durch die Diagnostik auch eine Hilfestellung für ihr eigenes Verhalten erhofft.

Diskussion

Sowohl in Bevölkerungsuntersuchungen als auch in Studien an Studenten hat sich gezeigt, dass das Hören von Stimmen bei 2-4 Prozent der erwachsenen Bevölkerung vorkommt (POSEY et LOSCH 1983, BENTALL et SLADE 1985, TIEN 1991, EATON et al. 1991, BARRETT et ETHERIDGE 1992, BIJL et al. 1998) und dass dies lediglich bei einer Minderheit zu einer Erkrankung führt. Auch bei Kindern wurde dies festgestellt (GREEN et al. 1973, MCGEE et al. 2000). Die neueste epidemiologische Bevölkerungsuntersuchung, in der wiederum festgestellt wurde, dass psychotische Phänomene, wie das Hören von Stimmen oder auch Wahnerlebnisse, in der normalen Bevölkerung vorkommen, ohne dass die Rede von einer Krankheit ist, ist die sog. Nemesis-Studie, welche vom Trimbos-Institut in Zusammenarbeit mit der Universität in Maastricht durchgeführt wird (VAN OS et al. 2000).

Dass das Hören von Stimmen ein Phänomen ist, das in der normalen Bevölkerung vorkommt, ist bereits seit langem sowohl aus einer Untersuchung (SIDGEWICK 1894) als auch aus individuellen Autobiographien von Churchill, Gandhi, Swedenborg u.a. bekannt. Doch sowohl unsere westliche Kultur als auch die Professionellen im Gesundheitswesen haben große Schwierigkeiten, diese Tatsache zu akzeptieren. Den meisten Menschen ist die Ansicht vertraut, dass das Hören von Stimmen mit den Merkmalen einer akustischen Halluzination an sich schon eine pathologische Erscheinung darstellt und somit Symptom einer psychischen Erkrankung ist. Die Auffassung, dass Stimmenhören keine Erkrankung ist, erscheint den meisten so unvorstellbar wie bspw. den Menschen im Mittelalter die Vorstellungen, dass die Erde rund und nicht flach sei, oder dass die Sonne sich nicht um die Erde dreht, sondern umgekehrt die Erde sich um die Sonne drehen würde.

Als Konsequenz aus der Auffassung, dass das Stimmenhören an sich keine Erkrankung ist, besteht für das Hilfesystem eine veränderte Herangehensweise, welche die Stimmen akzeptiert und die Menschen dabei unterstützt, einen Umgang mit ihnen zu erlernen und ihren persönlichen Hintergrund zu verstehen. Im Grunde ist es mit dem Stimmenhören nicht anders als mit Angst oder dem Konsum von Alkohol. Auch dabei können sehr komplexe Probleme auftreten, jedoch sind Angst oder der

Konsum von Alkohol für sich genommen noch keine pathologische Erscheinung. Genau wie beim Stimmenhören geht es um die zugrundeliegenden Probleme und das Unvermögen mit ihnen umzugehen, was zu Dysfunktionen und Störungen führen kann. Biologische Faktoren können dabei zu Verfestigungen führen.

Aufgrund von quantitativen Ergebnissen aus der Untersuchung an Jugendlichen, die Stimmen hören, wurde im vorherigen Kapitel die Frage gestellt, ob es sinnvoll sei, eine kategoriale Diagnose stellen zu wollen. Bei immerhin 60 Prozent der Kinder verschwanden die Stimmen, und das hing mit den Attribuierungen zusammen, die in der Untersuchung Prädiktoren genannt wurden (ein hoher Angstwert, ein hoher Depressionswert, ein hoher Dissoziationswert, aber auch häufiges Auftreten der Stimmen). Eine kategoriale Diagnose bietet dafür keinen Mehrwert. Es scheint zielgerichteter zu sein, auf die Angst, die Depression und die Dissoziation einzugehen und die Häufigkeit der Stimmen zu reduzieren. In dieser Untersuchung zeigte sich, dass bei 62 Prozent der Jugendlichen der Beginn des Stimmenhörens mit traumatischen oder sonst wie hilflos machenden Problemen zusammenhing. Es spricht viel dafür, dass das Eingehen auf diese Probleme daher ebenfalls zielgerichteter ist, als das alleinige Ausrichten der Aufmerksamkeit auf die Stimmen.

Es stellte sich in dieser Untersuchung heraus, dass die Unterstützung als wirksam erlebt wurde, wenn sie Wert legte auf das Erlernen eines Umgangs mit den Stimmen, das Erlernen eines Umgangs mit den damit verbundenen Emotionen und das Eingehen auf die zugrundeliegenden Probleme. Eine wirksame Unterstützung berücksichtigt insbesondere auch eine eventuelle Trauma Behandlung, wie sie z.B. von Judith HERMAN in ihrem Buch »Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden« (HERMAN 2006) beschrieben wird. Es geht dabei nicht nur um einzelne Elemente, sondern um auch um die Reihenfolge ihrer Anwendung. Das Erlernen eines Umgangs mit den Stimmen ist genau wie bei einer Trauma Behandlung ein Prozess, der mit der Verstärkung des Gefühls von Sicherheit und der Unterstützung bei Problemen, die unmittelbar aus dem Unvermögen resultieren, mit den Stimmen umzugehen, beginnt, und der sich fortsetzt mit dem Bearbeiten von zugrundeliegenden Problemen und dem Aufbau sozialer Kontakte. Die Erstellung einer kategorialen Diagnose ist dabei nicht nur wenig sinnvoll, sondern häufig sogar schädlich, weil damit die zugrundeliegenden Probleme und Emotionen verleugnet werden oder ihnen nicht ausreichend Beachtung geschenkt wird. Wenn der Verstärkung des Gefühls von Sicherheit und der Unterstützung bei den Problemen, die unmittelbar aus dem Unvermögen resultieren, mit den Stimmen umgehen zu können, zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet wurde und man sich einseitig auf die Diagnostik und das Verschreiben von Medikamenten konzentrierte, dann . zeigte sich in unserer Studie . Die Stimmen und ich . Wissenschaftliche Untersuchungen zum Stimmenhören von Romme, Escher et al. -- BALANCE buch + medien verlag

war dies schädlich für die Entwicklung des Kindes. Zusätzliche Pathologien, wie ein Geburtsfehler, ADHS oder ein hohes Stresslevel in der Familie, verlangen eine jeweils individuelle Beurteilung und Herangehensweise.

Für das Stimmenhören an sich kommen diese Faktoren als Erklärung nicht in Frage. Das Stellen einer Diagnose wie »Schizophrenie« oder »Borderline-Persönlichkeitsstörung« führte in der Studie eher zu einer Verschlimmerung als zu einer Besserung der Problematik und hatte einen negativen Effekt auf die Entwicklung des Kindes. Für die Unterstützung stimmenhörender Kinder ist es wichtig, nicht die Diagnostik einer Erkrankung und die eventuelle medikamentöse Behandlung in den Vordergrund zu stellen, sondern die Beschwerden im Umgang mit den Stimmen und deren Hintergrund. Bei der Mehrzahl der Jugendgesundheitsämter, so wie wir sie kennengelernt haben, ist dies erfreulicherweise keine ungewöhnliche Vorgehensweise.

Die Entstehung einer wahnhaften Vorstellung bei Heranwachsenden, die Stimmen hören: Eine prospektive Studie

Übersetzung und Zusammenfassung der englischen Originalstudie von ESCHER, A.; ROMME, M.; BUIKS, A.; DELESPAUL, Ph.; VAN OS, J. (2002b): Formation of delusional ideation in adolescents hearing voices: a prospective study. American Journal of Medical Genetics, 114:913-920

Hintergrund

Frühere Arbeiten legen nahe, dass akustische Halluzinationen bei Kindern und Erwachsenen häufig ohne das Vorliegen einer psychotischen Erkrankung auftreten, obwohl ein Teil dieser Kinder weitere ernsthafte psychotische Symptome und einen Bedarf an Hilfe entwickelt. Wir untersuchten prospektiv, welche Faktoren mit der Entstehung eines Wahns bei Heranwachsenden verknüpft sind, die Stimmen hören.

Methode

80 Heranwachsende (mittleres Alter, 12.9 Jahre, SD=3.1), die angaben, Stimmen zu hören, wurden zu Beginn der Untersuchung sowie anschließend dreimal über einen Zeitraum von drei Jahren untersucht. Die Hälfte von ihnen war in professioneller Behandlung, für die andere Hälfte war dies nicht erforderlich. Ausgangsmessungen der Beurteilung der Stimmen, der Attribute, der Psychopathologie, des globalen Funktionsniveau, der Dissoziation, der stressigen Lebensereignisse, der Bewältigungsmechanismen und der Nutzung professioneller Unterstützung wurden als Prädiktoren für die Entstehung einer wahnhaften Vorstellung genutzt, gemessen mit einem Punktwert von 6 oder größer bei folgenden Unterpunkten der BPRS (Brief Psychiatric Ranking Scale): »Misstrauen, paranoide Ideen«, »Ungewöhnliche Denkinhalte« und »Größenideen«.

Ergebnisse

13 Kinder (16 Prozent) zeigten Indizien für eine Wahnentstehung während zumindest einer der drei Nachuntersuchungsphasen, bei 7 (9 Prozent) von ihnen kam es zu einem nochmaligen Auftreten. Unter Berücksichtigung des bereits zu Beginn der Untersuchung vorhandenen Wahns ergab sich während der Nachuntersuchungsperiode jeweils eine Assoziation zwischen der Entstehung von Wahn mit dem Ausgangswert der BPRS »Angst/Depression« (HR=6.4, 95 Prozent CI: 1.9, 21.4), dem Ausgangswert der BPRS »Ungewöhnliche Denkinhalte« (HR=5.0, 95 Prozent CI: 0.98, 26.1), der Anzahl jüngster stressiger Lebensereignisse (HR=1.1, 95 Prozent CI: 1.01, 1.21). Die Stimmen und ich . Wissenschaftliche Untersuchungen zum Stimmenhören von Romme, Escher et al. -- BALANCE buch + medien verlag

continuous life events score: 1.8, 95 Prozent CI: 1.0, 3.3), dem Ausgangswert der Beurteilung der Stimme und den folgenden Attributen: Ton der Stimme (Hazard Ratio »Stimme«: »variabel«, »freundlich« und »feindlich« verglichen mit »immer freundlich«: HR=6.8, 95 Prozent CI: 1.1, 41.0), wahrgenommene Lokalisierung der Stimme (»außerhalb« gegenüber »innerhalb des Kopfes«: HR=2.9, 95 Prozent CI: 1.0, 8.7) und die Angabe, ob die Stimme einem Elternteil gleicht (HR=3.5, 95 Prozent CI: 1.0, 12.0). Zusätzlich zeigte sich bei älteren Kindern, dass der wahrgenommene Einfluss der Stimmen auf Emotionen und Verhalten stark assoziiert war mit der Entstehung eines Wahns (HR=5.1, 95 Prozent CI: 1.0, 25.9).

Schlussfolgerungen

Die Entstehung eines Wahns bei Kindern, die Stimmen hören, könnte reagibel sein auf auslösende Ereignisse und gefördert werden durch Gefühle von Angst/Depression. Die Ergebnisse verdeutlichen die Rolle von Attributen in Assoziation mit externen Ursachen, Autoritätsfiguren, dem wahrgenommenen Einfluss auf die Person, kognitiver Desorganisation und den Prozessen der emotionalen Beurteilung.

Bewältigungsmechanismen und Depression bei Heranwachsenden, die Stimmen hören

Übersetzung und Zusammenfassung der englischen Originalstudie von ESCHER, A.; DELESPAUL, Ph.; ROMME, M.; BUIKS, A.; VAN OS, J. (2003): Coping defence and depression in adolescents hearing voices. Journal of Mental Health, 12(1):91-99

Hintergrund

Das Level an selbst initiierten Bewältigungsmechanismen angesichts akustischer Halluzinationen spiegelt das Ausmaß wieder, inwieweit die psychotischen Erfahrungen die Ressourcen einer Person überschreiten. Da man davon ausgeht, dass Personen, die sich von ihren psychotischen Erfahrungen überlastet fühlen, auch ein größeres Risiko dafür tragen, eine Depression zu entwickeln, sollten höhere Level an selbst initiierten Bewältigungsmechanismen im Kontext akustischer Halluzinationen den Beginn einer Depression voraussagen können.

Methode

80 Heranwachsende (mittleres Alter, 12.9 Jahre, SD=3.1), die angaben, Stimmen zu hören, wurden zu Beginn der Untersuchung sowie anschließend dreimal über einen Zeitraum von drei Jahren untersucht. Die Hälfte von ihnen war in professioneller Behandlung, für die andere Hälfte war dies nicht erforderlich. Ausgangsmessungen der selbst initiierten Bewältigungsmechanismen und der Psychopathologie wurden als Prädiktoren für das Vorliegen einer Depression in den Nachfolgeuntersuchungen genutzt.

Ergebnisse

Es bestand eine starke Korrelation zwischen dem Ausgangslevel an selbst initiierten Bewältigungsmechanismen und der Schwere an positiv-psychotischen Symptomen. Bewältigungsmechanismen zu Beginn der Untersuchung, mit der Ausnahme einer aktiven Problemlösung, prognostizierten einen Anstieg des Ausmaßes der Depression über den dreijährigen Nachfolgezeitraum (OR=3.0, 95 Prozent, CI:1.4, 6.4), unabhängig von den Ausgangswerten der Psychopathologie, demographischen Kenngrößen, der Nutzung professioneller Hilfe sowie der Einschätzung und den Attribuierungen in Bezug auf die Stimmen.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse legen nahe, dass Personen, die dazu tendieren sich von den Erfahrungen des Stimmenhörens überlastet zu fühlen, was durch eine defensivere Reaktionsweise belegt werden kann, ein erhöhtes Risiko tragen, eine Depression zu entwickeln.